

Newsletter AIP - 6 giugno 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La Brain Bank della Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso
- A Gorizia: “L’anziano e la città”
- La Corea del Sud e la povertà degli anziani

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’angolo di Mauro Colombo
- JAMA Int Med* e una migliore identificazione del delirium
- JAMA Neurology* e rischio di ictus nonostante il trattamento anticoagulante
- JAGS*: coinvolgimento sociale e mortalità

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- AIP Toscana e i CDCD

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Ho partecipato ad Abbiategrasso alla presentazione dei **dati delle ricerche della Fondazione Golgi Cenci**. L’incontro era rivolto in particolare agli anziani della città che hanno preso parte allo studio “**Un cervello per la ricerca**”. Il convegno ha messo in luce la straordinaria originalità degli studi compiuti con il materiale della banca biologica messa a punto dalla Fondazione, ma allo stesso tempo ha dato valore alla partecipazione corale degli anziani di Abbiategrasso allo studio. Un esempio di generosità di grandissimo valore sociale e una testimonianza che la scienza, se spiegata e resa partecipata, viene accolta con entusiasmo e generosità dai cittadini. Nella riunione è stato presentato anche un lavoro recente nel quale vengono analizzati gli studi condotti in questi anni in molti paesi sull’evoluzione nel tempo della malattia di Alzheimer. Il lavoro dimostra che la Fondazione Golgi Cenci è in testa alla classifica a livello mondiale per gli studi condotti con maggior rigore scientifico e prospettiva di cura. Congratulazioni all’amico Antonio Guaita, che dirige il centro

con passione e grande cultura, assieme ad un gruppo formidabile di colleghe e colleghi, tra i quali in posizione preminente anche il nostro Mauro Colombo. Il titolo del convegno ha indicato il senso degli studi condotti in questi anni e che continueranno nei prossimi: “La Fondazione Golgi Cenci: luogo di speranza”. Quanti noi possiamo affermare che il nostro luogo di lavoro è anche luogo di speranza? Eppure gli ospedali, le RSA, gli alti servizi dedicati agli anziani dovrebbero poter rispondere affermativamente, perché ne hanno le potenzialità, purché le sviluppino con rigore culturale e determinazione umana.

-Si è tenuto a Gorizia, nell’ambito del XXI festival internazionale della Storia, un evento dal titolo: “**L’anziano e la città**”. Il convegno ha avuto un significativo rilievo culturale, che ha dato attenzione al **problema dell’evoluzione demografica** e della sua incidenza sulla vita delle città di oggi. È da notare con soddisfazione l’attenzione data ad un fenomeno in rapidissima evoluzione, che avrà profonde conseguenze sulla nostra organizzazione sociale e sulla qualità della vita di una percentuale sempre più ampia di popolazione. Gorizia in questi giorni festeggia la nomina a Città Europea della Cultura, assieme a Nova Gorica: un esempio di come è possibile abbattere le barriere nel nome della pace e della cultura. In particolare quando la cultura è uno strumento efficace per ridurre la fatica di vivere delle persone fragili.

-*Avvenire* del 31 maggio pubblica un articolo di grande interesse, ma che desta altrettanta preoccupazione. “**Corea del Sud, la pensione non basta: gli anziani costretti a lavorare**”. Una prospettiva drammatica che preoccupa, perché l’evoluzione del sistema di welfare è incerta anche da noi. In particolare il nuovo lavoro non è correlato con la professione precedente, ed è spesso di scarso valore. La ragione principale del ricorso al lavoro è la condizione del pensionato, incapace di garantirsi una vita decente; infatti, si calcola che in quel paese il tasso di povertà degli ultra 65 è attorno al 40%. L’articolo si chiude con una frase drammatica: “L’incubo del -fine lavoro mai- non sembra così lontano dalla società coreana”. Un pensiero preoccupato.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Riporto il consueto contributo di **Mauro Colombo**. Mi permetto, in premessa, di aggiungere un ringraziamento particolare a Matilde, moglie di Mauro, per due motivi: il primo un po' retorico, ma sempre di valore, secondo il quale “dietro un grande uomo c’è sempre una grande donna” (non voglio con questa affermazione dichiarare la sottomissione della moglie al marito, ma osservare come una vita di coppia serena produce sempre risultati importanti!). Il secondo è più concreto: l’impegno di Mauro per la nostra newsletter sottrae tempo alla vita di famiglia e quindi richiede pazienza e tolleranza: grazie Matilde, anche a nome dei molti che ricevono la newsletter e apprezzano in modo particolare l’originalità dei dati presentati da Mauro.

“Questo ‘angolo’ parte da un momento di angoscia: non del genere di quella manifestata da Sartre, perplesso fra ‘in sé’ e ‘per sé’, ma più concretamente per il timore di aver potuto provocare dei guai. Stavo per spegnere il computer, quando di sguincio l’attenzione [che andava ormai esaurendosi] è caduta sul titolo di un articolo di *JAMA Internal Medicine*, dedicato ai **casi di demenza dovuti alle inalazioni di tiotropio** [1]. Per un attimo, ho pensato a quante volte ho direttamente prescritto – o suggerito ai Colleghi nell’Istituto Golgi di Abbiategrasso – questo farmaco, essendone stato per giunta il responsabile per l’ingresso nella farmacia della ASP ‘Golgi Redaelli’. Con le [scarse] energie residue ho scorso l’articolo, arrivando in fondo tranquillizzato, ed anzi trovando spunto per un nuovo pezzo: così il prof. Trabucchi non mi è debitore di una nottataccia ...

Il tiotropio bromuro – antagonista anticolinergico a lunga durata di azione [‘LAMA’ (Long-acting muscarinic antagonists)] - viene correntemente impiegato nella terapia di mantenimento iniziale delle malattie polmonari croniche ostruttive (BPCO) #: la letteratura è discorde sulla opportunità di inserire gli antimuscarinici per via inalatoria nell’elenco dei farmaci dotati di carico anticolinergico da attenzionare per il possibile effetto negativo a livello cognitivo. Se è vero che la struttura ad ammonio quaternario del tiotropio dovrebbe impedirne il superamento della barriera emato-encefalica, l’integrità di quest’ultima potrebbe venire compromessa dall’invecchiamento o da condizioni ad essa associate. Anche riguardo al potenziale effetto avverso del tiotropio specificatamente non vi è accordo in letteratura: i pochi studi al riguardo condotti sinora soffrono di difetti metodologici.

Per questo, un gruppo di studiosi dell’Ontario, in Canada, affiliati ad istituzioni di Toronto ed Ottawa, hanno condotto uno studio di comparazione [attiva] fra pazienti ultra66enni senza demenza con BPCO trattati con inalazioni di tiotropio in monoterapia ed omologhi trattati con inalazioni di agonisti β_2 a lunga durata di azione (LABA), abbinati a corticosteroidi inalatori (ICS), rispetto al rischio di demenza, usando dati a lunga gittata temporale, provenienti dal mondo reale. L’analisi primaria era centrata sulla intenzione di trattare, mentre quella secondaria secondo la strategia ‘per protocollo’: la prima strada è più realistica ma la seconda – pur con i propri limiti – è adatta per malattie a genesi lunga, quale è la demenza.

Le informazioni provenivano da dati amministrativi del sistema sanitario pubblico canadese, così che non è stato necessario ricorrere alla liberatoria da parte del comitato etico. Al braccio del tiotropio appartenevano 30 960 partecipanti, a quello LABA + ICS 19 530; complessivamente, l’età media del campione era 75 anni (\pm 6,7), le donne ne costituivano il 46,7%.

Al termine di una osservazione della durata mediana di 7 anni e mezzo [ambito interquartile compreso circa fra 4 e 10 anni], nella analisi primaria secondo intenzione di trattare, l’avvio ad una monoterapia con tiotropio, rispetto all’avvio ad un trattamento con LABA + ICS, è risultata associata ad un rischio di demenza più elevato del 9% (intervallo di confidenza al 95% = 1,04 – 1,14) [tassi di incidenza rispettivamente 29,6 (intervallo di confidenza al 95% = 28,8 – 30,4) verso 27,4 (intervallo di confidenza al 95% = 26,4 – 28,3)] e ad un aumento del tasso assoluto di 2,3 eventi ogni 1000 anni-persona (intervallo di confidenza al 95% = 1 – 3,5 eventi). Questo

lieve eccesso di rischio assoluto si concentrava tra le persone di età compresa fra 66 e 74 anni e fra i maschi. Ma nella analisi secondaria 'per protocollo' non vi erano differenze statisticamente significative nella occorrenza di demenza fra i due gruppi di persone effettivamente trattate, possibilmente a causa del basso numero di utilizzatori continuativi dei due schemi di inalazioni protrate per anni.

Nella discussione viene dichiarato che sebbene questo modesto aumento del rischio relativo di demenza associata al tiotropio possa implicare un suo debole potenziale effetto anticolinergico centrale, il piccolo aumento del tasso assoluto ne suggerisce una scarsa importanza clinica, soprattutto se confrontato con i comprovati benefici clinici del tiotropio.

Occorre prima di tutto ricordare che, secondo una meta-analisi su studi di coorte, condotta da Autori cinesi, la BPCO aumenta il rischio di demenza di circa 1/4 e di deterioramento cognitivo del 30% con un impatto più forte sugli ultra65enni di entrambi i sessi [2]. In un ampio studio prospettico di coorte [3] §, condotto su 431 834 partecipanti alla biobanca del Regno Unito, una scarsa funzionalità polmonare ha comportato – dopo circa 8,5 anni di osservazione - un aumento del rischio di futuro declino cognitivo e di demenza incidente per tutte le cause (incluse Alzheimer o malattie vascolari), indipendentemente da fattori ambientali, socioeconomici, fumo e fattori cardiovascolari. Come possibili meccanismi biologici, l'infiammazione di basso grado, la ridotta capacità di trasportare l'ossigeno e una specifica disfunzione metabolica [espressa attraverso glucosio, aceto acetato ed acidi grassi poli-insaturi] correlata alla scarsa funzionalità polmonare, sono stati costantemente associati a un aumento del rischio di demenza. Inoltre, una ridotta funzionalità polmonare è stata associata negativamente ad anomalie della struttura cerebrale – sia per la materia grigia che bianca – collegate con la vulnerabilità alla fisiopatologia della demenza, fornendo un indizio sui meccanismi cerebrali sottostanti. Più osservazioni convergono nel legare la compromissione della funzione polmonare al rischio di declino cognitivo, già a partire dagli stadi più precoci della demenza.

