

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- La salute del Presidente Biden
- “Cosa significa essere umani” di Gallese e Morelli
- Le narrazioni di Giovanna Baraldi
- La Fondazione Germani e la gentilezza

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Mauro Colombo tra discriminazione e salute
- Horton su *Lancet*: perché ci siamo dimenticati della povertà
- *Radiology*: il potenziale di GPT-4 per identificare errori in radiologia
- *JAMDA*: benefici dell'autocompassione tra i caregiver professionali
- *JAMA Neurology*: “Blame Mom?”

Amiche, amici,

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Questa è la prima newsletter di luglio: tempo di vacanza. Sarei soddisfatto se qualcuno dei lettori volesse inviare una riga per farci sapere se è utile continuare questa newsletter anche nei mesi di luglio e agosto, cioè se al mare, ai monti, ai laghi si ha tempo per leggere e pensare. Attendo con grande interesse e con un grazie anticipato, anche per chi affermasse che lo stakanovismo è una malattia grave!

Il vivace **dibattito sulla salute di Biden sta interessando il mondo della politica e della clinica**. I pareri sono ovviamente diversi sul piano politico, mentre non sono così ovvie le diverse interpretazioni sullo stato di salute cognitiva del Presidente degli Stati Uniti. La discussione è ancora aperta e siamo in attesa dell'evoluzione del dibattito, in particolare per quanto riguarda le decisioni dello stesso Biden. Ritengo si debba tenere sullo sfondo l'affermazione che “invecchiare non è una malattia”, per evitare pregiudizi che inquinano la discussione e quindi la possibilità di prendere decisioni equilibrate. In Italia abbiamo avuto e

abbiamo persone anziane ai vertici dello Stato e assolutamente in grado di onorare la loro funzione. Si pensi a Berlusconi, scomparso a 87, del quale si discuteva sulla salute somatica, ma mai sulla capacità di controllare le decisioni riguardanti la propria vita e i propri doveri politici. Penso anche a Sergio Mattarella, il nostro amatissimo Presidente, che continua a testimoniare con grande efficacia il proprio ruolo di garante della libertà e della dignità di ogni cittadino; a 83 anni non rinuncia a nulla, anche con grande impegno fisico, rispetto al dovere profondamente vissuto di garantire l'unità della Nazione. Quindi, analizzare la condizione di salute cognitiva di Biden non deve mai diventare una valutazione fondata sull'età. In attesa delle decisioni dell'interessato, al quale continuiamo a garantire stima e apprezzamento per il lavoro che sta compiendo e anche vicinanza per la difficile decisione che deve prendere in questi giorni sul futuro della propria candidatura.

“Homo sapiens vive immerso nelle relazioni” è il titolo della recensione pubblicata dal *Corriere della Sera* a firma di Mauro Magatti del volume di Gallese e Morelli **“Cosa significa essere umani”** (Raffaello Cortina Ed.). L'idea di fondo è quella espressa dagli autori nella prefazione del libro: “Sentiamo la necessità di superare molti dei dualismi che in Occidente hanno caratterizzato la narrazione della nostra specie: prime fra tutte le separazioni tra mente e corpo, tra natura e cultura, tra cultura materiale e cultura simbolica, tra io e tu. Un paradigma corporeo, basato sulla relazione, si fa strada nella comprensione di noi stessi e attende di essere riconosciuto per una collocazione più appropriata della nostra presenza e una lettura più adeguata della nostra esperienza e soprattutto per attraversare meglio i vincoli e le possibilità di questo presente che ci traghetta in un mondo nuovo da costruire assieme, a partire da un'idea più precisa di noi stessi”. Il volume è una lettura da suggerire a chi come noi dell'AIP crede che i dualismi siano culturalmente inadeguati, ma soprattutto dannosi per la pratica clinica, che deve essere guidata dalla comprensione della complessità della vita umana, indispensabile per adeguate azioni di cura. Riconoscendo, peraltro, che l'invecchiamento della persona è strutturalmente un processo di complessificazione della realtà, in termini biologici, clinici e psicosociali.

Giovanna Baraldi ha inviato un'altra delle **storie che narrano la vita degli operatori sanitari in questo tempo difficile**. Sulla scia di Giovanna, ricordo che la newsletter è aperta a chi volesse inviare altre testimonianze che ci aiutano a capire il tempo che stiamo vivendo e le crisi che accompagnano troppo spesso le persone che lavorano in ambito sanitario e assistenziale. La responsabilità è di alcuni processi organizzativi e dell'incomprensione delle scelte individuali, dettate da generosità e cultura, da parte di chi ha la responsabilità di guidare i sistemi sanitari: purtroppo, spesso con l'occhio del ragioniere (sia detto con il massimo rispetto per questa categoria di professionisti!), invece che con quello del programmatore civile, aperto all'innovazione e al rispetto della dignità umana.

