

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- La necessità di dare fondamenti teorici all'assistenza all'anziano, sia in ambito ecclesiale che clinico-assistenziale
- Un'elaborazione di De Rizzo: capire i segnali di malessere e di inadeguatezza nelle nostre organizzazioni assistenziali
- Un articolo sulle Comunità Curanti pubblicato da *Avvenire*
- La testimonianza di Pierluigi Dal Santo sull'assistenza nelle residenze per anziani

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo sulla sindrome cognitivo-motoria
- *JAGS* e i 50 anni del National Institute of Aging
- *JNeurosci* e i superagers
- *JAMDA*: una revisione delle linee guida sui BPSD
- *BMJ* e il ruolo del delirium in ambiente ospedaliero

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

- La "Banca del cervello"

Amiche, amici,

*In premessa mi permetto di rispondere ad alcune critiche secondo le quali questa newsletter sarebbe troppo "lunga"; non vorrei imporre perdite di tempo alle colleghe e ai colleghi che so pesantemente impegnati, ma solo offrire possibilità di scelta tra argomenti diversi, rispettando così le preferenze di ciascuno. Anche questa newsletter è "lunga"; tuttavia penso che i contributi di De Rizzo, Dal Santo, Colombo e tutto il resto siano di interesse per chi si occupa di anziani fragili.*

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Non possiamo iniziare la newsletter senza richiamare il recente **intervento di Papa Francesco in occasione di un incontro organizzato dalla Fondazione Età Grande**. "L'amore

ci rende migliori, lo mostrate anche voi, che vi migliorate a vicenda volendovi bene”. “Cercate i vostri nonni, e non emarginateli. Imparate la saggezza del loro amore forte. E anche dalla loro fragilità che è un magistero capace di insegnare senza bisogno di parole, un vero antidoto contro l’indurimento del vostro cuore”.

Gli interventi del Papa sono sempre straordinariamente efficaci e di alto livello morale; mi permetto un solo commento, senza voler insegnare nulla alla Chiesa. Vi sarebbe la forte esigenza di fondare teologicamente il rispetto e la valorizzazione degli anziani, perché solo così le parole incidono sulla pratica ecclesiale di ogni giorno senza incertezze. Un po' quello che dovrebbe avvenire anche in ambito clinico-assistenziale. Dobbiamo sempre più studiare per elaborare contenuti indiscutibili sull’importanza e l’utilità delle cure rivolte all’anziano fragile. Di fronte ad un mondo sempre più tentato dall’ageismo, dobbiamo impegnarci con determinazione per collocare i nostri atti all’interno del mondo della clinica nella sua complessità. Purtroppo, in alcuni ambiti ancora manca una cultura in grado di indirizzare la prassi; ad esempio, l’insistenza retorica, ma senza realistico fondamento, sull’assistenza “a chilometri zero”, rischia di indebolire interi settori dell’assistenza, che invece forniscono cure adeguate al bisogno sul piano medico e si impegnano per costruire una qualità della vita nel segno della libertà e della dignità.

Ho ricevuto dalla dottoressa De Rizzo –che è già intervenuta sulla nostra newsletter– la mail che segue, che mi ha fatto molto pensare, perché riguarda nel profondo **l’organizzazione dei servizi residenziali dedicati agli anziani**.

“Mi ha colpito la vicenda tristissima del carcere Beccaria, e la riallaccio alle impressioni che ho avuto nella visita ad Opera il mese scorso, dove però ne ero uscita con una impressione diversa. Stavolta mi sento sgomenta. E' così evidente l'importanza di dare dignità alle professioni che comportano la vicinanza fisica e la relazione con le persone più deboli, siano esse minori o anziani. Ed è altrettanto evidente quanto sia importante, per chi governa le organizzazioni, curare la qualità del lavoro, la comunicazione, la conoscenza, investendo in formazione e in sostegno. Quanto arricchente e profondo è il rapporto che si crea tra gli operatori e le persone anziane, e quanto lo stesso, in un contesto malato, può essere fonte di sofferenza e ingiustizia. Lo stesso accade in un carcere: da virtuoso a spaventoso nello stesso paese. Come si sentiranno i responsabili degli agenti di polizia penitenziaria di fronte a tanta ferocia? Come hanno potuto non vedere? Non intervenire? Al netto della povertà d'animo dei singoli, e della loro ignoranza e violenza, questo interrogativo è disarmante e doloroso. Poi emerge che gli agenti avevano evidenziato la loro impreparazione, che il posto di direttore del carcere era ballerino da tempo, che c'è il sovraffollamento, che... mille cose. Certo, questi fenomeni non possono avere una sola motivazione, non possono sorgere all'improvviso, il tema è complesso e a me sconosciuto, ma il parallelismo sul presidio permanente che deve esserci nelle nostre organizzazioni per fare in modo di captare i segnali di malessere o inadeguatezza è forse il dovere più grande che oggi ha chi fa il mio lavoro. Sa che sono convinta che non sia del tutto negativo il fatto che oggi sia demandato ai singoli enti o aziende

la formazione approfondita del proprio personale: può essere una grande occasione per saldare legami, trasmettere valori, conoscersi a fondo, condividere. Però dobbiamo essere tutti convinti di ciò, agire con orgoglio e avere il coraggio di stoppare sul nascere ciò che potrebbe poi sfociare in comportamenti inappropriati. Ora chi ha un diploma nel nostro settore viene assunto, la selezione alla fonte non c'è più: sta a noi prenderne vera coscienza ed attivarci per sopperire a questo, con l'ottica dell'opportunità e non dell'onere. Ad Opera ho conosciuto agenti motivati, consci e orgogliosi di contribuire tramite la relazione alla 'riabilitazione' dei detenuti. Un lavoro difficilissimo, dove il controllo delle proprie emozioni e la capacità di equilibrio ed elaborazione devono essere spiccatissimi e dove si ha l'occasione di migliorarsi come persone, dove l'investimento formativo è enorme... ma poi capita, come la settimana scorsa, che in una cella ci sia un omicidio tra detenuti e che non si sia riusciti a prevenirlo. Quanti sentimenti e quante energie, quanta vita, sofferenza, emozioni, legami in quelle mura. I parallelismi che le nostre RSA ci sono eccome!

Scusi lo sfogo, ma non riesco a non pensare ai danni psicologici che si ripercuoteranno nella vita di quei ragazzi malmenati, che hanno una vita davanti”.

De Rizzo dirige una RSA in provincia di Vicenza; ritengo che la sua testimonianza sia di grande importanza per chi ha la responsabilità di organizzare il lavoro a favore degli anziani fragili nelle residenze. Potrebbe davvero essere un manifesto che valorizza il lavoro di cura, mettendone in luce il ruolo per permettere una vita vivibile delle persone in condizioni di difficoltà.

Penso sia in linea con le elaborazioni della De Rizzo il pezzo sulle **Comunità Curanti** che allego, pubblicato da *Avvenire* il 25 aprile.

Il testo molto intenso di Pierluigi Dal Santo, pubblicato di seguito, descrive un'esperienza personale che diventa una valutazione sul **significato umano e tecnico dell'assistenza agli anziani fragili**. La grande competenza di Pierluigi in ambito geriatrico dà valore alle sue considerazioni di figlio, che assumono quindi valenza generale.

“Riporto la mia personale esperienza sull'insostituibile ruolo degli 'Istituti' per anziani nella cura e assistenza della popolazione più fragile, cogliendo l'occasione offerta del commento di Trabucchi su Newsletter AIP di Venerdì 12 Aprile 2024 a proposito dell'articolo di Mons. Paglia pubblicato su *La Stampa*, in cui veniva accostata la condizione di non applicazione della Legge Basaglia a quella della legge 33. Essendo una esperienza personale, particolare e positiva, non ha ovviamente alcuna velleità di trasposizione al 'generale', conoscendo bene la negatività di molti esempi, assurti purtroppo anche al 'disonore' delle cronache. D'altro canto ogni storia è a sé, ma sarebbe miope ed estraneo ad una valutazione oggettiva della realtà considerare aprioristicamente le strutture residenziali per anziani come servizi non indispensabili nel processo di cura degli anziani più fragili e non utili nell'affiancamento alle

famiglie; esse rappresentano invece un patrimonio prezioso di professionalità e umanità delle nostre Comunità, luoghi silenziosi, spesso non sufficientemente rappresentati nella loro importanza ruolo nella rete dei Servizi.

‘...e per fortuna che ci sono, le Case di Riposo...’ dicevo tra me e me tornando a casa a tarda sera (abito a Montagnana, cittadina murata medievale in provincia di Padova) dopo aver fatto visita a mia madre, nella sua stanza del nucleo ‘Olmo’ che ospita le persone affette da demenza e disturbi del comportamento (nell’Istituto ogni nucleo ha il nome di un albero...). Da oltre 15 giorni le sue condizioni si erano rapidamente aggravate e, d’accordo con i medici della Struttura, si era deciso di farle trascorre gli ultimi giorni di vita nella sua casa, circondata dagli affetti e dalle persone che l’avevano accompagnata negli ultimi 7 anni della sua lunga vita. La comparsa di una grave lesione ischemica all’arto inferiore sinistro aveva improvvisamente peggiorato la sua condizione di fragilità: a volte le mancavano le forze per sostenere a lungo la posizione seduta, non mangiava con le consuete quantità e costanza; tuttavia era sempre vigile, riconosceva le persone e i familiari, non dimostrava smorfie o espressioni di dolore, di notte riposava. Si erano condivisi gli obiettivi di cura: idratazione, attenta prevenzione dei decubiti, contrasto alle condizioni che potevano rappresentare ‘discomfort’ (febbre, dolore). Gli infermieri e gli operatori addetti all’assistenza erano stati informati per iscritto delle decisioni, questo allo scopo anche di scongiurare inutili e dannose ‘fughe in avanti’, come il ricovero notturno in ospedale richiesto da medici della continuità assistenziale.

D’altro canto, a 97 anni, con una storia ultradecennale di demenza con disturbo del comportamento (ansia e aggressività) e completa disabilità, non era possibile immaginare interventi risolutivi sulla patologia ‘indice’, se non a prezzo di inutili sofferenze, in un ambiente estraneo e poco accogliente come l’ospedale.

Come nelle due settimane precedenti ritornavo quindi a casa a tarda sera, molto stanco, ma rassicurato, fiducioso che quanto era stato deciso di comune accordo sarebbe stato rispettato.

La decisione di ricorrere all’istituzionalizzazione era stata molto sofferta, elaborata nel corso degli anni (la prima diagnosi di demenza era stata formulata nel 2011, all’età di 85 anni) e concretizzata dopo una frattura di femore verificatasi nel Novembre 2016, a 90 anni: a quel punto l’assistenza era diventata molto complicata, il ‘balletto’ delle badanti (poco o nulla accettate dall’interessata) rendeva la sua organizzazione ancora più difficile e lo stress dei caregivers (io stesso, ma soprattutto la nuora) aumentava. Mia madre aveva accettato la proposta di cambiamento e, anche se reclamava tempi e spazi di indipendenza, la solitudine cui era stata costretta dopo la vedovanza le pesava molto e si trasformava in ansia e preoccupazione per il futuro e la gestione della quotidianità.

Così, nei sette anni in cui è vissuta nella sua nuova Casa abbiamo avuto modo di scoprire una madre, una persona diversa, mai conosciuta prima: liberata dal fardello delle preoccupazioni della quotidianità, dal succedersi delle assistenti familiari, spesso identificate come intruse

nella sua casa che lei tanto amava controllare e governare, accolta, accudita e coccolata con generosità e gentilezza, ha dato voce ai suoi ricordi più lontani, impressi nella memoria emotiva, alle poesie, alle rime, alle filastrocche, alle canzoni. Non ha mai rinunciato a rimbrozzare il personale quando qualcosa non andava... sempre con gentile fermezza, cui naturalmente corrispondeva la gentilezza ricevuta.

Mia madre è stata così accompagnata negli ultimi giorni della sua vita, quando noi familiari ci siamo stretti a lei, potendo ricevere le visite consolatorie delle persone che abitavano il nucleo 'Olmo', a volte accompagnate dalle bambole cui le ospiti dedicavano attenzioni e cure.

Un panorama tanto idilliaco quanto fortunato e privilegiato, per non dire irrealistico? Le carenze di mezzi, le difficoltà finanziarie, l'inadeguatezza degli spazi (adattati da un preesistente ospedale...) in grado di condizionare le attività e la allocazione del personale della nostra Residenza per Anziani, sono ben noti alla Comunità e si percepiscono chiaramente passeggiando lungo i corridoi e tra le stanze. Altrettanto chiaramente ho tuttavia percepito l'impegno di tutto il personale, senza distinzione di ruolo e di competenze, per rendere familiare e accogliente la Struttura, a cominciare dal piccolo Bar, punto di aggregazione e di incontro per ospiti e familiari.

Posso quindi in tutta onestà affermare che nella mia esperienza si sono realizzate le tre condizioni riassunte nell'articolo di JAGS del 29 marzo u.s. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18898>], richiamato nella nostra newsletter del 12 aprile, vale a dire la condivisione di obiettivi e percorsi di cura all'interno del gruppo di lavoro, la forte interazione del personale attorno a precise informazioni e la continuità assistenziale a favore dell'ospite residente, con il ruolo strategico degli infermieri e l'autonomia gestionale degli operatori addetti all'assistenza. Tutto questo realizzato con grande sacrificio e dedizione e con pochi mezzi, come esposto in precedenza...

Ora il punto è proprio questo, al di là della singola, positiva esperienza: come chiaramente espresso nella lettura di Antonio Guaita nel nostro Congresso, Venerdì 12 Aprile 2024 e ribadito nel commento di Mauro Colombo nella Newsletter del 19 Aprile *'le RSA continuano a svolgere un'assistenza socio-sanitaria sempre più complessa, [...], per preservare la qualità di vita della persona anziana sotto il profilo psico-fisico, cognitivo, spirituale, sociologico e culturale;...è tuttavia cresciuto in questi ultimi anni un pregiudizio sociale nei loro confronti...; il sistema dei servizi residenziali vivono un lungo periodo di criticità che non sembra destare la necessaria attenzione e preoccupazione da parte dello Stato e della politica'*. Fino a che punto la società ed il sistema socio-sanitario vorrà 'approfittare' di tale ricchezza, senza tenerla nella debita considerazione con iniziative, attenzioni mediatiche e finanziamenti adeguati alla delicatezza e all'importanza del loro compito? Come figlio, medico e geriatra impegnato, ho voluto dare semplicemente conto di un'esperienza molto positiva, come cittadino responsabile cercherò di adoperarmi per dare voce e cercare di rendere meno grigio l'orizzonte delle Residenze per Anziani".