Tornando ad [1], nella discussione vengono sottolineati 2 passaggi: la mancanza di associazione fra tiotropio e rischio di demenza tra gli ultra75enni e tra le donne, cioè nelle due categorie maggiormente esposte alla più alta incidenza di demenza. Inoltre, gli anticolinergici ad uso urologico possiedono un carico anticolinergico ben maggiore di quello del tiotropio (livello 3), indicativo di un rischio di declino cognitivo iatrogenico ben più elevato.

a proposito di BPCO, un articolo [4] ed un editoriale [5] di *JAMA* propongono una nuova visione, che supera l'inquadramento tradizionale basato su una visione essenzialmente 'spirometrica'. Un nuovo schema diagnostico per la BPCO che integra sintomi respiratori, qualità della vita respiratoria, spirometria e anomalie polmonari strutturali rilevate tramite tomografia computerizzata ha recentemente classificato alcuni individui come affetti da BPCO. Questi individui presentavano un rischio maggiore di morte per tutte le cause e per cause respiratorie, frequenti riacutizzazioni e rapido declino della funzionalità polmonare rispetto agli individui classificati come non affetti da BPCO. Viceversa, alcuni individui con

ostruzione del flusso aereo senza sintomi respiratori o evidenza di malattia polmonare strutturale non sono più stati classificati come affetti da BPCO.

§ frutto di una collaborazione (! ...) fra Università statunitensi, cinesi e britanniche; addirittura, hanno cooperato Oxford e Cambridge, rivali storiche”.

[1] Wu, C. Y., Kendzerska, T., Wang, C., Xiong, L. Y., Edwards, J. D., Liu, P. P., Saskin, R., & Swardfager, W. (2025). Tiotropium Initiation and Dementia Risk in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *JAMA internal medicine*, e251251. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.1251>

[2] Wang, J., Li, X., Lei, S., Zhang, D., Zhang, S., Zhang, H., & Li, J. (2022). Risk of dementia or cognitive impairment in COPD patients: A meta-analysis of cohort studies. *Frontiers in aging neuroscience*, 14, 962562. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.962562>

[3] Ma, Y. H., Shen, L. X., Li, Y. Z., Leng, Y., Yang, L., Chen, S. D., He, X. Y., Zhang, Y. R., Chen, R. J., Feng, J. F., Tan, L., Dong, Q., Suckling, J., David Smith, A., Cheng, W., & Yu, J. T. (2023). Lung function and risk of incident dementia: A prospective cohort study of 431,834 individuals. *Brain, behavior, and immunity*, 109, 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.02.009>

[4] COPDGene 2025 Diagnosis Working Group and CanCOLD Investigators, Bhatt, S. P., Abadi, E., Anzueto, A., Bodduluri, S., Casaburi, R., Castaldi, P. J., Cho, M. H., Comellas, A. P., Conrad, D. J., Curtis, J. L., Dass, C., DeMeo, D. L., Dransfield, M. T., San José Estépar, R., Flanagan, E. L., Foreman, M. G., Fortis, S., Gupta, A., Han, M. K., ... Crapo, J. D. (2025). A Multidimensional Diagnostic Approach for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *JAMA*, e257358. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.7358>

[5] Polverino F. (2025). Beyond Obstruction-A Milestone in COPD Diagnosis. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.6653. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.6653A>

-*JAMA Internal Medicine* del 27 maggio presenta un commentario su **come migliorare l'identificazione del delirium negli anziani ospedalizzati**. Riporto una frase significativa: “Riteniamo che lo screening del delirium debba essere veloce, accurato, accettabile per il clinico, integrato nelle normali modalità di lavoro, e che porta ad adottare le pratiche migliori per affrontare il problema”. In particolare gli autori affermano di utilizzare un metodo di lavoro interdisciplinare, che coinvolge anche i componenti della famiglia, che include la rilevazione e la correzione dei fattori determinanti reversibili, la prevenzione o trattamento delle complicanze indotte dal delirium e la ripresa della funzione. Ancora una volta si comprende che il delirium induce a predisporre adeguati modelli di trattamento, anche se resta ancora, nonostante sia centrale tra le attenzioni in ambito clinico, una condizione clinica complessa, che richiede interventi delicati e non sempre facilmente attuabili.
[\[https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2834323\]](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2834323)

-*JAMA Neurology* del 21 maggio pubblica un'accurata metaanalisi di 23 studi, nella quale si dimostra che il **rischio ricorrente residuo dopo un ictus conseguente a fibrillazione atriale è alto**, con la possibilità che un paziente su 6 possa avere un ictus entro 5 anni. I dati impongono un approfondimento dei fenomeni biologici responsabili della ricorrenza, in modo da mettere in atto strategie mirate rispetto alla specifica condizione clinica. Inoltre, è un richiamo a non accontentarsi delle terapie farmacologiche oggi disponibili.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2834593>]

-*JAGS* del 21 maggio pubblica uno studio prospettico di coorte utilizzando i dati dell'Health and Retirement Study, nel quale si dimostra che il **coinvolgimento sociale è associato ad una riduzione del rischio di mortalità** (a-HR: 0.58), mediato da una diminuzione del rischio biologico di invecchiamento (15%) e da un aumento dell'attività fisica (16%). Altri fattori come sintomi depressivi, abuso di alcool e di tabacco non dimostrano specifica rilevanza. Il dato è di grande importanza e si colloca sulla stessa linea di altri prodotti negli ultimi anni; non è però conclusivo rispetto alla necessaria precisa identificazione di fattori che interferiscono con la mortalità, sia in senso protettivo che di rischio. Una domanda di fondo: la nostra società è in grado di contrastare la tendenza che sembra "naturale" alla solitudine e alla rinuncia al coinvolgimento sociale? Su quali mezzi si può appoggiare per convincere la persona anziana a non rinunciare alla vita sociale, che è premessa forte della rinuncia alla vita, anche quella biologica?

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19511>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Mercoledì 28 maggio si è tenuto a Firenze un incontro della **sezione toscana di AIP assieme ai CDCD**. L'evento, che si è focalizzato sull'organizzazione di percorsi per la **diagnosi precoce di Malattia di Alzheimer** nella prospettiva delle terapie biologiche e sul ruolo della valutazione neuropsicologica e della fragilità, ha riscosso grande successo con la partecipazione di circa settanta professionisti (geriatri, neurologi, psichiatri, psicologi) provenienti da tutta la Toscana. Ancora una volta AIP si è dimostrata un punto di riferimento per l'aggiornamento ed il confronto su temi psicogeriatrici di attualità.

Un cordiale saluto a colleghe e colleghi, in particolare quelli che hanno ritenuto di ringraziare in varie forme per il supporto che ricevono dalla lettura di questa newsletter.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP - 13 giugno 2025

Sant'Antonio

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Una psicologa di 100 anni
- Il ministro della sanità USA e le tentazioni dittatoriali
- Il luddismo è sempre in agguato
- Un pezzo di Tiziano Vecchiato sull'IA
- A Firenze un'alleanza tra arte e cura
- A Genova la presentazione di "Ageismo"

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto angolo di Mauro Colombo
- Science*: Eric Topol e la prevenzione dell'Alzheimer
- JAMA Network Open* sui costi della demenza

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Riporto la notizia riguardante una **psicologa americana che ha concluso il suo impegno lavorativo a 100 anni**. Colgo l'occasione da una parte per ribadire la linea, molte volte espressa in questa newsletter, secondo la quale nelle professioni di cura non deve essere imposta una rigida età di pensionamento. Dall'altra, questo messaggio vuole essere bene augurante verso le colleghe psicologhe e gli psicologi che svolgono un ruolo centrale nella vita dell'AIP.

-Il signor **Kennedy ha ancora una volta dimostrato la sua vocazione dittatoriale**, che si esprime prima di tutto cancellando le voci libere sui temi della salute. Gli esempi sono numerosi, come abbiamo sottolineato altre volte, in paesi governati da dittature. Dispiace a chi ha sempre amato gli USA che il grande paese delle libertà si comporti come i paesi senza

libertà. Kennedy ha infatti cancellato con un provvedimento la commissione consultiva sulle vaccinazioni del suo ministero, composta da illustri scienziati, perché non volevano sottoscrivere le sue follie, prive di qualsiasi fondamento. Fortunatamente vi sono ancora donne e uomini coraggiosi che non si adeguano al potere prepotente e ignorante!

-A Los Angeles e a San Francisco, dove sono attivi molti **taxi senza autista**, è stata **appiccato il fuoco a numerose automobili con questa funzione**. Molti lettori ricorderanno la distruzione dei telai da parte dei luddisti alla fine del settecento: la storia si ripete, ma certamente si ripeterà la sconfitta di chi si pone contro il progresso. Forse anche noi abbiamo esagerato nell'affermare le "grandi virtù" del progresso, senza discuterne anche i limiti. Le menti sprovedute si sono alleate tra di loro, trovando anche accoglienza in lacune parti politiche che non accettano il progresso, perché significa uguaglianza e rispetto delle libertà. Peraltro, non ci nascondiamo che vi sono ancora alcuni aspetti critici; ad esempio, chi sarebbe responsabile di un eventuale incidente?

Inoltre come si deve comportare la macchina di fronte al dilemma (classico!) se scegliere, nel caso fosse costretta dalle circostanze, tra investire un bambino o un vecchio (ritorna il problema dell'ageismo!).

-Allego un pezzo di **Tiziano Vecchiato attorno al tema dell'intelligenza artificiale**.

L'approccio di Tiziano è originale e di grande interesse. Spero che la nostra Associazione si impegni nel dedicare attenzione al futuro in questo ambito, in modo da elaborare contenuti originali. Oggi, infatti, rischiamo una dipendenza dalle nuove tecnologie, che sarebbe la morte della medicina come atto di cura in grado di costruire alleanze tra la competenza tecnico-scientifica e le scelte e le speranze dei cittadini. Ritengo sarà una battaglia molto dura alla quale ci dobbiamo apprestare con determinazione; già sono riportati alcuni eventi nei quali le machine hanno dimostrato di non accettare i limiti alle loro azioni imposti a posteriori. Solo una forte prospettiva etica, che venga introiettata dalle macchine come unica modalità originaria di vita e non come una regola tardiva, potrà permetterci un futuro nel quale potremo collaborare (e non solo convivere) con l'intelligenza artificiale.

-Si è tenuto a Firenze, nello splendido scenario di Villa Bardini, un seminario molto interessante, organizzato dall'**Associazione Culturale L'Immaginario**, dal titolo: **"Il welfare culturale nei musei per il contrasto alla solitudine e all'isolamento delle persone anziane"**. Ho trattato, insieme a James M. Bradburne, già direttore generale di Palazzo Strozzi e della Pinacoteca di Brera (personaggio di un altissimo valore culturale e di una straordinaria intelligenza) e all'amico Luca Carli Ballola, coordinatore del sistema Musei Toscani per l'Alzheimer, l'argomento "Invecchiamento e ageismo". La discussione ha affrontato anche la problematica del ruolo dell'intelligenza artificiale e di come possa diventare strumento utile

in questo campo. L'idea di fondo del grande Bradburne è che i musei possano avere la stessa funzione di una piazza, dove tutti si trovano, si incontrano, pensano, costruiscono, collaborano. Con il rispetto per la posizione di ciascuno, delle sue capacità, del suo ruolo, nel condiviso impegno di costruire una comunità.