“Alessandra è psichiatra nell’unità operativa complessa di Psichiatria dell’Ospedale hub. Stamattina appena arrivata ha pulito l’ambulatorio dove il medico della cooperativa ha dormito stanotte. Non lo ha incontrato ma sa che è quello che viene da Brindisi, viene tre notti al mese, non è specializzato e non ha esperienza anzi ha paura. Anche noi abbiamo paura, abbiamo esperienza e siamo vecchi, ma abbiamo paura quando ci chiamano dal Pronto. Adesso sono di guardia, sono ‘sotto rete’. Ci arrivano cinque chiamate di urgenza nel giro di mezz’ora; proiettili che arrivano senza possibilità di mentalizzare. Ho avuto terrore quando il paziente mi ha preso per il collo. Ma il contenimento mi sembra persecutorio. Non mi riconosco più. Bisogna capire. Ieri pomeriggio siamo andati tutti insieme in Direzione Generale e hanno incolpato il nostro primario di non aver pensato ‘cose innovative per risolvere i problemi’. L’hanno umiliato. Il Direttore Sanitario non ha chiesto e non ha ascoltato quello che avevamo da dire ma aveva preparato delle slides e ci ha fatto una presentazione. Mancanza totale di riconoscimento della nostra esistenza. Prima c’era rispetto, tutti i gruppi si conoscevano e c’era rispetto delle difficoltà degli altri. Mi torna sempre la domanda, come proteggere la nostra psiche: ‘coltivandola’, badando all’equilibrio fra lavoro e vita che adesso è sbagliato e fuori controllo. Un collega che lavora nella città vicina, stanco e sopraffatto dalle difficoltà degli ultimi mesi (malattie gravi di genitori e della moglie) e dall’impegno di responsabilità di facente funzioni che gli è arrivato dopo il pensionamento del direttore della struttura in cui lavora, decide di compilare la richiesta di aspettativa e di inviarla. Voleva mandare tutto al diavolo, benché ami il suo lavoro in modo assoluto. È puro e devoto, non fa nemmeno libera professione ma si è sempre portato il lavoro a casa per completare le riflessioni cliniche. Attiva i rapporti con le università per sentirsi meno periferico, per restituire ciò che ha avuto come studente trent’anni fa. Mi dice che ieri lo ha chiamato il Direttore Generale. Lui rimane stupito, non capisce, ma va all’incontro. Ebbene: ‘ho trovato l’ascolto. E sono rimasto spaesato, incredulo’. Lo ha sconvolto il fatto che un Direttore Generale lo ascoltasse, che avesse voglia di capire. Per cui non è partito, è rimasto a presidiare la ‘cittadella’. Io penso invece che noi tutti potremmo congedarci domani con l’indifferenza di tutti. Non ricordo cosa c’era nelle slides del Direttore. Noi volevamo chiedere solo di poter parlare, ogni tanto, di condividere. Avevamo delle proposte innovative. Di lavorare di più ma meglio. Il terreno interiore non va sfruttato eccessivamente”.

La **Fondazione Germani** di Cingia de’ Botti ha inviato un **video sulla gentilezza** che è stato **recentemente premiato dalla SIGG**. Il problema della gentilezza è infatti tra quelli sui quali frequentemente si sofferma la nostra newsletter. Mi auguro che possa essere guardato con attenzione da chi ci segue e ha responsabilità nella conduzione delle RSA. Con piacere riporto il link per la visione del video.

[\[https://www.facebook.com/share/v/skFcPcBD2uH12bYp/\]](https://www.facebook.com/share/v/skFcPcBD2uH12bYp/)

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

Apriamo la nostra serie di recensioni con un grandissimo testo di **Mauro Colombo**, che ritorna in maniera originale a trattare l'argomento delle **disparità e salute del cervello**.

“Il percorso degli studi sul rapporto tra discriminazione e salute – con particolare riguardo a quella del cervello, ed al relativo invecchiamento – è lungo ed intricato, quanto affascinante. Proverò qui a segnare alcune tappe cucendo un filo che passa attraverso 3 articoli di *JAMA* che coprono un lustro, e che ho trovato indicativi di come la ricerca si sia evoluta. Le indagini prese in considerazione sono state svolte tutte negli USA, per cui la trasposizione nel nostro scenario locale non è immediata #. In particolare, va ricordato come nella popolazione di origine afro-americana il rischio di demenza di Alzheimer sia doppio rispetto ai bianchi statunitensi, anche se non vi è un completo accordo tra gli studi epidemiologici.

Il primo dei 3 lavori considerati [1] sottolinea – per riprendere la questione del disaccordo sopra menzionato - come i medesimi fattori che possono contribuire a differenze razziali alla base del processo dementigeno sono gli stessi che possono alterare i dati: fattori socioeconomici [per es.: scolarità], psicologici [stress ripetuto e prolungato da discriminazione] e patologici [comorbidità, specie cardiovascolare] pesano anche sulle possibilità di partecipazione alle ricerche. Gli Autori – con diverse professionalità ma tutti affiliati alla Università di Washington nel Missouri – in uno studio longitudinale condotto su 1255 anziani ambo sessi, di cui 173 afro-americani, nel gennaio 2019 erano giunti alle seguenti conclusioni, riguardo ai soggetti afro-americani: (1) hanno livelli ridotti di t-tau e p-tau181 nel liquido cerebrospinale, ma solo negli individui positivi per APOE ε4; (2) hanno volumi dell'ippocampo inferiori per coloro che riferiscono una storia familiare di demenza; (3) hanno un carico equivalente di amiloide-β come determinato dai livelli del radioligando per la amiloide-β alla tomografia ad emissione di positroni [PET], e dalle concentrazioni di Aβ42 nel liquido cerebrospinale; e (4) condividono una firma biologica AD identica, in modo tale che il carico di amiloide e le concentrazioni di tau totale e tau fosforilata 181 nel liquido cerebrospinale aumentano in funzione dell'età e dello stato clinico (CDR >0). Tali risultati – concordi con studi precedenti – non possono venire agevolmente spiegati dalla quota di patologia cerebrovascolare. Inoltre, la presenza di un allele APOEε4 è associata ad un aumento del radioligando per la amiloide-β di amiloide ed ad una diminuzione dei livelli di Aβ42 nel liquido cerebrospinale sia negli individui afroamericani che bianchi, anche se nella discussione si ricorda come, in generale, l'associazione tra APOE ε4 e malattia di Alzheimer è più debole per gli individui afroamericani che per quelli bianchi. Nella frase conclusiva si auspicano indagini che delucidino il substrato biologico di come la etnia possa modificare il rischio e la espressione della malattia di Alzheimer.