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito pubblico il pezzo di **Mauro Colombo**. Mi permetto di far sapere a chi ci segue che ho ricevuto l'articolo domenica 28 aprile al pomeriggio: grazie, grazie, carissimo Mauro, per la serietà del tuo impegno, che si esprime concretamente anche nell'assoluta puntualità dei tuoi pezzi, oltre che per il grandissimo interesse di quello che scrivi.

“Che disturbi neurologici del cammino costituiscano importanti predittori di rischio di sviluppare **demenza** –specialmente di tipo non-Alzheimer– è noto dai lavori di Verghese e Collaboratori da oltre 20 anni [1], tanto che lo stesso Verghese e Collaboratori hanno coniato il termine ‘**sindrome cognitivo-motoria**’, in cui disturbi cognitivi soggettivi sono abbinati ad un rallentamento della marcia [2]. Anche la forza della stretta di mano è stata presa in considerazione come espressione di prestazione fisica dotata di capacità predittiva. Ma la maggior parte degli articoli rilevanti in letteratura ha sinora esaminato i livelli basali di uno tra cognizione, andatura o forza della mano, con cambiamenti longitudinali dell'altro fenotipo o altri esiti avversi sulla salute. Pochi studi avevano esaminato i cambiamenti longitudinali di due o tutti i tre fenotipi nelle medesime persone. Gli studi che avevano esaminato la velocità dell'andatura e il declino cognitivo avevano utilizzato modelli statistici [‘lineari’] che non potevano differenziare traiettorie eterogenee nel tempo dei fenotipi sopra indicati. La situazione si complica ulteriormente mettendo in campo anche la neuropatologia. Anche in questo caso, le ricerche non hanno esaminato il decorso temporale del declino cognitivo rispetto a quello motorio nelle stesse persone, o tantomeno cercato l'esordio della associazione tra la neuropatologia [di natura sia alzheimeriana che altra] col declino cognitivo o motorio.

In un articolo pubblicato su *Lancet Healthy Longevity* [3] –accompagnato dal relativo editoriale [4], e dotato di una bibliografia di prim'ordine - 6 Autori affiliati ad istituzioni di Chicago hanno voluto colmare tale carenza, ricorrendo a 1303 partecipanti ultra65enni, seguiti dal 1994 al 2020, appartenenti a 3 coorti di volontari –tuttora attive nel reclutamento– da cui molti studiosi hanno attinto: Religious Orders Study (ROS), Rush Memory and Aging Project (MAP), e Minority Aging Research Study (MARS). ROS è costituito da suore, sacerdoti e religiosi; MAP da anziani residenti nel nordest dell'Illinois; MARS solo da americani di origine africana. Ai partecipanti – tutti viventi in comunità - venivano eseguite annualmente visite neurologiche con test neuropsicologici, ed altri test standardizzati tra cui la velocità del cammino e la stretta di mano, prove prescelte in quanto le più comunemente condotte in ambito di prestazione motoria. Al momento del decesso, i partecipanti hanno donato il cervello per un esame neuropatologico standardizzato. I dati sui 3 assi [cognitivo, motorio e neuropatologico] sono stati esaminati mediante un modello statistico [‘funzionale ad effetti misti’] utile ad esaminare traiettorie non lineari e che permette alle associazioni tra variabili di mutare nel tempo.

Ne è risultato che le prestazioni cognitive si sono mantenute stabili da 25 a 15 anni prima del decesso, dopo di che hanno cominciato a declinare, man mano accelerando nel peggioramento. Viceversa, calando costantemente dall'inizio della osservazione, il declino nella velocità del cammino e nella forza della stratta di mano precedeva di circa una decade il declino cognitivo, in molti anziani. A livello istopatologico, i macroinfarti cerebrali – ma non i grovigli neurofibrillari – erano associati al rallentamento locomotorio che anticipava l'impoverimento cognitivo. Infine, la maggior parte di quest'ultimo era in media spiegato dalla neuropatologia, a differenza del declino nelle prestazioni motorie, che non veniva spiegato completamente né dalla patologia cerebrale né dall'età.

In discussione, gli Autori segnalano tuttavia la forte eterogeneità nella evoluzione dei 3 fenotipi all'interno di ciascuna persona: in particolare, alcune persone non mostravano declino cognitivo, mentre altre peggioravano rapidamente. Tale riscontro ricorda l'importanza di fattori genetici e proteici, e degli stili di vita e dei comportamenti.

Da questi risultati, gli Autori hanno ricavato una serie di conclusioni; in sintesi: sul piano metodologico, i modelli statistici lineari sono poco adeguati a studiare la complessità, in precedenza non apprezzata, delle traiettorie in cui si intrecciano gli andamenti delle prestazioni cognitive e motorie con l'avanzare dell'età; il rallentamento nella marcia, da solo, è insufficiente a predire lo sviluppo di malattia di Alzheimer o di altre patologie dementigene, dato che occorre anche prescindere da età e neuropatologia; tale rallentamento, che precede il declino cognitivo, può peraltro fungere da araldo di deterioramento cognitivo di natura vascolare, non costituendo invece un marcatore pre-clinico di malattia di Alzheimer; l'analisi della forza nella stretta di mano – usualmente considerata indicatore di buona salute generale – può facilitare l'individuazione di anziani a rischio di accumulare patologia di Alzheimer, ricordando la differenza nei substrati neurologici sottostanti alle funzioni deputate al cammino ed alla presa manuale”.

[1] Verghese, J., Lipton, R. B., Hall, C. B., Kuslansky, G., Katz, M. J., & Buschke, H. (2002). Abnormality of gait as a predictor of non-Alzheimer's dementia. *The New England Journal of Medicine*, 347(22), 1761–1768. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020441>

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

[3] Oveisgharan, S., Wang, T., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bennett, D. A., & Buchman, A. S. (2024). The time course of motor and cognitive decline in older adults and their associations with brain pathologies: a multicohort study. *The Lancet. Healthy longevity*, S2666-7568(24)00033-3. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00033-3)

[4] Nichols, E., & Rabin, J. S. (2024). Declining motor and cognitive functioning and the role of gait in dementia. *The Lancet. Healthy longevity*, S2666-7568(24)00049-7. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00049-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00049-7)

JAGS di aprile pubblica un editoriale di augurio per i **50 anni del National Institute on Aging**. Noi che ci occupiamo di anziani fragili abbiamo un forte debito di riconoscenza per questa istituzione americana che negli ultimi decenni ci ha accompagnato con studi preclinici e clinici di altissimo valore. Anche molti dei contributi presentati nella nostra newsletter sono stati prodotti o direttamente dall’NIA o da finanziamenti dello stesso. “Sebbene il campo della geriatria accademica stia facendo grandi progressi, la visione che ha indotto l’istituzione del NIA 50 anni or sono ha posto le basi per un futuro con opportunità senza precedenti per chi si occupa della cura degli anziani”. Chi scrive si associa a queste considerazioni, ricordando quanto importante sia stato l’Istituto anche per il progresso della geriatria italiana. Ricordo in particolare il ruolo ponte esercitato in questi anni da Luigi Ferrucci che ha contribuito grandemente alla nostra crescita.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18931>]

*JNeurosci* del 29 aprile presenta uno studio condotto su 64 “**superagers**”, cioè **individui molto vecchi di età media di 81 anni**, che hanno mostrato una memoria simile a quella di persone 30 anni più giovani. Lo studio ha mostrato che la loro sostanza bianca non subisce le modificazioni età dipendenti rilevate in chi non conserva la memoria. L’articolo è stato commentato dal *Corriere della Sera* del 1 maggio, nel quale sono stati intervistati una serie di personaggi. Riporto quello che ha dichiarato il professor Silvio Garattini, di 95 anni: “Continuo a studiare tanta letteratura scientifica, salto il pranzo, faccio 6 chilometri al giorno, dormo 8 ore: è chiaro che così ho più possibilità di conservare una buona memoria”. Le dichiarazioni di Garattini sulle determinanti delle sue prestazioni vanno però messe un po' in dubbio perché, oltre allo stile di vita, conta molto anche la genetica. Infatti, io ero alle scuole medie quando Garattini era già un genio; riuscì a laurearsi in medicina dopo aver fatto il liceo classico in pochi mesi... Quindi, certamente valgono gli stimoli culturali e la vita sana, ma non dimentichiamo la fortuna legata alla nascita! Un altro commento: questi dati dimostrano quanto siano inutilmente dispendiose le diverse attività commerciali pubblicizzate per invecchiare bene. Ogni giorno ne compare una nuova e purtroppo molti spendono denaro per garantirsi un’illusoria vita più

lunga. [<https://www.jneurosci.org/content/early/2024/04/18/JNEUROSCI.2059-23.2024>]

*JAMDA* di aprile pubblica una revisione delle raccomandazioni per la **cura dei Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia**. Lo studio, dopo un’accurata analisi delle diverse pubblicazioni, conclude che vi sono rilevanti difficoltà rispetto alla concreta possibilità di un’adozione delle linee guida nella pratica clinica. D’altra parte l’epidemiologia dei BPSD rende sempre più necessaria la disponibilità di linee guida realistiche, di facile adozione nei diversi setting. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00223-8/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00223-8/fulltext)]



BMJ di febbraio pubblica uno studio australiano retrospettivo di coorte sul **delirium e la demenza** incidente in oltre 650.000 **pazienti ospedalizzati** ultra 65 seguiti per 5.25 anni. I dati dimostrano che i pazienti con delirium hanno un rischio maggiore di morte (HR 1.39) e un rischio 3 volte maggiore di demenza incidente rispetto ai pazienti che non presentavano delirium, con un'associazione più forte negli uomini. Ogni addizionale episodio di delirium era associato ad un aumento del 20% del rischio. Lo studio offre svariate possibili interpretazioni, in particolare riguardo al fatto che il delirium è un fattore di rischio modificabile per demenza, ampliando così il dibattito sulla cura delle persone anziane in ambito ospedaliero. [<https://www.bmj.com/content/384/bmj-2023-077634>]

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

La “**Banca del cervello**” per lo **studio delle demenze degenerative**: l'esperienza di Abbiategrosso

Webinar gratuito 9 maggio ore 17.30 - 19

Come funziona il programma di donazione del cervello? Quali strumenti dà in più alla ricerca sulle malattie neurologiche?

Per scoprirlo e saperne di più su questo progetto così importante per la ricerca scientifica Fondazione Golgi Cenci ha organizzato un webinar proprio sull'argomento.

Per partecipare, occorre iscriversi inserendo i propri dati a questo link:

[https://us02web.zoom.us/meeting/register/tZ0pfuyvrDMiGNSYWbe6fkRDw3gToGku-g3\\_#/registration](https://us02web.zoom.us/meeting/register/tZ0pfuyvrDMiGNSYWbe6fkRDw3gToGku-g3_#/registration)

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro (con due giorni di ritardo sulla Festa dei Lavoratori e mi scuso).

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

[trabucchi.m@grg-bs.it](mailto:trabucchi.m@grg-bs.it)

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- I controlli nelle aree più critiche delle nostre comunità
- Decreto appropriatezza e salute degli anziani
- *JAMA* del 10 maggio 1924: 100 anni fa
- *Lancet* e la casa come determinante della salute

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Mauro Colombo e l'intelligenza artificiale
- *JAMA* e gli anticorpi monoclonali per l'Alzheimer
- *JAGS* e gli effetti degli anticolinergici sulla cognitività
- *JAGS*: un commento sul rapporto tra *Helicobacter pylori* e il rischio di demenza
- *JAMDA* e l'impatto del delirium sulla riabilitazione

Amiche, amici,

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

La morte sul lavoro di cinque operai a Palermo ha suscitato un grande dolore. Molte sono le motivazioni di questa sofferenza sul piano umano. Tra queste, l'età di alcuni dei lavoratori scomparsi; a 71 anni si possono svolgere molti compiti, ma certamente non immergersi in una cisterna ad alto rischio (in ogni modo non possiamo essere insensibili al pensiero della fatica fisica e psicologica pur di continuare a sentirsi utili e vivi).

L'aspetto sul quale desidero però soffermarmi in particolare è quello dei **controlli da parte delle autorità preposte alla sicurezza del lavoro**. Carte, carte, carte e nessun controllo dal vivo; se queste sono a posto, poi non si ritiene opportuno svolgere controlli direttamente nelle fabbriche e nei cantieri. Ovviamente per ispettori mal pagati e poco formati è molto più facile leggere dei pezzi di carta che entrare nei luoghi di possibile crisi. Affronto questa tematica perché ha grande somiglianza con quanto avviene rispetto alle RSA. I controlli delle autorità sanitarie sono tutti concentrati sulle carte, sui documenti, sui controlli formali; le ispezioni, anche se in questo caso sono svolte da professionisti esperti, non passano mai... dal piano terra ai piani superiori, dove vivono gli ospiti! In questo modo i controlli fanno perdere molto tempo agli uffici amministrativi delle RSA, ma sono assolutamente privi di efficacia. Inoltre, è doveroso ricordare che in alcune regioni non esiste alcun controllo, né formale né

sostanziale, perché le residenze per anziani sono luoghi cresciuti al di fuori di qualsiasi programmazione da parte delle autorità sanitarie e amministrative locali. E come tali sfuggono ai controlli, permettendo la crescita di situazioni di grave disprezzo per la dignità e la libertà degli anziani fragili.

Un'altra osservazione: i cinque operai di Palermo sono morti nel tentativo di aiutarsi reciprocamente, in un gesto di drammatica generosità. Il lettore voglia scusarmi se avvicino il loro forte senso di comunità a quello che frequentemente si trova tra gli operatori delle RSA.

Il **decreto appropriatezza predisposto dal governo** sta suscitando vivaci critiche da parte del mondo medico. Riporto un'osservazione del Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano: "Una sciocchezza, anche perché il decreto aumenta gli oneri burocratici. D'ora in avanti i medici dovrebbero inserire nel quesito diagnostico, che ogni medico già prepara, anche dei codici che fanno riferimento a tabelle preimpostate. Ma è impossibile far rientrare in un codice una patologia o un sintomo specifici: l'essere umano ha comunque sempre una sua complessità". Le affermazioni del Presidente Rossi mettono giustamente l'accento sul concetto di complessità che caratterizza la condizione di salute di ogni cittadino, in particolare di ogni persona anziana. A questo argomento sarà necessario dedicare particolare attenzione, perché nessuna pur giusta motivazione può giustificare un approccio semplificatorio alla condizione clinica degli anziani. Si deve evitare con determinazione che la cura di un medico per un anziano polipatologico crei disagi a causa di scelte politiche inadeguate.