A Genova, per **organizzazione della professoressa Luisella Battaglia**, responsabile dell'Istituto Nazionale di Bioetica, è stato **presentato il volume "Ageismo. Il pregiudizio invisibile che discrimina gli anziani"**. La discussione ha visto la partecipazione, oltre al sottoscritto e alla padrona di casa, di Giovanna Ferrandes, vice presidente di AIP, e di Paolo Petralia, direttore generale dell'ASL di Genova. Si è incentrata in particolare sul concetto di fraternità come base per costruire una società dove l'anziano viene rispettato e valorizzato.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il consueto contributo di **Mauro Colombo**. Lo faccio precedere da due brevi commenti. Uno del collega Mauro Minervini: "Credo che, accanto alla moglie di Mauro Colombo, bisogna ringraziare i familiari tutti di quanti, a vario titolo, collaborano alla stesura della Newsletter, unico strumento che, in maniera piana ed amichevole, accresce la nostra conoscenza, che ringrazio per la sensibilità e la vicinanza".

L'altro commento ci è giunto dallo stesso Colombo: "Matilde ringrazia; ricorda - per 'par condicio' - che quando lei collaborava con la Università di Pavia io mi organizzavo per tenere compagnia alle bambine".

"Questo 'angolo' deriva da una segnalazione 'eretica', nella piena etimologia del termine, se con 'eresia' intendiamo una verità parziale, incompleta, e con 'eretico' chi sceglie [una porzione della verità]. Ma veniamo ai fatti: *JAMA Network* pubblica in linea, sul numero del 30 maggio 2025, una 'notizia medica in breve' [doi:10.1001/jama.2025.7764] intitolata '**Conoscere il rischio di Alzheimer può ridurre la motivazione a cambiare stile di vita**'. Vero, ma la 'eresia' [parzialità] del messaggio si svela leggendo l'articolo da un numero di febbraio 2025 di *Alzheimer's & Dementia* [1] – disponibile liberamente in rete – cui la 'Medical News in Brief' di *JAMA Network* rimanda.

In [1], studiosi israeliani – oltre ad un neuroscienziato del New Jersey – si sono posti lo scopo di valutare la reazione emotiva alla rivelazione dei risultati della tomografia ad emissione di positroni (PET) per l'A β in termini di ansia e depressione correlati alla possibilità di un risultato elevato di A β , di disturbi soggettivi della memoria (SMC) e di volontà di apportare cambiamenti nello stile di vita, in adulti cognitivamente normali ad alto rischio di malattia di Alzheimer, partecipanti a studi sia osservazionali che interventistici. L'obiettivo secondario era caratterizzare i fattori che espongono un individuo al rischio di una risposta 'indesiderata' alla esplicitazione del risultato di PET A β , allo scopo di utilizzare tali informazioni per facilitare una rivelazione più 'personalizzata'.

Le premesse per la indagine si situano a vari livelli. Sul piano neurobiologico, come gruppo, gli individui cognitivamente normali con biomarcatori A β anomali presentano una progressione più rapida di atrofia cerebrale, ipometabolismo e declino cognitivo. Tuttavia, la deposizione di A β si verifica in alte percentuali di anziani cognitivamente normali (circa il 10% nella fascia di età 60-70 anni ed oltre 50% nella fascia di età 80-90 anni), e ancora di più nei portatori di apolipoproteina E (APOE) ϵ 4. L'assenza di un biomarcatore a supporto della deposizione di A β può escludere in modo affidabile la presenza di un deposito di A β in atto e, quindi, di Alzheimer in atto. Tuttavia, non può prevedere lo sviluppo di Alzheimer in futuro. Questa complessa interpretazione clinica e la possibilità che i pazienti formulino ipotesi imprecise sul rischio e sugli esiti futuri basati sullo stato di A β sono la ragione per cui i criteri di utilizzo appropriato per i test sui biomarcatori di A β sconsigliano attualmente di testare e rivelare lo stato di A β in individui asintomatici [2]. Questa posizione potrebbe venire superata una volta che fossero a disposizione farmaci capaci di modificare il decorso della malattia, se non addirittura di prevenirla. Pertanto, è necessario comprendere meglio la reazione emotiva degli adulti cognitivamente normali alla rivelazione dello stato di A β per comprendere appieno i potenziali benefici e danni della rivelazione dei risultati di A β e per sviluppare linee guida basate sulle prove per il suo utilizzo nella pratica clinica. Va comunque precisato che in [1] la PET A β è stata eseguita a scopo di ricerca, previo consenso informato, ed ai partecipanti è stata data la possibilità di ricevere il risultato della scansione. Solo tre partecipanti hanno scelto di non riceverlo, e successivamente hanno rifiutato di sottoporsi agli ulteriori questionari, mentre tutti gli altri partecipanti hanno richiesto la comunicazione del loro stato di A β .

Sono stati quindi reclutati 199 soggetti cognitivamente normali, integri sul piano neurologico e psichiatrico, partecipanti a due studi osservazionali [la maggior parte] e due di intervento, condotti in Israele; per 3 di questi studi, si trattava di figli di pazienti di Alzheimer, di età compresa fra 40 e 65 anni; per uno studio veniva richiesta la presenza di almeno 2 fra i seguenti fattori di rischio per Alzheimer e demenze collegate: diabete mellito, obesità, ipertensione arteriosa, sedentarietà, tabagismo, e depressione; in uno dei due studi osservazionali, i partecipanti erano ultra65enni diabetici. Sintomi depressivi od ansiosi presenti al reclutamento sopra specifiche soglie costituivano motivi di esclusione. Subito prima e 6 mesi dopo la esecuzione di una PET per l'A β , venivano somministrati dei questionari semiquantitativi che esploravano le reazioni emotive in 4 domini: ansia, depressione, disturbi di memoria soggettivi (SMC), e disponibilità a cambiamenti nello stile di vita [per esempio in relazione alla attività fisica ed alle abitudini dietetiche]. I questionari venivano formulati in modo da cogliere le reazioni emotive di fronte ad un eventuale responso di positività (al momento di eseguire la PET) oppure alla rivelazione dell'effettivo referto del biomarcatore (mediante intervista telefonica). Il risultato della neuro immagine [deposizione di A β elevata o meno] veniva comunicato mediante una chiamata telefonica strutturata dedicata, seguita da una lettera ed accompagnata da una educazione sanitaria che verteva sul significato del responso: in particolare, la eventualità che una condizione negativa possa positivizzarsi in futuro; il diverso peso della positività A β in ragione dell'età [rilevante nei soggetti giovani /

scarsamente predittiva di declino cognitivo nei più anziani]; l'importanza delle raccomandazioni sulla salute cardiovascolare e sull'opportunità di venire seguiti nel tempo a livello neurologico e neurocognitivo. Va specificato che la indisponibilità a modificare i propri comportamenti salutari nello stile di vita – sia pure di per sé 'non desiderabile' – qui viene letta in termini favorevoli, come espressione di risposte emotive 'più calme'.

Come indicato anche in eleganti grafici colorati, gli individui che hanno ricevuto una comunicazione di stato di A β non elevato mostravano per lo più una 'risposta favorevole' con una diminuzione dei disturbi soggettivi della memoria (SMC), di ansia e depressione, ma anche una diminuzione della motivazione a intraprendere cambiamenti dello stile di vita volti a ridurre il rischio. Gli individui che hanno ricevuto una comunicazione di stato di A β elevato non hanno mostrato alcuna variazione in SMC o nella depressione correlata alla possibilità di un risultato elevato dopo la comunicazione. Al contrario, l'ansia da loro riferita, correlata alla possibilità di un risultato elevato, è diminuita, così come la loro motivazione a modificare il loro stile di vita, sebbene in misura minore rispetto ai soggetti che hanno ricevuto una comunicazione di valori di A β non elevati. Infine – riguardo all'obiettivo secondario - un livello di istruzione inferiore e una minore probabilità di essere stati reclutati a partire da uno studio interventistico erano più frequenti negli individui che hanno manifestato rispettivamente un aumento di SMC o ansia correlata alla possibilità di un risultato elevato, nonostante la comunicazione di un valore di A β non elevato.

I risultati sono in accordo con studi precedenti che hanno dimostrato che la rivelazione dello stato di A β presenta un basso rischio di danno psicologico in presenza di livelli di A β sia elevati che non elevati. Viene anche rimarcata l'importanza della provenienza da studi osservativi piuttosto che di intervento: difatti sinora la letteratura si era basata in ampia prevalenza su studi di intervento, così da creare un verosimile condizionamento dei risultati che ne avrebbe limitato la generalizzabilità. Sebbene la maggior parte degli individui abbia prodotto una risposta 'favorevole' dopo la comunicazione di un risultato A β non elevato, una minoranza ha comunque manifestato un aumento del declino soggettivo della memoria, della ansia o della depressione correlati alla possibilità di un risultato elevato. Puntando ad un processo di comunicazione più personalizzato, questo studio si pone come il primo che abbia valutato i fattori che potrebbero esporre un individuo al rischio di sviluppare tali risposte 'indesiderate'. Il riscontro che un livello inferiore di istruzione e la partecipazione a uno studio interventistico siano più probabili negli individui che mostrano queste risposte sfavorevoli concorda in linea di massima con i risultati di un precedente studio dei medesimi autori, dove negli individui con SMC che presentavano livelli elevati di A β , un livello di istruzione superiore era associato a una minore divulgazione associata a disagio [3].

In conclusione, va posta attenzione alla potenziale falsa rassicurazione che può ingenerarsi durante il processo di trasmissione dei risultati PET A β , dato che mantenere uno stile di vita sano e attivo è una delle principali raccomandazioni attuali per la prevenzione della demenza”.