Un gruppo di ricercatori, tutti affiliati alla Columbia University di New York, analizzando neuroimmagini, ha voluto indagare, nel secondo studio, in che misura le disparità razziali ed etniche nello spessore corticale e nel volume di iperintensità della sostanza bianca fossero presenti nella mezza e nella tarda età. Hanno perciò studiato trasversalmente 2 comunità: una costituita da 497 55enni, di cui 1/4 afro-americani, l'altra da 970 75enni, dove gli afro-americani superavano 1/3 del campione; in entrambe le comunità gli ispanici

rappresentavano la maggioranza assoluta, cui si aggiungeva una piccola quota di bianchi. In sintesi, come ben visibile nelle figure a colori, confrontando le pendenze delle linee che collegano l'avanzare dell'età con lo spessore corticale o con la quota di iperintensità nella sostanza bianca, nei partecipanti ispanici e bianchi c'è stata un'inflessione in tali pendenze per entrambe le misure, con una maggiore inclinazione passando dalla mezza età alla tarda età. Invece non c'era alcuna differenza o inflessione nelle pendenze nei partecipanti afro-americi, suggerendo un'accelerazione dell'invecchiamento cerebrale nella mezza età per questi ultimi. Gli Autori interpretano tali differenze razziali principalmente in termini di 'logoramento' – su base psico-sociale – che comprende anche la neurodegenerazione. La discussione dell'articolo si chiude con l'auspicio che studi futuri includano biomarcatori della malattia (quali amiloide e tau) per cogliere gli effetti dello svantaggio psico-sociale lungo un ampio tragitto della vita [2].

Il terzo studio preso in questione per questo 'angolo' mette insieme neuroimmagini e genetica per indagare se la discriminazione si traduca in una connettività cerebrale alterata, ed in particolare se modificazioni della connettività in regioni profonde dell'encefalo siano associate ad un invecchiamento epigenetico accelerato [3]. L'indagine – condotta da Autori statunitensi e canadesi – poggia su una serie di premesse solide, relative alla discriminazione su base razziale: è associata epidemiologicamente a disordini da stress post-traumatico, episodi depressivi maggiori, disturbi cognitivi e demenza; coinvolge strutture e funzioni nel diencefalo (talamo) e nel telencefalo [nucleo amigdaloideo, insula, corteccia visiva e pre-frontale (specie rostrale e ventro-mediale)], le cui attivazione e connettività sono implicate nella processazione e regolazione delle emozioni; è collegata ad assottigliamento corticale ed alterazioni nella integrità della sostanza bianca nel circuito pre-frontale, che comprende il cingolo: strutture che a loro volta mediano la relazione fra discriminazione ed il carico complessivo di malattie. Tutti questi studi hanno però trascurato strutture encefaliche profonde, coinvolte sia nel controllo della veglia e della vigilanza, che nella patogenesi della malattia di Alzheimer. In particolare, la attenzione dello studio in questione riguarda le seguenti strutture del tronco encefalico: il Locus Coeruleus (LC), le cui proiezioni adrenergiche diffuse orchestrano risposte adattative alle minacce; il Grigio Peri-acqueduttale (GPA), le cui proiezioni a strutture corticali e sottocorticali coordinano le risposte cardiovascolari, respiratorie e motorie alle sollecitazioni emotive; il Collicolo Superiore (CS), che, lungo la via visiva, raccoglie stimoli minacciosi e coordina risposte difensive [per esempio: combattimento / fuga / immobilità] attraverso collegamenti col GPA. Un altro obiettivo della ricerca consiste nello studio delle associazioni tra tali cambiamenti neuroplastici e l'invecchiamento cellulare, espresso dalle alterazioni epigenetiche, stimate col metodo classico dello 'orologio di Horvath e Hannum', che misura la distanza tra età biologica e cronologica.

In una coorte di 90 donne statunitensi, di età media  $38,5 \pm 11,3$  anni, una maggiore discriminazione razziale auto-dichiarata era associata a una maggiore connettività funzionale nello stato di riposo (RSFC) tra il Locus Coeruleus (LC) e il precuneo. La discriminazione razziale è correlata ad un maggiore invecchiamento cellulare sia direttamente che attraverso

la mediazione della connessione in stato di riposo tra LC e precuneo. Già in precedenza era stata rilevata una associazione tra entità della discriminazione razziale e forza della connessione in stato di riposo tra LC e precuneo: tale ultimo circuito costituisce un nodo cruciale della 'rete in modalità predefinita', attiva durante stati di autoreferenzialità, in condizioni di riposo. Il precuneo, poi, è coinvolto in condizioni di rabbia, ruminazione, e rivisitazione di memorie traumatiche.

In discussione, si rimarca come nel 2021, una ricerca [4] su 219 46enni afro-americani (64% donne) aveva riportato che la rabbia interiorizzata – a differenza di quella esteriorizzata – mediava la associazione tra discriminazione ed invecchiamento epigenetico accelerato. A sua volta, quest'ultimo è correlato ad una ridotta integrità di vari tratti di sostanza bianca, in 376 soggetti di origine americana-messicana, di età compresa fra 23 e 93 anni [5]. Nel 2015, nei religiosi aderenti al 'e Rush Memory and Aging Project', lo stesso Horvath e Collaboratori avevano trovato che la accelerazione dell'invecchiamento epigenetico nella corteccia prefrontale dorso-laterale era associato a placche diffuse e neuritiche, al carico amiloide, ed a deficit in funzione cognitiva globale, memoria episodica e di lavoro [con tendenza al limite della significatività statistica per la memoria semantica], ma solo nei partecipanti con demenza di Alzheimer. Diversi marcatori di patologia alzheimeriana mediavano quote variabili, ma anche rilevanti, della associazione tra la accelerazione dell'invecchiamento epigenetico e le alterazioni cognitive [6]”.