*JAMA* del 10 maggio 1924: esattamente 100 anni fa (!!!) intitolava: **"The promise of longer lifetime"**. È di interesse il fatto che nell'editoriale vengono riportate le malattie che allora erano state debellate o ridotte nella loro diffusione (vaiolo, tifo, malaria, difterite) e che hanno provocato "un aumento della durata della vita quasi interamente confinato nelle età inferiori a 35 anni. In futuro sarà invece necessario considerare l'obiettivo di minimizzare la mortalità delle persone di età media e avanzata". Un compito che ancora cerchiamo di onorare, forse credendo di essere noi originali nel porci questo obiettivo, che invece caratterizza la medicina da un secolo! [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2817760>]

*Lancet* del 4 maggio riporta un editoriale che enfatizza **l'importanza della casa come determinate sociale della salute**. L'articolo cita i ritardi dei vari paesi nel rispondere alle indicazioni di enti internazionali. A noi importa considerare la situazione del nostro paese, caratterizzata da centri storici che si vanno spopolando, dove le persone anziane abitano in ambienti inadeguati, e da periferie dove gli edifici subiscono l'incuria dei gestori, per cui gli anziani abitano in appartamenti fatiscenti, con livelli igienici pessimi, spesso con coinquilini irrispettosi delle esigenze di chi è anziano (ottimisticamente!), senza ascensore. L'editoriale

cita un articolo di *Lancet* del 1922, a sottolineare quanto i problemi l'housing come determinate di salute siano vecchi e sempre nuovi. Nel testo si invoca anche un maggiore ruolo della medicina nel chiedere attenzione alla casa delle persone fragili. Un altro aspetto della professione che non è possibile trascurare!

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00914-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00914-0/fulltext)]

Aggiungo: nelle città turistiche la vita degli inquilini anziani di molti edifici è stravolta dalla diffusione degli affitti brevi, che provocano condizioni di grave disagio pratico e psicologico. Ma sembra che alla politica interessino di più i guadagni del turismo che la conservazione nelle città di un'atmosfera che non accorci la vita degli anziani!

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie a **Mauro Colombo** per “l'angolo” di questa settimana, dedicato all'**intelligenza artificiale**.

“Due interessanti applicazioni della intelligenza artificiale in ambito psicogeriatrico ci vengono fornite da una delle più importanti riviste di medicina generale presenti sulla scena mondiale: *JAMA*. Il primo articolo [1] riguarda le modalità della attivazione della glia, a seconda delle diverse espressioni cliniche della demenza di Alzheimer, in vista dei progressi nelle farmacoterapie. Il secondo articolo indaga i cambiamenti strutturali cui possono sottostare i cervelli di persone che invecchiano conservando la integrità cognitiva, a fronte dello sviluppo di varie forme di neuropatologia [2].

Il primo lavoro [1] – corredato anche da figure particolarmente illustrative – sfrutta 2809 casi ricavati da una coorte autoptica multi-etnica operativa in Florida per 30 anni (dal 1991 al 2020), indagata indipendentemente su 93 casi anche con risonanza magnetica nucleare strutturale [NMR] e tomografia alla emissione di positroni specifica per la proteina tau [tau PET]. All'interno della coorte, una malattia di Alzheimer è stata diagnosticata al riscontro anatomopatologico in 1361 individui, di ambo i sessi, con età mediana di 81 anni [ambito 53 - 102]; su 60 casi è stata condotta una “caratterizzazione neuropatologica fenotipica digitale profonda”. I numerosi Autori – tra cui è compreso uno salisburghese – avevano in precedenza elaborato e validato un algoritmo che esprime il rapporto tra il coinvolgimento di specifici ambiti corticali e del sistema limbico. In concordanza con le neuroimmagini, l'algoritmo tripartisce i cervelli dei malati di demenza di Alzheimer in 3 grandi categorie neuropatologiche: [A] a predominanza corticale, con relativo risparmio dell'ippocampo / [C] ad interessamento prevalentemente limbico, con relativo risparmio corticale / [B] forma intermedia (quantitativamente prevalente).

I casi che ricadono nella categoria [A] si caratterizzano per un esordio più precoce dei sintomi [prima dei 65 anni], una progressione più rapida [calo più veloce nei punteggi al Mini Mental State Examination (MMSE) e nella capacità di svolgere i gesti della vita quotidiana (ADL)], un fenotipo clinico “non-amnestico” [dove prevalgono disturbi a carico di comportamento,

funzioni esecutive, prassiche, linguistiche, visuo-spaziali]. Da segnalare che i cervelli di tipologia [A] presentano, rispetto a quelle [B] e [C], oltre ad un volume ippocampale relativamente più grande, un maggior carico tau nella corteccia, ma una minore attivazione della microglia. Gli Autori suppongono che proprio da tale minore capacità protettiva da parte della microglia derivino le caratteristiche cliniche peculiari dei soggetti con interessamento tau prevalentemente corticale, e relativa conservazione dell'ippocampo, che individuano la tipologia [A].

Questi risultati – che richiamano l'importanza della gliosi nella patogenesi della malattia di Alzheimer – sottolineano il ruolo fondamentale dell'esame neuropatologico nella scienza che si occupa delle malattie neurodegenerative. Le biobanche svolgono un compito critico nella interpretazione dei biomarcatori, che a sua volta costituisce una premessa per la cura dei pazienti.

Un folto articolo di Autori sparsi in varie parti del mondo “occidentale” – tra i quali il “nostro” Luigi Ferrucci – ha pubblicato su *JAMA* un lavoro che ha indagato i mutamenti strutturali che possono intervenire durante l'invecchiamento a cognitività conservata, e le relative possibili traiettorie cliniche ed in stili di vita, sopra a quali substrati genetici [2].

Allo scopo, sono stati studiati 27 402 soggetti di età compresa tra 45 ed 85 anni, all'interno di una coorte multi-etnica armonizzata. L'intelligenza artificiale ha individuato – anche qui – 3 gruppi, geneticamente distinti e longitudinalmente stabili: uno [A1] che segue un invecchiamento “tipico” e due [A2, A3] che percorrono traiettorie di invecchiamento in diverso modo accelerato [#]. Un quarto gruppo “resiliente” [A0] – scevro da atrofia cerebrale e da iperintensità della materia bianca – funge da gruppo di riferimento. Anche in questo articolo le immagini sono particolarmente accattivanti, ed esplicative: in particolare, quella finale che riassume le caratteristiche che definiscono i 4 filoni, riportate in estrema sintesi:

[A0] cervelli resilienti: volumi cerebrali preservati; bassa quota di fattori di rischio cardiovascolari; migliore cognitività di partenza; età cerebrale più giovane di 7 anni rispetto all'età anagrafica

[A1] cervelli ad invecchiamento tipico: lievemente atrofico – specialmente nelle regioni peri-silviane e pre-frontali; modesta quota di fattori di rischio cardiovascolari; profilo cognitivo intermedio; assetto genetico protettivo nei confronti della iperintensità della materia bianca; tendenza intermedia alla progressione verso il deterioramento cognitivo lieve; età cerebrale più giovane approssimativamente di 2 - 3 anni rispetto all'età anagrafica

[A2] cervelli “vascolari”: massimi livelli ed incrementi più veloci in iperintensità della materia bianca, e con assetto genetico sfavorevole al riguardo; carico importante in fattori di rischio cardiovascolari; maggiore presenza di APOE ε4 e di Aβ (≥ i 65 anni per quest'ultima); profilo cognitivo più modesto; maggiore tendenza alla progressione verso il deterioramento cognitivo lieve; età cerebrale più vecchia approssimativamente di 2 - 3 anni rispetto all'età anagrafica [atrofia peri-silviana, orbito-frontale ed in altre aree frontali (riportato solo nel testo)]

[A3] cervelli a prevalenza atrofica: atrofia diffusa in tutto il cervello [incluse le regioni frontali ed il talamo (riportato solo nel testo)]; scarsa iperintensità della materia bianca; presenza ordinaria di APOE ε4 e di Aβ; modesto profilo cognitivo; andamento più sfavorevole tra tutti rispetto alla tendenza alla progressione verso il deterioramento cognitivo lieve; età cerebrale più vecchia approssimativamente di 3 - 5 anni rispetto all'età anagrafica; maggiore prevalenza di depressione

È interessante notare che, rispetto alla tipologia A0, quelle A2 ed A3 presentano deficit cognitivi relativi di entità simile, a suggerire che la atrofia e la iperintensità della materia bianca agiscano in maniera additiva nei confronti del declino cognitivo, così che la quota ulteriore di atrofia, tipica di A3, ne favorisce la maggiore tendenza alla progressione verso il deterioramento cognitivo lieve. All'inizio dell'articolo viene dichiarato che i fattori genetici, ambientali e neuropatologici possono agire indipendentemente, sinergicamente od antagonisticamente nel determinare le traiettorie. Va poi precisato che la atrofia di tipo alzheimeriano era comunque modesta in tutti i tre gruppi [A1, A2 ed A3], e che i soggetti Aβ + costituivano una minoranza, oltretutto distribuita uniformemente fra i tre gruppi. Infine, nessuno specifico fattore di rischio cardiovascolare predominava sugli altri all'interno del tipo A3.

Al di là della entità relativamente modesta delle differenze che caratterizzano i 3 [+ 1] gruppi, il significato ultimo di studi del genere – come dichiarato dagli Autori medesimi in introduzione – consiste nel principio generale per cui la comprensione dei cambiamenti strutturali cerebrali precoci può fornire indicazioni sulla predisposizione o sulla presenza di neurodegenerazione, ed indirizzare il trattamento del paziente e la stratificazione all'interno di trials clinici”.

[#] torna la questione della “età cerebrale biologica” – raffrontata a quella cronologica – toccata più volte in questo “angolo”.

[1] Kouri, N., Frankenhauser, I., Peng, Z., Labuzan, S. A., Boon, B. D. C., Moloney, C. M., Pottier, C., Wickland, D. P., Caetano-Anolles, K., Corriveau-Lecavalier, N., Tranovich, J. F., Wood, A. C., Hinkle, K. M., Lincoln, S. J., Spsychalla, A. J., Senjem, M. L., Przybelski, S. A., Engelberg-Cook, E., Schwarz, C. G., Kwan, R. S., ... Murray, M. E. (2024). Clinicopathologic Heterogeneity and Glial Activation Patterns in Alzheimer Disease. *JAMA neurology*, e240784. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.0784>

[2] Skampardoni, I., Nasrallah, I. M., Abdulkadir, A., Wen, J., Melhem, R., Mamourian, E., Erus, G., Doshi, J., Singh, A., Yang, Z., Cui, Y., Hwang, G., Ren, Z., Pomponio, R., Srinivasan, D., Govindarajan, S. T., Parmpi, P., Wittfeld, K., Grabe, H. J., Bülow, R., ... Davatzikos, C. (2024). Genetic and Clinical Correlates of AI-Based Brain Aging Patterns in Cognitively Unimpaired Individuals. *JAMA psychiatry*, 81(5), 456–467. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5599>

Un punto di vista di *JAMA* del 6 maggio richiama l'attenzione sul **rischio di danni provocati nel corso della malattia di Alzheimer della riduzione della beta amiloide da parte dei nuovi farmaci**. Il primo autore del commentario è un dipendente del NIA che ha avuto un ruolo nella valutazione dei farmaci per l'Alzheimer; si tratta quindi di un esperto, che non può essere accusato di posizioni preconcepite. Il punto di vista si riferisce alla recente approvazione del lecanemab, da parte della FDA americana, e della prevista approvazione entro l'anno anche del donanemab; invita di conseguenza i medici che dovranno prescrivere gli anticorpi monoclonali contro l'amiloide a comunicare ai loro pazienti i risultati complessi ottenuti durante gli studi, aiutandoli a decidere se i benefici del trattamento superino i rischi potenziali di danno. Inoltre, gli autori invitano le aziende farmaceutiche a comunicare senza reticenze i dati riferiti alla gravità di ARIA e dell'atrofia cerebrale. Il testo si conclude così: "Comunicare dati non completi sui rischi ai quali potrebbero andare incontro i pazienti, mina la fiducia nei medici, e tradisce la speranza che i progressi scientifici possano produrre trattamenti efficaci e sicuri della malattia di Alzheimer".

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2818371>]

Sarebbero molto graditi commenti da parte dei lettori, perché la dialettica progresso-sicurezza è centrale nel nostro tempo e per molti ambiti.

*JAGS* di aprile riporta i dati ottenuti in uno studio di 392 **pazienti che assumevano un elevato numero di farmaci (l'80 % più di 5) rispetto all'effetto delle molecole con azione anticolinergica e dei sedativi**. Ambedue le classi di farmaci hanno effetti negativi sull'attenzione e sulle funzioni esecutive; in particolare i sedativi hanno effetto negativo sull'attenzione. Invece, contrariamente alle attese degli autori, la memoria non è coinvolta dall'assunzione di questi farmaci. E' un altro piccolo contributo per convincere sulla prudenza necessaria nella prescrizione di molecole che agiscono a livello del SNC.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18933>]

*JAGS* di marzo pubblica un commentario sull'associazione tra **l'infezione da Helicobacter pylori e il rischio di demenza**, corredato da uno schema che riassume i lavori pubblicati riguardanti questa correlazione. Il testo è utile per chi volesse approfondire dinamiche che sono da anni all'attenzione della letteratura scientifica, con alterne vicende. Alcuni ricorderanno, ad esempio, la serie di articoli, poi smentiti, sulla correlazione tra inibitori di pompa protonica e demenza. Un'area ancora incerta, quindi, ma da non trascurare nell'impegno planetario per definire i possibili fattori che sottostanno al rischio di demenza.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18929>]

*JAMDA* di aprile riporta **dati sull'effetto del delirium** su 723 pazienti (età media 75 anni), il 28.9% dei quali affetti dalla sindrome, sulla traiettoria delle ADL e della **qualità della vita**

**indotta dalla riabilitazione geriatrica attuata dopo un'infezione da Covid-19.** Il dato è particolarmente interessante perché, a differenza di quanto atteso, il delirium non è in grado di rallentare gli effetti della riabilitazione. Il lavoro non affronta l'argomento delle conseguenze del delirium sulle funzioni cognitive, che in molte ricerche si è invece dimostrato particolarmente delicato. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00344-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00344-X/fulltext)]

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*



## Newsletter AIP - 17 maggio 2024

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ricordo di Daniele Villani
- La Giornata Internazionale dell'Infermiere
- Il dibattito poco concludente sulla crisi demografica
- Il libro di Stefano Cappa: "1255 grammi"

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Lancet Healthy Longevity*: salute sociale, funzioni cognitive e depressione
- JAMDA*: ageismo e dementia-ism
- JAMA Network Open*: olio di oliva e demenza
- JAGS*: prescrizioni inappropriate e qualità della vita dell'anziano

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

- Il programma del 6° Congresso Nazionale "Giovani AIP"

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Da alcuni giorni **Daniele Villani** non è più con noi. Per decenni è stato un compagno di strada **intelligente e colto per affrontare diversi aspetti della cura delle demenze**. Ha aperto molte strade riguardo all'organizzazione dell'assistenza, quando ancora i disturbi cognitivi erano ritenuti marginali nello scenario clinico-assistenziale. È stato un precursore e un maestro. Personalmente gli devo molto per questa colleganza amichevole sulle tematiche della psicogeriatría.