[1] Golan Shekhtman, S., Beeri, M. S., Springer, R. R., Zadok, M., Ben Meir, M., Rosen-Lang, Y., Shutsberg, R., Gelblum, D., Niv, T., Matatov, A., Heymann, A., Azuri, J., Ganmore, I., Hoffman, C., Domachevsky, L., & Lesman-Segev, O. H. (2025). Emotional response to amyloid beta status disclosure among research participants at high dementia risk. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(5), e70115. <https://doi.org/10.1002/alz.70115>

[2] Rabinovici, G. D., Knopman, D. S., Arbizu, J., Benzinger, T. L. S., Donohoe, K. J., Hansson, O., Herscovitch, P., Kuo, P. H., Lingler, J. H., Minoshima, S., Murray, M. E., Price, J. C., Salloway, S. P., Weber, C. J., Carrillo, M. C., & Johnson, K. A. (2025). Updated appropriate use criteria for amyloid and tau PET: A report from the Alzheimer's Association and Society for Nuclear Medicine and Molecular Imaging Workgroup. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(1), e14338. <https://doi.org/10.1002/alz.14338>

[3] Ravona-Springer, R., Sharvit-Ginon, I., Ganmore, I., Greenbaum, L., Bendlin, B. B., Sternberg, S. A., Livny, A., Domachevsky, L., Sandler, I., Ben Haim, S., Golan, S., Ben-Ami, L., Lesman-Segev, O., Manzali, S., Heymann, A., & Beeri, M. S. (2020). The Israel Registry for Alzheimer's Prevention (IRAP) Study: Design and Baseline Characteristics. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 78(2), 777–788. <https://doi.org/10.3233/JAD-200623>

-*Science* del 25 maggio pubblica una review di Erik Topol sull'evoluzione degli studi riguardanti **la predizione e la prevenzione dell'Alzheimer**. Topol è certamente uno degli studiosi che hanno dedicato maggiore attenzione in questi anni all'evoluzione della medicina sul piano della ricerca e dell'assistenza. L'approccio dell'autore è ottimista; sostiene, infatti, che occorrono 20 anni perché le alterazioni proteiche (beta amiloide e proteina tau) si accumulino nel cervello, con il contributo della neuroinfiammazione. Topol sostiene che così si apre una finestra di opportunità, prima che il processo patobiologico sviluppi la sua azione dannosa, sia per la predizione che per la prevenzione. Ritiene in particolare che le diverse conoscenze accumulate in questi anni che sembrano predire la comparsa di malattia dovranno essere integrate in un modello multimodale di intelligenza artificiale, per determinare se una persona è a forte rischio di malattia di Alzheimer, indicando anche la possibile evoluzione nel tempo. Ovviamente Topol conclude il suo testo affermando che la strategia delineata “è largamente preferibile ai tentativi di curare l'Alzheimer una volta che è comparsa l'alterazione cognitiva”.

-Dedico l'articolo su **“Il peso economico dell'Alzheimer in base alla razza e all'etnicità”** al presidente Trump e al suo scagnozzo ministro USA della sanità. Infatti l'articolo, comparso su *JAMA Network Open* del 5 giugno, riporta dati molto precisi secondo i quali gli anziani afroamericani e i Latinos affetti da demenza sono vittime di un carico economico superiore a quello delle altre etnie per la cura dei propri famigliari. L'articolo si conclude affermando che il peso su questi due gruppi etnici è destinato a crescere nei prossimi anni e che “nel contesto dell'equità economica e di salute sarebbe doveroso compiere interventi mirati per ridurre il

peso dell'Alzheimer e delle altre demenze su queste popolazioni". Ancora una volta si registra la differenza drammatica tra le posizioni degli studiosi e degli scienziati e quella della politica; ma siamo sicuri che in questi anni noi siamo stati realmente in grado di far capire che il nostro lavoro è importante per tutti i cittadini, indipendentemente dal colore della pelle?" Forse, prima ancora che sul piano politico, avremmo dovuto convincere gli elettori di Trump che prima o poi, per motivi che possono essere diversi dalla pelle, rischiamo tutti di finire nel tritacarne di una politica cieca, egoista.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP - 20 giugno 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Mattarella e la forza dei sentimenti
- Sir Norman Foster e la progettazione di città giuste
- Turismo e anziani a Firenze
- Luca Carli Ballola e l'IA

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMDA* presenta una review sistematica del trattamento della depressione nelle strutture di long term care

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La riunione a Brescia del Caffè Alzheimer Diffuso
- Malati e famiglie in gita a Portovenere

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Forse qualcuno dei nostri lettori avrà osservato il volto del **Presidente Mattarella al funerale dell'eroico maresciallo Legrottaglie**. Mi permetto di sottolineare come tutti ci siamo sentiti rappresentati dal nostro Presidente e come l'età spesso aggiunga forza ai sentimenti. Il dolore personale e la partecipazione di una comunità sono sentimenti che non siamo in grado di capire nella loro profondità. Vi è ancora moltissimo da studiare, ma è certo che le persone anziane in alcune circostanze riescono a trasformare l'età in forza. I sentimenti non hanno età, così come la capacità di viverli e di testimoniarli. Grazie Presidente!

-Accanto alla nota di ammirazione per il nostro Presidente, ne vorrei collocare un'altra dedicata al l'architetto inglese **Sir Norman Foster di 90 anni, che continua a progettare in tutto il mondo edifici di grande valore**, sempre, però, con meticolosa attenzione alla sostenibilità dei suoi progetti. È stato a Venezia, dove ha pedalato su una bici acquatica, per presentare alcune delle sue idee, con un atteggiamento sempre aperto all'evoluzione: mai progetti definitivi, ma stimoli a pensare soluzioni in itinere! Recentemente si è particolarmente dedicato a progettare soluzioni urbane in contesti compromessi. I suoi studi e le sue ricerche sono incentrati sulla comprensione di fenomeni come la crisi climatica, la scarsità di abitazioni per diverse fasce di popolazione, le trasformazioni indotte dalle migrazioni e sulle loro possibili ricadute sulla città, che deve essere ospitale e accogliente per tutti. L'età diviene forza dell'intelletto, per pensare a cose nuove: nel caso di Foster a città giuste.

-Una bravissima giornalista (Concita De Gregorio) ha descritto quanto le è capitato a Firenze quando ha deciso di portare l'amica Sandra Bonsanti di 88 anni a visitare il Crocefisso ligneo del giovane Michelangelo a la chiesa era chiusa; a nulla sono valse le preghiere perché la si potesse aprire per qualche minuto, permettendo ad alcune signore anziane di ammirare la grande opera d'arte. I frati non si sono lasciati impietosire nemmeno dal caldo afoso, che aveva molto stancato le anziane turiste. Dopo il rifiuto ecclesiastico, erano solo le 11, la giornalista e l'amica anziana cercano un bar per risposarsi; ma il barista dice che tutti gli spazi erano occupati da turisti stranieri che pranzavano presto. Secondo fallimento. Poi l'impresa turistica... si è conclusa con l'impossibilità di trovare un taxi e la necessità di fare un bel tratto a piedi, nonostante la calura. **Queste sarebbero le città amiche degli anziani?** Il sindaco di Firenze dirà che non dipende da lui indurre i suoi concittadini a momenti di civiltà, costringendo i frati a rispettare precisi orari di apertura, inducendo i bar a rispettare la loro funzione di punti di accoglienza, e infine aumentando il numero delle licenze per i taxi. Non è molto, ma sarebbe meglio di nulla; se chi governa la città non è in grado di imporre queste piccole cose, figuriamoci cosa farà quando si deve definire la collocazione degli anziani in quartieri sicuri, sereni, puliti, dove sono accolti senza farli sentire fardelli inutili e pesanti.

-Il carissimo amico **Luca Carli Ballola** mi ha inviato la mail che riporto di seguito. "Quanto a insegnare l'etica alle macchine, sia pure intelligenti, mi consenta di essere scettico: sono convinto davvero che **l'etica si impari facendo esperienza della nostra umana irrimediabile fragilità**. Nasciamo più deboli e incapaci di tutti gli altri esseri viventi, l'amore materno e quello filiale ne sono una conseguenza. Sappiamo, forse soli fra tutti, di essere vulnerabili e mortali: per questo coltiviamo amicizie e creiamo società, città, civiltà. È una convinzione che (benché io non sia buddista) condivido con Chandra Candiani, l'autrice del libro che le ho regalato prima del suo viaggio di ritorno. Le macchine non ne sanno niente di fragilità e vecchiaia - non sanno quel che si perdono!" Questa mail è un commento alla giornata sul significato dell'arte per ben invecchiare e alla discussione che avevamo avuto in

quella sede, in particolare grazie agli interventi di James M. Bradburne, sull'esigenza di un impegno educativo dell'intelligenza artificiale, per evitare che prenda il sopravvento su noi mortali. Con parole forti, l'ex direttore di Palazzo Strozzi ci ha messi sull'avviso che sarà impossibile imporci a posteriori sull'intelligenza artificiale e che la nostra unica speranza di salvezza è legata alla capacità di educare l'IA a responsabilità etiche nel momento in cui accoglie le informazioni per costruire il futuro, e non dopo, quando ha già elaborato autonomamente le sue "decisioni".

-Il filosofo francese **Georges Canguilhem** ha scritto che il **rapporto terapeutico** "è una relazione tra due esseri viventi, vale a dire, in fondo, **due esseri destinati alla morte**".

Non commento: però, se questa affermazione fosse pensata, quanta minore distrazione vi sarebbe nei rapporti di cura!

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Riportiamo il consueto contributo di **Mauro Colombo**. Mi permetto di osservare che il temine "consueto contributo" riflette la periodicità settimanale dei testi di Mauro, ma non certo la qualità delle sue indicazioni; questa settimana, in particolare, il testo sulle funzioni motorie nel corso di demenza è importantissimo e molto utile.

"Chiunque abbia seguito persone con demenza avrà sicuramente notato **ampie differenze nelle loro abilità motorie da un soggetto all'altro**, oltre a **profondi mutamenti intra-individuali nel tempo**. Si può osservare un ampio ventaglio di [in-]capacità motorie: da impacci e ritardi appena percettibili, ad errori grossolani, lentezze ed instabilità vistose, che spesso esitano in cadute e traumi. Le osservazioni aneddotiche, accessibili ad ognuno, sono pienamente corroborate dal concetto di 'sindrome cognitivo - motoria' [1], elaborato da Joe Verghese, dove vengono sistematizzate indagini scientifiche avviate già dalla fine dello scorso millennio.

La questione delle difficoltà motorie all'interno dello 'spettro Alzheimer' sono al centro di una ricerca condotta da Autori tutti italiani, che hanno adoperato la realtà virtuale quale strumento di analisi [2]. Nelle premesse del lavoro, gli Autori sottolineano come le disfunzioni motorie possono persino anticipare quelle cognitive, in termini di deterioramento nel controllo motorio fine e nella coordinazione. Ne sono esempi il rallentamento nella marcia e la accresciuta variabilità nel tempo di doppio supporto, che correlano con il deterioramento cognitivo, sia nel deterioramento cognitivo lieve [mild cognitive impairment (MCI)] che nella demenza di Alzheimer. In quest'ultima, la rigidità e la disfunzione degli arti inferiori non solamente è collegata al deficit cognitivo e funzionale, ma aumenta il rischio di istituzionalizzazione e di mortalità. Quanto agli arti superiori, la incertezza nei loro movimenti – specie le flessioni ripetute al gomito – è strettamente correlata al deterioramento cognitivo. Anche la destrezza manuale viene interessata, come dimostrato da alterazioni nella scrittura

manuale e nel tamburellare delle dita, che possono costituire indicatori precoci di malattia già a livello di MCI.