[#] per restare nel nostro continente, i paesi del Benelux, nei primi anni '90, svolgevano ricerche – sostenute dalla Unione Europea - sull'invecchiamento della loro popolazione immigrata

[1] Morris, J. C., Schindler, S. E., McCue, L. M., Moulder, K. L., Benzinger, T. L. S., Cruchaga, C., Fagan, A. M., Grant, E., Gordon, B. A., Holtzman, D. M., & Xiong, C. (2019). Assessment of Racial Disparities in Biomarkers for Alzheimer Disease. *JAMA neurology*, 76(3), 264–273. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4249>

[2] Turney, I. C., Lao, P. J., Rentería, M. A., Igwe, K. C., Berroa, J., Rivera, A., Benavides, A., Morales, C. D., Rizvi, B., Schupf, N., Mayeux, R., Manly, J. J., & Brickman, A. M. (2023). Brain Aging Among Racially and Ethnically Diverse Middle-Aged and Older Adults. *JAMA neurology*, 80(1), 73–81. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.3919>

[3] Elbasheir, A., Katrinli, S., Kearney, B. E., Lanius, R. A., Harnett, N. G., Carter, S. E., Ely, T. D., Bradley, B., Gillespie, C. F., Stevens, J. S., Lori, A., van Rooij, S. J. H., Powers, A., Jovanovic, T., Smith, A. K., & Fani, N. (2024). Racial Discrimination, Neural Connectivity, and Epigenetic Aging Among Black Women. *JAMA network open*, 7(6), e2416588. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16588>

[4] McKenna, B. G., Mekawi, Y., Katrinli, S., Carter, S., Stevens, J. S., Powers, A., Smith, A. K., & Michopoulos, V. (2021). When Anger Remains Unspoken: Anger and Accelerated Epigenetic Aging Among Stress-Exposed Black Americans. *Psychosomatic medicine*, 83(9), 949–958. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001007>

- [5] Hodgson, K., Carless, M. A., Kulkarni, H., Curran, J. E., Sprooten, E., Knowles, E. E., Mathias, S., Göring, H. H. H., Yao, N., Olvera, R. L., Fox, P. T., Almasy, L., Duggirala, R., Blangero, J., & Glahn, D. C. (2017). Epigenetic Age Acceleration Assessed with Human White-Matter Images. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 37(18), 4735–4743. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0177-17.2017>
- [6] Levine, M. E., Lu, A. T., Bennett, D. A., & Horvath, S. (2015). Epigenetic age of the pre-frontal cortex is associated with neuritic plaques, amyloid load, and Alzheimer's disease related cognitive functioning. *Aging*, 7(12), 1198–1211. <https://doi.org/10.18632/aging.100864>

Richard Horton su *Lancet* del 22 giugno lancia un messaggio forte perché il **legame tra salute e povertà sia analizzato e studiato in modo più rilevante** rispetto a quanto è generalmente riconosciuto. L'autore conclude l'editoriale con questa affermazione: “Se non poniamo la riduzione della povertà al centro dell'attenzione, l'idea di una vera comunità globale è una bugia per confortare la nostra spavalderia”. Purtroppo, però, è ancora diffuso un modello culturale che pone la battaglia contro la povertà tra le “opere buone” e non come strutturale per il garantire il benessere delle popolazioni, a cominciare dalla loro salute somatica e psichica. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01297-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01297-2/fulltext)]

*Radiology* di aprile pubblica un lavoro interessante che **confronta le prestazioni di GPT-4 con quelle dei radiologi nella predisposizione dei report**. I dati indicano che GPT-4 richiede meno tempo nella preparazione del report, anche rispetto al più veloce dei radiologi e che causa costi minori per le correzioni anche rispetto al più efficiente dei radiologi. Gli autori indicano peraltro che ancora molto lavoro deve essere fatto per l'adozione su larga scala di questi modelli linguistici, che potenzialmente possono ridurre il lavoro del radiologo, aumentare l'efficienza della refertazione e di conseguenza ridurre i costi. [<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.232714>]

*JAMDA* di giugno indica **come l'autocompassione sia un approccio positivo per aiutare i caregiver professionali** (ad esempio gli Oss) **ad affrontare lo stress**. I dati mostrano che vi sono risposte molto diverse tra loro, dovute al background socioculturale. Gli autori concludono quindi l'importanza di ulteriori studi per approfondire l'efficacia dell'autocompassione nel ridurre disturbi mentali (depressione e ansia) e aumentare la soddisfazione per il lavoro. Nel complesso, però, l'apprendimento di queste tecniche ha ricadute positive sull'attività dei servizi per anziani quali le RSA. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00521-8/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00521-8/abstract)]

*JAMA Neurology* del 17 giugno pubblica un editoriale intitolato: **“Beta amiloide in persone cognitivamente normali. È la mamma da incolpare?”**. Infatti, la storia familiare è una dei principali fattori di rischio, oltre all’età avanzata, per sviluppare la malattia di Alzheimer. Ciò è particolarmente rilevante se la storia familiare coinvolge un parente di primo grado, come un genitore, con un aumento del rischio di 2-4 volte. Ma chi trasmette il rischio? Chi deve essere incolpato? Diversi studi indicano che il rischio aumenta se la storia della malattia indica la presenza di una mamma piuttosto che un papà. Le ragioni possono essere biologiche (il cromosoma X della madre, i mitocondri, uno specifico imprinting genomico) o connesse a eventi vitali. Ad esempio, secondo alcuni studi le generazioni di donne con Alzheimer hanno avuto una formazione più povera rispetto all’uomo. L’editoriale finisce così: “Quindi sembrerebbe giustificato – although not fair! – incolpare la vostra mamma per il rischio di avere un’Alzheimer”. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2820197>]

Un caro saluto e l’augurio di buone vacanze per chi le ha iniziate,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*



***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Ancora attorno alla vecchiaia di Biden e l'intervento di Leo Nahon
- "Quel topo robotico che esce dal labirinto può comportare un rischio per la nostra libertà"
- La solitudine a Milano e non solo
- Onore al collega Campiglia che non ha voluto sottomettersi alle ingiustizie del nostro SSN
- Dibattiti sulle RSA

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Il contributo di Mauro Colombo sulle preoccupazioni di inadeguatezza da parte dei caregiver
- *JAMA Psychiatry*: Psicosi e biomarker nell'Alzheimer
- *JAMDA*: Segni e sintomi degli eventi avversi dei farmaci psicotropi
- *JAMA Psychiatry*: Gratitudine e mortalità tra le infermiere anziane
- *JAMA Network Open*: Il caldo e la mortalità nelle persone affette da demenza
- *JAMA*: Dose degli anestetici e delirium

Amiche, amici,

Numerose colleghe e colleghi hanno risposto in modo incoraggiante alla richiesta di indicare il loro interesse per la continuazione estiva della newsletter. Grazie ai generosi di cuore e di mente! Con una di queste interlocutrici abbiamo deciso di fondare una sottosezione di AIP dedicata agli "stakanovisti sociali"! (il presidente De Leo vorrà perdonarmi...). Le iscrizioni sono aperte. La quota è di un centesimo!