Di seguito alcune **righe di Stefano Boffelli, al quale ho chiesto di ricordare Daniele**.

"Non sono forse il più qualificato a ricordare il caro amico e collega, poiché la nostra frequentazione era annuale o semestrale, e più di convegni che di convivi, e più di comunanza ideologica geriatrica che di pratica quotidiana condivisa. Per quanto posso, lancio tre ricordi di lui, che mi hanno coinvolto e cresciuto umanamente e professionalmente.

Il primo, nel lontano 1994 (ma sembra ieri mattina), quando Daniele fu presente ai primi incontri regionali, e promotore di un Convegno per condividere le nostre esperienze e i primi dati scientifici, nei neonati Nuclei Alzheimer della Lombardia. A noi, giovani geriatri in formazione, aveva dato accoglienza come a vecchi amici, entusiasta della ricerca, del nostro lavoro con il GRG e la SIGG. Avevamo da poco raccolto i primi dati positivi, e sentivamo il suo apprezzamento sugli interventi non farmacologici, funzionali, cognitivi (peraltro, quelli erano i tempi in cui qualcuno ancora affermava che “i dementi non si riabilitano”).

Il secondo ricordo va al 2002, quando il Professor Trabucchi mi chiese di scrivere una recensione per la rivista Demenze, di un libro di Musicoterapia che Daniele scrisse a tre mani (Musicoterapia e Malattia di Alzheimer; Raglio, Manarolo, Villani. Ed. Cosmopolis, Torino, Dicembre 2001). Riporto l'incipit della recensione che, così come allora, mi sembra il migliore modo per descriverlo:

*“Daniele Villani è un antico gentiluomo lombardo, nei tratti, nello sguardo, e nella prassi clinica, che ha fatto della malattia di Alzheimer il campo della propria battaglia da ormai molti anni. Come tutti i condottieri illuminati e senza età, sa che per combattere il nemico ci vogliono pazienza ed un esercito ben addestrato. Difatti, sono suoi obiettivi la formazione permanente del personale, l'informazione ai familiari, la ricerca di nuove modalità di comunicazione con la persona malata: la demenza si combatte fianco a fianco, con stretta collaborazione tra operatori e familiari, senza interventi improvvisati. Proprio per questo è stato dato alle stampe il libro “Musicoterapia e malattia di Alzheimer”, il cui sottotitolo (proposte applicative e ipotesi di ricerca) è uno stimolo al lavoro pratico ed all'ulteriore progressione della ricerca nella comunicazione.”*

E ancora: *“Il libro ha il pregio di affrontare, in modo sistematico, un argomento che spesso è stato relegato al ruolo di cenerentolo delle cure nei malati di Alzheimer: il potere della musica è grande, e finora poco esplorato. Ognuno di noi associa ricordi e sensazioni a suoni e musica: forse, come ricorda proprio Daniele Villani nell'introduzione, solo il gusto e l'olfatto hanno un potere evocativo pari all'energia della musica (le “madeleine” di Proust). Esiste pertanto un profondo legame fra memoria e musica, che può essere riscoperto nella malattia, come elemento di comunicazione.”... E' un libro carico di entusiasmo ed ottimismo: lo slancio “positivo” di chi non si arrende di fronte alla malattia, ma cerca e sperimenta per ottenere le migliori capacità di comunicazione con il malato. Che significa, in fin dei conti, alleviare la sofferenza, rallentare la progressione della malattia, aiutare chi soffre.*

Terzo, last but not least, un suo articolo pubblicato sulla rivista Psicogeriatria nel 2016. Intelligente, arguto, e naturalmente contro-corrente: il titolo è “Missing Words: che fine ha fatto la convalescenza?” Già, Convalescenza, parola semplice ma che in quell'articolo suonò fragorosa su un sistema sanitario che stava iniziando a vivere l'esplosione delle revolving doors (i passaggi infiniti ma soprattutto non ragionati dei vecchi malati tra acuto-riabilitazione-riacutizzazione-lungodegenze-infinito e oltre). Un inno all'intelligenza ed al ragionamento clinico geriatrico, premessa per la diagnosi, cura e prognosi (e le conseguenti procedure). Non posso che ringraziarlo, unendomi ai suoi allievi cremonesi, per questi anni di

attività intelligente e instancabile e concludere proprio con le sue parole, che facciamo nostre, suoi colleghi nella cura e nella dedizione alla persona anziana.

Riporto alcuni passaggi significativi:

*“Quante volte oggi usiamo o sentiamo usare la parola convalescenza? Quasi che fra la malattia e la guarigione non ci fosse transizione, oppure questa transizione debba necessariamente assumere i connotati para- ospedalieri delle cure intermedie, della subacuzie e così via. ...So, capisco, che l’adeguato periodo di convalescenza è sempre più difficile da realizzare: soprattutto per quelle persone deboli, complesse, sole (eviterei per una volta il termine fragile), insomma per quegli anziani che a noi piace curare ...Come si concilia questa graduale, lenta riemersione dai fondali della malattia alla luce della guarigione, con la brusca dimissione ospedaliera di un anziano ancora instabile sulle gambe, magari poco idratato, sedato, cognitivamente offuscato dai rapidi cambiamenti di reparto e di ambiente?*

*...Ed ecco allora il proliferare delle soluzioni intermedie.*

*Posto che l’ospedale si occupa solo dell’acuzie, tutto quello che viene dopo si disperde, come il delta di un grande fiume, in unità di offerta a contorni sfumati: cure intermedie, subacuti, riabilitazione a bassa intensità, mantenimento, reinserimento, posti in solvenza (notturna, diurna), ricoveri di sollievo, dimissioni più o meno protette ...con declinazioni numerose quanto numerose sono le regioni del nostro paese ...con annessi moduli, scale valutative diverse a tre chilometri di distanza, telefoni che non rispondono, fax che non funzionano.*

*...verso un altrove, qualunque esso sia, che garantisca ancora un periodo di recupero-riabilitazione-consolidamento-mantenimento-protezione; poi la casa, o magari le revolving doors che riaprono porte ospedaliere appena chiuse.*

*Ed è qui, in questa terra di nessuno che segue l’evento acuto e la dimissione ospedaliera, che potrebbe giocare un ruolo umanizzante (stavolta sì, usiamo la parola) la convalescenza. Far passare il messaggio che le malattie non guariscono di botto, ma anche che il seguito della malattia può trovare il suo ideale milieu in un ambiente domestico, accogliente, familiare, fatto di piccoli gesti e piccoli guadagni. Provare dunque a far capire che non tutto è sanità, non tutto è riabilitazione, non tutto è macchinari, farmaci. Ricordare che l’attenzione, l’affetto, la cura, il prendere per mano e far camminare, l’accompagnare in bagno piuttosto che a fare tre passi in giardino: tutto ciò è patrimonio dell’uomo, non delle ASL o degli Ospedali. Proviamo a consigliare la convalescenza. Senza moduli. Senza test.”*

È stata celebrata in questi giorni la **Giornata Internazionale dell’Infermiere**. È un modo per ricordare il lavoro straordinario dei nostri colleghi nel gestire e accompagnare le malattie croniche dell’anziano, negli ospedali, nelle RSA, nei vari servizi territoriali. Lo scenario della professione in Italia è drammatico: mancano circa 65.000; a questi si dovrebbero aggiungere altri 20.000 per far funzionare le nuove strutture territoriali. Dal 2000 sono espatriati alcune decine di migliaia di infermieri; peraltro, entro il 2027 andranno in pensione 21 mila infermieri.

Di fronte a questi numeri drammatici, ogni anno sono solo 10.000 i nuovi laureati. In aggiunta, la crisi demografica peggiorerà ulteriormente le prospettive: più anziani bisognosi di cure, meno giovani che potranno prendersi cura di loro.

Il sistema della politica sembra incapace di programmare risposte serie, mentre le esigenze del nostro paese sono in evidente crescita. Siamo destinati a vivere in un sistema della salute cronicamente inadeguato al nostro bisogno? Come indicato nel paragrafo seguente, sarebbe possibile ipotizzare una rivoluzione tecnologica formidabile del lavoro infermieristico, lasciando alle persone funzioni prevalentemente correlate con la relazione personale? Ma anche la strada del progresso tecnologico esige scelte politiche che oggi non vediamo!

Continua sugli organi di comunicazione il **dibattito sulla crisi demografica**. Elon Musk prevede che Italia e Giappone sono destinate a sparire. Ma cosa è realisticamente possibile fare per evitare che si realizzi questa profezia? Il dibattito è oggi aperto tra chi vorrebbe una mitigazione del fenomeno della riduzione delle nascite e chi invece propone soluzioni adattative. In questo dibattito una posizione interessante è quella dell'economista Innocenzo Cipolletta: "Sono favorevole alle politiche per incrementare la natalità, ma se dovessimo constatare di non essere riusciti a sollevare il tasso di fecondità e riportarlo a quello per mantenere inalterata la popolazione? uno scenario da non escludere. Allora forse sarebbe il caso di innalzare l'età pensionabile, essere più coraggiosi nell'aprire all'immigrazione, affidarsi senza timori alla tecnologia che compensa la riduzione dell'offerta di lavoro, avendo meno persone attive". Chi si pone la problematica del futuro della cura delle persone fragili deve studiare queste proposte, sperando di indurre la politica ad occuparsene. Invece di ripetere come un mantra i numeri drammatici che caratterizzano il nostro futuro, sarebbe doveroso affrontare le tematiche delle quali ha parlato Cippolletta. Però... l'età pensionabile non si tocca perché fa perdere voti, l'immigrazione "inquina la razza italiana", la tecnologia fa paura e si perde tempo a opporre fumose problematiche etiche.... E chi si occuperà dei nostri vecchi fragili? Una soluzione ci sarebbe: affidarsi a quelli che predicano l'active aging!

Il nostro collega e amico **Stefano Cappa**, famoso neuroscienziato, ha recentemente pubblicato un volumetto molto interessante e curioso "**1255 grammi. Un viaggio nel cervello e nelle sue fragilità**" (Il Margine). L'autore dichiara che l'idea del titolo l'ha avuta ricordando l'articolo del 2001 di Jonathan Franzen sul *New Yorker*. Franzen scrive: "Ricordo la luce invernale di quella mattina. Ricordo di aver lasciato il dolce e il mio tinello per portare il referto dell'autopsia nella mia stanza, dove mi sono seduto per leggerlo. Il cervello pesava 1255 grammi e mostrava un'atrofia parasagittale e ampliamento dei solchi-. Ricordo di aver tradotto i grammi in pounds e questi nel più familiare indicatore sul contenitore della carne nel supermercato. Ricordo di aver riposto il foglio nella sua busta, senza proseguire nella lettura". Cappa e un gruppo di famosi studiosi americani, guidati da Charles DeCarli, un vecchio amico dell'Italia, sono rimasti impressionati di questa misura quantitativa del peso

del cervello, tanto da averne fatto il titolo di un libro e l'argomento di un interessante studio per DeCarli ("Evoluzione del volume intracranico e celebrale nei partecipanti allo studio di Framingham nati nel 1930 e nel 1970", *JAMA Neurology* di marzo). Gli autori dichiarano: "L'evoluzione del volume del cervello suggerisce un migliore sviluppo in età infantile. Le influenze ambientali all'inizio della vita possono spigare questi risultati e contribuiscono alla riduzione dell'incidenza di demenza già dimostrata nel Framingham". Cappa con vera maestria è partito da questi dati per presentare al lettore lo scenario di luci e ombre che oggi caratterizza il mondo della ricerca sulle demenze.

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Come di consueto apro la presentazione di alcuni pezzi di letteratura interessanti per il nostro lavoro con le indicazioni, sempre importanti, di **Mauro Colombo**.

"Confesso un conflitto di interessi culturale - culturale (sia con la "o" che con la "u") e gastronomico: quando si parla di **olio di oliva**, la mia imparzialità, da nostalgico della mia Liguria, rischia di ... farsi friggere ... o di ... andare a mare ...

Peraltro – traducendo letteralmente da un recentissimo articolo di *JAMA*, accompagnato dal relativo editoriale (Dahabreh & Bibbins-Domingo, 2024; Flanagin et al., 2024) - "l'opinione soggettiva, informata dalla conoscenza clinica o di politica (sanitaria) di fondo, è inevitabile negli studi osservazionali". Nella riga immediatamente successiva, le due epidemiologhe e biostatistiche Autrici Dahabreh & Bibbins-Domingo – di cui la seconda è pure redattore capo di *JAMA* e di *JAMA Network* – auspicano "umiltà intellettuale", indicando limiti, cautele, possibilità e strategie per adoperare un linguaggio che implica causalità negli studi non-sperimentali.