Da queste premesse deriva la possibilità di sfruttare i compiti motori per distinguere anziani sani da MCI e da malati di Alzheimer, ad un livello di sensibilità paragonabile ai test cognitivi di memoria e di linguaggio. Un ambito motorio particolarmente sensibile è costituito dal raggiungimento di un bersaglio, dato che un simile compito richiede la integrazione di informazioni sensoriali con una pianificazione motoria, funzioni entrambe spesso compromesse nelle malattie neurodegenerative: infatti, i movimenti per raggiungere una mira sono notevolmente più lenti e meno accurati nei pazienti con Alzheimer.

Per tale tipo di indagini, la realtà virtuale immersiva si pone come uno strumento promettente, offrendo contesti più realistici e dinamici rispetto agli ambienti di laboratorio, che simulano poco e male il mondo reale. Fornendo scenari controllati ma allo stesso tempo flessibili, la realtà virtuale immersiva può tornare più interattiva e motivante per i pazienti, coinvolgendoli.

In [2], il compito consisteva nel raggiungere – entro 750 millisecondi dal segnale di partenza – un bersaglio colorato che ad intervalli variabili di tempo si muoveva in senso antiorario lungo il bordo di uno sfondo grigio circolare nel visore, muovendo un apparecchio di controllo solidale col polso. Durante le pause tra una serie di prove e la seguente, ai partecipanti veniva chiesto se avvertissero un qualche disturbo, tipo nausea o sensazione di instabilità, nella eventualità di dover interrompere la sessione #.

Allo studio hanno preso parte 61 persone di ambo i sessi, destrimani, di età media 72 ± 6 anni, reclutate presso gli ambulatori della Fondazione Santa Lucia, a Roma; i valori di Mini Mental State Examination (MMSE) erano $29,3 \pm 1$ per i soggetti di controllo / $25,5 \pm 3$ per gli MCI / $21,4 \pm 2,7$ per quelli con demenza di Alzheimer [lieve (AD)].

È stata condotta una analisi cinematica, nella quale la indagine delle traiettorie è stata rivolta su 3 parametri: tasso di successi [frazione di bersagli colti entro 750 millisecondi] / tasso di anticipazioni [quota di accelerazioni oltre una soglia prestabilita, che vengono effettuate prima del segnale di via (partenza)] / direzione del movimento anticipatorio [rispetto alla direzione del bersaglio].

Le 3 categorie di partecipanti hanno presentato risultati molto differenti alla analisi cinematica: mentre i soggetti normali non hanno quasi prodotto movimenti anticipatori, quelli con Alzheimer ne hanno prodotto il massimo, senza differenze rispetto ai MCI; i movimenti anticipatori tendono a concentrarsi nelle prime prove delle serie. Qualcosa di simile accade anche per il tasso di successi, dove però il miglioramento nelle prestazioni si realizzava solo negli anziani sani. In generale, si verificava una relazione inversa tra successi ed anticipazioni: i partecipanti coi minori livelli di movimenti anticipatori raggiungevano più frequentemente il bersaglio, ossia coglievano più spesso il bersaglio coloro che non avviavano movimenti anticipatori prima del segnale di via. Quanto alla direzione del movimento anticipatorio, era

nettamente orientata verso la mira precedente nelle persone AD [ricordiamo che il bersaglio si spostava sempre in senso antiorario §].

I pazienti con AD hanno mostrato un tasso di successo inferiore e un numero maggiore di risposte anticipatorie durante la preparazione dei movimenti di raggiungimento. Queste risposte tendevano a ricalcare la traiettoria precedente. I pazienti con MCI hanno mostrato un andamento intermedio, con un numero maggiore di risposte anticipatorie rispetto al gruppo di controllo, ma senza una chiara differenza in termini di tasso di successo nei confronti di quest'ultimo.

Il tasso di anticipazioni era correlato inversamente al punteggio al MMSE, in tutti i 3 gruppi: a migliori prestazioni cognitive, corrispondevano più basse quote di movimenti anticipatori.

I tassi di anticipazione più elevati osservati nelle prime serie di tentativi suggeriscono che i partecipanti potrebbero inizialmente avere difficoltà a svolgere il compito, per poi adattare il loro comportamento nel tempo, salvo che gli individui con deficit cognitivi mostrano minori miglioramenti. La loro maggiore lentezza nell'esecuzione del movimento probabilmente li ha portati ad anticipare maggiormente il segnale di via. Tutto ciò ha svelato l'emergere di un'alterazione del controllo inibitorio, controllo essenziale per evitare l'inizio anticipatorio delle azioni. Infatti, in questo tipo di compito, i soggetti sani – in altri esperimenti – hanno mostrato una ridotta eccitabilità cortico-spinale prima di iniziare il movimento, espressione di una maggiore inibizione nella corteccia motoria. Questa rappresentazione dell'aspetto motorio del controllo inibitorio si pone in assonanza con studi che hanno evidenziato, in pazienti AD, mediante stimolazione magnetica transcranica, uno squilibrio tra eccitazione ed inibizione nella corteccia primaria motoria, con alterate attività GABAergica e glutamatergica.

Il miglioramento dei tassi di successo con la ripetizione dei gesti nei partecipanti sani suggerisce un 'effetto di apprendimento', dato che gli obiettivi vengono presentati in un ordine sistematico § (quindi prevedibile). Tuttavia, questo effetto è fortemente ridotto nei gruppi MCI e AD. Questi ultimi tendono a puntare verso l'obiettivo precedente durante i movimenti anticipatori, ad indicare che il deficit del meccanismo di controllo inibitorio è accompagnato da un deficit di apprendimento motorio, così da non riuscire a scoprire la sequenza in cui gli obiettivi sono stati presentati, rimanendo ancorati all'ultimo piano motorio implementato. Questo modello riflette una flessibilità cognitiva e un apprendimento motorio compromessi nei pazienti con AD, in contrasto con risposte motorie più adattive e appropriate al contesto nei partecipanti cognitivamente integri.

Lo sforzo messo in campo durante i primi tentativi per superare le difficoltà di apprendimento motorio e di aggiornamento nella pianificazione motoria rimandano al principio di compensazione con cui il cervello cerca di far fronte, finché possibile, ai danni subiti. Occorre tenere conto che i movimenti di raggiungimento di un bersaglio rientrano tra le azioni più frequenti svolte durante la vita quotidiana: la loro alterazione nei pazienti AD riflette una perdita nelle funzioni esecutive [3].

Gli ultimi paragrafi della discussione di [2] rimandano ad intrecci fra fisiopatologia e neuropatologia, a cominciare dal fenomeno della 'perseverazione', definita come la continuazione o la ripetizione inappropriata di una risposta o di un'attività, espressione di disfunzione frontale, collegata ad una caratteristica neuropatologica comune nella malattia di Alzheimer. La tendenza delle persone con AD nell'insistenza sul medesimo bersaglio durante i movimenti anticipatori può rappresentare appunto una manifestazione di comportamento perseverativo. L'alto grado di dispersione dei movimenti anticipatori presentata dai partecipanti AD rassomiglia alla marcata disorganizzazione delle traiettorie motorie tipica della atassia ottica: in entrambe le condizioni patologiche è interessata una porzione della corteccia parietale che è una delle prime a subire mutamenti funzionali e strutturali nella AD. Una ultima similitudine avanzata riguarda i pazienti con morbo di Parkinson, che condividono con la AD un coinvolgimento del circuito che collega gangli basali, talamo e corteccia.

Due conclusioni indicano le possibili ricadute di [2] per la pratica clinica. La realtà virtuale immersiva può tornare utile come strumento affidabile e preciso di diagnosi precoce e di monitoraggio; non solo non si sono manifestati effetti collaterali avversi #, ma anzi tutti i partecipanti si sono dichiarati gradevolmente coinvolti. Questo approccio innovativo, oltre a portare nuova conoscenza, può aprire a nuovi modelli di intervento terapeutico efficaci e piacevoli, fino alla tele riabilitazione”.

[1] Verghese, J., Annweiler, C., Ayers, E., Barzilai, N., Beauchet, O., Bennett, D. A., Bridenbaugh, S. A., Buchman, A. S., Callisaya, M. L., Camicioli, R., Capistrant, B., Chatterji, S., De Cock, A. M., Ferrucci, L., Giladi, N., Guralnik, J. M., Hausdorff, J. M., Holtzer, R., Kim, K. W., Kowal, P., ... Wang, C. (2014). Motoric cognitive risk syndrome: multicountry prevalence and dementia risk. *Neurology*, 83(8), 718–726. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000717>

[2] de Nobile, A., Borghi, I., De Pasquale, P., Berger, D. J., Maselli, A., Di Lorenzo, F., Savastano, E., Assogna, M., Casarotto, A., Bibbo, D., Conforto, S., Lacquaniti, F., Koch, G., d'Avella, A., & Russo, M. (2025). Anticipatory reaching motor behavior characterizes patients within the Alzheimer's disease continuum in a virtual reality environment. *Alzheimer's research & therapy*, 17(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13195-025-01726-6>

[3] Poirier, G., Ohayon, A., Juranville, A., Mourey, F., & Gaveau, J. (2021). Deterioration, Compensation and Motor Control Processes in Healthy Aging, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Geriatrics* (Basel, Switzerland), 6(1), 33. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6010033>

-*JAMDA* di giugno presenta una review sistematica del **trattamento della depressione nelle strutture di long term care**. Le conclusioni sono però generiche; molti trattamenti non farmacologici (terapie con animali, terapia di reminiscenza, esercizio fisico, interventi multicomponenti e di socializzazione) ottengono risultati positivi sulla depressione in

confronto con il trattamento normale. In particolare, la maggiore efficacia curativa è ottenuta attraverso l'orticoltura e le terapie cognitivo-comportamentali.

[[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00857-0/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00857-0/fulltext)]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il 17 giugno si è tenuta a Brescia presso la RSA Vittoria la **riunione annuale dei Caffè Alzheimer organizzata dalla Fondazione Maratona Alzheimer, con il supporto culturale dell'AIP**. Alla riunione, alla quale hanno partecipato oltre 30 diversi Caffè Alzheimer, sono state delineate le basi culturali del lavoro svolto, mettendo in luce l'importanza degli studi in corso per dimostrare la loro efficacia. Di seguito alcune righe di **Stefano Boffelli**, leader del progetto Caffè Alzheimer Diffuso, che descrivono gli obiettivi della collaborazione.