A meno che non pensiate come il carissimo Renzo Rozzini, che ha mi scritto: "Il male inguaribile, ma credo anche incurabile, del prof. Trabucchi è quello di pensare che alle newsletter si debba rispondere. Amen."

La soddisfazione maggiore mi è venuta da una telefonata del professor Lodovico Frattola, presidente emerito di AIP; ha detto che anche in vacanza legge la newsletter. Grazie, grandissimo amico!

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Sono rimasto profondamente dispiaciuto, ma anche disgustato, per la copertina di *The Economist* che mostra l'immagine di un deambulatore con il seal del Presidente degli Stati Uniti. Tanta retorica anti ageism evidentemente non è servita a nulla; **appena sembra di averne la possibilità si attaccano gli anziani, le loro debolezze** e si formalizza la loro esclusione dai diritti civili. Ha avuto anche l'impressione che i critici alla mia intervista al *Corriere della Sera* si dividessero in due: da una parte colleghe e colleghi di grande competenza, che criticavano sul piano clinico la mia visione, e dall'altra quelli che per principio non tollerano che un ultra80enne possa aspirare ad un ruolo di grande importanza. Eventualmente avrebbero dovuto domandarsi perché una nazione ancora giovane candida alla presidenza due cittadini molto anziani...

Riporto a questo proposito una mail che ho ricevuto da Leo Nahon, molto attento alle vicende che riguardano l'invecchiamento normale e patologico.

“Il tuo giudizio su Biden è sempre stato molto spassionato e generoso.

Rispetto alla recente questione del dibattito, prima ancora che lanciarsi in valutazioni cliniche ictu oculi mi sembra strano che nessuno abbia sottolineato come sia assurdo giudicare la validità politica di un personaggio da come riesce a condurre una corrida mediatica. È davvero possibile giudicare il valore politico di un uomo solamente da come riesce a smarcare o battere un avversario in una singolar tenzone televisiva? Davvero è il duello tra due gladiatori che legittima il Colosseo politico a dare pollice verso, e questo è quanto?

Non è possibile che un anziano e sofferente uomo politico conservi capacità di discernimento e decisione su fatti epocali anche in presenza di alcuni soft signs neuropsichiatrici?

E Papa Wojtyła allora? Certo che la posizione istituzionale è totalmente differente, ma colpisce come invece allora la sua visibile sofferenza abbia potuto mobilitare le capacità di pietas e di solidarietà consentendo un'identificazione con gli aspetti più deboli della persona, rafforzandone addirittura la leadership.

Per non dire del fatto che tutti sanno o dovrebbero sapere che anche il leader più potente è comunque sempre l'espressione di un gruppo di collaboratori sul cui determinante lavoro il leader si appoggia o del quale a volte è sostanzialmente il ventriloquo.

Mi sembra sconcertante che sia solo l'esteriorità di come un uomo riesce a esprimersi che diventi così determinante nel giudizio di idoneità.

Altri sono secondo me gli elementi che possono preoccupare: ad esempio colpisce la cocciutaggine con la quale Biden ha reagito alle varie esortazione a dimettersi. Questo sembra casomai più preoccupante: un misto di rigidità e incapacità di mettersi in discussione. Misto che è ahimè molto diffuso tra chi fa politica, anche senza una senescenza patologica (di cui comunque questo aspetto può far parte). Ma sappiamo bene che gli aspetti

esteriori sono ormai predominanti in tutto e che una comunicazione ben confezionata e furbastra paga più dei contenuti (Grillo docet e tanti altri fino all'orrendo e pericoloso Trump)".

**“Quel topo robotico che esce dal labirinto può comportare un rischio per la nostra libertà”**. È il titolo di un articolo su *Il Sole 24 Ore* del 10 luglio a firma del professor Paolo Benanti. Riguarda: “le domande che ci sapremo fare oggi, all'alba della realizzazione di una società infusa di intelligenza artificiale, saranno i guardrail che diranno i limiti alla pervasività di sistemi dalla profonda capacità di controllo”. Sono parole che riecheggiano quanto scritto nell'editoriale senza firma di *The Lancet* del 6 luglio. “L'IA generativa non è in sé né cattiva né buona, rappresenta una sfida per il progresso. Se utilizzata con giudizio, l'IA ci può liberare di tanta burocrazia che fa perdere tempo, mettendolo invece a disposizione per il pensiero creativo e le interazioni sociali. Tuttavia, è un'invenzione umana e i suoi effetti riflettono i sistemi e gli ambienti nei quali è stata designata e usata”. Come si può capire il dibattito è aperto, non del tutto tranquillizzante. Le tematiche collegate all'intelligenza artificiale si presentano sempre più pressanti alla nostra attenzione. Vi è il rischio (che il sottoscritto sente personalmente) di essere bombardati da continue indicazioni e pressioni, con la perdita dell'autonoma capacità di giudizio. Le incertezze riguardano la tecnologia, i problemi riguardanti la realistica ricaduta sulla prassi clinica, le problematiche sociali e umane riunite nel termine algoretica.

*The Economist* del 26 giugno afferma che oggi almeno il 10% delle ricerche ha l'intelligenza artificiale tra i coautori degli lavori scientifici, perché, tra l'altro, aiuta nel processo di scrittura. Interventi che però devono far pensare circa l'autonomia degli studiosi.

Nei prossimi giorni cercherò di sentire il maggior numero possibile di colleghe e colleghi, così da preparare una proposta articolata per un progetto formativo sull'argomento, da sottoporre al presidente De Leo. La psicogeriatría ha problematiche del tutto speciali, perché si colloca pienamente nella logica della complessità, luogo privilegiato per l'intelligenza artificiale.