Queste premesse metodologiche tornano utili per presentare un articolo comparso sul numero del 6 maggio 2024 di *JAMA*, frutto di una collaborazione tra centri a Boston (Massachusetts), Hangzhou (China) e Copenhagen (Danimarca) (Tessier et al., 2024). Gli Autori – di estrazione nutrizionista, epidemiologica e di salute pubblica – hanno utilizzato i dati di una coorte a due rami, osservata per 28 anni [1990 – 2018], costituita da 92383 tra infermiere e professionisti sanitari. Il campione – di età media 56,4 ( $\pm$  8) anni – era composto per 2/3 da donne, e presentava una anamnesi negativa per malattie cardiovascolari e cancro.

I partecipanti che avevano consumato più di 7 grammi al giorno di olio d'oliva [corrispondenti ad una metà abbondante di un cucchiaino da tavola] erano andati incontro ad un rischio inferiore del 28% di morire di demenza rispetto ai partecipanti che non consumavano mai o raramente olio d'oliva. Dopo aggiustamento per vari fattori di possibile confondimento (compreso APOE  $\epsilon$ 4), il risultato in termini protettivi veniva limitato alle donne. La associazione manteneva significatività statistica a prescindere dalla aderenza alla dieta mediterranea ed in generale dalla qualità complessiva della dieta, anche se la associazione tra dieta di migliori caratteristiche ed assunzione più elevata di olio di oliva portava al valore

minimo del rischio di morire di demenza (- 32%). La sostituzione di 5 grammi di margarina o maionese con olio di oliva – ma non di altri grassi vegetali e del burro - riduceva il medesimo rischio. Va precisato che quest'ultimo risultato va riferito ad un periodo precedente ad un intervento legislativo da parte della autorità regolatoria statunitense [“Food and Drug Administration”] che ha proibito la aggiunta ai cibi di acidi grassi parzialmente idrogenati, a partire dal 2020.

Una serie di accorgimenti metodologici ha limitato il rischio di “causalità inversa” di questo studio, il cui significato va inquadrato nel contesto statunitense, meno orientato al consumo di olio di oliva, ma dove pur sempre – nelle medesime coorti di infermiere e professionisti sanitari – alti consumi di olio di oliva erano associati a rilevanti riduzioni di mortalità cardiovascolare (- 19%), da neoplasie (- 17%) e da malattie respiratorie (- 18%), anche tenendo conto di rischi competitivi (Guasch-Ferré et al., 2022). Pure la quota di decessi per malattie neurodegenerative (- 29%) e per demenza (- 27%) era significativamente attenuata: ma la mortalità per demenza non costituiva l'obiettivo primario per cui lo studio era stato disegnato, a differenza del lavoro di Tessier et al. 2024, dove invece la incidenza di malattie cardiovascolari, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e diabete non mediava la associazione protettiva del consumo di olio di oliva.

Tale associazione protettiva – come riportato anche da revisioni sistematiche [per esempio (Fazlollahi et al., 2023)] - è stata ripetutamente osservata in studi sia epidemiologici che di intervento, anche non recenti, compiuti in Europa, e poggia su basi biologiche rilevate non solo su animali di laboratorio, ma anche nell'uomo. In particolare, in 13 persone di ambo i sessi, di età circa 66 anni, con deterioramento cognitivo lieve, la assunzione quotidiana per 6 mesi di 30 ml di olio extravergine di oliva particolarmente ricco in biofenoli ha ottenuto miglioramenti nella integrità della barriera emato-encefalica [analizzata mediante risonanza magnetica nucleare contrastografata] e della connettività funzionale cerebrale [analizzata mediante risonanza magnetica nucleare funzionale]. La supplementazione ha conseguito anche riduzioni nei rapporti A $\beta$ 42/A $\beta$ 40, e tau fosforilata/tau totale, suggerendo una modificazione favorevole nella processazione e nella rimozione della proteina A $\beta$ . Un comune olio di oliva del commercio ha prodotto, in altre 12 persone, effetti simili, ma meno marcati, cui si sono affiancate diminuzioni [favorevoli] nella Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes (CDR SB) di circa 1 punto, indicative di progressi clinici prossimi all'ambito dei “minimi miglioramenti clinicamente significativi”, in entrambi i gruppi (Kaddoumi et al., 2022).

Quanto ai prodotti caseari, una ricerca compiuto nell'ambito dello studio longitudinale canadese sull'invecchiamento ha esaminato 7945 anziani di ambo i sessi, di età compresa tra 65 ed 85 anni [media  $72.8 \pm 5.6$  anni]. A parità di vari fattori di correzione, l'assunzione totale di latticini, formaggi e latticini a basso contenuto di grassi era associata positivamente al dominio delle funzioni esecutive e l'assunzione di yogurt con il dominio della memoria. Ancora, l'assunzione totale di latticini, formaggi e latticini a basso contenuto di grassi era associata specificamente alla fluidità verbale. Oltre a nutrienti quali il calcio e la vitamina D, i

prodotti caseari contengono peptidi bioattivi e prodotti fermentati, che possono essere utili per la cognitiv , specialmente negli anziani (Tessier et al., 2021)”.

Dahabreh, I. J., & Bibbins-Domingo, K. (2024). Causal Inference About the Effects of Interventions From Observational Studies in Medical Journals. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.7741>

Fazlollahi, A., Motlagh Asghari, K., Aslan, C., Noori, M., Nejadghaderi, S. A., Araj-Khodaei, M., Sullman, M. J. M., Karamzad, N., Kolahi, A. A., & Safiri, S. (2023). The effects of olive oil consumption on cognitive performance: a systematic review. In *Frontiers in Nutrition* (Vol. 10). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1218538>

Flanagin, A., Lewis, R. J., Muth, C. C., & Curfman, G. (2024). What Does the Proposed Causal Inference Framework for Observational Studies Mean for *JAMA* and the *JAMA Network Journals*? *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.8107>

Guasch-Ferré, M., Li, Y., Willett, W. C., Sun, Q., Sampson, L., Salas-Salvad , J., Martínez-González, M. A., Stampfer, M. J., & Hu, F. B. (2022). Consumption of Olive Oil and Risk of Total and Cause-Specific Mortality Among U.S. Adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), 101–112. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.041>

Kaddoumi, A., Denney, T. S., Deshpande, G., Robinson, J. L., Beyers, R. J., Redden, D. T., Pratic , D., Kyriakides, T. C., Lu, B., Kirby, A. N., Beck, D. T., & Merner, N. D. (2022). Extra-Virgin Olive Oil Enhances the Blood–Brain Barrier Function in *Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial*. *Nutrients*, 14(23). <https://doi.org/10.3390/nu14235102>

Tessier, A. J., Cortese, M., Yuan, C., Bjornevik, K., Ascherio, A., Wang, D. D., Chavarro, J. E., Stampfer, M. J., Hu, F. B., Willett, W. C., & Guasch-Ferré, M. (2024). Consumption of Olive Oil and Diet Quality and Risk of Dementia-Related Death. *JAMA Network Open*, E2410021. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.10021>

Tessier, A. J., Presse, N., Rahme, E., Ferland, G., Bherer, L., & Chevalier, S. (2021). Milk, Yogurt, and Cheese Intake Is Positively Associated with Cognitive Executive Functions in Older Adults of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 76(12), 2223–2231. <https://doi.org/10.1093/gerona/glab165>

*Lancet Healthy Longevity* di maggio pubblica dati interessanti ottenuti studiando 7000 persone nell’ambito di ELSA (English Longitudinal Study of Aging), sul **rapporto tra condizioni di vita e funzione cognitiva**. I dati dimostrano che la relazione positiva tra supporto sociale e cognitiv    parzialmente mediata da sintomi depressivi. Il dato   indicativo della complessit  delle relazioni che si sviluppano attorno all’evoluzione nel tempo delle funzioni cognitive. [[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00046-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00046-1/fulltext)]

*JAMDA* di maggio presenta un modello di **comportamento da adottare nei servizi per superare gli ostacoli frapposti dall'ageismo**, o da atteggiamenti comparabili messi in atto nei riguardi delle **persone affette da demenza (dementia-ism)**, condizioni che sviluppano effetti negativi sulla qualità della vita, sulla durata stessa della vita, sulla salute fisica e psichica. L'ageismo è stato definito come un cambiamento di “feeling, beliefs, or behaviour” come conseguenza della rilevazione dell'età cronologica di una persona. Lo stesso può dirsi del “dementia-ism”, per il quale le persone affette da alterazioni cognitive possono essere vittime di stereotipi inappropriati, che li discriminano e diminuiscono la loro autonomia e il valore intrinseco della vita di tutti i giorni e nei setting di cura. L'articolo esamina le ragioni e i fondamenti di questi fenomeni, che interferiscono pesantemente sulle procedure decisionali nei riguardi degli anziani e delle persone affette da demenza. L'articolo, scritto da due studiosi di Singapore (fatto di interesse per capire la diffusione anche in paesi lontani dei nostri errori!), si conclude così: “Ageismo e dementia-ism sono l'antitesi della solidarietà, perché considerano alcuni cittadini come un gruppo separato e intensifica la segregazione della cura a detrimento delle persone anziane e di chi è cognitivamente fragile. Al contrario, difendere il diritto per tutti ad accedere a trattamenti fondati sull'evidenza può contribuire a costruire sistemi sanitari realmente solidaristici”.

[<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861024004134>]

Il paragrafo seguente, con il commento all'articolo sugli **effetti benefici dell'olio di oliva**, è stato scritto prima di ricevere il testo di Mauro Colombo, dedicato allo stesso argomento. In questo modo il lettore ha modo di confrontare i due stili e la profondità dei commenti: confido nella benevolenza dei lettori..., almeno di quelli che seguono la nostra newsletter e ne conoscono i lati positivi. *JAMA Network Open* di maggio pubblica uno studio condotto su oltre 90mila partecipanti nel quale si dimostra che negli adulti americani, in particolare donne, il prolungato consumo di olio di oliva (7g al giorno) è associato con una riduzione del 28% (HR 0.72) delle morti causate da demenza, indipendentemente dalla qualità della dieta, in confronto con le persone che non assumevano olio. I risultati sono confermati anche dopo l'aggiustamento per APOE e4. Inoltre, la sostituzione dell'olio con altri olii vegetali o con burro non porta agli stesso risultati. Sono dati che dovrebbero indurre ad adottare l'olio di oliva nelle nostre diete, ad esempio in quelle scolastiche, controllandone però l'origine e quindi avendo la certezza che non sia di fatto integrato con altri olii vegetali. Mi permetto inoltre di informare gli agricoltori, i quali in alcune zone tendono a sostituire le piante di olivo con le viti, che compiono un danno alla salute pubblica; peraltro, coloro che dovrebbero difendere i territori e le loro produzioni tradizionali non fanno mai sentire la loro voce.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2818362>]

*JAGS* di maggio pubblica un brief report su “Associazione tra la **prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati e la qualità della vita degli anziani** americani”. I dati, ottenuti utilizzando i criteri di Beers dell'American Geriatrics Society, dimostrano un'associazione tra



la somministrazione di farmaci potenzialmente inappropriati in tutti i gruppi di età, da 65 anni a 85 anni di età e la qualità della vita. I dati sono un'ulteriore dimostrazione della delicatezza della prescrizione nell'anziano; il passo avanti doveroso di sperimentare se programmi di deprescrizione sono realmente in grado di modificare la traiettoria della condizione di vita dell'anziano. Fino a che età? È peraltro necessario separare i danni che si possono immediatamente constatare da quelli a lungo termine, più difficilmente rilevabili. Nonostante il grande impegno degli studi su danni e vantaggi dei farmaci nelle persone anziane, non disponiamo ancora di dati certi: una constatazione che dimostra anche vi è ancora una lunga strada da percorrere. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18957>]

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

Allego il programma dell'ormai consueto **Congresso Nazionale dedicato ai giovani AIP**. Quest'anno si svolgerà ad Alba, cittadina di grande interesse perché patria della nutella, ma anche di vini di altissimo livello e del tartufo. Ringrazio, a nome di tutti gli amici dell'AIP, i colleghi Nino Cotroneo e Max Massaia per il loro impegno nella diffusione tra i giovani della nostra peculiare cultura, di grande efficacia per la cura degli anziani fragili. Sono certo che il successo degli anni scorsi si ripeterà anche nel prossimo giugno.

Buon lavoro, con viva amicizia,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 24 maggio 2024**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- A lezione di complessità da Mauro Ceruti
- Carol Jennings: il suo impegno ha contribuito a comprendere la cascata dell'amiloide
- La Carta di Firenze contro l'ageismo
- Fabio Cembrani in difesa della libertà decisionale degli anziani
- "L'sola di Mandela", di Michele Farina
- "Ci sono città amiche della demenza", dal Corriere della Sera del 19 maggio

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- "The clinical is political": editoriale di JAMA Neurology commentato da Stefano Govoni
- JAMA Network Open: demenza e guida dell'auto
- Lancet: la frustrazione degli studenti di area sanitaria

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

- 6° Congresso Nazionale "Giovani AIP"
- "Novant'anni di dolci"

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Ritengo importante riportare un passaggio del discorso tenuto dal professor Mauro Ceruti in occasione del conferimento della laurea honoris causa a Foggia. Ceruti è per molti di noi un maestro, che ha insegnato a leggere le dinamiche cliniche in modo complesso, evitando la segmentazione della realtà delle persone che impedisce interventi di cura adeguati al bisogno. "La difficoltà di pensare la complessità del nostro mondo e del nostro tempo, in cui tutto è connesso. Infatti, viviamo un paradosso. Lo rivelano drammaticamente le crisi che stiamo vivendo. Più aumenta la complessità del nostro mondo, più aumenta la tentazione della semplificazione. Più la complessità si impone 1 come sfida inevitabile alla nostra esperienza e alla nostra conoscenza, più essa tende ad essere negata e rimossa". Dobbiamo

molto a Ceruti per una lezione che ci permette di guardare alle persone che si affidano a noi in modo da comprenderne l'insieme delle dinamiche vitali, come premessa per cure adeguate.

Carol Jennings, scomparsa in questi giorni, era una maestra nella cui famiglia erano stati diagnosticati vari casi di Alzheimer, in particolare una variante del gene per l'APP. Venne a contatto con alcuni studiosi, quando ancora la malattia era ritenuta un epifenomeno dell'invecchiamento. Jennings, invece, richiamò l'attenzione sul fatto che nel giro di tre anni suo padre e quattro dei suoi nove fratelli erano stati diagnosticati per la malattia di Alzheimer. Carol si è sottoposta per più di 25 anni a periodiche risonanze cerebrali e a punture lombari; nel 2021 le fu diagnosticata la malattia di Alzheimer, a soli 58 anni. Alla morte, come aveva indicato, il suo cervello e il midollo sono stati donati alla ricerca. Il marito ha commentato alla morte di Carol: "La donazione è stata la tappa finale dopo decenni di rapporti e di fiducia costruiti tra la sua famiglia e i ricercatori". È un esempio importante di come possa instaurarsi un legame di grande utilità tra chi studia in laboratorio la malattia e chi vuole personalmente mettersi a disposizione della scienza, anche esercitando pressioni per indirizzare gli studi. [<https://www.thetransmitter.org/alzheimers-disease/caroljennings-whose-familys-genetics-informed-amyloid-cascade-hypothesis-dies-at-70/>]

Il 5-6 aprile scorso si è svolta a Firenze l'Anti-Ageism Alliance. La discussione e le elaborazioni dell'incontro hanno portato alla stesura di una "Carta di Firenze contro l'ageismo", dove sono individuate 12 azioni per combattere i pregiudizi legati all'età nell'assistenza sanitaria. Il testo può essere scaricato in open access da The Journals of Gerontology e da European Geriatric Medicine. Credo di interpretare il pensiero dei soci di AIP ringraziando il professor Andrea Ungar, presidente della SIGG, per il lavoro complesso che ha portato alla stesura della carta. Lavoro che ci auguriamo possa portare ad un'effettiva riduzione anche in Italia di atteggiamenti culturali e pratici che danneggiano profondamente la salute e il benessere dei cittadini anziani. L'ageismo è figlio dell'ignoranza; il documento, che coinvolge alcuni degli attori più sapienti della geriatria contemporanea a livello mondiale, dovrebbe essere utilizzato come base per organizzare momenti formativi rivolti agli operatori sanitari e alla popolazione in generale.

Fabio Cembrani ha inviato le righe che seguono come commento al coinvolgimento di una persona anziana nella recente vicenda giudiziaria ligure. Al di là degli aspetti giudiziari, ritengo necessario riaffermare la libertà di ogni individuo, anche di età avanzata, nelle decisioni riguardanti la propria vita e, in particolare, riguardanti la disponibilità dei propri beni. Invocare l'imposizione di un amministratore di sostegno, come è avvenuto attorno ai fatti di Genova, solo per il disaccordo su alcune decisioni è gravemente irrispettoso dalla dignità umana. Purtroppo, però, in molte occasioni la libertà di chi non è più giovane viene calpestata; talvolta a fin di bene (?), spesso per interessi personali. "Ogni giorno che passa aggiunge

nuovi incresciosi (davvero imbarazzanti) particolari sullo scandalo politico che ha travolto la Giunta regionale ligure ed il suo presidente Toti. Tra i tanti emersi negli ultimi giorni, quanto riferito all'Autorità inquirente dal figlio dell'84enne Aldo Spinelli, 2 l'imprenditore ultramiliardario, commendatore, patron del calcio, ai più noto come il 'vecchio leone' del porto di Genova, proprietario del Leyla ormeggiato alla darsena della Fiera: una testimonianza tesa a scagionare dalle accuse il padre il quale, dopo la morte della moglie, non sarebbe più riuscito a capire che i versamenti elettorali non si potevano più fare e che, per il suo comportamento particolarmente generoso verso chi 'bussava a soldi', più volte i familiari avrebbero pensato di iniziare la pratica per la sua protezione giuridica, con la nomina di un amministratore di sostegno. Nessuno di noi sa se questa notizia sia effettivamente vera, se qualcuno abbia effettivamente profittato della particolare situazione di fragilità dell'imprenditore ligure o se il di lui figlio, comunque indagato per corruzione, abbia voluto prefigurare una qualche via d'uscita così da far decadere l'impianto accusatorio anche a costo di aggravare ulteriormente la posizione degli altri indagati visto quanto previsto dall'art. 61 c.p., comma 5. Non lo possiamo ancora sapere, anche se ciò che a me pare particolarmente grave è che si utilizzi la presunta minorata difesa della persona indagata causata dall'età per, in qualche modo, giustificare le transazioni economiche a favore del partito di Giovanni Toti (e di altri gruppi politici). Perché l'intento, che a me pare evidente, è quello di banalizzare un nuovo scandalo che ripropone l'inveterata tendenza della nostra classe politica a smontare la legalità con la forza dell'investitura popolare. Essendo evidente a tutti, come ha osservato Luigi Ferrajoli, «che una persona giuridica non può avere motivi ideali per finanziare un partito, ma soltanto interessi economici» e che, aggiungo io, non si può dar per scontato che una persona anziana sia, a causa della sua età, non più in grado di disporre legittimamente (o illecitamente) del suo patrimonio economico. Salvare una politica che sembra essere purtroppo 'sporca' provando a trasformare un potente imprenditore genovese, come è sicuramente Aldo Spinelli, in un anziano in condizioni di minorata difesa dopo la morte della moglie è un'operazione becera, da condannare senza 'se' e senza 'ma'. Non solo perché l'imprenditore ligure, per quello che emerge dal suo profilo identitario, biografico e dal modo in cui si è posto durante la sua audizione giudiziaria, non è certamente una persona in situazione di minorata difesa, ma soprattutto perché non possiamo accettare che questo nuovo scandalo venga un'altra volta risolto aggrappandosi al salvagente giudiziario della vecchiaia e dell'incapacità con cui spesso (impropriamente) la si chiosa. Anche perché, se è vero che gli scandali politici non possono essere strumentalizzati come è avvenuto per Tangentopoli, altrettanto vero è che gli stessi non possono essere banalizzati con la scusa che qualcuno sarebbe stato profittato a causa della sua età da qualcun altro.

Non tutti sanno che Michele Farina, da sempre amico di AIP, oltre che Fondatore dell'Alzheimer Fest e giornalista del Corriere della Sera, è anche uno studioso dell'Africa e della sua storia recente. Ha da poco pubblicato un libro di grande spessore umano, oltre che storico, nel quale la figura di Mandela è descritta in tutta la grandezza di statista che ha cercato la concordia tra i suoi cittadini, dopo una storia secolare di violenza. Ma il motivo per

il quale ricordo il volume (“L’isola di Mandela. Storia di una pace incompresa”, Solferino) è per riportare alcune righe del libro a proposito dell’Alzheimer di cui ha sofferto Mandela negli ultimi anni di vita. Sono frasi che riassumono la cultura di Michele, quelle che hanno caratterizzato e continuano felicemente a caratterizzare l’Alzheimer Fest: “È possibile che l’Alzheimer avesse annebbiato la sua mente. Possibile che ricordasse poco del tempo trascorso a Robben Island. Mescolava gli avvenimenti, confondeva le persone, ma se qualcuno gli avesse parlato di Mister Brand, dei suoi piccoli atti di umanità, Madiba 3 avrebbe avuto un sussulto, gli sarebbe fiorito un sorriso. Con le accresciute difficoltà ad alimentarsi in autonomia, aveva perso la voglia del cibo (...). E in quella situazione si scoprì che la persona con cui mangiava più volentieri era proprio Winnie. Lei stessa lo raccontò con affettuoso divertimento. L’Alzheimer li aveva in qualche modo riuniti: è bello ricordarli di nuovo insieme, negli ultimi istanti della vita di Madiba, l’uno memoria vivente dell’altro”. Sì, perché l’Alzheimer non cancella la vita.

Allego un articolo comparso sul Corriere della Sera del 19 maggio, dedicato a richiamare l’attenzione sulle 7 cittadine della provincia di Treviso che hanno recentemente firmato un protocollo per l’adesione al modello di “Città amiche della demenza”. Mi permetto di ricordare l’importanza di questa adesione, perché è stato ampiamente dimostrato che le “città amiche” migliorano la qualità della vita delle persone con ridotte funzioni cognitive e delle loro famiglie. Un impegno collettivo, in grado di produrre risultati incisivi sulla vita di molti cittadini. L’impresa non è complessa, se l’idea di fondo è diffondere l’impegno a rendere più facile la vita di chi soffre; in questa prospettiva sono coinvolti i decisori dei comuni, le autorità amministrative, chi ha responsabilità educative, gli operatori sanitari, chi lavora nei luoghi pubblici, gli operatori della sicurezza, i bancari, i sacerdoti. Insomma, la comunità debitamente informata e formata risponde sempre con generosità e impegno a favore delle persone affette da demenza.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

L’angolo di Mauro Colombo è dedicato ad una problematica delicatissima. “L’aggettivo ‘opportunistico’ evoca facilmente reazioni di cautela se non di sospetto. Non così nel caso dello ‘screening opportunistico’ delle cerebrovasculopatie ‘coperte’, oggetto di un ‘punto di vista’ pubblicato sul numero di maggio 2024 di JAMA Neurology (Meinel et al., 2024), dal titolo indicativo: tradotto, recita ‘una cerebrovasculopatia occulta scoperta incidentalmente è una malattia trascurabile?’ La questione non è da poco, visto che nei paesi affluenti vengono eseguite 25 neuroimmagini ogni 1000 persone/anno, nutrendo archivi di milioni di casi. Per gli ultra70enni appartenenti a coorti di ricerca derivate da popolazioni in comunità, analizzate con risonanza magnetica nucleare, ciò si traduce in una prevalenza del 30 % di cerebrovasculopatie occulte, tra infarti corticali, iperintensità della sostanza bianca, e microemorragie. I primi riconoscono fonti atero-trombo-emboliche, e misure di prevenzione

secondaria ben stabilite e basate su prove solide, relative alle controparti sintomatiche. Le seconde – ben più comuni, insieme alle ‘lacune’ – derivano da lesioni dei piccoli vasi, per le quali invece scarseggiano terapie altrettanto consolidate. Viceversa, la quantificazione delle cerebrovasculopatie è stata ostacolata da una assenza di codificazione, fino alla 11° edizione della ‘Classificazione Internazionale delle Malattie’. [#] Qui può entrare in gioco la intelligenza artificiale: algoritmi [§] capaci di interpretare i referti delle neuroimmagini [nel caso specifico condotti durante una normale prassi clinica], in 262 875 ultra50enni, partecipanti al sistema sanitario ‘Kaiser Permanente Southern California’, hanno individuato un 5 % di infarti corticali silenti, ed un 30 % di iperintensità della sostanza bianca, in pazienti con anamnesi negativa per ictus, demenza e deterioramento cognitivo (Kent et al., 2021). Il potenziale prognostico di un simile ritrovamento è impressionante: in coorti di ricerca derivate dalla comunità, il rischio di sviluppare ictus e demenza viene raddoppiato – triplicato, nel caso di una risonanza magnetica nucleare positiva (Debette et al., 2019; Kent et al., 2023). A fronte di questa 4 minaccia, scarseggiano le sperimentazioni controllate che diano indicazioni sostenute da prove (Meinel et al., 2023): in loro assenza, suggerimenti indiretti possono derivare da studi osservazionali, o da interventi su popolazioni fragili a rischio [ricerca ‘FINGER’] (Ngandu et al., 2015) o su pazienti con calcificazioni coronariche [studio ‘EISNER’] (Rozanski et al., 2011). Che fare, date queste premesse? le linee guida europee (Wardlaw et al., 2021) propongono – estrapolando da quanto rilevato in caso di ictus – di prendere in esame i fattori di rischio vascolari, associando alla attenzione allo stile di vita la eventuale prescrizione di ipocolesterolemizzanti anche in assenza di altre specifiche indicazioni per le statine. Viceversa, non viene data indicazione ad antiaggreganti od a farmaci cerebrovascolari, né ad un controllo rigoroso del profilo glicemico. Quanto al regime pressorio, si ricorda che l’abbassamento della pressione sistolica da 140 a 120 mmHg ha prodotto nei partecipanti allo studio SPRINT – non selezionati in base alla presenza di vasculopatie cerebrali silenti – una lieve riduzione nella progressione delle iperintensità della sostanza bianca, senza che ciò si traducesse in un contenimento nel rischio di sviluppare demenza, a prezzo di alcuni effetti collaterali (The SPRINT Research Group, 2015). I due opinionisti chiudono l’editoriale rimarcando il ruolo dei medici di medicina generale, cui capita di incontrare referti di cerebrovasculopatie occulte più spesso che agli specialisti, i quali ultimi peraltro si sono pronunciati a favore delle indicazioni riportate sopra, estese fino alla ricerca di fibrillazioni atriali e di lesioni carotidee. Gli editorialisti – nella attuale situazione di provvisorietà delle conoscenze - invocano un approccio individualizzato, discusso con pazienti adeguatamente informati, seguendone le preferenze”. [#] ciascuno può verificare quale sia la versione di ICD adottata nella propria realtà; in Lombardia vige tuttora lo ICD 9 [§] un esempio di impiego della intelligenza artificiale con un dantesco “intelletto d’amore” Debette, S., Schilling, S., Duperron, M. G., Larsson, S. C., & Markus, H. S. (2019). Clinical Significance of Magnetic Resonance Imaging Markers of Vascular Brain Injury: A Systematic Review and Metaanalysis. *JAMA Neurology*, 76(1), 81–94. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.3122> Kent, D. M., Leung, L. Y., Zhou, Y., Luetmer, P. H., Kallmes, D. F., Nelson, J., Fu, S., Puttock, E. J., Zheng, C., Liu, H., & Chen, W. (2023). Association of Incidentally Discovered Covert Cerebrovascular Disease Identified Using Natural Language Processing and Future Dementia. *Journal of the*