“L'Area Tematica dei Caffè Alzheimer di AIP è stata molto attiva nel 2024, grazie alla collaborazione di più di 30 Associazioni in tutta Italia, con risultati che danno orgoglio e lustro all'impegno preso da AIP. Il tutto, grazie al coordinamento di un gruppo di validi collaboratori (psicologi, geriatri, neurologi, educatori, etc.) che mensilmente si sono riuniti in webinar organizzativi e hanno discusso progetti comuni, locali e nazionali, con grande impegno umano e professionale.

Abbiamo pubblicato il Primo Manuale Operativo dei Caffè Alzheimer, grazie alla collaborazione con Fondazione Maratona Alzheimer, e organizzato più di 40 eventi a livello locale e nazionale, sia di presentazione (e partenza) di nuovi Caffè Alzheimer, che di nuove attività (screening cognitivo di comunità, eventi pubblici sulla demenza ed il caregiving).

L'attività prosegue anche nel 2025. Webinar, riunioni e convegni sulle demenze, organizzazione di corsi di formazione per i responsabili, volontari e familiari di nuovi Caffè Alzheimer. La maggior parte di essi è stata resa pubblica tramite le pagine Instagram e Facebook di Alzheimer Caffè Nazionale, direttamente gestito dal nostro Gruppo e collegato alle pagine web di AIP.

Inoltre, sempre con la collaborazione tra AIP e Fondazione Maratona Alzheimer, abbiamo programmato la prosecuzione del primo progetto nazionale dei Caffè Alzheimer (denominato Progetto Diffuso). Dal primo progetto abbiamo raccolto dati significativi sulle caratteristiche dei partecipanti (per lo più femmine, 80enni, con demenza lieve/moderata) e dei loro caregiver (sposi anziani e con bassa capacità di coping, oppure figlie/nuore giovani e acculturate sulla demenza) e la loro evoluzione nel tempo. Infatti, i Caffè Alzheimer non modificano l'evoluzione cognitiva e funzionale della malattia, ma riducono in modo significativo i sintomi neuropsicologici, e lo stress che ne consegue.

Nel 2025 parte il Progetto Caffè Alzheimer Diffuso 2: più di 50 Associazioni (in 18 Regioni) ed i loro Caffè parteciperanno al nuovo progetto. Nel quale ripeteremo corsi di formazione sulla valutazione multidimensionale geriatrica, e sugli interventi non farmacologici, per ampliare le conoscenze di ogni Caffè, e uniformare a livello nazionale metodologie di assessment e di

intervento. Inoltre, abbiamo deciso di valutare, in modo particolare, alcuni aspetti dei caregiver e dei partecipanti: la solitudine, il supporto sociale percepito, la gratitudine familiare, amicale e sociale. Aspetti che sono significativi, e suscettibili di intervento nei Caffè Alzheimer: ci aspettiamo una ampia partecipazione, ed anche buoni risultati dalle attività, che dureranno un anno, fino al successivo follow up. Nel nostro Progetto, l'interazione fra i gruppi familiari ed il Caffè diventerà l'occasione per una presa in cura globale, sia clinica (cognitiva e comportamentale, funzionale) che psicologica (stress, ma anche soddisfazione, gratitudine) che organizzativa (collegamento coi CDCD, e con le attività di assistenza territoriali). L'obiettivo finale è di eseguire una fotografia nazionale delle attività dei Caffè Alzheimer, per arrivare alla stesura di Linee Guida Nazionali.

La realizzazione di questo Progetto, ed in particolare della autorizzazione del Comitato Etico di Brescia, è legata alla nuova collaborazione con Fondazione Poliambulanza di Brescia. La Dottoressa Clarissa Ferrari, biostatistica, e la sua collaboratrice Chiara Zani, hanno lavorato anche alla realizzazione di una nuova modalità di raccolta ed elaborazione dei dati, grazie al ricorso alla piattaforma REDCAP di Poliambulanza. Inoltre, sono stati realizzati più webinar con i consulenti psicologi e geriatri, ed il Dr Paolo Celli del Tecnopolo di Bologna sul fundraising e la organizzazione delle attività. I feed back ricevuti a livello locale, la disponibilità degli Enti privati (Fondazioni, RSA) e pubblici (Comuni, Provincie) fanno ben sperare per il rinnovo dei fondi per l'attività del 2025 (perché, come sempre, la partecipazione dei gruppi familiari ai Caffè Alzheimer è libera ma soprattutto gratuita). Se nel periodo post-pandemico siamo ripartiti e abbiamo rifondato i Caffè Alzheimer, nel 2025 possiamo affermare che AIP è fortemente in pista per combattere solitudine, stress e isolamento sociale nei gruppi familiari di persone con demenza, con interventi a bassa tecnologia, ma ad alta efficacia (per chi ricorda l'editoriale di qualche anno fa, Low Tech but High Touch)".

-Riporto di seguito un bellissimo commento del **professor Stefano Govoni** alla **gita organizzata dall'associazione di famigliari** alla quale ha partecipato a La Spezia. Il grande scienziato, abituato a leggere nelle molecole i segni della vita, è allenato a cogliere le nuances del vissuto delle persone assistite anche nel buio, solo apparente, della malattia.

“Gita a Portovenere: Uscire dalla Comfort Zone.

Chi mi conosce sa che la mia comfort zone è il laboratorio di ricerca. Ebbene, devo dirlo a tutti: usciamone! Devo ringraziare Barbara Duranti, che ha coinvolto me e Cristina Lanni nelle attività svolte a La Spezia nell'ambito del programma 'Fuori dal Guscio', rivolto a caregiver e pazienti. Voglio però descrivere un'esperienza specifica, da cui ho tratto diversi insegnamenti e molta emozione.

Sabato 7 giugno, abbiamo accompagnato un gruppo di circa quindici persone in gita da La Spezia a Portovenere in battello. Durante il viaggio, una di noi, la simpaticissima Rosanna, si è seduta accanto a una coppia di stranieri con un bambino di poco più di un anno, non ancora in grado di parlare. Rosanna ha iniziato a giocare con lui, e il bambino ha ricambiato in un

duetto giocoso difficile da immaginare per intensità, qualità e volume di informazioni scambiate: una vera nonna e nipote, senza barriere. Ho capito molte cose: la ricchezza di certe relazioni non è necessariamente sminuita dalla malattia, il valore di una relazione familiare se c'è un nipote, e anche la *doll therapy*. C'è di più: al termine del breve viaggio, si sono salutati e poi, Portovenere è piccola, si sono rincontrati lungo la passeggiata a mare e si sono salutati di nuovo. Non posso dire se per Rosanna fosse un nuovo incontro o anche un ricordo, ma il sorriso era inequivocabilmente di felicità e gratificazione.

Dal molo, abbiamo passeggiato fino alla chiesa di San Pietro. La salita era impegnativa e ci siamo divisi in due gruppi con percorsi di diverso impegno con appuntamento al ristorante per il pranzo. Passeggiare in luoghi così belli crea nuovi ricordi e in molti dei partecipanti, che essendo spezzini già li conoscevano, richiamava alla mente altre memorie.

Ad un certo punto, Raffaele, che riconosce sempre con vivacità Cristina per i suoi capelli biondi e ricci, è apparso affaticato e ha avuto bisogno di aiuto per camminare. Molti di noi lo hanno sostenuto. Per fortuna eravamo quasi arrivati al ristorante, fresco grazie alla ventilazione naturale. Anche qui è stato necessario l'aiuto per Raffaele, che poi si è stabilizzato. È stato un pranzo gradevolissimo tra persone che stavano facendo conoscenza e che avevano tutte un interesse in comune, per professione o per gli 'accidenti' della vita: una malattia che qui aggrega, invece di dividere.

Finito il pranzo, siamo risaliti sul battello per fare il giro turistico attorno alle isole di Portovenere. Ancora una volta, gli ospiti spezzini, soprattutto, ma non esclusivamente caregiver, hanno commentato con me e Cristina le bellezze e i significati dei luoghi. Siamo poi tornati sulla passeggiata a mare in attesa del battello per il rientro a La Spezia. Cristina (che oltre ad essere una ricercatrice affermata è un'insegnante professionale di danze caraibiche e afro) è riuscita, come altre volte, a coinvolgere tutti i pazienti e molti caregiver. Non mi è facile confessarlo, ma il meno 'mobile' ero io! Molti caregiver sono più giovani di me e i pazienti si lasciano guidare meglio dalle emozioni.

Parlando con un caregiver, mi sono sentito raccontare, spontaneamente, che un cambiamento di terapia, con l'eliminazione di un antipsicotico e l'introduzione di inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina, aveva molto migliorato le condizioni della moglie. Non è certo nulla di particolarmente nuovo o straordinario; insegniamo che non tutti, ma nemmeno pochi, sono i pazienti che rispondono alla terapia. Tuttavia, raccogliere una testimonianza diretta lascia un solco diverso rispetto a un grafico statisticamente valido (che per carità, ci deve essere, ma parla meno alla parte emotiva del cervello). Con i caregiver si parla spesso di farmaci e terapie. Lo si fa in conferenza (una parte di loro e degli stessi pazienti era venuta la sera prima nella sala della Provincia di La Spezia ad ascoltarci, e il dialogo con un pubblico non professionale è sempre fitto e sugli aspetti pratici), ma questo è superato da quello che nasce in gita, che ha un tono di confidenzialità e amicalità e che non si raggiunge nelle sale pubbliche e assomiglia molto a quello che ho sperimentato nel 'Caffè Alzheimer' di Pavia (qui ringrazio Karen Keller per l'opportunità che mi ha dato).

Tornati a La Spezia, ci siamo salutati sotto un gazebo, firmando il diario della gita nel registro di 'Fuori dal Guscio'. Tutti hanno firmato e la percezione che ne ho avuto è stata quella di una consapevole affermazione di identità. Barbara Duranti mi ha detto che vuole far diventare queste esperienze condivise un laboratorio della memoria, perché si percepisce tangibilmente un legame di gruppo che si crea e che ha una maggiore forza come traccia.

Verso sera, durante il ritorno a Pavia, ci sono arrivate e-mail di ringraziamento non scontate. Una, importante, ci diceva che Raffaele stava bene e anzi aveva detto di essere stato felice per la giornata. Chi scriveva ha riassunto le cose viste e alcuni spunti su arte ed emozioni commentati la sera precedente con una frase celebre attribuita a Dostoevskij: 'Il bello ci salverà!' Ho deciso che l'intervento del mio prossimo incontro con gli amici di Maratona Alzheimer a Cesenatico avrà questo titolo, in omaggio agli amici di La Spezia, che saluto tutti anche se ho scritto solo di due, e al lavoro che fa Barbara Duranti.