**“A Milano si vive da soli. Numeri record in città”**. È il titolo di un giornale che indaga sul fatto che metà delle case sono comperate dai single; il 49.6% degli acquisti viene effettuato da loro. Infatti, in città i nuclei famigliari monocomponente sono il 56.8%; in termini di popolazione significa 444.875 abitanti. Sono numeri che impressionano, perché testimoniano direttamente la realtà di una città dove il nucleo primario, la famiglia, è in gravissima crisi. A noi il problema interessa in modo particolare per quanto guarda gli anziani, che di fatto tendono sempre più a vivere senza il supporto delle generazioni. La trasformazione dell'abitare, con case sempre più piccole, impedisce alla radice che gli anziani possano eventualmente in futuro abitare con le generazioni più giovani. Il fenomeno è ovviamente irreversibile, perché non saranno costruite case a più vani, condizione indispensabile per ospitare diversi componenti della famiglia. Qualcuno invoca l'intervento delle amministrazioni comunali per predisporre appartamenti più grandi; ma che spazio può avere

la politica in una prospettiva sociale autodistruttiva? Il problema non sta delle case piccole, ma nella loro richiesta sociale. Con conseguenze concrete molto pratiche: come è possibile in questa situazione predisporre efficaci sistemi di assistenza domiciliare per chi ha bisogni complessi? D'altra parte, realtà come il cohousing non assumeranno mai dimensioni tali da bilanciare la crisi abitativa.

Onore al **dottor Carlo Campiglia** di Busto Arsizio che **ha deciso di andare prematuramente in pensione perché non sopporta più l'organizzazione italiana della sanità**. Onore a questo nostro collega perché, mentre molti predicano, ha deciso di dare una testimonianza durissima, rinunciando a parte della sua vita, perché, da quanto si capisce, la medicina accurata, compassionevole, tecnicamente qualificata è la sua vita.

Non sono tra quelli che vogliono riformare la sanità seduti al bar e così comprendo bene le difficoltà dei governi a gestire i problemi con pochi soldi, con personale disamorato, con l'incapacità italica di seguire le regole. Per questo ritengo utopica una ipotetica riforma globale; è invece necessario costruire un elenco preciso, anche minimo, delle cose da fare in tempi chiari, contando sulle forze disponibili. Sullo sfondo ho sempre un pensiero: un paese che non riesce a organizzare decentemente il servizio taxi nelle grandi città come può gestire la complessità di un sistema sanitario? Purtroppo, l'esempio del provvedimento sulle liste d'attesa è preoccupante: assomiglia molto alle incertezze che si vedono attorno a noi sul problema dei taxi. Ma soprattutto non sembra contenga nulla di nuovo: le leggi sono scatole vuote se non sono accompagnate da provvedimenti attuativi e soprattutto da controlli molto precisi e dalle relative sanzioni per le inadempienze. È davvero doveroso, a questo proposito, far sapere che la burocrazia spesso non è in grado di realizzare quanto indicato dalla politica. Quest'ultima rischia quindi di essere vittima di colpe non sue; i cittadini andranno a votare in numeri sempre più ridotti, instaurando un circolo vizioso tra inefficienza burocratica, peggioramento dei servizi alla persona, perdita di fiducia popolare sui sistemi organizzati, e quindi nelle decisioni politiche, ulteriore peggioramento dei servizi.

Ancora dibattiti generici e superficiali sulle **RSA**. Dispiace che in alcune occasioni la discussione senza senso coinvolga anche realtà scientifiche serie. In questi giorni abbiamo visto l'ennesima denuncia di maltrattamento degli anziani, con **dati generici, inutilmente drammatici, senza l'indicazione del contesto**. Posso affermare -e lo ripeterei in qualsiasi contesto- che dove la qualità dell'assistenza è buona sul piano tecnico il problema dei maltrattamenti è minimale. Infatti, sono la conseguenza di gestioni imprecise, di scarsa attenzione al personale, di realtà che non rientrano nelle tipologie serie di servizi, ma sono volgari attività commerciali di pessimo livello. Come ho ripetuto in altre occasioni, le infrazioni serie e le violenze sono limitate a zone dove non esiste una vera rete di servizi e tantomeno controlli da parte di chi dovrebbe farli.

In questa logica di valorizzazione del lavoro nelle RSA mi permetto di presentare ancora una volta il **libretto pubblicato da Maggioli dal titolo: “Il ruolo dell’Oss nelle RSA.**

**Responsabilità e centralità della figura degli Oss nell’assistenza agli anziani”. Nella copertina sono riportate tre parole chiave: attenzione, generosità, gentilezza, forza.** In poche pagine cerco di esprimere l’importanza della qualificazione degli operatori socio-sanitari, gli unici che possono affermare apertamente, rivolti agli ospiti: “Io non ti lascerò mai solo”, traendone motivo di orgoglio. Mi piacerebbe molto se il libretto divenisse un facile strumento di discussione e di incontro per valorizzare il ruolo di chi lavora nelle RSA.

Intanto ci basterebbe una seria programmazione del sistema delle badanti, in presenza di un bisogno sempre in crescita.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

Il contributo di **Mauro Colombo** (Mauro non va mai in vacanza!) riguarda una **condizione di sofferenza all’interno delle famiglie.**

“Una delle domande che ricorrono più frequentemente negli ambulatori dedicati alla demenza riguarda il **proprio rischio di ammalarsi, quando in famiglia si hanno parenti con demenza.** La preoccupazione è apprezzabile nella maggiorana dei casi, quando cioè si ha a che fare con casi di demenza sporadica, al di là della irrequietezza facilmente avvertibile nei casi a palese trasmissione familiare, dove l’ereditarietà per la demenza di Alzheimer vale dal 60 allo 80% tra gemelli.