American Heart Association, 12(1). <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027672> Kent, D. M., Leung, L. Y., Zhou, Y., Luetmer, P. H., Kallmes, D. F., Nelson, J., Fu, S., Zheng, C., Liu, H., & Chen, W. (2021). Association of Silent Cerebrovascular Disease Identified Using Natural Language Processing and Future Ischemic Stroke. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012602> Neurology, 97(13), E1313–E1321. Meinel, T. R., Triulzi, C. B., Kaesmacher, J., Mujanovic, A., Pasi, M., Leung, L. Y., Kent, D. M., Sui, Y., Seiffge, D., Bücke, P., Umarova, R., Arnold, M., Roten, L., Nguyen, T. N., Wardlaw, J., & Fischer, U. (2023). Management of covert brain infarction survey: A call to care for and trial this neglected population. *European Stroke* <https://doi.org/10.1177/23969873231187444> Ignorable? *Journal*, 8(4), 1079–1088. Meinel, T. R., Wardlaw, J. M., & Kent, D. M. (2024). Is Incidentally Discovered Covert Cerebrovascular Disease In JAMA Neurology. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.5456> American Medical Association. 5 Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S01406736(15)60461-5) Rozanski, A., Gransar, H., Shaw, L. J., Kim, J., Miranda-Peats, L., Wong, N. D., Rana, J. S., Orakzai, R., Hayes, S. W., Friedman, J. D., Thomson, L. E. J., Polk, D., Min, J., Budoff, M. J., & Berman, D. S. (2011). Impact of coronary artery calcium scanning on coronary risk factors and downstream testing: The EISNER (Early Identification of Subclinical Atherosclerosis by Noninvasive Imaging Research) prospective randomized trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(15), 1622–1632. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.01.019> New The SPRINT Research Group. (2015). A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *England Journal of Medicine*, 373(22), 2103–2116. Wardlaw, J. M., Debette, S., Jokinen, H., De Leeuw, F. E., Pantoni, L., Chabriat, H., Staals, J., Doubal, F., Rudilosso, S., Eppinger, S., Schilling, S., Ornello, R., Enzinger, C., Cordonnier, C., Taylor-Rowan, M., & Lindgren, A. G. (2021). ESO Guideline on covert cerebral small vessel disease. *European Stroke Journal*, 6(2), CXI–CLXII. <https://doi.org/10.1177/23969873211012132>

Il professor Stefano Govoni pone a sé stesso una serie di domande che conseguono alla rinnovata capacità diagnostica delle malattie neurodegenerative, traendo spunto da un editoriale di JAMA Neurology del 14 maggio. “Claire M. Erickson e Emily A. Largent del dipartimento di Etica Medica e Politica Sanitaria dell’Università della Pennsylvania hanno appena pubblicato su Jama Neurology un punto di vista molto articolato e interessante sulle implicazioni della diagnosi preclinica e prodromica delle malattie neurodegenerative sul quale vale la pena di fare qualche riflessione pur tenendo conto delle differenze tra la cultura e l’organizzazione sanitaria degli USA e la realtà italiana. La domanda fondamentale è: quale è l’importanza e quali sono le conseguenze di una diagnosi preclinica di una malattia per la

quale i trattamenti possibili sono oggi limitati e non risolutivi? Per scrivere in modo meno accademico e, spero, più efficace, ho fatto l'esercizio di immaginare me stesso paziente in questa specifica situazione e di cercare un interlocutore con cui parlarne. Già con chi? Io certamente sono fortunato, appartengo a un mondo ristretto e privilegiato, di persone che si occupano professionalmente di patologie neurodegenerative e potrei parlarne con gli amici di AIP trovandoli sensibili al problema e informati sulle tendenze internazionali. Ma chi non ha questo privilegio a chi si rivolge? Il medico di medicina generale potrebbe non essere sufficientemente informato sugli aspetti della diagnosi preclinica e sulla scansione temporale degli eventi successivi. Le domande a cui vorrei una risposta rivolgendomi al mio dottore o dottoressa sono molte: Dopo quanto tempo sarà possibile fare la diagnosi e ricevere un trattamento? 6 Al di là dei farmaci ci sono possibilità di strategie preventive che permettano di rallentare il processo che è già in atto, come so dalla diagnosi preclinica? Riuscirò a ritardare la comparsa dei sintomi? Ma ancora prima vorrei poter chiedere: Pensa che valga la pena di dare seguito alla mia percezione di disagio e affrontare un percorso diagnostico di quelli d'avanguardia? Sa, ho letto su un lancio di agenzia che oggi la ricerca ha fatto passi avanti straordinari in questo campo! Oltre che al medico potrei rivolgermi a una delle associazioni dei parenti, forse cercando un contatto con una delle sedi nazionali di riferimento perchè credo che le persone straordinarie che conosco della associazione a me più vicina siano troppo oberate dai compiti legati all'assistenza di chi ha in questo momento la malattia sintomatica per occuparsi di chi non sa ancora nemmeno se ha la malattia preclinica. Diciamo che alla fine ho deciso di intraprendere il percorso diagnostico perchè ritengo importante poter prevedere e pianificare il futuro. Avrò sufficienti risorse fisiche, intellettuali e economiche per farlo? Nascono spontanee altre domande: Se mi fosse diagnosticata la fase preclinica della malattia sarò considerato ammalato o no? Quindi un qualche servizio sanitario dovrà farsi carico di me come malato o sarò "sano" fino a quando verrà posta la diagnosi clinica di malattia? E i servizi sociali? Sarò dunque un malato che sa di essere ammalato, ma senza possibili punti di riferimento, né aiuto, nemmeno psicologico? Mia moglie e i miei figli che cosa penseranno di me? Si prepareranno già ad essere dei caregiver? E il mio datore di lavoro? Potrei arrivare all'età della pensione, alla quale mi manca poco senza aver ancora manifestato i sintomi clinici, ma il datore di lavoro, a conoscenza della mia situazione potrebbe spingermi ad anticipare la pensione o non considerare più la possibilità di quell'ultimo premio e avanzamento di carriera che mi aveva prospettato? Gli amici mi compatiranno e inizieranno a dubitare della mia competenza inalterata nella fase preclinica? E il mio assicuratore? Ci sono leggi e punti di riferimento nella società civile, quella comune e quotidiana, non quella delle elite, che mi difendano da queste possibili conseguenze? Qualcuno ci ha pensato e discusso a livello di organizzazione dei servizi e politico, costruendo un quadro legislativo di riferimento come è stato fatto per altre disabilità e per alcune malattie genetiche diagnosticabili prima dell'esordio dei sintomi clinici? Credo di aver riassunto in questo modo alcuni dei quesiti presentati in modo più ordinato e razionale dell'articolo; da ricercatore quale sono continuo a meravigliarmi della velocità con la quale si muove la ricerca rispetto alla capacità di saper prevedere e intervenire sugli effetti che tali cambiamenti produrranno sulla società. Stiamo generando una nuova categoria di ammalati,



quelli con diagnosi 7 preclinica di una malattia neurologica neurodegenerativa: hardware scientifico di grande livello! Ma che cosa diciamo all'uomo che ci chiede: come sarà la mia vita?" Erickson CM, Largent EA. Diagnosing Preclinical and Prodromal Neurodegenerative Diseases-The Clinical Is Political. JAMA Neurol. 2024 May 1; 81(5):439-440. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.5684. PMID: 38372983; PMCID: PMC11090734.

JAMA Network Open del 25 aprile presenta un commentario dal titolo: "Demenza, guida e il dovere di avvertire". Il testo inizia affermando che la professione medica richiede molta saggezza nella gestione della tensione tra libertà e sicurezza nei riguardi delle persone affette da demenza. Anche l'intervento di Cembrani, pubblicato nelle righe precedenti, entra in questo dibattito, con una particolare attenzione alla libertà. Nel caso della guida la dialettica è delicatissima, perché la libertà del singolo confina con la libertà di altri. L'autore scrive che l'obbligo di consigliare la sospensione della guida non è sempre facile da esercitare e impone molto tatto; d'altra parte, il comunicare brutte notizie fa parte di uno dei doveri della medicina. Indipendentemente dalle indicazioni governative, consigliare ai pazienti grande prudenza è un dovere irrinunciabile per i clinici, che sperano così di evitare loro il rischio di "incrementare le statistiche negative sul traffico".

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2818097>]

Lancet del 13 aprile presenta un editoriale, scritto da un senior editor del giornale, dal titolo indicativo: "Gli studenti di area sanitaria: dedicati a migliorare la salute, ma frustrati". Il pezzo si conclude così: "Le professioni sanitarie devono cogliere le idee e le priorità degli studenti. E tempo che la forza e l'ingenuità dei giovani siano accettate e utilizzate all'interno dei sistemi sanitari. L'inazione rischia di provocare la perdita di generazioni di giovani, frustrate per la rigidità delle risposte dell'establishment". Se Lancet sente il dovere di assumere una posizione così forte significa che anche nell'UK domina la conservazione in ambito sanitario; però, forse, da noi le cose vanno peggio!

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02757-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02757-5/abstract)]

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

Nino Cotroneo ha inviato un commento riguardo al prossimo Congresso Nazionale "Giovani AIP", prestigioso appuntamento annuale nel panorama degli eventi medico-scientifici dedicati al Paziente Anziano Fragile. "Quando nel 2019, grazie all'intuito della sezione Piemonte/VdA, si svolse la prima edizione, nessuno avrebbe pensato che potesse riscontrare il successo che ha subito convinto l'Associazione a replicarlo nel 2020 prima, e a consacrarlo come evento annuale, poi. L'appuntamento ha raggiunto quest'anno la 6ª edizione, registrando, grazie all'impegno ed alle capacità del Direttivo, una costante crescita in termini di numero di partecipanti e di interesse delle Aziende sponsor. La formula 'campus', il livello

scientifico degli argomenti e della faculty, il particolare ‘appeal’ di un evento non ‘per’ i giovani ma ‘dei’ giovani, veri protagonisti ‘attivi’ del programma, ne fanno probabilmente un’occasione unica di incontro e di confronto. Le richieste di partecipazione per l'edizione 2024 fanno prevedere che saranno circa 200 i partecipanti che, provenienti da tutta Italia, raggiungeranno nei prossimi 6, 7, 8 giugno la prestigiosa sede della ‘Fondazione Ferrero’ di Alba (CN)”. 8

Ricevo da Paolo Putzu, storico testimone e stratega di AIP in Sardegna, questa mail: “Caro Marco Ti ho pensato perché ho appena letto sull'Unione Sarda di oggi le ultime notizie sulle nostre giovani amiche pasticciere, le Sorelle Piccioni (90 anni ciascuna!). Ogni mattina si svegliano alle 5 per programmare la giornata e le cadenze dolciarie settimanali (ogni giorno è dedicato a un dolce). Un esempio di come la terza e quarta età vada vissuta non ‘alla giornata’, ma ‘nella giornata’ con una proiezione nel futuro, con progettualità. In pratica, loro continuano a sognare. La settimana scorsa, con Silvia Vettor, Daniela Viale e Andrea Fabbo abbiamo girato tre paesi del centro Sardegna divulgando tra gli amministratori locali i principi della psicogeriatría, messi in pratica dalle sorelle Piccioni”.

Aggiungo che ogni mia visita in Sardegna prevede una visita alle Sorelle, formalmente per la curiosità di verificarne lo stato di salute, nella sostanza per farmi donare i buonissimi dolcetti ricamati d’oro: ne consumo solo una piccola parte, perché il resto lo conservo sotto vetro come piccole sculture. Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- “Demente”: è una diagnosi, non un’offesa
- Benanti: autodiagnosi, la tentazione degli algoritmi
- AstraZeneca e i no-vax
- Invecchiamento nelle prigioni

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Il consueto contributo di Mauro Colombo
- *Neurology*: lavoro cognitivamente significativo e il rischio di demenza
- *JAMA Int Med*: l’equilibrio tra trattamento della pressione e rischio di caduta
- *JAMA*: mortalità e orientamento sessuale in una popolazione di infermiere
- *JAGS*: rischio di fratture e di mortalità negli ottantenni

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

- Il bando del Premio Fondazione Serpero-AIP
- Primo annuncio del XX Aging Brain (Napoli, 11-12 dicembre)

Amiche, amici,

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Spiace che ancora una volta si utilizzi il termine “demente” per offendere una persona, come ha fatto Putin nei riguardi di Stoltenberg (“l’ho incontrato quando era primo ministro norvegese. A quel tempo, se sono sicuro, non soffriva di demenza”). **È una grave mancanza di rispetto verso gli ammalati e una banalizzazione della patologia.** Chi ne soffre si sente un rifiuto sociale, non un individuo colpito da una grave patologia, che merita attenzione, dedizione e adeguati interventi di cura.

Paolo Benanti, l’unico esperto italiano nella commissione ONU sull’intelligenza artificiale, è sempre molto attento alle **ricadute pratiche, con rilevanti valenze etiche, delle nuove tecnologie.** Riporto alcune righe da un suo articolo pubblicato su *Avvenire* del 23 maggio: “6 italiani su 10 sono favorevoli all’uso dell’intelligenza artificiale in ambito sanitario. Di questi,

l'88% la userebbe per semplificare il linguaggio dei referti, l'86% come supporto al medico per effettuare una diagnosi, e l'80% per stabilire una terapia farmacologica adeguata. Il dato preoccupante è che quasi 6 italiani su 10 la utilizzerebbe per un'autoanalisi. In questo caso l'IA sarebbe uno strumento fuori controllo nelle mani di cittadini impreparati che, vittime della propria ansia, si farebbero più del male che del bene". Benanti conclude affermando la necessità di un'adeguata formazione dei medici e dei cittadini. Il futuro è carico di incertezza; siamo di fronte a cambiamenti enormi. Riusciremo, attraverso azioni adeguate, ad evitare le conseguenze negative in campo sanitario di un progresso straordinario, che potenzialmente sarà di enorme aiuto all'umanità?

Qualche settimana fa, la multinazionale farmaceutica anglo-svedese **AstraZeneca ha ritirato dal commercio il vaccino Vaxzevria da lei prodotto**, sostenendo che la decisione era dovuta a ragioni commerciali. Pochi o nessuno hanno creduto a questa motivazione, mentre sono sorti sospetti sui rischi provocati dal vaccino. Certamente AstraZeneca non aveva adeguato il proprio vaccino alle varianti del virus che sono emerse; utilizzava infatti la tecnologia del vettore virale, che non permette gli adeguamenti. Alla riduzione della domanda del vaccino avevano contribuito anche casi di alterazione della coagulazione, evento raro, ma grave. Il vaccino di AstraZeneca era meno costoso e più facile da trasportare e da conservare rispetto ai suoi competitori; divenne così quello predominante nelle nazioni in via di sviluppo, mentre quello di Pfizer e Moderna era più diffuso nelle nazioni ricche. Ovviamente la comunicazione di AstraZeneca ha rinfocolato le polemiche sostenute dai no-vax. Anche se non sono pesanti come nel recente passato, sarebbe opportuno diffondere informazioni corrette attorno alle motivazioni dell'azienda, per evitare speculazioni in generale attorno alla sicurezza dei vaccini. In questo momento negli Stati Uniti è entrato nella competizione per la presidenza anche Robert F. Kennedy Jr. un feroce no-vax, che sta utilizzando il nome di famiglia per una campagna elettorale che finirà per danneggiare solo Biden. Come si può capire, il covid non ha ancora finito di interferire con la nostra serenità sociale!