Mi piace pensare che i legami con le persone, le emozioni, il bello di un'immagine, di un suono, di un movimento e, meglio, di tutto questo insieme aprono nuovi modi di comunicare ancora percorribili nel malato e da riscoprire in noi stessi. Tali vie superano molte barriere come i tunnel quantistici superano in una visione avanzata quelle energetiche e forse è proprio questa nuova biologia non deterministica che ci permetterà di meglio spiegare la complessità della malattia e delle sue cure. Per il momento io ho trovato al di fuori della mia comfort zone emozioni, gratificazione (quando 'agganci' lo sguardo di un compagno di gita che riacquista consapevolezza) e conoscenze che riquaificano anche la ricerca".

Grazie professor Govoni!

-Ringrazio amiche e amici che hanno testimoniato il loro apprezzamento per questa newsletter attraverso una donazione. Ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421

Un caro saluto ad amiche ed amici, ricordando a tutti che questa newsletter è a disposizione di chi ha qualche cosa di interessante da comunicare nell'ambito delle problematiche riguardanti la qualità della vita e delle cure delle persone anziane fragili. Nulla deve essere dimenticato di esperienze di grande respiro, spesso utili modelli ai quali ispirarsi nella cura.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP - 27 giugno 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Le RSA e i ricoveri ospedalieri
- Le RSA e i legami con il territorio
- La “Casa degli scapoli”
- Le vacanze al mare fanno bene a tutti
- “Ma il paese pensa ai vecchi?”
- Contratto collettivo della Sanità Pubblica 2022-2024
- Nuovo test d’ingresso a medicina

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’angolo di Mauro Colombo
- Lancet Neurology* e le direttive anticipate nella demenza
- JAMDA* e la prescrizione del paracetamolo nelle strutture di cura per anziani
- JAMA Neurology* e il contributo di fattori di rischio vascolari alla comparsa di demenza

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Palliative Care Day 2025

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Siamo nel periodo più caldo dell’anno. Non spetta certamente a noi ricordare i doveri degli operatori sanitari nei riguardi degli anziani, in particolare quelli più fragili; molte amministrazioni comunali si stanno lodevolmente attivando con telefoni amici, centri di ascolto, sporte di comunità, ecc.; resta, però, il grande problema della **solitudine** e della **difficoltà soggettiva e oggettiva per molti anziani di rivolgersi a questi punti di appoggio**. Infatti, molti non ne conoscono l’esistenza, non sanno dove andare e cosa

chiedere; spesso, inoltre, non possono muoversi da casa, anche a causa delle temperature. Di fronte a questa realtà, sarebbe indispensabile attivare le anagrafi della fragilità, che hanno ben funzionato in passato. Il Comune deve conoscere l'elenco degli anziani fragili di una certa zona; quindi affida a gruppi di volontariato o a servizi strutturati il compito di contattare personalmente le persone che sono nell'elenco degli anziani fragili nel momento del grande caldo. Solo con questa sorveglianza attiva si riesce ad essere realmente incisivi sul benessere degli anziani. Altrimenti sono buone intenzioni e l'occasione per preparare volantini assolutamente inutili. Inoltre, una sorveglianza attiva è in grado di rilevare eventuali problemi di salute, gestendo direttamente la situazione, senza appelli inutili alla fantomatica guardia medica.

-Ho tenuto recentemente un corso agli operatori di **Casa di Vita per la Vita, RSA ubicata a Motta di Livenza**, in provincia di Treviso. Sono stato colpito dall'atmosfera che si respira in questa istituzione. In particolare mi ha interessato la presentazione di alcuni numeri riferiti ai trasferimenti in ospedale degli ospiti, che sono drasticamente diminuiti dopo la decisione pratica di adottare le modalità cliniche più adatte per affrontare la gestione diretta delle malattie. Ciò è stato reso possibile dalla presenza di uno **staff medico responsabile** (e coraggioso, per il bene degli ospiti!) e dal fatto che tutti **gli operatori hanno accettato l'ovvio maggior peso** indotto dalle eventuali malattie acute degli ospiti non trasferiti in ospedale. Sarà possibile diffondere su larga scala questa scelta? Sebbene non tutti gli operatori si vogliono impegnare su questa strada, ritengo diverrà obbligatoria se si vogliono aiutare gli anziani fragili ospiti nelle residenze, per i quali il trasferimento temporaneo in ospedale provoca sempre grave stress e rilevanti conseguenze sulla salute. Come ho verificato in altre residenze per anziani del Veneto, la lista unica decisa dalla regione sta provocando danni rilevanti, perché impone di accogliere gli ospiti al di là delle loro caratteristiche e della disponibilità di posti nel nucleo più appropriato. Così si invitano di fatto le residenze a prestare servizi uguali, per tutti, senza la doverosa attenzione alla specificità del bisogno. È mai possibile che la politica non sia in grado di porre rimedio a decisioni burocratiche senza razionalità?

-Sempre nell'ambito della mia attenzione alle residenze per anziani, mi permetto di commentare una notizia comparsa sui giornali. A Cengio, piccolo paese in provincia di Savona, si sono svolti i funerali di un ospite della locale residenza per anziani dal nome evocativo "**Casa degli scapoli**". Questi viveva da oltre 10 anni nella residenza, apparentemente privo delle capacità relazionali, del quale nessuno conosceva la storia. La solitudine di Nicola era interrotta solo dalle visite di don Meo e di un'assessora del paese. Quando è morto però è avvenuto un fatto straordinario: sollecitati dal parroco, **moltissimi abitanti del paese si sono affollati al suo funerale**. Perché questa risposta corale, **dopo una vita solitaria e abbandonata**? Gramellini sul *Corriere della Sera* ha scritto che gli abitanti del paese "nel suo destino (quello di Nicola) hanno visto incarnati i loro fantasmi". Mosso da una

visione meno egoistica, ritengo che qualche momento di generosità e il desiderio di riparare un'ingiustizia abbiano mosso gli abitanti di Cengio. Un'altra considerazione meno umana e più "politica": alcune regioni stanno legiferando per allentare i legami delle strutture per anziani con il loro territorio, per collegarle più direttamente al potere regionale (il peggiore centralismo!). Sono atti disumani, comprensibili solo alla luce dell'esercizio di un potere senz'anima.

-Il mondo della generosità verso le persone affette da demenza riesce a "inventare" sempre nuove modalità per rendere meno faticosa la loro vita. Un'azione di particolare significato è realizzata da alcuni anni da **AFAM** (L'associazione dei famigliari dei malati di Alzheimer di Macerata), **organizzando periodi di vacanze al mare**. Ne abbiamo già riferito anche negli anni scorsi (ricordo la frase della figlia di una signora ammalata: "a 85 anni la mamma ha visto il mare per la prima volta nella sua vita"). Riporto di seguito la lettera che la figlia di una persona affetta da demenza dopo la vacanza al mare, inviata da **Manuela Berardinelli, presidente di Alzheimer Uniti Italia**: "Il cuore mi si è riempito nel vedere mia madre così serena, sorridente, immersa in quel gruppo che ormai chiama affettuosamente 'le sue amiche'. Vederla felice, mentre raccontava a modo suo con entusiasmo ciò che ha vissuto in questi giorni, mi ha fatto capire quanto questa esperienza sia stata davvero speciale per lei. Una vera 'vacanza indimenticabile'. Non era scontato. Non era semplice. Dopo la diagnosi di Alzheimer, pensavo che momenti così non fossero più possibili. Invece, grazie a voi, ha potuto riscoprire il piacere della compagnia, della leggerezza, della condivisione... Ha ritrovato uno spazio dove essere ancora se stessa, al di là della malattia. Vi ringrazio dal profondo del cuore, come figlia, come caregiver, ma soprattutto come persona che spera in un mondo più attento, più umano. Spero davvero che ciò che fate possa toccare sempre più coscienze e continuare a far germogliare bellezza e inclusione, là dove troppo spesso si pensa ci sia solo fragilità".

-“Ma il paese pensa ai giovani?” È il titolo dell'editoriale di un importante quotidiano, firmato da un importante economista. **Quando mai potremo leggere “Ma il paese pensa ai vecchi?”** Forse mai, perché il problema non interessa e la politica, di ogni parte, rinuncia al proprio compito primario di indicare le strade per costruire il futuro. È una visione realistica della politica, sempre più piegata su stessa. Tutto si riflette anche sui servizi per le persone anziane, che vengono gestiti senza anima. Un paese che non pensa ai vecchi forse può organizzare dei buoni servizi, ma non riuscirà mai a renderli davvero luoghi di vita, perché collocati in un "paese che non pensa ai vecchi".

-È stato **finalmente firmato il Contratto collettivo della sanità pubblica per il triennio 2022-2024**. Ma sembra normale che si approvi a posteriori un insieme di condizioni da applicare al passato? È stato inoltre dichiarato che è **in lavorazione il contratto per il 2025-**

2027.... Vedremo se la scadenza sarà rispettata. Al di là dell'importanza specifica di quanto è previsto nel contratto, come è possibile chiedere serietà e impegno ad un'importantissima categoria di lavoratori (infermieri, tecnici e amministrativi), quando il datore di lavoro non è in grado di rispettare i suoi impegni?

-“Come principio, il numero chiuso per l'accesso a medicina esiste dappertutto, ma funziona diversamente nei diversi Paesi, a seconda delle visioni politiche, delle culture o dei sistemi accademici. È come la democrazia secondo Churchill: il peggior sistema, a parte tutti gli altri. In Italia era poco efficiente, su questo non ci sono dubbi. Ma per non farci mancare nulla, siamo riusciti a peggiorarlo. **Il nuovo test d'ingresso a medicina**, presentato come la fine del numero chiuso, **mantiene molte delle criticità passate e ne aggiunge di nuove**: selezione nozionistica, guerra tra studenti e percorsi stressanti”. È una riforma, come scrive Gilberto Corbellini, che rischia di compromettere profondamente la qualità della formazione medica e quindi della salute pubblica. Poiché la formazione dei medici è uno degli aspetti di assoluta preminenza per il buon funzionamento delle cure, seguiremo con attenzione la messa in pratica delle nuove regole.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo**, che accompagno al doveroso ringraziamento da parte di tutti i nostri lettori.

“Che la **cannabis** [la droga più diffusa a livello mondiale, con 228 milioni di utenti stimati] portasse a cambiamenti strutturali cerebrali [per esempio contrazione del volume ippocampale] e deficit di memoria a breve termine, era noto. Ma **il suo impatto sulla demenza** è ancora oggetto di dibattito, cui ha contribuito il più ampio studio fino ad oggi sull'associazione longitudinale tra l'uso di cannabis che porta a una visita al pronto soccorso o a un ricovero ospedaliero e la diagnosi di demenza. L'articolo – corredato da illustrazioni attraenti - è stato scritto da Autori canadesi, e pubblicato in linea il 14 aprile su *JAMA Neurology* [1].