Una parziale risposta a questo quesito – almeno in termini di neuropatologia – viene da un articolo di *JAMA Neurology*, intitolato appunto [tradotto] ‘Anamnesi genitoriale di disturbi della memoria e  $\beta$ -amiloide negli anziani senza deficit cognitivo’ [1], accompagnato da un editoriale intitolato [tradotto] ‘ $\beta$ -amiloide in individui con deficit cognitivi: tutta colpa della mamma?’ [2].

Gli Autori dell’articolo originale [1] – quasi tutti affiliati a centri di Boston (Massachusetts), più uno di Nashville (Tennessee) ed un altro di Stanford (California) – partono da premesse epidemiologiche consolidate almeno a partire da pubblicazioni che risalgono all’inizio della scorsa decade. Infatti, la labilità genetica è testimoniata dal rilievo per cui una storia familiare di demenza di Alzheimer può aumentare il rischio di sviluppare demenza da circa 2 a 15 volte a seconda del numero di parenti affetti [3]. Inoltre, una anamnesi familiare positiva per 1 o più parenti di primo grado può predire il carico di  $\beta$ -amiloide ( $A\beta$ ) negli individui più anziani cognitivamente non compromessi [4].

Un peso maggiore per la ereditarietà materna, rispetto a quella paterna, nei confronti della demenza di Alzheimer ad esordio tardivo era già stato colto, ed è stato associato a maggiore atrofia cerebrale, e ad un maggior accumulo di  $A\beta$  [4,5,6].

Gli studi indicati nella introduzione dell'articolo originale soffrono però di limitazioni in termini di scarse dimensioni dei campioni, che comportano un basso 'potere' statistico, così da compromettere la capacità di discriminare l'apporto dei due genitori riguardo alla origine della neuropatologia alzheimeriana, in stadio pre-clinico. Per superare tali ostacoli, i ricercatori di [1] hanno sfruttato i dati anamnestici, cognitivi e di neuroimmagini colti durante lo studio di 'prevenzione secondaria' 'A4' (Anti-Amyloid Treatment in Asymptomatic Alzheimer Disease) [7]. Sono state indagate trasversalmente 4413 persone, 3/5 femmine, di età media  $71,27 \pm 4,66$  anni, in cui la tomografia ad emissione di positroni indicava presenza significativa di carico di  $\beta$ -amiloide, a fronte di una cognitività integra [#]. I partecipanti erano distribuiti fra 67 centri sparsi in USA, Canada, Australia e Giappone.

Gli individui con una storia materna di compromissione della memoria avevano livelli elevati di  $\beta$ -amiloide neocorticale rispetto agli individui con solo storia paterna o senza storia genitoriale. Esaminando l'età dei genitori all'esordio dei sintomi, solo la storia paterna di disturbi della memoria ad esordio precoce (età <65 anni) era associata alla  $\beta$ -amiloide, mentre l'esordio materno a qualsiasi età era associato alla  $\beta$ -amiloide. Non è stata rilevata nessuna associazione con la cognitività, esaminata mediante un indicatore composito. I partecipanti con disturbi alla memoria presenti nella anamnesi in entrambi i genitori presentavano una maggior proporzione di portatori di APOE $\epsilon$ 4 rispetto a tutte le altre combinazioni anamnestiche [nessun genitore dismnesico/solo madre/solo padre], senza che vi fosse una interazione significativa tra anamnesi genitoriale e genotipo APOE ( $\epsilon$ 4 o  $\epsilon$ 2) su A $\beta$ .

Posto che i risultati della ricerca si allineano alla letteratura, confermandola e rinforzandola sul piano metodologico, la discussione si è orientata sulla possibile interpretazione neurobiologica. I responsabili più probabili della preminenza materna riguardo al rischio di demenza di Alzheimer sono i mitocondri, relativamente ai quali viene ricordato che posseggono anche un proprio DNA, oltre a quello trasmesso per via matrilineare; inoltre, le variazioni nel DNA mitocondriale sembrano riprodursi 'de novo' a causa di errori di replicazione, piuttosto che venire ereditate: in sostanza, occorre continuare a studiare i mitocondri. Poco studiati – ma oggetto di attenzione crescente [§] – sono anche i cromosomi X, la cui instabilità potrebbe concorrere alla differenza di rischio dementigeno nella progenie legata al sesso del genitore dismnesico.

Nei confronti di quest'ultima, tenendo conto dell'epoca in cui i genitori sono nati e vissuti [£], vengono chiamati in causa anche possibili fattori sociologici, quali sopravvivenze differenziate [a svantaggio dei maschi], squilibri scolastici ed occupazionali [a favore dei maschi], capaci di influire sulla riserva cognitiva in modo diverso tra uomini e donne.

L'editoriale [2] puntualizza alcuni passaggi importanti:

- sottolinea come, ai riscontri autoptici, al disturbo di memoria nella madre si associ un aumento del 3% nell'amiloide cerebrale: il significato neuropatologico e clinico di tale differenza rimane dubbio

- ricorda come i notevoli avanzamenti relativi per le donne [raddoppio della partecipazione alla forza-lavoro, e quadruplicazione della scolarità] siano occorsi nella seconda metà del secolo scorso, e quindi successivamente a [£]

- la densità particolarmente elevata di geni a significato neurale all'interno del cromosoma X [§].

L'editoriale si conclude invocando un cambio di passo: dalla ricerca dei colpevoli [le madri del titolo (e della frase riportata dal prof. Trabucchi nella newsletter del 5 luglio @)] ad un impegno costruttivo nella ricerca”.