Il problema delle carceri italiane sta suscitando grandi discussioni; in generale sono sotto i riflettori perché **non rispettano la loro funzione di riabilitazione dei reclusi**. Ha destato attenzione a questo proposito la pubblicazione di alcuni studi americani sull'aumento del numero di carcerati anziani avvenuto negli anni più recenti (oggi gli ultra 55 anni sono 280.000) e sull'effetto negativo che la carcerazione ha sulla salute nelle età avanzate (un'organizzazione benefica ha dichiarato: "In prigione i 40 anni sono 60 e i 60 sono 80"). Vari tentativi sono in corso per ridurre la detenzione delle persone molto anziane, facendo in modo che il numero di quelli che muoiono in prigione non continui ad aumentare. Oggi i due terzi dei deceduti nelle carceri americane ha più di 55 anni; infatti, l'inasprimento delle pene impedisce anche a chi ha dimostrato una buona condotta in età avanzata uscire, anche se è dimostrato che il tasso di recidiva è del 2% tra i 50 e i 60 anni ed è vicino allo zero per gli over 65. In Italia la situazione è meno grave; meriterebbe però l'attenzione del legislatore, ma

anche quella di AIP (come è stato fatto in passato). Una studiosa americana Stephanie Grace Prost da tempo è impegnata perché il sistema carcerario rispetti le specifiche esigenze degli anziani incarcerati.

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di **Mauro Colombo** è, in linea con una collaborazione che è ormai una nobile tradizione, di grande profondità. Contribuisce in maniera originale alla discussione, da tempo aperta anche in AIP, sui **problemi della solitudine e dell'isolamento sociale**.

“Il peso della solitudine, in particolare quella percepita, è oggetto di attenzioni a più livelli, e la stessa newsletter AIP – ‘angolo’ compreso - è tornata più volte sul tema. Tra l'altro, *JAMA Online* del 23 maggio 2024 vi ha dedicato una delle sue ‘pagine per i pazienti’ [1]. Basti dire – riprendendo il rapporto della ‘commissione *Lancet*’ – che specificatamente rispetto alla incidenza di demenza la quota di rischio attribuibile è del 4%, contro un 2% della sedentarietà ed un 1% del diabete mellito.

Gli studi epidemiologici che hanno esaminato il potenziale neuro-preventivo delle attività sociali hanno preso in considerazione il coinvolgimento sociale in termini generali, senza definizioni standardizzate. Viceversa, anche ad attività non intrinsecamente classificate come ‘sociali’, ma piuttosto come ‘fisiche’ - quali la corsa e la marcia – o ludiche cognitive – come i giochi – possono venire attribuite componenti sociali. Al di là del supporto sia concreto che immateriale che sono in grado di fornire, le connessioni sociali possono venire distinte in ‘legami’ ed in ‘contatti’. I primi sono costituiti da parentele od amicizie strette, mentre i secondi sono più periferici, irregolari ed eterogenei: ma proprio questi ultimi sono associati a situazioni cognitive migliori rispetto ai primi. Va però sottolineato come – ancora una volta – la natura trasversale di tali osservazioni possa essere soggetta al fenomeno della ‘causalità inversa’. Gli interventi multi-dominio consentono di esplorare la possibile sinergia neuro-protettiva di diversi fattori collegati agli stili di vita, ma contemporaneamente mascherano il ruolo delle singole componenti del coinvolgimento sociale che invece occorre conoscere, per rendere gli interventi riproducibili e scalabili.

Sulla prestigiosa rivista *The Gerontologist*, un gruppo di Autori affiliati ad università situate nella fascia settentrionale degli Stati Uniti ha presentato i risultati preliminari del passo più recente di una serie di ricerche avviate nella scorsa decade. Nel lavoro in questione [2], l'attenzione è stata focalizzata sugli effetti della stimolazione cognitiva fornita mediante conversazioni semi-strutturate via internet, della durata di almeno 30 minuti, da parte di interlocutori addestrati, per 4 volte alla settimana nei primi 6 mesi [nella fase di induzione] e poi 2 volte alla settimana nei successivi 6 mesi [fase di mantenimento]. I destinatari erano 186 ultra75enni socialmente isolati – secondo la classica scala ‘Lubben Social Network Scale’, stratificati per cognitività normale [N (86)] o per deterioramento cognitivo lieve [MCI (100)]. Va precisato che il campione avrebbe dovuto essere più ampio, ma la pandemia Covid-19 si è frapposta, riducendolo al 93%. La ricerca seguiva il disegno dei trial

randomizzati controllati; il rapporto relativo ha corrisposto ai criteri internazionali 'CONSORT'. I principali risultati – tutti statisticamente significativi - sono stati:

- nel gruppo MCI sperimentale, rispetto a MCI di controllo, alla fine del periodo di induzione, il punteggio al test 'MOCA' [Montreal Cognitive Assessment (obiettivo primario)] era più alto di 1,75/30 [#]

- nel gruppo N sperimentale, rispetto a N di controllo, alla fine del periodo di induzione, le funzioni esecutive basate sul linguaggio erano migliori di 2,56 punti al test di fluenza semantica [elencare categorie di animali (obiettivo secondario)]

- alla fine del periodo di mantenimento, i soggetti del gruppo sperimentale MCI, in confronto ai corrispettivi [con deterioramento cognitivo lieve] di controllo avevano una funzione di codifica più elevata: differenza di 2,19 punti al Test di richiamo immediato alla storia di Craft [obiettivo secondario]

- le misure di benessere emotivo sono migliorate nei gruppi sia sperimentali che di controllo

- la risonanza magnetica funzionale in stato di riposo ha mostrato che il gruppo sperimentale [in toto] aveva una maggiore connettività all'interno della rete dorsale di attenzione rispetto al gruppo di controllo [in toto]; il risultato [obiettivo secondario] va letto con cautela, perché la minima dimensione della casistica specifica disponibile ha obbligato ad accostare partecipanti N e MCI.

Vari motivi rimarcano il significato del lavoro in questione, sia riguardo ai risultati che alla metodologia così come ai contenuti che ne hanno informato la impostazione:

- al di là della notevole stima dell'effetto [Cohen's  $d = 0.73$ ], il significato clinico del risultato relativo all'obiettivo principale [scarto di 1,75 punti in MOCA (indicatore di cognitività generale)] corrispondeva – nel campione MCI in esame – ad una differenza in età di 10 anni: una sorta di 'ringiovanimento'

- le accortezze sulle modalità di conduzione delle conversazioni hanno contribuito alla elevazione del benessere emotivo su tutti i partecipanti, permettendo di separare i risultati cognitivi dallo stato emotivo, portando ulteriori elementi a favore della distinzione fra 'legami' e 'contatti' sociali

- le entità dei risultati relativi agli indicatori cognitivi oggetto degli obiettivi secondari [funzioni esecutive basate sul linguaggio, e codificazione mnemonica] ricalcano quanto era stato ottenuto negli studi preliminari. Va specificato che i test di fluenza semantica nei soggetti normali sono capaci di cogliere modesti cambiamenti nelle capacità cognitive, compatibili con gli effetti di interventi, mentre la fluenza semantica nella malattia di Alzheimer viene compromessa assai più della fluenza fonemica

- quanto conseguito attualmente dallo studio, riguardo all'obiettivo - concettualmente importante - di sostanziare a livello neurofisiologico i risultati cognitivi sopra indicati, mediante neuroimmagini funzionali, va visto in termini puramente orientativi, viste le difficoltà

concrete che la ricerca ha dovuto fronteggiare. Peraltro, il significato dell'isolamento sociale in termini di riduzione nella riserva cerebrale è stato ribadito da indagini trasversali che hanno riportato minori volumi cerebrali totali e nella materia grigia, maggiori volumi delle lesioni alla sostanza bianca, ed una peggiore connettività. Inoltre, studi di intervento di lunga durata avevano ottenuto risultati positivi in termini di struttura dell'encefalo: uno basato su 2 anni di contatti intergenerazionali ha riportato aumenti dei volumi corticali ed ippocampali [3]; una ricerca successiva ha permesso di ridurre la atrofia ippocampale a distanza di 6 anni dall'intervento, centrato sul coinvolgimento attivo di piccoli numeri di anziani, impegnati a leggere libri illustrati a bambini di asili nido o delle scuole elementari [4].

Gli Autori, benché non si aspettassero di produrre modificazioni strutturali o sulla progressione della neuropatologia mediante un intervento relativamente breve, si attendevano risultati in termini di attività neurale compensatoria, in linea con le teorie sulla neuroplasticità [5] e sulla riserva cognitiva [6]: ne sono stati ottenuti indizi meritevoli per invitare a procedere con ulteriori indagini. In effetti, la rete attentiva dorsale, verosimilmente ingaggiata dall'intervento analizzato in questo studio, facilita il direccionamento volontario ed il mantenimento della attenzione visuo-spaziale; proprio questa rete viene compromessa nel deterioramento cognitivo e nella demenza”.

[#] attenzione: la specificazione che il risultato pertenga ad MCI risulta nel testo, non nel riassunto

[1] Gerlach LB, Solway ES, Malani PN. Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *JAMA*. Published online May 23, 2024. [doi:10.1001/jama.2024.3456](https://doi.org/10.1001/jama.2024.3456)

[2] Hiroko H Dodge, Kexin Yu, Chao-Yi Wu, Patrick J Pruitt, Meysam Asgari, Jeffrey A Kaye, Benjamin M Hampstead, Laura Struble, Kathleen Potempa, Peter Lichtenberg, Raina Croff, Roger L Albin, Lisa C Silbert, the I-CONNECT Team , Internet-Based Conversational Engagement Randomized Controlled Clinical Trial (I-CONNECT) Among Socially Isolated Adults 75+ Years Old With Normal Cognition or Mild Cognitive Impairment: Topline Results, *The Gerontologist*, Volume 64, Issue 4, April 2024, gnad147, <https://doi.org/10.1093/geront/gnad147>

[3] Carlson, M. C., Kuo, J. H., Chuang, Y. F., Varma, V. R., Harris, G., Albert, M. S., Erickson, K. I., Kramer, A. F., Parisi, J. M., Xue, Q. L., Tan, E. J., Tanner, E. K., Gross, A. L., Seeman, T. E., Gruenewald, T. L., McGill, S., Rebok, G. W., & Fried, L. P. (2015). Impact of the Baltimore Experience Corps Trial on cortical and hippocampal volumes. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 11(11), 1340–1348. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.12.005>

[4] Sakurai, R., Ishii, K., Sakuma, N., Yasunaga, M., Suzuki, H., Murayama, Y., Nishi, M., Uchida, H., Shinkai, S., & Fujiwara, Y. (2018). Preventive effects of an intergenerational program on age-related hippocampal atrophy in older adults: The REPRINTS study. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(2), e264–e272. <https://doi.org/10.1002/gps.4785>

[5] Denise C. Park & Gérard N. Bischof (2013) The aging mind: neuroplasticity in response to cognitive training, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15:1, 109-119, DOI: [10.31887/DCNS.2013.15.1/dpark](https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.1/dpark)

[6] Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)

*Neurology* del 17 aprile presenta i dati di uno studio di coorte che dimostrano il **collegamento tra un'attività occupazionale cognitivamente intensa e il rischio di demenza**. Infatti, le persone che hanno esercitato un'occupazione stimolante dai 30 ai 60 anni hanno un rischio minore di demenza dopo i 70 anni. È stato utilizzato come strumento di rilevazione la routine task intensity (RTI) (valori bassi indicano un'occupazione più demanding dal punto di vista cognitivo). I partecipanti allo studio con un RTI più elevato avevano un maggior rischio di MCI (RRR 1.74) e di demenza (RRR 1.37), dopo la correzione per possibili fattori confondenti. Il lavoro non fornisce indicazioni specifiche su quali sono le attività lavorative che esercitano un'azione maggiormente protettiva rispetto al mantenimento di una buona funzione cognitiva; gli autori si riservano di approfondire questo aspetto, importante per suggerire le modalità lavorative più efficaci. [<https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.000000000209353>]

*JAMA Int Med* del 22 aprile pubblica un commentario sul **trattamento della pressione e le cadute in casa di riposo**. I dati, ottenuti da una popolazione di residenti dell'Amministrazione dei Veterani, sono impressionanti perché dimostrano un aumento del 2.42 volte del rischio di frattura, con un incremento ancora più accentuato negli ospiti affetti da demenza (HR 3.28). Gli autori hanno aggiunto al titolo una frase, di per sé esplicativa, "A Matter of Balance", che si accompagna al commento finale: "La speranza, come medici, è che si possa adottare un approccio all'ospite che tenga conto dei suoi bisogni, senza sentire la pressione di dover trattare semplicemente un numero". [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2818020>]

*JAMA* del 25 aprile tratta un argomento delicato, riguardante le  **differenze del rischio di mortalità in una coorte di infermiere, in base all'orientamento sessuale**. Lo studio, condotto su una popolazione di oltre 115.000 partecipanti, ha dimostrato un rilevante aumento della mortalità tra i partecipanti identificate come lesbiche o bisessuali. Il commento degli autori riguarda le motivazioni di queste differenze, che vengono fatte risalire ad una cultura della discriminazione ancora presente anche in ambiti di cura. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2818061>]



JAGS di marzo presenta dati interessanti sul **rischio di frattura nelle donne molto anziane in competizione con la mortalità non correlata alle fratture stesse**. Il lavoro si propone di indagare il fatto che la maggior parte delle fratture avviene in donne ultraottantenni e che, quindi, il rischio di mortalità non correlato a fratture limita il beneficio che può essere indotto dal trattamento dell'osteoporosi in donne di età avanzata. I dati confermano l'importanza di differenziare il rischio di fratture e di mortalità prima della frattura, al fine di fornire al decisore adeguate informazioni utili riguardo alla terapia che deve essere iniziata o continuata.  
[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18859>]

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

Allego alla newsletter il **Bando della Fondazione Serpero, in collaborazione con AIP**, per l'attribuzione di un premio di ricerca sul tema della solitudine.

Di seguito riporto il primo annuncio dell'**Aging Brain** che si svolgerà, come da lunga tradizione, a Napoli, in periodo prenatalizio. La qualità degli argomenti trattati e delle relazioni, in linea con gli anni scorsi, insieme con il clima natalizio di Napoli, ci devono convincere ad aderire all'invito di Enzo Canonico. È la XX edizione di un evento che ha segnato la storia dell'AIP!

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*