È stato condotto uno studio retrospettivo di coorte a livello di popolazione su tutti gli individui di età compresa tra 45 e 105 anni arruolati dal sistema sanitario pubblico in Ontario, Canada. Durante una osservazione della durata mediana di 4 anni, sono occorsi oltre 140.000 ricoveri ospedalieri, di cui poco più di 15 000 causati dall'uso di cannabis, a fronte di oltre 125.000 per altre motivazioni. Il tasso annuo di cure in situazioni di acuzie correlate alla cannabis è aumentato di 5,4 volte tra gli individui di età pari o superiore a 45 anni tra il 2008 e il 2021, con incrementi relativi maggiori negli individui di età pari o superiore a 65 anni # (aumento di 26,7 volte) rispetto agli individui di età compresa tra 45 e 64 anni (aumento di 5,0 volte). La accelerazione della incidenza a partire dal 2015 ha coinciso con la liberalizzazione per l'uso non medico della cannabis.

In questo studio longitudinale basato sulla popolazione, condotto su 6 milioni di persone, è stato osservato che il 5,0% e il 18,6% degli individui di età pari o superiore a 45 anni in trattamento con cannabis presso il pronto soccorso o in ospedale hanno ricevuto una diagnosi di demenza entro 5 e 10 anni, rispettivamente. Nel medesimo lasso di tempo, a tale diagnosi sono andati incontro il 3,6% dei pazienti visti in ospedale per tutte le altre cause, e lo 1,3% della popolazione generale, dopo abbinamento statistico. Gli individui sottoposti a cure acute a causa del consumo di cannabis presentavano un rischio 1,2 e 1,7 volte superiore rispetto agli individui abbinati a cure acute per tutte le cause e alla popolazione generale, rispettivamente, dopo aver tenuto conto delle differenze socio-demografiche, della comorbidità per salute mentale e delle diagnosi di 13 patologie croniche. L'aumento del rischio di diagnosi di demenza associato alle cure acute dovute all'uso di cannabis è stato simile negli uomini e nelle donne, sebbene le cure acute per l'uso di cannabis fossero più comuni negli uomini.

Un articolo di *JAMA Psychiatry* aveva già riportato nel 2016 come gli individui con un consumo eccessivo di cannabis a lungo termine, compresi quelli a cui è stato diagnosticato un disturbo da uso di cannabis, presentassero prestazioni inferiori nei test neurocognitivi di memoria, attenzione, apprendimento e funzioni esecutive [2]. Studi di neuro-immagini cerebrali hanno mostrato cambiamenti funzionali, strutturali (ridotti volumi ippocampali ed orbito-frontali) e di connettività nel cervello di individui che usano regolarmente cannabis; peraltro, i risultati sono stati coerenti con le prove di aberrazioni nelle regioni del cervello coinvolte nella ricompensa, nell'apprendimento e nella memoria, e nei circuiti motivazionali nell'uso regolare di sostanze diverse dalla cannabis, indicando una comunanza di anomalie neurobiologiche tra consumatori abituali di cannabis e di altre sostanze [3]. Quanto all'aggiustamento per 13 malattie croniche, e per altri fattori, oltre alla opportunità per motivi di ordine statistico-epidemiologico £, vale una possibile motivazione neurobiologica: l'uso di cannabis potrebbe accrescere indirettamente il rischio di demenza aumentando la prevalenza di fattori di rischio accertati. Infatti, l'uso di cannabis, in particolare i disturbi correlati all'uso di cannabis, è associato a una maggiore prevalenza di almeno 5 di questi fattori di rischio, tra cui riduzione del livello di istruzione, aumento del rischio di ipertensione, rischio più elevato di traumi cranici dovuti a incidenti stradali e altre lesioni, e un maggiore rischio di depressione e isolamento sociale. Per confronto, il rapporto di rischio tra demenza e tabagismo è 1,3, e quello fra demenza e consumo di alcol superiore a 21 unità settimanali § – rispetto a consumi di entità inferiore – è 1,2.

Gli Autori concludono con una nota di cautela rispetto al rischio di interpretazione causale dei loro risultati, nel senso che un consumo di cannabis tale da portare ad un passaggio in pronto soccorso od ad un ricovero ospedaliero possa causare demenza. Addirittura, come ultima fra le 5 limitazioni per la loro ricerca, gli Autori non escludono il rischio di 'causalità inversa', per cui il fatto che individui con sintomi di declino cognitivo inizino a usare cannabis per cercare di controllare i sintomi prima di ricevere una diagnosi di demenza, potrebbe spiegare parte dell'associazione osservata. Tuttavia, indipendentemente dalla causalità, i risultati di [1] hanno implicazioni cliniche, evidenziando un gruppo di soggetti ad alto rischio

di sviluppare demenza, che potrebbe beneficiare di attenti controlli seriatî e di interventi o misure preventive.

Poche settimane dopo l'uscita di [1], *JAMA Network Open* ha pubblicato una lettera di ricerca [4], da parte di Autori differenti ma ancora relativa alla provincia canadese dell'Ontario, dove – sostanzialmente fra i 'baby boomers' – tra il 2010 ed il 2023 si è assistito ad un incremento di 9 volte dei passaggi in pronto soccorso dovuti all'uso di sostanze stimolanti, come indicato in una curva impressionante riportata in grafico. Pochi tra questi pazienti avevano ricevuto prescrizioni di psicostimolanti o soffrivano di patologie comunemente trattate con stimolanti, e pi di due terzi delle visite al pronto soccorso erano correlate all'uso di cocaina.

quelli della mia generazione ... ndr

£ Nota statistica: Gli autori hanno calcolato un valore E per la nostra analisi dell'esito primario, stimando l'entità dell'effetto per un rapporto di rischio che un fattore confondente non misurato dovrebbe avere sia con l'esposizione (cure acute per uso di cannabis) sia con l'esito (demenza) per spiegare qualsiasi associazione osservata con la stima puntuale. L'analisi di sensibilità del valore E per la popolazione generale suggerisce che le associazioni osservate tra cure acute per consumo di cannabis e diagnosi di demenza potrebbero essere spiegate solo da fattori confondenti non misurati con un rapporto di rischio pari a 2,84.

§ Nota metodologica: una unità alcolica corrisponde a circa 12 grammi di alcol puro, che si trova ad esempio in un bicchiere di vino da 125 ml o in una birra da 330 ml.”

[1] Myran, D. T., Pugliese, M., Harrison, L. D., Stall, N. M., & Webber, C. (2025). Risk of Dementia in Individuals With Emergency Department Visits or Hospitalizations Due to Cannabis. *JAMA neurology*, 82(6), 570–579. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.0530>

[2] Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A., Curran, H. V., & Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA psychiatry*, 73(3), 292–297. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>

[3] Lorenzetti, V., Chye, Y., Silva, P., Solowij, N., & Roberts, C. A. (2019). Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00979-1>

[4] Lorenzetti, V., Chye, Y., Silva, P., Solowij, N., & Roberts, C. A. (2019). Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00979-1>

-*Lancet Neurology* di luglio riporta una corrispondenza riguardante le **direttive anticipate nella demenza**. È stato argomento di innumerevoli discussioni e di lavori seri e documentati;

questo commento, scritto da studiosi olandesi, italiani e inglesi prende posizione perché la tematica venga affrontata “anche se inizialmente i familiari e i professionisti temono che gli ammalati non comprendano la problematica o diventino ansiosi o depressi”. Secondo il giudizio degli autori “l’approccio personalizzato può essere vantaggioso per l’ammalato, i suoi cari e i caregiver, nonché per gli operatori sanitari”. È un atteggiamento ottimista, che va adattato alle singole situazioni, alla storia della famiglia, al livello intellettuale, alla capacità di elaborazione dei messaggi. Certamente richiede che il medico, dopo aver ottenute le necessarie informazioni sulle scelte dell’ammalato, si impegni ad accompagnarlo con determinazione e costanza, ritenendo che la vicinanza sia il modo per evitare che le scelte del paziente provochino una condizione di solitudine, con le ovvie conseguenze sull’ammalato e sulla sofferenza della sua famiglia.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(25\)00196-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(25)00196-6/fulltext)]

-*JAMDA* di giugno riporta i dati di un’indagine condotta in Canada per rilevare il **consumo di paracetamolo (acetaminofene) nelle strutture di assistenza a lungo termine**. Il 45% dei pazienti riceve il trattamento, quasi tutti al dosaggio giornaliero di 1000 mg. Lo studio commenta i costi della prescrizione del farmaco, corrispondente a quello di “93 infermiere a tempo pieno ogni anno”. Si tratta di valutazioni non comuni nel nostro paese, anche perché sembrano mettere in secondo piano le valutazioni sull’appropriatezza clinica della prescrizione del paracetamolo rispetto a quelle economiche. Peraltro, le linee guida della British Geriatric Society e della British Pain Society confermano l’efficacia del farmaco nel controllare il dolore, sebbene il parere sia più critico rispetto al passato. Nel complesso, il paracetamolo rappresenta ancora il farmaco più consigliato e prescritto per controllare il dolore nelle età avanzate. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(25\)00239-7/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(25)00239-7/fulltext)]

-*JAMA Neurology* di giugno pubblica uno studio sul peso di **eventi vascolari modificabili nell’età adulta e anziana rispetto alla comparsa di demenza incidente**. I risultati sono fondati sull’osservazione per 33 anni di un gruppo di cittadini valutati per la presenza di ipertensione, diabete e dipendenza dal fumo. I risultati indicano che tra il 22 e il 44% dei casi di demenza incidente a 80 anni sono attribuibili ai fattori vascolari. Il lavoro conclude che “ipotizzando una relazione causale, il mantenimento di condizioni di salute del sistema vascolare per tutta la vita può mitigare il rischio di demenza a 80 anni”. Il dato si aggiunge ai molti altri che in questi anni hanno indicato una correlazione; indica, peraltro, una differenza dell’efficacia del controllo dei fattori rischio in età adulta e anziana, anche se si conferma, seppure con valori meno importanti, anche per quest’ultima.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2834600>]

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Allego il messaggio di **Dario Leosco, presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**, rivolta anche ai soci di AIP, per la partecipazione al **progetto Palliative Care Day**, che sarà attivato in concomitanza del prossimo 11 novembre, la giornata Nazionale della Cure Palliative. Unisco il mio personale invito perché il progetto possa raccogliere il massimo numero possibile di adesioni e quindi di informazioni, importanti per le scelte future attorno ad un argomento di grandissima importanza clinica e umana.

Ringrazio amiche e amici che hanno testimoniato con una donazione il loro apprezzamento per questa newsletter. Non è mai troppo tardi: a questo fine ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421

Un saluto cordiale a chi ci segue e in particolare alle nuove colleghe e colleghi che sono stati inseriti in queste settimane nella nostra mailing list.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica