

## **Newsletter AIP - 2 maggio 2025**

*Ho preparato questa newsletter nel giorno della Festa dei Lavoratori. Non avevo altra scelta, però volentieri, dentro di me, ho dedicato questa piccola fatica alle centinaia di migliaia di lavoratori impegnati, con dedizione e generosità, in difesa della salute dei nostri concittadini di ogni età, e che esprimono un alto livello di professionalità, in particolare nella cura degli anziani fragili.*

*Allego di seguito l'ultimo scritto inedito di Papa Francesco: "Non abbiate paura di diventare vecchi". Lo dedico al grandissimo Francesco come segno di riconoscenza mia personale e - ne sono sicuro- di tutta l'AIP, per la sua testimonianza e la sua generosità. Ma mi permetto di dedicarlo anche agli anziani che conosciamo vivere male, perché dominati dalla paura del futuro, di quello che potrebbe capitare. Sono nostri concittadini che soffrono e che non sempre riusciamo ad accompagnare con attenzioni e cure adeguate su percorsi di serenità.*

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Ricevo dalla dottoressa **Adelaide Biondaro**, direttore di AltaVita di Padova, la mail che segue, con allegato il testo di un messaggio inviatole dalla parente di un ospite deceduto recentemente.

“Da quando ho intrapreso la mia professione, ho ricevuto tante manifestazioni di affetto e molti ringraziamenti da parte di altrettanti figli e ‘Cura Cari’ dei Residenti nelle RSA.

Riconosco, tuttavia, che nell'ultimo periodo, le lettere che arrivano sono molto profonde e toccanti: rivelano una maggiore consapevolezza e riconoscenza riguardo la cura delle persone anziane. Forse qualcosa sta cambiando, in senso positivo.

Questo ringraziamento, che merita di essere condiviso, esprime in modo semplice e chiaro che gli operatori sono la centralità della Cura nelle nostre RSA: ‘il ricordo di nostra mamma, inevitabilmente, si accompagnerà per sempre anche a quello dei vostri volti, delle vostre parole di conforto, dei vostri gesti...’.

Sono orgogliosa dei professionisti che, ogni giorno, con il loro servizio, ‘tutelano’ i valori più profondi delle Persone che vivono nelle nostre ‘Case’: la Dignità e la Libertà”.

“Con la presente volevamo cogliere l'occasione della Santa Pasqua, per esprimere a tutto il personale dell'Istituto il nostro sincero e sentito ringraziamento per le cure che con dedizione,

*impegno quotidiano ed indefesso, professionalità, uniti a doti di umana consapevolezza della precarietà della vita terrena, sono state profuse alla nostra cara mamma M.T.S. in questi quasi ‘dieci anni’ del suo soggiorno presso la vostra struttura.*

*Dall'inizio del suo ingresso in struttura ci è rimasto impresso il nome al quale essa è dedicata: il Beato Pellegrino, giovane erede di una nobile famiglia patavina del tardo medioevo che vendette il suo patrimonio dispensandolo ai poveri, ricevendo in cambio la gratitudine di questi, ma il disprezzo della propria famiglia. Oggi, certamente, quel nobile giovane e molte altre persone di elevato animo, vissute nel corso dei secoli, non possono che ricevere il nostro plauso e la nostra riconoscenza di uomini e donne ‘moderni ipertecnologici’, ma soprattutto essere un modello e una fonte ispiratrice per le nostre vite, spesso impegnate a rincorrere stati di finto benessere o a saturare le proprie vite di inutili e dannosi risentimenti, rancori, a vivere le proprie esistenze fisiche come non dovessero mai giungere ad un termine, dimenticando che questa nostra esistenza, seppur a volte costellata di sofferenza e dolore, costituisce solo un ‘primo Atto’ (mutuando un termine teatrale) di una Vita destinata all'eternità che poggia sulla promessa fattaci circa due millenni fa da un Dio che, assumendo la natura umana, ci ha indicato quale essere la Via, la Verità e la Vita.*

*Dieci anni, quelli del soggiorno di nostra madre assieme a Voi, costituiscono per un bambino l'intera esistenza e, comunque, per una persona, seppur longeva, una parte cospicua della propria Vita. Questo spinge un famigliare ad una continua riflessione su quali debbano essere i principi e i valori posti a fondamento della vita umana, dai quali non si può prescindere, non negoziabili e verso i quali indirizzare i nostri sforzi perché non vengano mai disattesi e siano in ‘ogni’ situazione tutelati; come in occasione del periodo più nebuloso che abbiamo vissuto proprio qualche anno fa.*

*Spero che nostra madre abbia lasciato anche a voi un bel ricordo, era una verace donna del sud, dotata di grande dignità, umiltà e senso dell'ironia; amava la libertà e gli spazi aperti (molti di voi ce ne hanno reso ancora testimonianza mesi fa ricordando quando, assieme alla Signora Mafalda, eludevano la vostra sorveglianza per ‘correre’ in giardino); siamo nati per essere liberi, e come ha detto Qualcuno: ‘Vivete ogni giorno con la consapevolezza che non vi è nulla di più grande della Vostra dignità e libertà’.*

*Mi auguro che tutti voi possiate essere messi nelle condizioni di poter sempre meglio esprimere le vostre capacità e le vostri doti e questo non può prescindere dalle condizioni nelle quali si lavora, dai presidi forniti, da una formazione olistica che poggia sulla centralità della persona umana, su splendide relazioni interpersonali da curare e nutrire costantemente.*

*Volevo, e lo ritengo doveroso da parte mia, non me ne vogliano gli altri, manifestare un particolare ringraziamento a quelle persone che fin dall'ingresso in struttura (era il 19 marzo 2015, festività di San Giuseppe, protettore della Famiglia) hanno accompagnato nostra madre fino alla sua nascita al Cielo (è peggiorata il 2 febbraio, festività della ‘Candelora’ e giornata dedicata alla Vita, per poi lasciarci il giorno successivo): Dottoresse Comis e Mosena, Luca, Angela, Talissa, Gigliola, Lorena, Cristina, Raffaella, Rosalia, Laura, Sergio, Elena, Carla,*

*Matteo, Maria, Alessandra, Bruce, Tosca, operatori addetti alla cella mortuaria e tutti voi del ‘Tulipani 1’... il ricordo di nostra mamma, inevitabilmente, si accompagnerà per sempre anche a quello dei vostri volti, delle vostre parole di conforto, dei vostri gesti...*

*‘Sono quei piccoli atti di quotidiana ed umana gentilezza che possono fare la differenza, ogni giorno, nella lotta contro il Male’.*

*A tutti l’augurio di vivere intensamente la vostra Vita, di renderla un capolavoro, non agli occhi degli uomini, ma a quelli di Colui che ce ne ha fatto dono assieme al dono del libero arbitrio’.*

Non voglio commentare banalmente questa lettera, quasi per bilanciare le recenti denunce su attività assistenziali indegne della dignità umana; ringrazio, però, la dottessa Biondaro per aver ritenuto la nostra newsletter un luogo adatto per diffondere buone notizie sulla qualità dell’assistenza nelle residenze per anziani.

-Nei giorni scorsi è stata diffusa con grande enfasi un’informazione dell’Inps sul **bonus per gli anziani non autosufficienti**. La prestazione universale è finalizzata al sostegno delle spese di cura e assistenza a favore dei soggetti anziani, con età superiore a 80 anni, titolari dell’indennità di accompagnamento. Si tratta di persone fragili, con un Isee non superiore a 6 mila euro a cui sia stato riconosciuto un livello di bisogno assistenziale elevato. Il bonus di 850 euro è erogato ogni mese per due anni dall’inizio del 2025 alla fine del 2026.

Sembrerebbe un provvedimento importante e utile, però facendo attentamente i calcoli si dimostra che potranno fruirne solo circa 24.000 persone, su una platea potenziale di 3.5 milioni di anziani non autosufficienti. Si sono resi conto, nei luoghi dove si decidono i provvedimenti di welfare, che si tratta quasi di una presa in giro? Mi permetto di ritenere che molto facilmente la politica non è stata messa al corrente di questi numeri.

-Ci ha fatto molto pensare quanto avvenuto in questi giorni **in Spagna e Portogallo** a causa della **sospensione dell’energia elettrica**. I giornali hanno riferito della reazione impaurita degli anziani; alcuni hanno scritto di “un’angoscia immensa”. Molti, in particolare i vecchi soli, si sono disperati, senza luce, senza contatti, senza informazioni. Gli ascensori fermi, come le scale mobili, impedendo agli anziani la normale mobilità per il rifornimento di cibo e le altre esigenze quotidiane. Il nostro mondo fondato sul progresso tecnologico non è in grado di dare risposte ad una parte importante della popolazione! Non siamo certo disponibili al catastrofismo, però è doveroso porsi la domanda se le nostre comunità sono pronte, nel momento della crisi, a prendere in carico i più deboli, accompagnandoli nell’affrontare le loro angosce...magari con una vecchia pila, in attesa che la tecnologia possa darci spiegazioni sull’accaduto. Crediamo nel progresso e negli immensi vantaggi che porta al nostro mondo; però ci dobbiamo impegnare perché nelle sue pieghe non restino indietro le persone più deboli. E soprattutto quando si parla di algoretica, nessuno è autorizzato a criticare una scelta di prudenza, attenta alle conseguenze della modernità.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

-**Mauro Colombo** contribuisce, come ogni settimana, ad arricchire di scienza la newsletter. Grazie, grazie! Quello che segue è un contributo molto importante sul **rapporto alimentazione-cervello**.

“Comprendo – e condivido – le remore del prof. Trabucchi sulla proliferazione delle discussioni sui fattori di rischio per la demenza, che può apparire oziosa intellettualmente, e poco utile per la pratica clinica. Ma, a certe condizioni, la discussione può aiutare ad approfondire, chiarire e comprendere. È il caso, a mio avviso, di un articolo scritto da Autori affiliati ad istituzioni di Regno Unito (Oxford, Londra), Germania (Lipsia), Francia (Montpellier, Parigi) ed Olanda (Nijmegen), pubblicato sul numero del 12 marzo di *JAMA Network Open* [1]. L’oggetto della ricerca riguarda il rapporto fra dieta e complessione fisica con la connettività cerebrale – con particolare riguardo all’ippocampo - e la memoria, nella prospettiva dell’invecchiamento #.

Gli studi precedenti si sono concentrati su singoli componenti della dieta, o sulla restrizione calorica, in rapporto alla connettività ippocampale, con risultati poco chiari per la ricaduta sulla cognitività. Anche la indagine sui rapporti tra obesità e dieta di scarsa qualità col volume ippocampale ha fornito risultati incoerenti. Un cattivo funzionamento dell’ippocampo può inoltre associarsi a deficit di memoria che fanno perdere la traccia dei pasti già consumati, a ridotti intervalli fra i pasti, ed ad una sorta di ‘comportamento di utilizzo’ con aumentata risposta agli stimoli provenienti dal cibo, avviando un circolo vizioso con un apporto dietetico scadente. Lungo questa spirale perversa, l’indice di massa corporea [Body Mass Index (BMI)] sale: non a caso, la 11° voce bibliografica parla di ‘ambiente obesogenico’, e la 18° si domanda se ‘il cervello si rimpicciolisca mentre la pancia cresce’.

Da simili premesse deriva l’importanza di approfondire la relazione fra dieta e cervello in studi longitudinali, che esplorino la transizione fra età di mezzo ed anziana: la quinta, sesta e settima decade, già sottolineata in versioni successive della Commissione Lancet sulla demenza ed il declino cognitivo, pur suscettibili di critiche, a loro volta. Lo scopo di [1] era duplice: ha mirato a verificare l’associazione tra la qualità della dieta e il rapporto vita / fianchi [Waist-Hip Ratio (WHR)] nella mezza età, nonché i loro cambiamenti longitudinali tra l’età media e avanzata con (1) la connettività strutturale e funzionale dell’ippocampo e (2) la funzione cognitiva in età avanzata. La principale ipotesi di studio era che una migliore qualità della dieta e un WHR più basso durante la mezza età fossero associati a indicatori più favorevoli della connettività funzionale e strutturale dell’ippocampo, che sono stati misurati utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI) a riposo e le immagini del tensore di diffusione (DTI), per misurare la integrità della mielina e degli assoni. Una ulteriore ipotesi era che le associazioni fra dieta e WHR con la cognitività fosse mediata dalle misure di connettività funzionale e strutturale dell’ippocampo.

La popolazione oggetto di studio era quella del ‘Whitehall II Study’, avviato nel 1985 dallo University College di Londra come indagine longitudinale su oltre 10 000 dipendenti del servizio civile britannico, seguiti per più di 30 anni, lungo 13 serie. In [1], l’osservazione è durata 21 anni: da quando i partecipanti avevano una età media di 48 anni, fino ai 70 anni. Sono stati esplorati 3 domini cognitivi: memoria verbale a breve termine, fluenza lessicale e semantica, e funzioni esecutive; la cognitività generale è stata misurata mediante il ‘Montreal Cognitive Assessment’ [MOCA]. Riguardo alla DTI, quanto maggiore è la anisotropia frazionale e minori le diffusività, tanto maggiore è la integrità della sostanza bianca. La dieta – indagata mediante un questionario validato [Alternative Healthy Eating Index–2010 Score] – è risultata stabile a livello di popolazione, e di qualità mediamente scadente, senza che l’abuso di alcol ne risultasse responsabile. Il rapporto vita / fianchi (WHR) è andato crescendo nel tempo all’interno della popolazione {da un valore medio di 0,88 a 0,95 (la soglia suggerita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità è di 0,9 per i maschi, e 0,85 per le femmine [2]}.

In sintesi, i risultati di questo studio hanno mostrato che una dieta di migliore qualità e un WHR inferiore nella mezza età, insieme al miglioramento delle loro traiettorie dalla mezza età all’età avanzata [almeno riguardo alla qualità di diete individuali], erano associati a una più valida connettività strutturale e funzionale dell’ippocampo in età avanzata. Inoltre, un WHR inferiore nella mezza età era associato a memoria di lavoro e funzione esecutiva migliori in età avanzata, e questo percorso era mediato dalla diffusività della sostanza bianca. In sostanza, tutte le ipotesi di lavoro sono state confermate, come indicato anche da una ricca iconografia.

A livello di maggiore dettaglio, le zone dove le caratteristiche microstrutturali della sostanza bianca sono influenzate da dieta e complessione fisica coincidono con quelle coinvolte nell’invecchiamento e nella demenza (tratto cortico-spinale, radiazioni talamica superiore ed ottica, lobo parietale superiore, fascicolo longitudinale superiore, cingolo), in sintonia di fondo con altre analisi relative sia alla dieta in generale che agli apporti in acidi omega-3. Ma un elemento innovativo di [1] sta nella osservazione delle conseguenze in età avanzata di rilievi compiuti a partire dalla età di mezzo. Inoltre, qui viene posta attenzione specifica al grasso addominale – mediante WHR – meno studiato rispetto al consueto BMI \$. Viene infatti riportato che un WHR più elevato nella mezza età era associato a una maggiore diffusività della sostanza bianca, che interessava fino al 23,1%-26,4% di tutti i tratti di sostanza bianca.

Il fatto che la associazione di una maggiore quantità di grasso addominale misurata nella età di mezzo con peggiori prestazioni cognitive in età avanzata sia almeno parzialmente mediata dalle caratteristiche di connettività della sostanza bianca rende ragionevole l’ipotesi che una precedente condizione metabolica si rifletta a distanza di parecchi anni sulla integrità della sostanza bianca, con varie implicazioni sulla cognitività da anziani.

Una esplicita limitazione dello studio consiste nella cautela rispetto alla generalizzabilità dei risultati: la popolazione oggetto di studio era prevalentemente britannica bianca, di sesso maschile per oltre lo 80%, aveva un alto livello di istruzione, era suscettibile al vizio [‘bias’] di

sopravvivenza e quindi era generalmente più sana della popolazione generale del Regno Unito.

# Rimando ad un ‘angolo’ uscito in una newsletter dell’agosto 2024 riguardo alle ambivalenze sull’andamento epidemiologico della demenza a livello planetario

\$ va ricordato che nella nazione che si pone come la guida del mondo, dove la popolazione è per 3/4 in sovrappeso od obesa [3,4], Donald Trump, sotto la spinta della lobby del ‘cibo spazzatura’ [‘junk food’], ha revocato i menù salutistici voluti da Michelle Obama nelle mense scolastiche statunitensi”.

[1] Jensen, D. E. A., Ebmeier, K. P., Akbaraly, T., Jansen, M. G., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M., Zsoldos, E., Klein-Flügge, M. C., & Suri, S. (2025). Association of Diet and Waist-to-Hip Ratio With Brain Connectivity and Memory in Aging. *JAMA network open*, 8(3), e250171. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0171>

[2] Liu, X., He, M., & Li, Y. (2024). Adult obesity diagnostic tool: A narrative review. *Medicine*, 103(17), e37946. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037946>

[3] GBD 2021 US Obesity Forecasting Collaborators (2024). National-level and state-level prevalence of overweight and obesity among children, adolescents, and adults in the USA, 1990-2021, and forecasts up to 2050. *Lancet* (London, England), 404(10469), 2278–2298. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01548-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01548-4)

[4] Sebert S. (2024). The obesity crisis in the USA: why are there no signs of plateauing yet? *Lancet* (London, England), 404(10469), 2241–2242. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02467-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02467-X)

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

-Martedì 6 si terrà a Verona, a cura dei **seniores del Club Alpino Italiano**, un incontro dal titolo esplicativo “**Invecchiamento e socialità**”, perfettamente in linea con la cultura dell’AIP. Chi ama la montagna ama la compagnia, la solidarietà, l’affrontare assieme le piccole, grandi difficoltà della vita. Uno stare insieme che aiuta ad invecchiare bene, molto più e meglio delle invenzioni commerciali dalle quali siamo ogni giorno bombardati.

-Mercoledì 7 si terrà a Tregnago (Verona) nella sede del locale **Ospedale di Comunità** un evento celebrativo dei **15 anni di vita e di studio** sul ruolo che questo servizio deve rivestire per essere realmente **utile agli anziani fragili**. Sfortunatamente, infatti, molte strutture che portano questo nome sono state impostate come vassalle dell’ospedale, per facilitare le dimissioni, e non come servizio in grado di garantire agli anziani cure adeguate per assicurare il ritorno a casa dall’ospedale o la permanenza a casa dopo un evento di malattia. Nella prossima newsletter riporteremo alcuni dati sull’attività dell’OdC di Tregnago, che ritengo un modello da studiare e da replicare, in particolare da parte di chi progetta nuove strutture

(almeno quelle che non resteranno muri vuoti, ma cercheranno di essere organizzate con numeri adeguati di operatori).

-Giovedì 8 alle 17.30 si terrà alla **residenza Vittoria** di Brescia il **ricordo di Ivo Cilesi**, morto 5 anni fa, uno dei primi operatori sanitari vittime del Covid. Ne riferiremo in una prossima newsletter: il carissimo Ivo è stato uno studioso originale, generoso, sempre ricco di idee per rendere meno dolorosa e faticosa la vita dagli anziani fragili e delle persone affette da demenza.

-Venerdì 9 si terrà a Torino il convegno, organizzato da **Daniela Leotta** e da **Alberto Marchet** dal titolo **“Cognitività e malattie neurologiche”** (vedi programma allegato). Come ormai avviene da molti anni, sarà un evento di alto livello scientifico e clinico, che permette di acquisire sempre nuove informazioni per migliorare la cura delle persone fragili. Ringrazio in particolare la collega Daniela che continua con cultura e generosità a credere nel ruolo della medicina per il benessere dei nostri concittadini.

-Nelle prossime settimane si terranno a La Spezia, a cura dell'Associazione **A.M.A.S.**, una serie di incontri denominati **“I cura cari si fanno in quattro”**, dedicati ai familiari e ai caregiver delle persone ammalate di demenza. Accludo il programma perché colleghi e colleghi che ci seguono possano trovare spunti per organizzare eventi simili nei loro territori. La cultura dell'AIP indica l'importanza di tutti gli approcci alle persone anziane fragili, sia di tipo strettamente clinico sia assistenziale. La complessità dell'essere umano non permette segmentazioni.

-È stato pubblicato il n.115 dell'**Arco di Giano**, dedicato a **“La cura degli anziani, le medical humanities e la complessità”**. Allego l'indice del fascicolo e l'introduzione.

Un saluto ed un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*

## **Newsletter AIP - 9 maggio 2025**

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Gli specializzandi a Lampedusa
- Il costo dei nuovi farmaci
- La desertificazione delle città e la ricerca sull'invecchiamento cerebrale

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

- Il contributo di Mauro Colombo
- Lancet* e l'importanza della fitness per un invecchiamento cerebrale in salute
- NYT* e il welfare dell'IA
- Limiti e speranze dell'IA

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

- In ricordo di Graziella Arena
- Convegno a Tregnago attorno ad un modello efficace di Ospedale di Comunità
- Congresso interregionale Piemonte-Valle d'Aosta

Amiche, amici,

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

-Gli **specializzandi** in malattie infettive e tropicali dell'università di Bari **hanno la possibilità di passare una parte del tempo della scuola a Lampedusa**. Bravo il direttore della specialità per la sua mente aperta; ha capito che la formazione dei medici ha bisogno di momenti forti, sia per la specificità delle malattie legate all'immigrazione, sia per lo stile di cura che il giovane in formazione impara e che sarà utilissimo per l'intera vita professionale. Le fragilità, di qualsiasi origine, hanno tutte l'esigenza di quello che Francesco ha chiamato "il miracolo della tenerezza, che accompagna chi è nella prova, portando un po' di luce nella notte del dolore". Chi si è allenato alla tenerezza verso i giovani che provengono dall'Africa in

condizioni spesso drammatiche sarà certamente esperto di tenerezza anche nella cura di altre fragilità, in particolare quelle degli anziani. Congratulazioni, quindi, all'Università di Bari, con l'augurio che il suo modello formativo sia adottato anche da altri atenei.

-Un dato interessante è stato comunicato dal Ministero dell'Economia. La spesa farmaceutica del 2024 è stata superiore di 1.5 miliardi rispetto all'anno precedente. Anche se si terrà conto del payback, l'aumento della spesa copre circa un terzo dell'incremento del Fondo sanitario nazionale per il 2024. Il dato deve far pensare chi osserva nell'insieme l'evoluzione del nostro SSN. E' importante, inoltre, osservare che **l'incremento della spesa farmaceutica è per gran parte attribuibile all'ingresso nel prontuario di nuovi farmaci ad alto costo**, in particolare in area oncologica. La problematica si collega anche alla possibile introduzione dei nuovi anticorpi per la malattia di Alzheimer. La nostra risposta è sempre la stessa: se i farmaci da inserire nel prontuario sono realmente efficaci non si deve opporre alcun ostacolo. Ma cosa significa "efficacia di un trattamento "quando non porta alla guarigione, ma solo ad un rallentamento dell'evoluzione della malattia? Personalmente ritengo che la società debba essere di larghe vedute e generosa, riconoscendo che anche progressi oggettivamente limitati sono di grande importanza per chi li riceve. E quindi vanno messi a disposizione del cittadino da parte del SSN. Forse è un atteggiamento che potrebbe essere classificato come "buonista", ma c'è qualcuno che si sentirebbe di negare ad un malato oncologico, altrimenti privo di speranza, la piccola opportunità di un farmaco ben studiato, anche se non porta a guarigione?

-Mi permetto di commentare con preoccupazione un dato recentemente pubblicato da un quotidiano: ad Abbiategrasso i centri commerciali spengono i negozi di vicinato. Per chi non lo sapesse, nella cittadina a sud di Milano è attivo il centro studi sull'invecchiamento diretto dal nostro carissimo amico Antonio Guaita, nel quale continua a lavorare anche l'editorialista originale e profondo Mauro Colombo, che leggiamo ogni settimana in questa newsletter. Vorrei fare un accostamento: da una parte la società investe per finanziare studi di altissimo livello, che portano vantaggi alla clinica dell'invecchiamento, dall'altra la stessa società non sa opporsi alla diffusione di **mega supermercati che consumano terreno e sono luoghi dove le persone anziane non trovano la rete di relazioni che avevano in città**. Sosteniamo spesso che il mondo moderno è uno solo... ma poi, nella realtà, ogni segmento è governato dalle sue regole, non sempre adeguate.

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

-Ringrazio **Mauro Colombo** per la sua continua dimostrazione di disponibilità verso la nostra Associazione.

“Qualche volta torna un piccolo incubo, di quando un professore di educazione artistica ci obbligava a riempire con frammenti di carte colorate adesive – costosissime! – delle sagome che avevamo prima disegnato. Quante ore – sottratte a questioni ben più serie – sprecate a maneggiare maldestramente riga, compasso e taglierini, per ... aguzzarci il senso della prospettiva! Per fortuna, le mie figlie hanno ricevuto in dote da mia moglie un mano ben altrimenti felice con carta e matite...

Ad oltre mezzo secolo da queste – piccole - angosce liceali posso riciclarli in diversi “collage”, che spero utili ai Colleghi lettori. Il collage che propongo in “angolo” deriva da due articoli [1,2] e da un editoriale che li commenta entrambi [3], tutti pubblicati in rete il 7 aprile 2025 su *JAMA Neurology* (liberamente accessibili). Può essere utile rifarsi allo “angolo” presente nella newsletter del 25 aprile, dedicato al riposizionamento dei farmaci, ovvero la strategia di **trovare nuove applicazioni per farmaci esistenti**, che rappresenta un approccio interessante **per accelerare la scoperta di nuovi trattamenti per la demenza di Alzheimer** e forme correlate [ADRD]. In quel pezzo avevo anche richiamato le Linee Guida formulate dall’Istituto Superiore di Sanità su “Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment”, relativamente al quesito 16a. Ora il discorso è limitato agli ipoglicemizzanti, focalizzandosi su due categorie: gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 [SGLT2i (canagliflozin, dapagliflozin, od empagliflozin)], e gli agonisti del recettore del peptide-1 simile al glucagone [GLP-1Ra (exenatide, dulaglutide, liraglutide, o semaglutide)].

[1] è una revisione sistematica con meta-analisi che passa in rassegna ipoglicemizzanti cardioprotettivi [oltre che nefroprotettivi e dimagranti] quali gli SGLT2i, i GLP-1Ra ed il pioglitazone; non sono stati identificati studi clinici randomizzati che valutassero la metformina rispetto ai controlli e che riportassero esiti sulla demenza. Non sono stati presi in considerazione altri ipoglicemizzanti come gli inibitori della dipeptidil peptidasi-4 [(DPP-4): le varie “gliptine”], le solfoniluree e l’insulina, perché non dotati di proprietà cardioprotettive: ciò differenzia la presente meta-analisi da una analoga precedente, che non aveva dato adito a riduzioni statisticamente significative sulla occorrenza di demenza, in 21 studi. Neppure [1], che ha incluso 23 studi con 160.191 partecipanti [età media  $64,4 \pm 3,5$  anni; 34,9 % femmine] ha riportato una riduzione significativa della demenza o del deterioramento cognitivo, quando sono state considerate congiuntamente tutte le classi di farmaci. In particolare, la terapia ipoglicemizzante non è stata associata a una riduzione significativa della demenza vascolare o di Alzheimer. Tuttavia, la terapia ipoglicemizzante con GLP-1RA, ma non con SGLT2i o pioglitazone, è stata associata a un rischio significativamente inferiore – quasi un dimezzamento - di demenza o deterioramento cognitivo, rispetto ai controlli [definiti come soggetti che assumevano placebo, terapie consuete o cui non venivano prescritti ipoglicemizzanti]. Ciò può essere in parte spiegato dalle differenze nelle popolazioni arruolate, con un tasso di eventi di demenza per tutte le cause più elevato osservato nel gruppo di controllo degli studi su GLP-1RA rispetto agli studi su SGLT2i (0,14% vs 0,05%), con un conseguente aumento della potenza statistica nel rilevare associazioni. Un confronto indiretto suggerisce inoltre che i GLP-1RA possano avere un effetto maggiore sul rischio

cardiovascolare rispetto agli SGLT2i. Va poi notato che l'incidenza di demenza per tutte le cause e di demenza vascolare tra gli adulti con diabete in studi prospettici di coorte è stata stimata tra 14,2 e 16,8 per 1000 anni-paziente e tra 1,8 e 3,2 per 1000 anni-paziente, rispettivamente: più del doppio del tasso riportato in questo studio.

[2] è uno studio retrospettivo che emula una ricerca mirata § adoperando i dati registrati su cartelle elettroniche collezionate in un ampio deposito informatico che raccoglie circa lo 86 % dei cittadini della Florida. L'obiettivo consisteva nel confronto – rispetto all'insorgenza di demenza di Alzheimer e forme correlate – di GLP-1RA (a) e SGLT2i (b) con altri ipoglicemizzanti, e poi di rettamente fra di loro (c), in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Le casistiche erano imponenti: oltre 33 000 persone per (a) e (b), e più di 24 000 per (c), con bilanciamento fra i sessi. L'uso di GLP-1RA e SGLT2i è stato associato a un rischio inferiore di demenza rispetto ad altri ipoglicemizzanti di seconda linea, tra le persone con diabete di tipo 2.

Specificatamente, l'uso di GLP-1RA è stato associato a un rischio inferiore del 33% di ADRD, mentre l'uso di SGLT2i è stato associato a un rischio inferiore del 43% rispetto ad altri ipoglicemizzanti. Tuttavia, al confronto diretto, non è stata rilevata alcuna differenza significativa nel rischio di ADRD tra gli utilizzatori di GLP-1RA e SGLT2i, ad eccezione della semaglutide, vantaggiosa rispetto agli SGLT2i. I risultati – illustrati chiaramente nelle figure - sono stati coerenti nelle analisi di sensibilità §§ e nei sottogruppi, rafforzando ulteriormente l'affidabilità dei risultati. Inoltre, non sono state identificate modifiche significative dell'associazione nelle analisi dei sottogruppi [età, sesso, etnia, complessione fisica, uso di metformina od insulina, e tipi specifici di GLP-1RA e SGLT2i]. Lo studio conferma ed estende precedenti ricerche osservazionali e meta-analisi, sovrabbondando in rigore metodologico §§. Gli Autori stessi – affiliati ad istituzioni della Florida – invitano alla prudenza nella interpretazioni dei risultati, da considerare come generatori di ipotesi, piuttosto che definitivi: sia per la breve durata del periodo di osservazione [tra i 2 ed i 4 anni], che per la più giovane età dei pazienti diabetici che assumevano GLP-1RA e SGLT2i rispetto ad altri ipoglicemizzanti, nonostante i tentativi di bilanciamento statistico.

La premessa di [1] e [2] sta nella mancanza di prove sicure sulla capacità degli ipoglicemizzanti di ridurre il rischio di occorrenza di demenza, anche a seconda delle differenze nelle loro proprietà cardioprotettive. In [1] si sottolinea inoltre come la riduzione del rischio cardiovascolare non si traduca automaticamente in un contenimento di analoghe entità nel rischio di demenza: gli ipotensivi, per esempio, diminuiscono del 27 % il rischio relativo di ictus, ma solo del 7 % quello di demenza. Entrambi i lavori propongono una ampia e varia sequenza di possibilità eziopatogenetiche per gli effetti neuroprotettivi riscontrati, anche facendo ricorso a sperimentazioni su modelli animali: effetti anti-infiammatori, anti-ossidanti, anti-apoptotici; riduzione della patologia β-amiloide e tau; promozione della neurogenesi e della plasticità sinaptica; miglioramento del flusso ematico cerebrale e della funzione mitocondriale.

L'editoriale [3], dopo avere ricostruito il percorso quarantennale della evoluzione farmacologica degli GLP-1RA, riprende la questione della inevitabile brevità del periodo di osservazione in [1] e [2], che può portare ad una sottostima dell'effetto neuroprotettivo di GLP-1RA e SGLT2i. Risultati futuri ancora più favorevoli potrebbero arrivarci dai nuovi farmaci che combinano più azioni regolatorie a livello metabolico.

Al di là delle discussioni sulla effettiva entità della proporzione di demenza attribuibile nella popolazione al diabete mellito, l'argomento merita senz'altro di essere seguito.

§ Nota metodologica 1) “... quando analizzano dati osservazionali per stimare un effetto causale, i ricercatori possono dichiarare esplicitamente che stanno cercando di emulare un ipotetico esperimento randomizzato”. [4]

§§ Nota metodologica 2) tra le analisi di sensibilità effettuate, sono rientrate: la esclusione di soggetti con deterioramento cognitivo lieve o morbo di Parkinson all'inizio della osservazione, o di persone cui è stata diagnosticata una ADRD entro 6 mesi dall'inizio della osservazione, tenere in conto il rischio competitivo di morte

§§§ Nota metodologica 3) tra l'altro, allo scopo di determinare la potenziale influenza di fattori confondenti non misurati sull'associazione osservata con l'esito del trattamento, è stato calcolato il “valore E”, che rappresenta un approccio alternativo alle analisi di sensibilità per i fattori confondenti non misurati negli studi osservazionali, evitando assunzioni potenzialmente fuorvianti. Al “valore E” è stato fatto cenno anche altre volte, in “angoli” precedenti”.

[1] Seminer, A., Mulihano, A., O'Brien, C., Krewer, F., Costello, M., Judge, C., O'Donnell, M., & Reddin, C. (2025). Cardioprotective Glucose-Lowering Agents and Dementia Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA neurology*, e250360. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.0360>

[2] Tang, H., Donahoo, W. T., DeKosky, S. T., Lee, Y. A., Kotecha, P., Svensson, M., Bian, J., & Guo, J. (2025). GLP-1RA and SGLT2i Medications for Type 2 Diabetes and Alzheimer Disease and Related Dementias. *JAMA neurology*, e250353. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.0353>

[3] Thiara D. (2025). GLP-1 Receptor Agonists-From Breakthroughs in Cardiometabolic Treatment to Emerging Neuroprotective Potential. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2025.0237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.0237>

[4] Dib, B. N., & Swanson, S. A. (2025). Emulating a Target Trial Using Observational Data. *JAMA internal medicine*, 185(4), 459–460. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.8129>

-*Lancet* del 29 marzo pubblica una review sull'**effetto neuroprotettivo dell'attività fisica**, mettendo in luce l'importanza di una buona funzionalità cardiorespiratoria nel promuovere un invecchiamento in salute del cervello. L'effetto è esercitato attraverso meccanismi come il miglioramento del flusso cerebrale, la riduzione dell'infiammazione e l'aumento della neuroplasticità. I dati nel loro complesso confermano che stili di vita sedentari accelerano l'invecchiamento cerebrale, mentre una regolare attività fisica può mitigare la compromissione cognitiva e ridurre il rischio di demenza. Anche se il lavoro contiene dati già in parte noti, è una base utile per chi volesse approfondire la tematica e proporre programmi pubblici volti a supportare la salute del cervello nel corso della vita.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00184-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00184-9/fulltext)]

-*New York Times* del 24 aprile si pone un quesito che alcuni potrebbero ritenere fantasioso, altri forse preoccupante: “**Se i sistemi di intelligenza artificiale diventano coscienti, dovranno avere dei diritti?**”. Benché ci sia ancora strada da fare tra l’essere “smart” e “conscious”, la domanda ci sollecita a non sottovalutare l'estrema velocità del progresso dei sistemi di intelligenza artificiale. Recentemente uno studioso ha paragonato il welfare dell’IA a quello degli animali, affermando di sperare che l’equivalente digitale dell’allevamento intensivo non dovrà in futuro essere la sorte anche dell’IA evoluta.

[<https://www.nytimes.com/2025/04/24/technology/ai-welfare-anthropic-claude.html>]

-Il mondo delle nuove tecnologie è in grande fermento e alcuni si lasciano andare ad affermazioni quanto meno audaci, parlando della fine delle malattie e perfino del cancro, grazie alle nuove potenzialità dell’IA generativa. Di fronte all’incertezza e all’impressione che molte notizie siano diffuse per aumentare il valore in borsa delle aziende delle nuove tecnologie, Paolo Benanti risponde con precisione su *Avvenire* dell’8 maggio: “**L’IA è uno strumento potente e utile, ma il progresso scientifico, e la speranza di curare malattie complesse come il cancro, è possibile solo in una solida collaborazione tra l’ingegno umano e l’efficienza computazionale dell’IA**”.

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

-Con vivo dispiacere personale ho appreso della scomparsa di **Graziella Arena, neurologa di grandi capacità**, che ha ricoperto il ruolo di presidente regionale dell’AIP. In un momento difficile della nostra Associazione ha svolto con generosità ed equilibrio una funzione delicata, sempre in accordo con il Presidente nazionale. Grazie, carissima Graziella! Io e tanti amici Ti siamo grati per il servizio all’AIP, ricordando la Tua determinazione e signorilità e, in particolare, la Tua amicizia sempre espressa con la nobiltà del Tuo tratto.

-Si è tenuto nei giorni scorsi un seminario per celebrare i 15 anni dell'**Ospedale di Comunità di Tregnago**, in provincia di Verona gestito dalla Fondazione Zerbato. Di seguito ne sono elencate alcune caratteristiche, che possono essere ritenute un'importante indicazione strategica per chi volesse ipotizzare la costruzione di un OdC; c'è ancora posto, perché secondo l'Agenas dei 568 OdC previsti dal PNRR, solo 124 (21%) risultano in servizio.

1. L'OdC non deve essere collocato in un ospedale generale e quindi non funge da valvola di sfogo per l'ospedale stesso, ma è al servizio del territorio. In troppi casi l'OdC nell'ospedale svolge la funzione delle vecchie lungodegenze, che sono state cancellate da anni, ma che in ogni modo sono diverse da quelle di OdC.
2. La staff è composto da una serie qualificata di professionisti, compreso il medico. Infatti, se l'OdC vuole svolgere davvero la sua funzione deve farsi carico anche di situazioni cliniche complesse, con frequenti ricadute, che necessitano una competenza medica all'interno dello staff e non solo su richiesta. I pazienti anziani fragili sono, per definizione, clinicamente instabili e quindi hanno bisogno di competenze cliniche adeguate
3. La competenza dello staff di Tregnago è altissima sul piano clinico e su quello relazionale. Gli ospiti esprimono sempre un alto gradimento, perchè si sentono affidati a mani professionalmente sicure e umanamente accoglienti. L'atmosfera di serenità e di tranquillità che si respira nell'OdC di Tregnago è davvero unica
4. La provenienza degli ospiti è sostanzialmente in equilibrio tra ospedale e casa. I pazienti che vengono dal proprio domicilio ricevano cure che permettono di ritornare a casa, evitando, quando non è appropriato, il ricovero ospedaliero (è ben noto quanto l'ospedale sia "nemico" dell'anziano)
5. I costi effettivi dell'OdC sono sotto controllo; l'amministrazione della Fondazione Zerbato è peraltro aperta a rispondere senza incertezze alle richieste per migliorare il servizio. Fortunatamente non si registra alcuna tensione tra gli operatori e i responsabili della Fondazione
6. Nell'OdC di Tregnago si svolgono continue attività di formazione, nella convinzione che migliore è la competenza professionale migliore è l'atmosfera di lavoro, che permette una cura senza frammentazioni.
7. L'esperienza di Tregnago è fruibile da tutti, in un momento di grande incertezza sulle modalità più appropriate per offrire cure efficaci all'anziano fragile.

-Allego la locandina del **Congresso interregionale Piemonte-Valle d'Aosta** "I grandi temi in Psicogeratria", che si terrà ad Aosta il 17 maggio.

*-Mi permetto di ritornare ancora sulle esigenze finanziarie della nostra newsletter.*

*Purtroppo, fino ad oggi i contributi sono stati modesti, non tanto per l'ammontare, ma per lo scarso numero delle colleghes e dei colleghi che hanno aderito alla richiesta di supporto. Una spiacevole testimonianza dell'apprezzamento per il nostro lavoro, fortunatamente compensata dalla dimostrazione di vicinanza di alcuni amici. Rappresentiamo l'unica voce pubblica dell'AIP, ma questo impegno non pare apprezzato. Mi spieca.*

*Per chi volesse dimostrare ancora attenzione al nostro lavoro, la modalità per il versamento è:  
“Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM  
Brescia IBAN IT82S050341120000000003421*

Un cordiale saluto ed un augurio, sperando che si allarghi il numero delle colleghes e dei colleghi che hanno a cuore la sopravvivenza di questa newsletter, partecipando con messaggi, informazioni, commenti alla nostra vita.

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'IA non inventa il futuro
- Leone è figlio del mondo
- Le difficoltà frapposte agli infermieri stranieri
- IA e riflessione algoretica
- Fadoi e la situazione degli ospedali
- Il ruolo del coordinatore dei servizi
- Anna Banchero sulla crisi del SSN
- Pierluigi Dal Santo e l'attenzione di AIP per l'IA
- L'adunata nazionale degli alpini

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo e il rapporto fra vaccinazione e demenza

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La prossima Scuola Estiva AIP

È morto il Professor Lodovico Frattola, per molti di noi un maestro, per moltissimi un amico. Ogni tanto mi telefonava -sofferente ma lucidissimo- per commentare alcuni brani della newsletter. Io, in particolare, lo ricordo con affetto e dolore: quando tornai dagli USA negli

anni '70 incominciammo un'intensa collaborazione, documentata anche da lavori di notevole importanza. Erano tempi nei quali si cercava un avvicinamento della clinica neurologica alla neurobiologia, oggi metodo di lavoro largamente diffuso, allora praticato solo da pochi pionieri. E Lodo era uno di quelli: prudente e coraggioso allo stesso tempo. Grande clinico nella raccolta della storia e dei sintomi, generoso e modesto nel definire una diagnosi, attento alle possibili ricadute sulle persone fragili.

Era presidente onorario dell'AIP.

Ho ricevuto questo bellissimo ricordo del professore dal nostro caro collega Giuseppe Bellelli, presidente eletto della SIGG e direttore della Clinica geriatrica dell'università di Milano Bicocca.

“Con grande tristezza saluto il Professor Lodovico Frattola, neurologo di straordinaria competenza e uomo di rara umanità.

Ci sono due aspetti di lui che sento il bisogno di ricordare.

Sul piano accademico e professionale, il Professor Frattola è stato una figura centrale nella nascita e nello sviluppo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano-Bicocca. Ne è stato il primo Preside e ha avuto un ruolo determinante nel delinearne l'identità e nel costruire quel modello integrato di didattica, ricerca e assistenza che oggi rappresenta il cuore di questo Ateneo. Con rigore, visione e passione, ha tracciato un percorso che ha ispirato generazioni di studenti, docenti e professionisti della salute.

Sul piano umano, è stato una persona davvero speciale. Sempre sorridente, empatico, capace di mettere a proprio agio chiunque incontrasse. Chi ha avuto la fortuna di conoscerlo, lavorarci insieme o esserne stato allievo, sa quanto sapesse coniugare la serietà scientifica con un'attenzione sincera alla persona. Aveva una sensibilità particolare per gli anziani, che seguiva con rispetto profondo e con un'umanità non comune, e per la Geriatria, cui guardava con estrema attenzione.

Il suo carisma, la simpatia naturale e la generosità nel dare fiducia – soprattutto ai più giovani – sono tratti che molti di noi porteranno nel cuore. Ricordo con gratitudine quando, agli inizi della mia carriera, venne ad ascoltarmi durante un congresso in cui interveniva anche l'indimenticato amico Daniele Villani. Si congratulò personalmente con me e, senza che lo sapessi, si premurò di contattare il Professor Giorgio Annoni, allora mio direttore, per confermare la bontà della scelta di propormi per un concorso da ricercatore universitario. Un gesto semplice, carico di valore, che porterò con me nel cuore. Ricordo anche un viaggio in taxi verso la stazione, dopo una riunione di AIP: la sua capacità di rassicurare, di guardare al futuro con ottimismo, era intatta anche nei momenti più ordinari. E quando, dopo il pensionamento, capitava al San Gerardo, non mancava mai di passare in Geriatria – tre piani sopra la Neurologia, ora diretta dal suo primo allievo, il Professor Carlo Ferrarese – per portare un saluto e un sorriso.

Negli ultimi tempi, come mi raccontava la figlia Alessandra, si sentiva più stanco, soprattutto dopo la scomparsa della moglie, a cui era profondamente legato. Ma anche allora non aveva perso quella sua inconfondibile capacità di entrare in relazione, con gentilezza e calore.

Oggi perdiamo non solo un grande medico e professore, ma una guida, un esempio, un uomo che ci ha mostrato cosa significhi davvero tenere insieme scienza e umanità”.

Amiche, amici,

#### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-“L'IA non può inventare il futuro. Ha la conoscenza di tutto quello che ha scritto l'umanità e lo ricombina. Anche la nostra creatività mette insieme tutto quello che abbiamo letto, imparato, sentito, provato, vissuto e da lì genera delle idee. Però il futuro non si crea tirando a indovinare, ma cercando di combinare l'esperienza con un'idea di mondo. Che i chatbot non hanno”.

“L'intelligenza artificiale può parlare di tristezza, ma non l'ha mai provata e non sa cosa sia davvero”.

(Giorgio Parisi, premio Nobel)

-L'elezione del nuovo Papa ha suggerito molti commenti, sul piano religioso e umano. Io ne scelgo invece uno politico: Papa Leone XIV è figlio del mondo, con ascendenti piemontesi, liguri, caraibici, africani. Cittadino USA e del Perù, è molto attento nel dosare le lingue che utilizza nei suoi interventi. L'aver pronunciato il suo primo saluto al mondo anche in lingua spagnola è stata una sfida pacifica, ma precisa a Trump che respinge in catene, umiliandoli profondamente, i cittadini centro e sud americani. Figlio del mondo, cioè dei grandi spostamenti di popolazioni avvenuto nell'ultimo secolo e che continuano: nessuno ferma la storia!

-Un argomento per alcuni aspetti vicino al precedente. Oggi in Italia abbiamo 6.6 infermieri per mille abitanti, contro una media Ue di 8.4. Il fabbisogno inevaso varia da 63 mila a 220 mila, allo stesso tempo però i corsi di laurea in infermieristica non sempre coprono i posti disponibili. Di fronte a questa realtà per molti aspetti drammatica manca qualsiasi attenzione ad organizzare in maniera strategica l'immigrazione di personale proveniente da paesi stranieri, rilevando l'effettivo fabbisogno e le strade per rispondervi in maniera veloce e senza i mille orpelli burocratici che fanno pensare al desiderio di taluni (???) di bloccare l'immigrazione di questi indispensabili professionisti. A livello nazionale si continua nella logica delle sanatorie, più volte reiterate, approvate durante la pandemia e a sostegno dei profughi ucraini. Manca una scelta precisa, molte realtà si muovono indipendentemente senza alcuna strategia comune, con risultati spesso inadeguati. Che fare?

-L'attenzione di Papa Leone all'intelligenza artificiale ha ampliato la discussione bioetica sul tema. In un discorso ai cardinali ha affermato: “Diverse sono le ragioni per aver preso il nome di Leone. Principalmente perché il Papa Leone XIII con la sua storica enciclica Rerum

Novarum affrontò la questione sociale nel contesto della prima grande rivoluzione industriale. Oggi la Chiesa offre a tutti il suo patrimonio di dottrina sociale per rispondere ad un'altra rivoluzione industriale e agli sviluppi dell'intelligenza artificiale, che comportano nuove sfide per la difesa della dignità umana, della giustizia e del lavoro". Un richiamo in questo momento di progressi velocissimi perché a tutti i livelli la sensibilità perché l'IA non aumenti il potere di pochi e possa essere uno strumento diffuso e rispettoso di progresso, in particolare nell'ambito delle cure.

-Fadoi (Federazione dei medici internisti ospedalieri) ha pubblicato i dati di un'indagine compiuta recentemente in 216 reparti di medicina interna in tutta Italia. Sono particolarmente preoccupanti: il 58% dei reparti supera regolarmente il 100% dell'occupazione dei letti, con la possibilità che i pazienti vengano collocati nei corridoi. Inoltre, l'85% dei reparti soffre per la carenza cronica di medici e infermieri. Più di un terzo dei ricoveri potrebbero essere evitati da una presa in carico territoriale più efficace, sia per quanto riguarda i servizi sia l'attività dei medici di famiglia. Un dato meno preoccupante riguarda la fase post dimissione: nel 44.5% dei casi viene attivata l'assistenza domiciliare, il 27% viene accolto in RSA, il 21% in altre strutture intermedie. Solo il 7.9% torna a casa senza alcuna protezione. Uno scenario per molti aspetti preoccupanti, di fronte al quale non sembra si stiano organizzando risposte realmente efficaci. Le Case della Comunità sono prive di una seria prospettiva organizzativa. Lo stesso vale per gli Ospedali di Comunità, dei quali non è chiara la funzione e spesso vengono considerati appendici degli ospedali per accelerare le dimissioni, tradendo così il loro vero scopo, quello di permettere alle persone fragili di rimanere nelle loro case.

-Ho chiesto al dottor Stefano Broggio, coordinatore dell'Ospedale di Comunità di Tregnago, l'autorizzazione a riprodurre la sua relazione tenuta al convegno di cui abbiamo riferito nell'ultima newsletter. Ho sempre ritenuto centrale e irrinunciabile il ruolo di coordinamento nei servizi; il testo che segue ne è una conferma particolarmente incisiva.

"Da sei anni ricopro il ruolo di Coordinatore. Un tempo che mi ha permesso non solo di comprendere a fondo le dinamiche organizzative ma, soprattutto, di osservare da vicino il lavoro, l'impegno e la dedizione delle persone che ogni giorno rendono concreta questa visione di sanità territoriale.

In questi anni ho visto evolversi dinamiche, cambiare approcci organizzativi, nascere nuove sfide. Ma c'è stato un momento che, credo, ha segnato un prima e un dopo per tutti noi; la pandemia.

In quel periodo, la pressione non era solamente assistenziale o organizzativa. Era soprattutto emotiva, umana e, in quel contesto, il ruolo del Coordinatore, subì una profonda trasformazione. Dopo il 2020 coordinare non significa più "solamente" pianificare turni o ottimizzare processi. Significa, più che mai, essere presenti, saper ascoltare, intercettare il disagio anche quando non viene detto. Significa sostenere i colleghi nei momenti di maggiore fatica, mediare conflitti e, soprattutto, mantenere la coesione in un contesto all'interno del quale, ognuno di noi, ha portato dentro anche le proprie fragilità. Il coordinamento, oggi, richiede sì lucidità organizzativa ma, soprattutto, capacità relazionale, sensibilità e solidità nel sostenere quotidianamente le persone, non solo i processi.

Eppure, nonostante le difficoltà, sono convinto che l'Ospedale di Comunità sia uno dei presidi più preziosi del nostro sistema sanitario. Perché mantiene un legame autentico con il territorio e con le persone che lo abitano. Perché accoglie la fragilità con rispetto, senza barriere o distanze. Perché favorisce una reale integrazione tra i professionisti, dove la collaborazione non è affiancamento ma partecipazione condivisa all'assistenza e alla cura.

Certo, le criticità non mancano. Negli anni, i bisogni dei pazienti sono diventati sempre più complessi, le risorse spesso non bastano più e, l'equilibrio tra assistenza e sostenibilità operativa è difficile da mantenere.

Ed è proprio per questo che oggi voglio mettere al centro del mio intervento le persone. Voglio ringraziare chi ogni giorno sceglie di credere in questo modello di cura. Chi lavora con passione, con senso di responsabilità, con pazienza. Chi, anche nei giorni più faticosi trova la forza per esserci, per dare continuità, per non perdere di vista il senso di quello che facciamo. In un tempo in cui la disillusione nel nostro settore è una realtà concreta, continuare a credere nella propria opera richiede determinazione, coerenza e un forte senso di appartenenza. E ogni giorno, all'interno del Nostro Ospedale di Comunità, vedo un impegno silenzioso ma profondo, che nasce da qualcosa che va oltre il dovere. Nasce da un senso autentico di responsabilità verso gli altri. Lo vedo nei colleghi che non mollano, che si reinventano, che si supportano a vicenda anche quando le condizioni sono tutt'altro che ideali. Lo vedo in chi, pur potendo scegliere altro, sceglie di restare. Di rimanere parte di una realtà che ha senso solo se si continua a costruirla insieme.

L’Ospedale di Comunità, per questo, non è a mio avviso solamente un modello organizzativo. È una visione che si nutre dell’impegno quotidiano, della professionalità e della sensibilità di chi lavora al suo interno, rendendola concreta giorno dopo giorno.

E, se oggi questo percorso continua ad avere senso è merito di tutte le persone che, ogni giorno, ad ogni livello, contribuiscono con dedizione, fiducia, professionalità e umanità.

Perciò, a Voi, che con il Vostro lavoro rendete possibile ciò che spesso non è visibile, rivolgo il mio ringraziamento più sincero”.

-Ho ricevuto da una persona amica le righe che seguono.

“Il suo libro ‘Aiutami a ricordare’ è davvero bellissimo. Sento di doverglielo ridire! Lo sto rileggendo passo dopo passo. È strano trovarsi a provare un senso di così grande gratitudine per essere di fronte ad una malattia degenerativa della propria mamma. Strano ma bellissimo. E sento il desiderio di dirglielo.

C’è un’esperienza di enorme tenerezza e di grande profondità emotiva che mi lascia un senso più alto che mai di cosa sia l’amore profondo e di cosa sia il vero senso della vita fondata su un’incredibile ed indelebile essenza della persona che non viene minimamente intaccata dei limiti fisici o razionali.

In tutto questo mi sembra che mamma stia ora sempre meglio. Sono certo che la scientificità unita alla grande umanità e allo sguardo ampio alla persona che hanno tutti i medici e gli operatori facciano i loro effetti buoni su mamma. Quanta gratitudine!”

-Anna Banchero, storica attrice di molti passaggi cruciali del nostro sistema pubblico delle cure, mi ha inviato l'appunto che segue. Ritengo che in poche righe sia riuscita a riassumere con intelligenza e precisione gli aspetti più delicati del momento che stiamo vivendo.

“Il servizio sanitario nazionale (SSN) ha portato il nostro Paese dal 1978 ad un welfare avanzato, introducendo una continuità assistenziale dalla prevenzione alla cura e al recupero delle disabilità e trasferendo alla ricerca clinica l’acquisizione di elevate conoscenze, ha modificato in positivo la salute e la qualità di vita di molti cittadini.

Di fronte a queste luci ci sono anche ombre sul servizio sanitario, sostanziate in una crisi di credibilità e disaffezione da parte dei cittadini e delle istituzioni, per una combinazione di fattori politici, economici, strutturali e organizzativi, sinteticamente rilevati nei punti seguenti:

1. sottofinanziamento del SSN, attuato dai governi a partire dal 2010, per contenere la spesa pubblica, ha ridotto le dotazioni del Fondo Sanitario, senza valutare che la spesa sanitaria italiana - in rapporto al PIL - è tra le più basse in Europa;
2. assenza di pianificazione a lungo termine delle politiche sanitarie e sociosanitarie, generando interventi emergenziali collegati alle criticità del momento (esempio Covid);
3. modifica strutturale della popolazione con bassa percentuale di nascite ed un invecchiamento che aumenta la domanda di cure per la cronicità con difficoltà di rapido adeguamento da parte del sistema sanitario, progettato negli anni 70 per la generalità delle cure.

Ai problemi strutturali esposti, si sono aggiunti sotto il profilo gestionale:

- a) inefficienze e criticità dell’offerta di servizi sociosanitari tra le regioni, con differenza di approccio ai problemi da parte degli organi di governo locale a partire dalle Regioni, con riflesso sui programmi e sull’andamento del sistema;
- b) la differenza di offerta tra le regioni a favore del nord/centro rispetto al sud ha generato migrazioni sanitarie che non giovano ai cittadini e al sistema sanitario;

c) carenza di personale medico e infermieristico, spesso mal distribuito sui territori regionali, con la criticità di pensionamenti in molti casi non sostituiti, aggravato dalle condizioni retributive per i giovani professionisti favorendo lo spostamento all'estero, dove si offrono per le stesse attività migliori retribuzioni;

d) quanto rilevato, contribuisce a creare liste d'attesa infinite, con tempi lunghissimi per visite, esami e interventi, orientando sempre di più il cittadino verso il privato e se privo di disponibilità economiche, anche alla rinuncia delle cure.

Gli aspetti cruciali della situazione esposta, si concretano con l'abbandono delle professioni sanitarie e sociosanitarie da parte delle giovani generazioni ed una crescente sfiducia dei cittadini nei sistemi pubblici con una ovvia espansione dell'offerta privata e quindi un aumento delle disuguaglianze.

Tutto ciò non è irreversibile, ma richiede un forte impegno della cittadinanza, del mondo associativo e sindacale nei confronti degli organi parlamentari e di governo, affinché riprendano le redini del SSN, anche con una eventuale revisione delle responsabilità decentrate”.

-Questa newsletter segue con sempre maggiore attenzione le problematiche cliniche, etiche e organizzative prodotte dalla crescita veloce dell'intelligenza artificiale. Di seguito riporto il testo molto significativo che Pierluigi Dal Santo ci ha inviato su queste tematiche.

“Prendo spunto dal commento del Prof. Trabucchi su Newsletter AIP dell’11 Aprile u.s. a proposito dell’articolo di Padre Benanti apparso su Avvenire del 3 Aprile u.s., dopo la pubblicazione su AI. NEJM del 27 Marzo dei risultati positivi, in termini di efficacia e di accettabilità da parte dei pazienti, dell’intervento di 4 settimane guidato da un programma di Intelligenza Artificiale Generativa messo a punto da esperti psichiatri per il trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore (MDD), del Disordine Generalizzato d’Ansia (GAD) e dei Disturbi dell’Alimentazione (CHR-FED), rispetto a quanto potuto registrare su pazienti con analoghi disturbi inseriti in una usuale “lista d’attesa”. Da un punto di vista semplicemente “utilitaristico”, un intervento guidato dall’Intelligenza Artificiale, comunque controllato negli scopi e nella metodologia, sembra efficace e ben accetto ai pazienti anche nel campo della psichiatria, disciplina il cui esercizio ha un basso impatto tecnologico, ma un’elevatissima

valenza umana e comunicativa. Come noto, Padre Benanti è lo studioso che rappresenta il punto di riferimento nel campo della valutazione etica di questa nuova, potentissima forma di comunicazione basata su elaborazioni statistiche derivate da centinaia di miliardi di notazioni linguistiche: il termine algoretica, da Lui stesso coniato, rappresenta la crasi tra due termini distinti e separati, nella convinzione che solo dalla fusione tra algoritmi ed etica, imparando quindi ad indicare i valori etici attraverso i valori numerici che costituiscono gli algoritmi, si potranno creare sistemi che aiutino a colmare il divario tra domanda e disponibilità di servizi e a comprendere la complessità biologica, clinica e socio-assistenziale che caratterizza anche il processo di invecchiamento e le patologie ad esso associate.

Tali argomenti sono stati affrontati durante l'ultimo Congresso Nazionale AIP, nel corso di una sessione dedicata all'Intelligenza Artificiale e al futuro della Psicogeratria. In particolare, per quanto riguarda il futuro della Geriatria clinica, il mio intervento, basato sulla revisione della letteratura, ha messo in luce come lo studio delle influenze che fattori individuali e socio-ambientali hanno sugli effetti dell'invecchiamento sulle diverse traiettorie di salute ha avuto un eccezionale impulso dall'IA. Per esempio si sono identificati profili proteonomici comuni, associati sia all'isolamento sociale e alla solitudine che a fattori di rischio cardiovascolare e di mortalità generale, al diabete e allo stroke, su casistiche molto ampie (42.000 soggetti, con follow-up di 14 anni) [1].

L'IA è di eccezionale aiuto nel campo delle patologie più frequenti e gravi nella popolazione anziana, come la sepsi e lo scompenso cardiaco. Nel caso della sepsi, modelli "machine learning" hanno dimostrato la loro accuratezza nella predizione del rischio, prima che i segni clinici appaiano evidenti, migliorando quindi l'esito clinico e riducendo la mortalità [2]. Nel campo dello scompenso cardiaco sono da tempo disponibili modelli per l'interpretazione dei tracciati ECG, dell'imaging (ecocardiogrammi, TC e RMN), per l'analisi del rischio e la stratificazione prognostica [3].

Modelli operativi di Natural Language Processing (NLP) potrebbero essere implementati nella predizione della fragilità, concetto clinico ed operativo fondamentale nella valutazione geriatrica, ma che stenta ad essere ampiamente diffuso nella pratica a causa della difficoltà di applicazione dei vari strumenti valutativi nel mondo reale: a tale scopo sono comparse in letteratura varie esperienze in grado di utilizzare dati di testo non strutturati (registrazioni da cartelle cliniche elettroniche, qualsiasi interazione con il sistema sanitario registrata dal punto di vista amministrativo), rendendo quindi contestuale alla stessa pratica clinica l'espressione valutativa della condizione di fragilità [4].

Infine, particolarmente interessanti appaiono le applicazioni di IA rivolte al supporto decisionale per l'appropriatezza delle cure palliative o all'analisi delle traiettorie di vita del singolo paziente, correlando la situazione clinico-funzionale con modelli derivati da ampiissime raccolte di dati [5, 6].

In definitiva, i vantaggi attuali dell'applicazione in Geriatria di programmi derivati da IA possono essere riassunti schematicamente nei seguenti punti:

- miglioramento dei trattamenti medici;
- supporto nella predizione di condizioni patologiche particolarmente a rischio di esiti infausti per il paziente anziano (p.es. sepsi, scompenso d'organo), anche perché gravati spesso da presentazioni atipiche;
- ottimizzazione del processo di cura, integrazione dei sistemi e dei settings assistenziali, pianificazione e monitoraggio degli interventi;
- migliore definizione della complessità e della priorità degli interventi in caso di multimorbidità, fragilità e disturbi neurocognitivi.

A questo punto però è necessario che una riflessione etica metodologicamente corretta che metta in evidenza se i sistemi di supporto alle decisioni cliniche guidati da IA siano realmente efficaci nel mondo reale, siano equamente disponibili, possano mutare il rapporto medico-paziente e se il paziente anziano sia in grado di riporre fiducia in tali interventi. Tali riflessioni sono state oggetto di una revisione sistematica che ha tenuto conto dei principi della bioetica di Beauchamp e Childress, vale a dire autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia, come riportato nell'interessante lavoro di Skuban-Eiseler e Orzechowski pubblicato su JAMDA nel 2023 [7]. Si è potuto infatti verificare come negli anziani il rischio di trascurare tali principi potrebbe essere particolarmente elevato, rendendo quindi necessario una particolare attenzione nell'impiego di questi supporti decisionali per persone che hanno difficoltà a rappresentare opinioni e decisioni personali.

Se continueremo a vigilare e ad impegnarci, avendo ben chiari i limiti imposti dalla riflessione etica in Medicina, sarà possibile scongiurare una totale autonomia clinica dell'IA nel rapporto di cura.

Per stimolare ulteriori riflessioni sull'argomento, riporto le voci bibliografiche citate”.

Ho chiesto all'amico Pierluigi di coordinare un gruppo di lavoro dell'AIP sulle tematiche da lui indicate. Spero si possa realizzare ufficialmente; in ogni modo questa newsletter resta a disposizione per elaborazioni originali.

[1] Chun Shen, Ruoh Zhang et al. Plasma proteomic signatures of social isolation and loneliness associated with morbidity and mortality. *Nat Hum Behav.*  
<https://doi.org/10.1038/s41562-024-02078-1>

[2] Elena Giovanna Bignami, Michele Berdini et al. Artificial Intelligence in Sepsis Management: An Overview for Clinicians. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 286.  
<https://doi.org/10.3390/jcm14010286>

[3] Muhammad Shahzeb Khan, Muhammad Sameer Arshad et al. Artificial intelligence and heart failure: A state-of-the-art review. *European Journal of Heart Failure* (2023) 25, 1507–1525 doi:10.1002/ejhf.2994

[4] Chen Bai, Mamoun T. Mardini. Advances of artificial intelligence in predicting frailty using real-world data: A scoping review. *Ageing Research Reviews* 101 (2024) 102529.  
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102529>.

[5] Patrick M. Wilson, Priya Ramar et al. Effect of an Artificial Intelligence Decision Support Tool on Palliative Care Referral in Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Trial. Vol. 66 No. 1 July 2023, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2023.02.317>.

[6] Ahmed Allam, Stefan Feuerriegel et al. Analyzing Patient Trajectories With Artificial Intelligence. *J Med Internet Res* 2021;23(12):e29812) doi: 10.2196/29812.

[7] Tobias Skuban-Eiseler, Marcin Orzechowski et al. Artificial Intelligence Based Clinical Decision Support Systems in Geriatrics: An Ethical Analysis. *JAMDA* 24 (2023); 1271-1276  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.06.008>.

-In questi giorni si è svolta a Biella la 96a Adunata Nazionale degli Alpini. Io li ricordo perché in numerose occasioni di vista alle residenze per anziani ho trovato alpini che servivano per i trasporti, per alcune funzioni di assistenza, per la capacità di intrattenere gli ospiti con i loro cori. Grazie a questi nostri concittadini che hanno scelto di dedicare tempo e attenzione a chi è in difficoltà: sanno che basta La Montanare per portare serenità in luoghi talvolta difficili. Grazie.

#### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Di seguito riporto un pezzo davvero splendido di Mauro Colombo, al quale mi associo con la grande gioia di veder confutate posizioni senza senso e senza fondamento, dettate solo da irosa ignoranza. Grazie, carissimo Mauro, perché con sapienza smascheri le bugie di personaggi che arrecano gravi danni alla nostra civile convivenza (si veda il drammatico aumento del morbillo nel mondo). Invito colleghi e colleghi ad esprimere giudizi di consenso o dissenso: una tematica così importante deve interessare tutti.

“È ben vero che la scienza è apertura ad un confronto dove il Marchese Del Grillo non sarebbe benvenuto; ma è altrettanto vero che lo stravolgimento della realtà, cui purtroppo stiamo assistendo a più livelli, è estraneo allo spirito della scienza. A partire dalla Accademia Nazionale di Scienze, Ingegneria e Medicina statunitense

[<https://www.nationalacademies.org/news/2025/03/america-cant-be-great-without-great-science-that-is-where-the-academies-can-help>], voci autorevoli su Lancet [1,2] e JAMA [3-6] si sono levate per opporsi a questa sciagurata narrazione §. Nel mio piccolo, sento il dovere di portare un contributo su un argomento di pieno interesse AIP, quale il rapporto fra vaccinazione – specificatamente contro lo herpes zoster [HZ] – e demenza.

Un articolo pubblicato in linea il 23 aprile da JAMA [7] è particolarmente importante nel merito e nel metodo, tanto da venire segnalato dal New England Journal of Medicine. Vi hanno contribuito Autori prevalentemente operanti in Australia – sede della osservazione -, ma anche affiliati ad istituzioni californiane (Stanford, San Francisco) e tedesche (Heidelberg, Mainz).

Gli studiosi hanno preso spunto da una ricerca “quasi-sperimentale” # condotta in Galles – riportata da Nature ad inizio di maggio 2025 [8] – che ha dimostrato che la vaccinazione contro l'HZ ha ridotto significativamente la probabilità di ricevere una nuova diagnosi di demenza nei successivi 7 anni.

Il programma di vaccinazione verso HZ approntato in Australia nel 2016 ne ha previsto la offerta gratuita alle persone di età compresa tra i 70 ed i 79 anni, presso 65 punti di cure primarie. È stato così possibile confrontare oltre 18.000 persone, bilanciate per sesso, distinte in due gruppi, simili per numerosità, in base alle regole di eleggibilità alla vaccinazione. Chi era nato poche settimane dopo della data-limite per la eleggibilità (2 novembre 1936) aveva una probabilità di venire effettivamente vaccinato del 16,4% più elevata rispetto a coloro il cui compleanno ricorreva subito prima di tale soglia; per il resto, le due sottopopolazioni avevano caratteristiche sovrapponibili.

Ricorrendo – come nel caso gallese – alle cartelle elettroniche, adottando opportune metodiche statistiche @, si è ottenuto che l'idoneità alla vaccinazione contro l'herpes zoster basata esclusivamente sulla data di nascita ha ridotto significativamente la probabilità di ricevere una nuova diagnosi di demenza nell'arco di 7,4 anni di 1,8 punti percentuali. L'idoneità alla vaccinazione contro l'HZ non ha influenzato la probabilità di accedere ad altri servizi sanitari preventivi (incluse altre vaccinazioni) né la probabilità di ricevere una diagnosi di patologie croniche comuni diverse dalla demenza.

La discussione ha accennato ai possibili meccanismi eziopatogenetici alla base del risultato: in letteratura, la riattivazione del virus HZ è stata collegata a un deterioramento cognitivo di lunga durata attraverso vasculopatia, deposizione di amiloide e aggregazione di proteine tau, neuro-infiammazione e malattia cerebrovascolare simile a quella osservata nella malattia di Alzheimer, tra cui malattia dei piccoli e grandi vasi, ischemia, infarto ed emorragia. È anche possibile che il virus HZ riattivi quello dello herpes simplex, a sua volta potenzialmente in grado di contribuire allo sviluppo della demenza. Ancora, è possibile che la vaccinazione contro lo HZ influisca sul processo dementigeno attraverso un effetto neuro-modulatorio aspecifico, comune alle altre vaccinazioni, indipendentemente dal bersaglio verso cui sono rivolte [9].

Gli Autori si auspicano che questa indagine solleciti investimenti per ricerche future nel settore, compresi effettivi trials clinici; in ogni caso, i risultati ottenuti suggeriscono che la

vaccinazione contro l'HZ è un intervento a basso costo e ad alto beneficio per ridurre il peso della demenza.

Per quanto mi riguarda, concordo, con buona pace dei negazionisti [10].

§ riporto la traduzione letterale di alcuni passaggi:

“Il perseguitamento di una scienza medica rigorosa non è compatibile con la capitolazione alle richieste del governo volte a strumentalizzare e indebolire la scienza”: dall’editoriale di Lancet in supporto a “Chest” [1]

“In un’epoca di disinformazione, polarizzazione e crisi della salute pubblica, la sua autorità morale era spesso allineata alla ragione scientifica e all’azione basata sull’evidenza”. “In un’epoca in cui la fiducia nella scienza viene spesso erosa, il mondo ha perso uno dei suoi rari leader morali, che si faceva paladino delle prove, del dialogo e dell’umiltà”: una corrispondenza dal Brasile pubblicata da Lancet in onore di Papa Francesco [11] – che studiò chimica, in gioventù [ndr] -.

# Nota metodologica 1) si tratta di un tipo di disegno di studio che mira a stimare l’effetto di un intervento in assenza di randomizzazione

@ Nota metodologica 2) è stato adottato un “disegno di regressione di discontinuità” [sotto 3 varianti]: nello specifico, questa analisi si basa sul presupposto che gli individui nati molto vicini alla data-soglia (2 novembre 1936) dovrebbero essere simili tra loro nelle caratteristiche osservate e non osservate, fatta eccezione per il loro stato di idoneità alla vaccinazione contro l’HZ. La analisi principale è stata seguita da 5 controlli ulteriori, che hanno confermato la robustezza dei risultati”.

[1] The Lancet (2025). Supporting medical science in the USA. Lancet (London, England), 405(10488), 1439. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00814-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00814-1)

[2] Jaffe, S. (2025). Can the FDA fulfil its mission with a smaller workforce? Lancet, (London, England), 405(10488), 1455. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00819-0

[3] Walensky, R. P., & Walensky, L. D. (2025). US Science in Peril. JAMA, 10.1001/jama.2025.1929. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2025.1929>

[4] Bibbins-Domingo, K., Bonow, R. O., Bressler, N. M., Brubaker, L., Christakis, D., Christiansen, S. L., Curfman, G., Disis, M. L. N., Flanagin, A., Galea, S., Inouye, S. K.,

Josephson, S. A., Kibbe, M. R., Lieu, T. A., Malani, P. N., McDermott, M. M., Muth, C. C., Öngür, D., Park, H., Piccirillo, J. F., ... Walter, K. L. (2025). Reaffirming the JAMA Network Commitment to the Health of Patients and the Public. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.2405. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2405>

[5] Galea, S., & Bibbins-Domingo, K. (2025). The Value of Academic Health Research. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.2308. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2025.2308>

[6] Öngür D. (2025). Psychiatry and the Make America Healthy Again Commission. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.6255. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2025.6255>

[7] Pomirchy, M., Bommer, C., Pradella, F., Michalik, F., Peters, R., & Geldsetzer, P. (2025). Herpes Zoster Vaccination and Dementia Occurrence. *JAMA*, e255013. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.5013>

[8] Eyting, M., Xie, M., Michalik, F., Heß, S., Chung, S., & Geldsetzer, P. (2025). A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia. *Nature*, 641(8062), 438–446. <https://doi.org/10.1038/s41586-025-08800-x>

[9] Bukhbinder, A. S., Ling, Y., Harris, K., Jiang, X., & Schulz, P. E. (2023). Do vaccinations influence the development of Alzheimer disease? *Human vaccines & immunotherapeutics*, 19(2), 2216625. <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2216625>

[10] Jacobs, J. W., & Booth, G. S. (2025). Unreliable Vaccine Information and the Erosion of Science. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.5723. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2025.5723>

[11] Ribeiro H. L., Junior (2025). The death of Pope Francis and his global health legacy. *Lancet* (London, England), S0140-6736(25)00836-0. Advance online publication.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00836-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00836-0)

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Dal 18 al 21 Settembre si svolgerà a Portici l'annuale Scuola Estiva dell'AIP. È importante prendere nota della data per i giovani che volessero parteciparvi; in una delle prossime newsletter daremo informazioni precise sul programma.

Un sereno augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeratria

## **Newsletter AIP - 23 maggio 2025**

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Il tumore di Biden
- Anziana malata muore sui gradini
- L'Adunata degli Alpini e la partecipazione degli anziani
- Kennedy insiste ancora
- Ricordo di Antonio Golini
- NYT* e la salute del nuovo Papa
- Silvia De Rizzo e il cohousing
- Sanità malata: Zamagni e Antonini (Studium) e Gabanelli e Ravizza (Fuoriscena)

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- BMJ* e l'editoriale di Abbasi sull'IA
- Lancet* e i 50 anni dei SSRI

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

- Il Congresso interregionale Piemonte-Valle d'Aosta

Amiche, amici,

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

**-Biden ha un carcinoma alla prostata.** Commento l'evento perché avevo difeso nell'estate scorsa la sua scelta di correre ancora per la presidenza degli USA, negando che avesse problemi cognitivi. Non pare che questi siano aumentati, smentendo la probabile evoluzione della sua condizione, come sostenevano avversari, ma anche amici. Però l'attuale diagnosi deve far pensare sull'opportunità che un ultraottantenne (alla fine dell'eventuale presidenza avrebbe avuto 86 anni) assuma compiti molto faticosi sul piano psicologico, ma anche fisico.

Non ritengo che riconoscere il peso di alcune funzioni sulla salute rappresenti una smentita di quanto sosteniamo sul fatto che “**invecchiare non è una malattia**”. Però il confine tra il realismo e l’ageismo è molto sottile...

-L’ennesima disgrazia: una **signora di 83 anni muore mentre fa le scale** perché nel suo edificio nessuno riparava un sistema per il trasporto. Perché l’amministratore non si era preoccupato della disfunzione del montascale, che durava da mesi? Purtroppo, **la mobilità degli anziani che abitano nei piani alti è un problema cronico** (si veda, in particolare la situazione disastrosa della maggior parte delle case popolari). Nel mentre la politica e la burocrazia discutono per risolvere... i problemi del mondo, la logica civile e del rispetto della libertà degli individui imporrebbe di permettere di uscire di casa anche a chi abita al terzo piano o oltre, il quale se privo di supporti non riesce ad uscire di casa.

-**Gianni Gelmini**, caro amico, che ricopre ruoli importanti all’interno della comunità geriatrica, ci ha inviato un pezzo a commento su quanto riportato nell’ultima newsletter riguardo all’**Adunata Nazionale degli Alpini**. Condivido completamente quanto scrive Gianni con entusiasmo!

“Caro Marco,

grazie di avere scritto dell’Adunata Nazionale dell’ANA (Associazione Nazionale Alpini) che si è svolta a Biella nei giorni 9, 10 e 11 maggio. Io come ogni anno sono stato presente partecipando attivamente al consueto appuntamento canoro che vede il nostro Coro ANA Canossa, sezione di Reggio Emilia, impegnato come sempre in uno dei tanti concerti che animano solitamente il Sabato sera i teatri e le varie chiese della località che ospita l’evento e delle cittadine limitrofe. Ed a Biella noi siamo stati di scena presso il Teatro ‘Don Minzoni’ insieme ai cori ANA di Latina e ‘Stella Alpina’ di Berzonno – Pugno (NO).

Stiamo parlando della più bella festa che caratterizza l’Italia ogni anno all’insegna dell’amicizia e dell’allegria. Nelle strade festanti delle città che ospitano l’Adunata, si creano spontaneamente momenti di incontro e dialogo. Un sorriso, una stretta di mano, un aneddoto condiviso diventano piccoli ma significativi mattoni nella costruzione di un’amicizia che supera le barriere dell’età. È magnifico vedere giovani, meno giovani ed anziani cantare e suonare assieme nei diversi punti della città, a caratterizzare momenti in cui l’età non fa alcuna differenza. Così nei cori che cantano, così nelle bande musicali che animano continuamente le strade cittadine, così nella più casuale informalità dove chi ha voglia di cantare e/o suonare (le fisarmoniche la fanno da padrone) si unisce ai vari gruppi spontanei che si formano costantemente, sempre presso spazi in cui la ‘sete’ possa trovare risposta grazie ad un buon boccale di birra o, magari, un buon bicchiere di vino. Io sono andato in auto e con me Giulio, 85 anni, Ercole 82 e Aldo 81. Noi eravamo alloggiati presso una conoscente di un nostro corista in quel di Muzzano, un comune di 550 anime a circa 7 Km da Biella.

Nessun disagio poiché gli Alpini locali avevano organizzato un sistema di pulmini ‘navetta’ che scorazzavano giorno e notte a chiamata ovvero al bisogno. Un’organizzazione encomiabile frutto delle volontà dei ‘veci Alpin’, come dicono molti canti, ed è proprio così in quanto l’età media degli organizzatori superava abbondantemente i 75 anni. Compreso l’autista del pulmino che nei tre giorni di nostra permanenza ci è stato ‘caro amico’.

E poi il momento più bello, più ricercato, la grande sfilata che dalle ore 8.30 del mattino fino a tarda sera vede gli alpini, i cori, le bande percorrere le vie cittadine tra gente attenta, che applaude, che sorride, che grida ‘viva gli Alpini’. Nessuno si vuole sottrarre a questo momento gioioso. E così ha fatto il nostro corista Ivano, ultrasettantenne, che nonostante gli esiti di un recente ‘minor stroke’ ha voluto ‘senza se e senza ma’ sfilare con noi nonostante la titubanza dei familiari. La fatica è stata tanta. Ma niente a che vedere con la sua ed anche la nostra immensa gioia. Posso quindi confermare, che l’annuale Adunata degli Alpini non è solo una vibrante parata di ‘penne nere’, ma un’occasione preziosa per rinsaldare legami e crearne di nuovi, in particolare tra giovani e anziani. Questa manifestazione, intrisa di storia e valori come l’amor di patria, il sacrificio e la solidarietà, diventa un terreno fertile per lo scambio intergenerazionale. Da un lato, i giovani possono attingere alla saggezza e all’esperienza degli alpini più anziani, testimoni di un’epoca diversa e portatori di un forte senso di appartenenza e resilienza. Ascoltare i loro racconti di vita, le loro imprese in montagna e il loro impegno nella comunità può essere fonte di ispirazione e insegnamento. Dall’altro lato, l’entusiasmo e la freschezza dei giovani portano nuova linfa vitale all’Adunata. La loro partecipazione attiva, spesso attraverso cori, sfilate e momenti di convivialità, contribuisce a mantenere vivo lo spirito alpino e a proiettarlo nel futuro. L’Adunata degli Alpini si conferma così un evento che va oltre la celebrazione di un corpo militare: è una festa dell’amicizia, un momento di unione tra generazioni che si arricchiscono reciprocamente, portando avanti insieme i valori intramontabili degli Alpini”.

-**Robert Kennedy** insiste ancora nella sua **triste battaglia contro le vaccinazioni...** Pur tra molte incertezze e cambiamenti di opinione, il ministro della Sanità USA prosegue nel suo impegno per dimostrare un collegamento tra vaccinazione contro il morbillo e autismo. Un atteggiamento senza alcun fondamento scientifico, frutto di studi incontrollati; eppure l’ideologia diviene più importante della realtà, come accade nei regimi autoritari! Non mi permetto di sostenere che il governo Trump stia per trasformarsi in una dittatura, però i segnali di mancato rispetto della scienza ricordano la cultura sovietica, con i suoi rifiuti della scienza (vedi la follia del Lysenkoismo!). Peraltro non dobbiamo dimenticare che il governo italiano in questi giorni si è astenuto, insieme ad altri 11 paesi, tra i quali la Russia e l’Iran, contro i 124 che hanno votato a favore, nell’approvazione del documento OMS sulla gestione delle pandemie (accordo pandemico). Immagino la condizione di disagio del ministro Schillaci, persona seria e preparata, nel dover assumere posizioni che sottomettono le reali esigenze di salute della popolazione ad un’ideologia malsana.

-La morte di Antonio Golini forse non dice nulla a molti lettori. Ricordo, invece, a chi ha vissuto il tempo dell'attenzione al fenomeno dell'invecchiamento dell'individuo e della popolazione a cavallo tra i due secoli, che **Golini ebbe un ruolo di grande importanza per documentare gli straordinari cambiamenti demografici** in atto e nel richiamare la medicina al fatto che doveva cambiare il suo ruolo di fronte ai nuovi fenomeni. È stata persona amica, cortese, intelligente, alla quale dobbiamo molto nel nostro impegno di trasformare la cura degli anziani da ipotesi teorica a realtà clinico-assistenziale.

-NYT del 13 maggio pubblica un articolo nel quale si descrivono i **fattori per cui Papa Leone avrebbe meno rischi alla salute cognitiva** rispetto ad altri suoi coetanei per una serie di fattori: 1. L'apprendere una nuova funzione, come sta avvenendo per Leone, preserva la capacità di processare nuove informazioni; 2. Leone ha una cultura universitaria e conosce svariate lingue; ciò lo preserva dal declino cognitivo; 3. Il Papa ha un forte senso del suo ruolo e dei suoi compiti, altra condizione che riduce il rischio di depressione in tarda età e di demenza. Inoltre è continuamente coinvolto nella preparazione di omelie, encicliche, volumi, interviste. Possiamo anche aggiungere che il senso di responsabilità impone di non rinunciare mai ad imprese anche difficilissime. L'articolo cita il Nun Study, che ha caratterizzato la nostra cultura geriatrica alla fine del secolo scorso; dimostrava in una popolazione dei 678 suore che quelle che rimanevano attive anche a 80-90 anni mantenevano una migliore funzione cognitiva e fisica.

Sul tema della salute dei Papi riporto il link di un articolo pubblicato sul *Corriere della Sera* del 18 maggio. [[https://www.corriere.it/salute/25\\_maggio\\_18/papa-francesco-e-la-morte-che-puoi-attendere-d1b5c077-ec1b-467f-bfe9-916b1b895x1k.shtml](https://www.corriere.it/salute/25_maggio_18/papa-francesco-e-la-morte-che-puoi-attendere-d1b5c077-ec1b-467f-bfe9-916b1b895x1k.shtml)]

-**Silvia De Rizzo** interviene sempre puntuale sul tema, oggi molto critico, della progettazione di strutture per il cohousing dell'anziano.

“Nella stupenda cornice del Seminario Diocesano, ho partecipato il 15 maggio al **Convegno ‘Cohousing a Vicenza, abitare insieme per vivere meglio’**: in una sala gremita, la platea composta da associazioni, sindacati, cooperative sociali, Centri Servizi per persone anziane ha seguito con interesse e partecipazione gli interventi dei relatori, spaziando da dati demografici ad aspetti economici, da architettura visionaria a benefici socio psicologici, da progetti europei ad esperienze concrete.

Ciò che emerge, al netto dell'attenzione che meritano tutte le iniziative che si occupano del nostro futuro, è la conferma che, nel nostro settore, gli investimenti non possano prescindere da un'analisi del pensiero della popolazione, compresa la cultura della stessa relativamente all'abitare, dalla verifica della sostenibilità economica dei servizi e delle abitazioni (soprattutto da parte di chi si trova con pensioni medio basse), dalle concrete necessità reali

delle persone e tralasciando romantiche visioni di situazioni di condivisione intergenerazionale dove regnano perfetta letizia e utopistica armonia.

Il contesto del centro urbano, dove le persone sono culturalmente abituate ad una condivisione, facilita la progettualità di un Co o di un Social Housing (l'esperienza di Treviso insegnava); difficile invece, almeno in questi anni, portare al successo soluzioni di questo tipo nei piccoli paesi, specie se montani o pedemontani, dove l'attaccamento alla propria casa, quale bene primario e irrinunciabile, senso concreto di ‘una vita di sacrifici’, rimane saldissimo anche in condizioni di reale difficoltà fisica. La non autosufficienza è la leva che convince alla condivisione; ancora non lo è l'esigenza di una ritrovata socialità, la paura dell'isolamento, la convinzione che ‘abitare insieme’ fa vivere meglio.

Certo è che questa idea evolverà in senso diverso; le generazioni di nuovi vecchi saranno molto più aperte a soluzioni di coabitazione e reciproco contributo al vivere comune. L'attenzione deve essere messa, nella progettazione, alla collocazione degli edifici dedicati alle persone anziane, siano esse RSA o condomini o altro: non possono essere in alcun modo isolate o posti in contesti periferici. Partiamo innanzitutto da qui”.

-Mi permetto di richiamare l'attenzione su **due recenti volumi** che ci aiutano a capire la **crisi gravissima del nostro sistema sanitario**. Sembra impossibile che nessun responsabile a livello nazionale o regionale capisca che così non si può andare avanti, a causa della demotivazione del personale, della drammatica riduzione di finanziamenti, degli spechi, dell'incapacità strutturale di certe regioni di far funzionare la macchina in termini adeguati al bisogno. Su questi temi mi permetto di segnalare il saggio di Luca Antonini e Stefano Zamagni, edito da Studium e intitolato “Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata”. L'altro volume, da leggere assolutamente per capire il baratro nel quale stiamo cadendo, è: “Codice rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato”, delle ben note Milena Gabanelli e Simona Ravizza, edito da Fuoriscena.

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

-Riporto l'articolo di **Mauro Colombo**, ringraziandolo ancora una volta per la sua generosità culturale. Solo chi ha impegni fissi da rispettare può capire l'impegno generoso di Mauro per preparare ogni settimana un testo che -come mi riferiscono molti lettori- è fondamentale per chi vuole conoscere l'evoluzione del pensiero clinico in ambito psicogeriatrico.

“Le **questioni relative all'udito** sono state più volte oggetto di ‘angoli’ precedenti, con particolare riferimento ad articoli apparsi su riviste della famiglia *Lancet* e su *JAMA*. Ancora una volta, lo studio ‘ACHIEVE’ [The Aging and Cognitive Health Evaluation in Elders (Invecchiamento e valutazione della salute cognitiva negli anziani)] è al centro della attenzione di *JAMA Internal Medicine*, ma questa volta per un motivo differente: mentre l'analisi principale riguardava i rapporti tra udito e cognitività, ora la analisi secondaria

investiga i rapporti fra udito e socialità [1]. I motivi per dare seguito ad una simile indagine sono lampanti: come ricordato nell'editoriale di accompagnamento [2], secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, entro il 2050 – quindi fra meno di 1 generazione (ndr) -, si prevede che almeno 700 milioni di persone soffriranno di una perdita dell'udito che richiederà cure specialistiche, e la maggior parte di loro saranno anziani. La prevalenza della perdita di udito cresce con l'età, tanto che più di 2/3 degli ultra 71enni negli USA ne sono interessati, specialmente i maschi. Riferendosi sempre alla realtà statunitense, l'articolo originale [1] riporta che secondo recenti stime economiche l'isolamento sociale tra gli anziani è responsabile di 6,7 miliardi di dollari di surplus in spesa annua per Medicare. Se non trattata, la perdita dell'udito può compromettere la qualità della vita e aumentare il rischio di isolamento sociale e solitudine, nonché di altre gravi condizioni, tra cui demenza e depressione. Per questo motivo, sorprende che, sebbene sembri ovvio che trattare la perdita dell'udito possa aiutare a ripristinare la connessione sociale in individui isolati e soli, scarseggino invece le prove a supporto di questo approccio, come ribadito sia in [1] che in [2]. Da qui, l'utilità di tornare ad ACHIEVE, per descrivere l'effetto di un intervento uditivo basato sulle migliori pratiche, in confronto ad un intervento di controllo basato sull'educazione sanitaria, sull'isolamento sociale e la solitudine, lungo un periodo di 3 anni.

I partecipanti – provenienti da 4 comunità negli Stati Uniti - erano in totale 977 persone di età compresa fra 70 ed 84 anni, con udito compromesso ma non trattato, libere da importante deterioramento cognitivo. 238 (24,4 %) provenivano dallo studio ‘ARIC’ [Atherosclerosis Risk in Communities (relativamente svantaggiati)], i rimanenti sono stati reclutati per l'occasione. L'età media era di  $76,3 \pm 4$  anni; poco più di metà era costituita da donne, ed altrettanti avevano una istruzione almeno pari ad una laurea di primo livello; oltre 6/7 erano bianchi. La perdita di udito era di entità lieve – moderata, misurata in un ambito di frequenze (500, 1000, 2000 e 4000 Hertz) importanti per la conversazione. Come requisito di cognitività, le soglie nel Mini Mental State Examination erano  $\geq 23/30$  per chi aveva una scolarità di livello liceale od inferiore, e  $\geq 25/30$  per chi aveva almeno frequentato l'università.

La solitudine soggettiva è stata misurata con la ‘UCLA Loneliness Scale’ a 20 voci: strumento di riferimento, messo a punto dalla Università californiana di Los Angeles, utilizzato come punteggio continuo

L'isolamento sociale è stato misurato mediante il ‘Cohen Social Network Index score’; questo strumento, relativamente meno conosciuto, rileva 3 aspetti della rete sociale: numerosità, diversità e coinvolgimento, con riferimento alle ultime 2 settimane.

Nel gruppo sperimentale, l'intervento consisteva in 4 sessioni con un audiologo certificato, che forniva anche consulenza ed educazione, e nella fornitura di protesi acustica; al gruppo assegnato mediante randomizzazione al braccio di controllo venivano impartite 4 lezioni di educazione sanitaria relative alle malattie croniche ed alla prevenzione della disabilità. Le valutazioni sulle misure di esito venivano effettuate ogni 6 mesi.

Mentre nel gruppo di controllo tutte le misure di esito tendevano – sia pure lievemente – a peggiorare, i partecipanti al gruppo di intervento hanno mantenuto in media una persona in più nella loro rete sociale e hanno riscontrato effetti positivi nelle misure di diversità, qualità e coinvolgimento della rete sociale, e di solitudine, rispetto al gruppo che ha ricevuto educazione sanitaria, nell'arco di 3 anni. I risultati sono rimasti sostanzialmente invariati nelle analisi di sensibilità che incorporavano modelli stratificati per fonte di reclutamento [ARIC verso neo-reclutamento], e quando analizzati secondo completamento od aderenza al protocollo, ed includendo varie covariate; le figure sono molto chiare. In dettaglio, dai supplementi ad [1], appare che i vantaggi in ampiezza e diversità della rete sociale erano ottenuti solo sul campione intero, mentre i guadagni in coinvolgimento della rete sociale ed in solitudine sono trainati rispettivamente da ARIC e dai neo-reclutati.

Riguardo agli interventi rivolti al miglioramento della funzione uditiva, i risultati di [1] sono coerenti con studi precedenti, che però sottostavano ad alcune limitazioni, tra cui la presenza di fattori confondenti, scarsa caratterizzazione dell'intervento messo in campo, mancanza di un gruppo di controllo. I partecipanti ad [1] sono decisamente più numerosi, provengono dalla comunità invece che da contesti clinici, sono stati per metà attribuiti casualmente ad una condizione di controllo attivo #.

Dei tanti e diversi tipi di interventi sperimentati per aumentare la socialità in persone anziane, secondo una rassegna sistematica con metanalisi, pubblicata anch'essa su *JAMA* (nel 2022) [3], le eccezioni che hanno mostrato una efficacia non nulla sono state la musicoterapia – sulla solitudine, in comunità -, la terapia con gli animali e l'accesso a videoconferenze – sulla solitudine, in ambienti di cura -, ed approcci multimodali – sia sulla solitudine che sull'isolamento sociale, in entrambi i contesti -; ma in tutti questi casi, l'effetto è stato modesto.

Per quanto riguarda lo studio 'ACHIEVE', anche i suoi risultati rispetto all'obiettivo primario della cognitività erano stati nulli sull'intero campione §, a differenza del sottogruppo 'ARIC', dove era stato proficuo. In [1], invece, l'intervento ha almeno parzialmente protetto la rete sociale dalla erosione, nei confronti di tutti i partecipanti. Pur a fronte di esplicite limitazioni, secondo gli Autori - tutti affiliati ad istituzioni statunitensi [salvo uno, dalla Scozia (Edimburgo)] – i risultati dello studio suggeriscono che l'intervento sull'udito sia una strategia scalabile e a basso rischio che, se implementata su larga scala, potrebbe consentire una significativa riduzione dell'isolamento sociale e della solitudine a livello di popolazione.

L'implicazione pratica dei risultati di [1] viene ribadita là dove l'editoriale [2] sottolinea come la conservazione della connessione sociale, per le persone anziane, si classifichi tra le priorità per un buon invecchiamento. Anzi, è importante che l'intervento di supporto sia precoce, viste le difficoltà a modificare una situazione ormai consolidata, dove – come ci ricorda la Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo rapporto planetario sull'udito del 2021 [World Health Organization 'World Report on Hearing'  
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>)] - la solitudine e l'isolamento

sociale mediano il percorso tra la perdita dell'udito e la demenza e possono portare alla depressione e ad altri problemi di salute mentale.

L'editoriale propone ulteriori suggerimenti di utilità pratica in medicina / gerontologia sociale, quali:

-migliorare la accessibilità a servizi di supporto ampio, soprattutto per le persone sole – isolate, e discriminate

-insistere sulla accettazione e sulla aderenza alle raccomandazioni, di fronte al rischio che auto-percezioni negative e ritrosia ad intraprendere azioni di auto-cura si avvitino in una spirale sfavorevole

-farsi promotori di iniziative: la perdita precoce dell'udito viene spesso rilevata per prima dai familiari, poiché le persone colpite possono percepire le proprie difficoltà uditive come correlate a fattori esterni, come trovarsi in ambienti rumorosi o che altri non parlino chiaramente @.

# Nota metodologica 1) La disponibilità di un gruppo di controllo attivo potrebbe avere apparentemente ridotto l'effetto benefico dello 'intervento acustico' [per usare le parole degli Autori], nel confronto col gruppo sperimentale: nello specifico, i partecipanti al gruppo di controllo attivo – tramite i 3 anni di intervento educativo – potrebbero essere stati indotti a prestare maggiore attenzione al proprio regime pressorio o di attività fisica, con vantaggio indiretto sulla loro socialità

§ Nota metodologica 2) Viene però ipotizzata la possibilità che una osservazione più lunga rispetto ai 3 anni impiegati possa portare a risultati benefici dello 'intervento acustico' sulla cognitività anche nella porzione del campione reclutata dalla comunità per l'occasione

@ Punto su cui moglie e figlie ironizzano, con facilità e con garbo [ndr]."

[1] Reed, N. S., Chen, J., Huang, A. R., Pike, J. R., Arnold, M., Burgard, S., Chen, Z., Chisolm, T., Couper, D., Cudjoe, T. K. M., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Mitchell, C. M., Mosley, T., Oh, E. S., Pankow, J. S., ... ACHIEVE Collaborative Research Group (2025). Hearing Intervention, Social Isolation, and Loneliness: A Secondary Analysis of the ACHIEVE Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, e251140. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.1140>

[2] Savage, R. D., Hatzifilalithis, S., & Rochon, P. A. (2025). Addressing Hearing Loss in Late-Life Loneliness and Social Isolation. *JAMA internal medicine*, 10.1001/jamainternmed.2025.1137. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.1137>

[3] Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 5(10), e2236676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>

-*British Medical Journal* del 15 maggio riporta un'editoriale di Kamran Abbasi, l'editor del giornale, sul **ruolo dell'intelligenza artificiale**. Il titolo è di per sé significativo: "Intelligenza artificiale, umani, e l'evidenza: una visione per un futuro migliore, con alcune precauzioni". L'articolo si conclude con questa frase: "Il proiettile magico del nostro futuro è composto da un'intelligenza artificiale accorta, uomini saggi, evidenze affidabili, che riescano a lavorare in armonia". [<https://www.bmjjournals.org/content/389/bmj.r987>] Un atteggiamento di prudente fiducia ed entusiasmo, accompagnato da precisi impegni per il futuro, che ho ritrovato anche nell'articolo di Paolo Benanti sul *Sole 24 Ore* del 21 maggio dal titolo altrettanto indicativo: "Quel futuro luminoso grazie alle macchine (ma tutto da costruire)". Consiglio ai lettori di seguire, quando possono, la produzione di idee di Benanti, la persona che oggi in Italia ha la visone più completa sul progresso delle tecnologie nelle loro varie sfaccettature.

-*Lancet* del 10 maggio pubblica un editoriale senza firma, e quindi quasi ufficiale, su: "**50 anni di SSRI: il peso dei benefici e dei rischi**". Sono farmaci che molti di noi hanno prescritto in questi anni in abbondanza (forse eccessiva!). Il testo si conclude in modo generico: "A 50 anni dalla scoperta di queste molecole, che hanno causato tanta speranza, siamo ancora lontani dal riuscire a fornire ai nostri concittadini il livello di cura del quale hanno bisogno: Per questo dobbiamo continuare a richiamare su queste problemi l'attenzione della comunità degli studiosi". Una recente rilevazione pubblicata da *Lancet Psychiatry* stima che nel mondo solo il 9.1% delle donne e il 7.2% degli uomini ricevono trattamenti adeguati per la depressione (sia farmacologici che psicoterapeutici). Mi sia permessa un'osservazione stupita: perché questo ambito clinico è ancora così trascurato, sebbene provochi interi mondi di sofferenza? [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00981-X/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00981-X/fulltext?rss=yes)]

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

-La settimana scorsa ad Aosta si è svolto il **Congresso interregionale AIP Piemonte-Valle d'Aosta**. Notevole successo di partecipazione e argomenti di grande importanza clinica e assistenziale. Grazie al collega Franz De La Pierre per un'ospitalità perfetta. Mi auguro che tutte le sezioni regionali possano dimostrare uguale impegno ed efficienza.

Un saluto e il consueto augurio di buon lavoro a colleghi e colleghi,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*

## **Newsletter AIP - 30 maggio 2025**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Note sull'ageismo
- Grazie a Monsignor Vincenzo Paglia e auguri all'amico don Renzo Pegoraro
- Il Palio di Legnano e gli anziani
- Un assessore alla solitudine nel comune di Povegliano
- Il ruolo importante dei terapisti occupazionali

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Otolaryngol Head Neck Surg e il rapporto tra perdita di udito e demenza
- JAMA Neurol e il trattamento con Lecanemab

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

- L'AIP toscana al seminario: "Foresta, cura e prevenzione"

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-La presentazione a Brescia del volume: "**Ageismo. Il pregiudizio invisibile che discrimina gli anziani**" ha permesso un'ulteriore elaborazione attorno ad un atteggiamento purtroppo ancora largamente diffuso nelle nostre collettività.

Schematicamente si possono ipotizzare alcune risposte a questo fenomeno, per **cercare di ridurne gli effetti negativi sulla nostra vita individuale e di gruppo**.

L'antidoto principale all'ageismo è la fraternità, il modo più efficace per costruire un mondo vivibile in un'atmosfera di guerre, violenze, fame, povertà, malattie. Solo così aiuto a vivere il mio fratello più vecchio, anche se questo impegno comporta fatica, sacrifici, talvolta fallimenti. Ha scritto Massimo Cacciari: "E' fratellanza. Dimentica questo principio e libertà contraddirà uguaglianza; cancellalo dall'orizzonte del tuo agire, libertà correrà sempre il

rischio di significare la volontà di affermarsi dell'uno contro l'altro. E uguaglianza si ridurrà ad astratto, formale dover essere". I vecchi hanno bisogno di fratellanza nella città, nei diversi ambiti di vita, nelle famiglie, nei luoghi dove viene loro precluso il lavoro oppure vengono ancora sfruttati nonostante l'età. I vecchi hanno bisogno di essere accompagnati con tenerezza e determinazione, mentre l'ageismo impone freddezza e dimenticanza.

Un altro antidoto efficace è rappresentato dalle risposte concrete, senza ideologismi, ma volte allo sviluppo di sistemi di convivenza dove la longevità sia valorizzata. Il suo rispetto e gli interventi per utilizzarne le potenzialità è condizione indispensabile per la crescita. Annie Coleman ha scritto: "L'ageismo, anche quando è involontario, è uno degli ostacoli più grandi alla crescita. Chi ha esperienza porta con sé giudizio, stabilità e relazioni consolidate. E quando lavora in team multigenerazionali insieme ai più giovani, le performance e l'innovazione ne beneficiano. Servono sistemi che favoriscono carriere flessibili, rientri agevoli, e percorsi di reinvenzione guidati dal senso, non uscite imposte dall'età". "Senza una strategia per la longevità non esiste una vera strategia di crescita". Dove si collocano in questa prospettiva i timori, le paure, gli egoismi? Se con apertura mentale comprendessimo che la longevità è una componente fondamentale della nostra crescita economica e civile, l'ageismo non avrebbe certo spazio.

Un terzo antidoto all'ageismo è una medicina praticata con intelligenza, in grado di capire che il tempo e le energie spesi per creare benessere e curare le malattie sono investimenti per garantire il più possibile una longevità che non pesa, che continua a far vivere bene i cittadini e così diviene una componente centrale della vita collettiva. L'ageismo è all'origine dei maltrattamenti subiti dalle persone anziane, il cui valore umano e civile è ritenuto trascurabile; l'ageismo vede solo gli aspetti negativi delle malattie e quindi è incapace di costruire modelli di assistenza che permettono di crescere. L'ageismo non è in grado di comprendere che le malattie croniche devono essere accompagnate con delicatezza ed intensità, perché non impediscano una vita serena delle collettività ma, al contrario, carica di sofferenze e dolore trascurati.

Il quarto antidoto è l'impegno ad identificare nel progresso scientifico le risposte adeguate per migliorare la vita delle persone. La scommessa principale verte sulla possibilità di far apprezzare all'intelligenza artificiale valori che non siano funzionali solo al progresso della macchina stessa e delle sue logiche interne, che non prevedono alcun rispetto per le debolezze delle persone anziane. Come sarà possibile condizionare la macchina per indurla a ritenere che la fratellanza non provoca solo perdite del tempo-macchina, ma è il modo per costruire le condizioni migliori per la convivenza nella comunità?

Infine, per chi crede l'ageismo è la concreta negazione dell'uguaglianza delle persone rispetto al Creatore, il quale nutre i gigli del campo e gli uccelli del cielo. Perché ci dovrebbe permettere di non partecipare attivamente e con gioia alla creazione, in tutta la varietà delle sue forme, dal momento della nuova vita alla vecchiaia carica di senso e di storia?

Molti altre sono le possibili motivazioni che portano a negare al pensiero ageistico uno spazio in questo momento della nostra storia. Una, non irrilevante, è determinata dall'angoscia che potrebbe accompagnare ogni cittadino quando vede davanti a se un futuro incerto, nel quale prevalgono le logiche dell'io, gli interessi senza prospettiva, l'aridità di rapporti senza serenità. Anche se temporaneamente si può vivere senza memoria e quindi senza futuro, vi sarà sempre il tempo che impone di fare i conti. Allora, forse, potrebbe comparire qualche segnale di rimorso per aver negato agli anziani nel momento della nostra forza e del nostro futuro il supporto doveroso e necessario. Analizzare le tentazioni per l'ageismo è il modo migliore, nelle età giovani ed adulte, per evitare la diffusione di questa pianta velenosa in mezzo alla nostra convivenza.

-In questi giorni è avvenuto il cambio alla **presidenza della Pontificia Accademia per la Vita**. Monsignor Paglia ha lasciato il ruolo per limiti di età al carissimo **Mons. Renzo Pegoraro**, amico da tanti anni e molto vicino ad AIP. Ritengo che dobbiamo molto a Mons. Paglia per il grande impegno e generoso da lui profuso in questi anni per difendere la dignità e la libertà di ogni anziano. Tempo fa avevamo avuto qualche dissenso rispetto al ruolo delle RSA, ma oggi lo dobbiamo ringraziare perché ha avuto una parte rilevante nell'indurre anche la politica a occuparsi degli anziani non autosufficienti. Però, poiché ripetiamo sempre che "invecchiare non è una malattia", tanto più ne siamo convinti pensando a don Vincenzo, prete di profonda fede e cultura, che a 80 anni non ha rinunciato ad alcuna delle sue responsabilità. Insieme, al saluto a Mons. Paglia, con la speranza che possa continuare con l'energia di sempre a "dettare la linea" sui grandi temi della longevità, auguriamo buon lavoro a don Renzo (Mons. Pegoraro); dovrà affrontare problematiche di enorme rilevanza, a cominciare dal ruolo dell'intelligenza artificiale (vedi sopra), fino al tema delicatissimo del fine vita. Ha la cultura, la sensibilità e la determinazione per non lasciarsi condizionare da timori e nemmeno dal senso di inadeguatezza di fronte alla velocità dei cambiamenti (tentazione della quale potremmo essere vittime anche noi). Nell'ultimo congresso nazionale AIP di Padova ha dato un contributo all'altezza della sua cultura. Assicuriamo a don Renzo la nostra vicinanza, augurandoci che il nuovo importante ruolo possa permettergli di essere ancora vicino al nostro mondo.

-Ho assistito al **Palio di Legnano** (quello del carroccio dei comuni lombardi, guidati contro Barbarossa dal mitico di Alberto da Giussano), un mondo di grande vivacità e vitalità. Sono rimasto impressionato da come la preparazione dell'evento abbia coinvolto le contrade della città, che per lunghi mesi hanno organizzato la gara con grande cura. In particolare, desidero soffermarmi sul **coinvolgimento di tutte le età**, dai vecchi ai bambini, in una sintonia di grande valore umano. In particolare gli anziani hanno vissuto il coinvolgimento con viva partecipazione. Nel tempo della difficoltà a stare insieme, un nobile esempio! Le comunità ricche, non di denaro ma di relazioni, rappresentano davvero un concreto modello per combattere la solitudine (vedi il punto seguente).

-Il comune di Povegliano nel veronese ha istituito un assessorato alla solitudine. Un atto di lungimiranza, per il quale ci congratuliamo con il sindaco e con il neo assessore. L'occasione mi permette di suggerire che le sezioni regionali dell'AIP organizzino corsi di formazione per dare alla politica la possibilità di essere efficace nel gestire questo nuovo intervento che, se ben condotto, potrebbe essere di grande utilità per la popolazione di tutte le età. In risposta alla domanda se ha identificato punti di contatto tra anziani e giovani, il neo assessore ha dichiarato: "Al centro diurno e alla comunità alloggio La quercia di Abramo è stato creato il giardino della gentilezza: un po' di leggerezza per gli anziani, una lezione di cura per i giovani". Auguri Assessore!

-Si è svolta recentemente la **giornata nazionale del Terapista Occupazionale**. Riporto una frase del presidente della Commissione di Albo nazionale: "I TO rivestono un **ruolo fondamentale nei percorsi riabilitativi**. Lavorano con persone di tutte le età per aiutarle a superare limitazioni legate ai diversi bisogni di salute; promuovono l'autonomia e l'inclusione sociale, utilizzando in modo terapeutico le occupazioni, attraverso un processo decisionale condiviso e centrato sulla persona assistita". Chi ha esperienza di lavoro nei servizi per gli anziani sa apprezzare il ruolo di questi colleghi per una cura in grado di rispondere a bisogni complessi, che porta al raggiungimento di notevoli risultati di salute.

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

-Il contributo di **Mauro Colombo** mirato a chiarire alcuni aspetti sul disturbo.

"Chi sa quante volte ci siamo trovati di fronte a persone [pazienti?] che lamentano un **disturbo soggettivo cognitivo**: una situazione da attenzionare, visto che può costituire sia un prodromo che un fattore di rischio per la demenza, sia di tipo Alzheimer che di altra natura # [1,2]. In questo senso, è benvenuto un recentissimo articolo \* che si pone come il primo studio ad avere investigato l'impatto di un **intervento multi-dominio parallelamente su aspetti neuropsicologici e di connettività funzionale** su soggetti che riferivano questo sintomo [3].

Lo studio è stato condotto anni fa a partire dalla casistica afferente a due ambulatori presso lo IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli (Brescia) e lo ospedale San Raffaele (Milano). Gli ultra60enni venivano reclutati se – in assenza di deficit cognitivo oggettivo - veniva rilevato un disturbo soggettivo mediante la scala 'Everyday Memory Questionnaire' (EMQ), specificando – alla intervista telefonica – se: il disturbo riguardasse la memoria piuttosto che altri ambiti cognitivi / venissero percepite prestazioni peggiori rispetto ai coetanei / l'esordio risalisse a meno di 5 anni / fosse causa di preoccupazioni [criteri 'plus' secondo letteratura]. Criteri di esclusione erano la presenza di rilevanti sintomi depressivi [punteggio > 8/15 alla 'Geriatric Depression Scale' (GDS)] o ansiosi [punteggio > 53 alla scala

di tratto ‘State-Trait Anxiety Inventory’ (S.T.A.I. Form Y-2): ambito 20 – 80, con 4 voci graduate fra 1 e 4]. Per la effettiva eleggibilità, erano necessari la presenza di almeno 3 dei quattro criteri ‘plus’ e/o di un punteggio  $\geq 61$  alla EMQ [ambito 20 – 180 (20 voci graduate fra 1 e 9)].

Dopo l’arruolamento, veniva condotta una valutazione ampia, che comprendeva una anamnesi sulle abitudini alimentari e di attività fisica, così da computare un punteggio sul tenore mediterraneo della dieta [punteggio MeDi (0 – 137: punteggi più elevati indicano una maggiore aderenza] ed un equivalente metabolico dell’impegno misurato mediante lo ‘International Physical Activity Questionnaire’ (IPAQ). Ad una ampia batteria neuropsicologica £ veniva affiancata una risonanza magnetica nucleare [NMR] a 3 Tesla. Le rivalutazioni sono state effettuate a distanza di un anno.

L’intervento è stato modulato in 3 bracci:

- intervento multimediale [MI (48 partecipanti)], che comprende attivazione fisica aerobica supervisionata, stimolazione cognitiva computerizzata §, supplementazione nutraceutica &
- intervento parziale [PI (45 partecipanti)], che affianca alla nutraceutica una educazione alimentare orientata alla dieta mediterranea, condotta da un nutrizionista
- intervento di controllo attivo [ACI (41 partecipanti)], sotto forma di lezioni tenute da uno psicologo su invecchiamento, cervello e cognitività, integrate da visione di documentari e discussioni di gruppo.

L’obiettivo primario della ricerca consisteva nei mutamenti ai test cognitivi; obiettivi secondari erano i cambiamenti strutturali e vascolari alle neuro-immagini; si aggiungevano obiettivi ‘esplorativi’: psicologici [sintomi ansioso-depressivi (S.T.A.I. Form Y-2 e GDS) e mnesici (EMQ)] e neuro-morfo-funzionali [connettività funzionale (fNMR)].

I partecipanti, all’inizio della osservazione, avevano una età media di  $67,8 \pm 4,9$  anni, una scolarità media di  $13,4 \pm 4,2$  anni, ed erano costituiti per 2/3 da donne; alla osservazione basale, in ciascuno dei 3 bracci di presentavano una buona aderenza alla dieta mediterranea [MeDi  $> 100/137$  in tutti i 3 gruppi di intervento] e livelli di attività fisica vigorosa; la aderenza alle proposte di intervento è stata superiore allo 80 % per tutti.

I risultati hanno indicato che gli individui con disturbi cognitivi soggettivi sottoposti a MI hanno migliorato l’attenzione e le funzioni esecutive, ed i sintomi depressivi – con effetto di media entità (Cohen’s d: 0,47 e 0,48 rispettivamente) -, mentre quelli sottoposti a PI hanno nettamente migliorato la memoria soggettiva, rispetto al gruppo di controllo attivo (Cohen’s d: 0,77). Inoltre, il gruppo MI ha mostrato una maggiore connettività funzionale nella rete fronto-parietale rispetto al gruppo PI e al gruppo di controllo attivo.

Nella discussione, i risultati di [3] vengono confrontati con altri interventi riportati in letteratura, a partire dalla constatazione che solo una minor parte degli interventi multi-dominio di prevenzione della demenza ha riportato esiti favorevoli su obiettivi cognitivi prestabili. In generale, gli interventi multi-dominio risultano più efficaci rispetto a quelli

mono-componente, in caso di deterioramento cognitivo lieve, a supporto della ipotesi di un effetto sinergico [4,5\$].

Il principale punto di riferimento è – ovviamente – ‘FINGER’ [(Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) con la relativa estensione al consorzio globale ‘World-Wide Fingers’], con cui l’allineamento vale su diversi punti: in entrambi gli studi, la popolazione bersaglio è costituita da persone a rischio, l’intervento è multi-componente, ed i risultati sono simili. Viceversa, [3] ha ottenuto risultati favorevoli, a differenza di MATP @ [Multidomain Alzheimer’s Preventive Trial], un intervento multidisciplinare sullo stile di vita che includeva allenamento cognitivo, attività fisica e nutrizione, oltre all’integrazione di omega-3, da soli o in combinazione, in un ampio campione di anziani fragili residenti in comunità.

Quanto ai singoli componenti dell’intervento, sono presenti in letteratura prove a favore della attività fisica e dell’allenamento cognitivo, sia singolarmente che in combinazione, nei confronti di anziani sia con che senza deterioramento cognitivo. I rispettivi effetti sono destinati orientativamente alla conservazione della integrità strutturale ed alla sollecitazione della plasticità neurali. Il tramiprosato – non di per sé efficace in [3] - in studi preclinici ha mostrato un effetto neuroprotettivo attraverso attività anti-amiloide e GABA – dipendente.

Venendo agli aspetti morfo-funzionali, il riscontro di una aumentata connettività funzionale nella rete fronto-parietale nel braccio MI, può venire letta come un tentativo di compensazione in riserva cognitiva.

Per chiudere, anche i risultati relativi agli obiettivi ‘esplorativi’ – riprendendo le parole degli stessi Autori di [3] – meritano un commento. Gli effetti di media entità sui sintomi depressivi confermano per l’attività fisica il ruolo di ‘antidepressivo naturale’, favorevole per anziani sia fragili che pre-fragili, con depressione clinica o deterioramento cognitivo lieve. L’effetto marcato sulle preoccupazioni per la propria memoria nel gruppo PI, che aveva ricevuto una educazione nutrizionale e tramiprosato, potrebbe essere attribuibile ad una maggiore suscettibilità di questo sintomo allo ‘effetto placebo’.

\* l’articolo è liberamente accessibile sul sito di ‘Aging Clinical Experimental Research’, dove è stato pubblicato in linea il 14 maggio 2025

# nota epidemiologica 1) il disturbo soggettivo cognitivo comporta un aumento del rischio compreso fra il 25 % [2] ed il raddoppio [1] nella incidenza di demenza, e di raddoppio rispetto al successivo declino cognitivo [1]

£ nota metodologica 1) la batteria esplorava: memoria immediata e ritardata, memoria logica; funzioni attentivo-esecutive e visuo-spatiali

§ nota metodologica 2) la stimolazione cognitiva computerizzata mirava alla memoria ed a funzioni che tendono a declinare con l’avanzare dell’età: attenzione sostenuta, velocità di processazione e funzioni esecutive

& nota metodologica 3) supplementazione con tramiprosato: formulazione sintetizzata chimicamente di omotaurina, che è un piccolo composto amminosolfonato naturale identificato in diverse specie di alghe rosse marine; somministrati 100 mg / die per 1 anno

@ per il quale si rimanda ad un ‘angolo’ pubblicato in una newsletter primaverile: vi veniva trattato il rapporto fra attività fisica, livelli plasmatici della tau 181 fosforilata [p-tau181] e cognitività, in prospettiva longitudinale.

\$ [5] non è citato nell’articolo, a differenza delle prime altre 4 voci bibliografiche sotto riportate.”

[1] Wang, X. T., Wang, Z. T., Hu, H. Y., Qu, Y., Wang, M., Shen, X. N., Xu, W., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J. T. (2021). Association of Subjective Cognitive Decline with Risk of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Longitudinal Studies. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 8(3), 277–285. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.27>

[2] Slot, R. E. R., Sikkes, S. A. M., Berkhof, J., Brodaty, H., Buckley, R., Cavedo, E., Dardiotis, E., Guillo-Benarous, F., Hampel, H., Kochan, N. A., Lista, S., Luck, T., Maruff, P., Molinuevo, J. L., Kornhuber, J., Reisberg, B., Riedel-Heller, S. G., Risacher, S. L., Roehr, S., Sachdev, P. S., ... van der Flier, W. M. (2019). Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer’s disease and non-Alzheimer’s disease dementia. *Alzheimer’s & dementia: the journal of the Alzheimer’s Association*, 15(3), 465–476. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.10.003>

[3] Rolandi, E., Dodich, A., Mandelli, S., Canessa, N., Ferrari, C., Ribaldi, F., Munaretto, G., Ambrosi, C., Gasparotti, R., Violi, D., Iannaccone, S., Marcone, A., Falini, A., Frisoni, G. B., Galluzzi, S., Cerami, C., & Cavedo, E. (2025). Targeting brain health in subjective cognitive decline: insights from a multidomain randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 151. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03062-z>

[4] Salzman, T., Sarquis-Adamson, Y., Son, S., Montero-Odasso, M., & Fraser, S. (2022). Associations of Multidomain Interventions With Improvements in Cognition in Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 5(5), e226744. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.6744>

[5] Montero-Odasso, M., Zou, G., Speechley, M., Almeida, Q. J., Liu-Ambrose, T., Middleton, L. E., Camicioli, R., Bray, N. W., Li, K. Z. H., Fraser, S., Pieruccini-Faria, F., Berryman, N., Lussier, M., Shoemaker, J. K., Son, S., Bherer, L., & Canadian Gait and Cognition Network (2023). Effects of Exercise Alone or Combined With Cognitive Training and Vitamin D Supplementation to Improve Cognition in Adults With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 6(7), e2324465. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24465>

-JAMA Otolaryngol Head Neck Surg del 17 aprile pubblica un lavoro sul tema del **rapporto tra sordità e demenza**, argomento sul quale ci siamo varie volte soffermati, anche con i contributi di Colombo. Lo studio, condotto in una popolazione di 2946 persone di età media di 74.9 anni sottoposta ad audiometria ha dimostrato che la quota di demenza attribuibile alla sordità era del 32%, senza differenze dovute alla gravità della sordità. Invece, la sordità autoriferita non era in grado di aumentare il rischio di demenza. Peraltro il rischio è maggiore negli ultra 75enni, nelle donne e nei bianchi, in confronto a quanto rilevato nelle persone più giovani, nei maschi e nella popolazione nera.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2832869>]

-JAMA Neurol del 12 maggio riporta i **risultati del trattamento con lecanemab** per 14 mesi in 234 soggetti di età media di 74 anni da parte di una memory clinic. Di questi il 37% ha riportato lievi reazioni collegate con l'infusione, Dopo un trattamento medio di 6.5 mesi, il 22% ha sviluppato ARIA; di questi il 15% ha sviluppato ARIA-E con o senza ARIA-H, mentre il 6.7% ha sviluppato ARIA-H; il 5.7% ha sviluppato ARIA sintomatica, l'1% caratterizzata da gravi sintomi. Nessun paziente ha sviluppato una macroemorragia né è morto. Nel complesso il 9.8% dei pazienti ha sospeso il trattamento per varie ragioni, il 4.3% per ARIA. L'insieme dei dati dimostra che il trattamento con lecanemab induce effetti collaterali non trascurabili, che però sembrano clinicamente gestibili. I dati sono di grande interesse, perché aprono spazio al ruolo e alle decisioni di medico e paziente, ciascuno in grado di esprimere un parere in base alla propria cultura clinica (il medico) e alla personale prospettiva rispetto al futuro (il paziente). [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2833457>]

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

-La sezione toscana dell'AIP ha partecipato con la presidente Veronica Caleri e con Dimitri Becheri ad un seminario, organizzato dal comune di Cantagallo, in collaborazione con Tutto è vita, sul tema: **“Foresta, cura e prevenzione”**. La discussione di grande interesse ha mostrato l'esigenza di approfondire il **rapporto tra intelligenza artificiale e natura**, in particolare le foreste (l'evento si è tenuto in una realtà naturale molto intensa!). Il futuro delle persone di ogni età, in particolare se anziane, è affidato alla convivenza tra le nuove tecnologie e il rispetto della natura, evitando che l'innovazione, pur di grande importanza per il benessere, ritenga di essere in grado da sola di gestire la complessa interazione di eventi che produce salute.

Un augurio caloroso di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*