[#] l'esito negativo della sperimentazione dell'anticorpo monoclonale Solanezumab, condotta in A4, è documentato in “Sperling, R. A., Donohue, M. C., Raman, R., Rafii, M. S., Johnson, K., Masters, C. L., van Dyck, C. H., Iwatsubo, T., Marshall, G. A., Yaari, R., Mancini, M., Holdridge, K. C., Case, M., Sims, J. R., Aisen, P. S., & A4 Study Team (2023). Trial of Solanezumab in Preclinical Alzheimer's Disease. *The New England journal of medicine*, 389(12), 1096–1107. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2305032>”

@ Nota per i lettori: avevo già messo nel mirino l'articolo [1] e l'editoriale [2], quando ho scoperto che [2] era stato commentato dal prof. Trabucchi nella newsletter del 5 luglio; tanto meglio: non si tratta di un commento a posteriori concordato, ma di un “angolo” di risonanza telepatica

[1] Seto, M., Hohman, T. J., Mormino, E. C., Papp, K. V., Amariglio, R. E., Rentz, D. M., Johnson, K. A., Schultz, A. P., Sperling, R. A., Buckley, R. F., & Yang, H. S. (2024). Parental History of Memory Impairment and  $\beta$ -Amyloid in Cognitively Unimpaired Older Adults. *JAMA neurology*, e241763. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.1763>

[2] Dubal, D. B., & Elser, H. C. (2024).  $\beta$ -Amyloid in Cognitively Unimpaired Individuals-Blame Mom? *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2024.1748. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.1748>

[3] Sperling, R. A., Donohue, M. C., Raman, R., Sun, C. K., Yaari, R., Holdridge, K., Siemers, E., Johnson, K. A., Aisen, P. S., & A4 Study Team (2020). Association of Factors With Elevated Amyloid Burden in Clinically Normal Older Individuals. *JAMA neurology*, 77(6), 735–745. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.0387>

[4] Honea, R. A., Vidoni, E. D., Swerdlow, R. H., Burns, J. M., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2012). Maternal family history is associated with Alzheimer's disease biomarkers. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 31(3), 659–668. <https://doi.org/10.3233/JAD-2012-120676>

[5] Mosconi, L., Rinne, J. O., Tsui, W. H., Berti, V., Li, Y., Wang, H., Murray, J., Scheinin, N., Nägren, K., Williams, S., Glodzik, L., De Santi, S., Vallabhajosula, S., & de Leon, M. J. (2010). Increased fibrillar amyloid- $\beta$  burden in normal individuals with a family history of

late-onset Alzheimer's. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(13), 5949–5954. <https://doi.org/10.1073/pnas.0914141107>

[6] Honea, R. A., Swerdlow, R. H., Vidoni, E. D., & Burns, J. M. (2011). Progressive regional atrophy in normal adults with a maternal history of Alzheimer disease. *Neurology*, 76(9), 822–829. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31820e7b74>

[7] Sperling, R. A., Rentz, D. M., Johnson, K. A., Karlawish, J., Donohue, M., Salmon, D. P., & Aisen, P. (2014). The A4 study: stopping AD before symptoms begin? *Science translational medicine*, 6(228), 228fs13. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3007941>

*JAMA Psychiatry* del 26 giugno presenta dati interessanti sulla **comparsa di sintomi psicotici (deliri e allucinazioni) associata in pazienti affetti da mild cognitive impairment con l'aumento dei livelli plasmatici di p-tau181 e di proteina dei neurofilamenti a catena leggera**. Oltre a rappresentare un biomarker di una malattia neuropsichiatrica, con le relative implicazioni per le strategie predittive e per il trattamento, il dato indica l'importanza di studiare il ruolo di alcuni biomarker, per analizzare una possibile comune origine tra la fisiopatologia dell'Alzheimer e quella dei BPSD.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2820401>]

*JAMDA* del 29 giugno pubblica un lavoro nel quale indica un elenco dei **10 segni e sintomi suggestivi di eventi avversi conseguenti alla prescrizione di antipsicotici, benzodiazepine e antidepressivi**, sui quali si è ottenuto un largo consenso internazionale dopo una specifica procedura. I segni e sintomi selezionati sono: cadute recenti, sonnolenza diurna, movimenti anormali (rigidità, tremore), confusione o disorientamento, problemi di equilibrio, vertigini, ipotensione posturale, ridotta autocura, irrequietezza, bocca secca. L'elenco rappresenta un chiaro punto di riferimento per gli operatori delle residenze per anziani; sono facilmente osservabili nella pratica assistenziale e possono esser valutati in ogni momento. Inoltre, la disponibilità di questa check list può facilitare un monitoraggio proattivo dei pazienti e quindi la rivalutazione dei trattamenti.

[[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00540-1/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00540-1/abstract)]

*JAMA Psychiatry* del 3 luglio presenta uno studio che dimostra empiricamente un **collegamento tra la gratitudine percepita negli anziani e un aumento della longevità**. Il campione di 49.275 infermiere americane di età media di 79 anni ha dimostrato che vi è una protezione dalla mortalità (HR:0.91) tra chi sperimenta gratitudine al più alto livello rispetto a chi invece non la prova. Il dato si inserisce in una corrente di pensiero, che però deve ancora essere approfondita attraverso ricerche di dimensioni più ampie sul significato della gratitudine dei lavori di cura. Inoltre, suggeriscono gli autori, talvolta la gratitudine percepita diventa una condizione negativa, se il soggetto sente un debito verso chi mostra gratitudine al



quale sa di non poter rispondere. Il dato è particolarmente suggestivo se si considera che è stato rilevato in una popolazione di infermiere anziane.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2820770>]

*JAMA Network Open* del 28 giugno presenta i dati di uno studio condotto in Cina per analizzare gli **effetti di una breve esposizione ad alte temperature di giorno e di notte sulla mortalità**. Lo studio è stato realizzato su oltre 100.000 persone morte affette da malattia di Alzheimer ed ha portato a dimostrare una odds ratio di 1.38 per le persone esposte ad alte temperature durante la notte e di 1.46 per l'esposizione durante il giorno. L'analisi dei sottogruppi ha dimostrato una peggiore suscettibilità per le donne, gli individui ultra75 e quelli con un basso livello educativo. Il dato conferma altre indagini precedenti e indica l'importanza di interventi mirati a ridurre il rischio negli anziani indotto dall'esposizione a elevate temperature. Allo studio mancano alcuni approfondimenti, come, ad esempio, la disponibilità di condizionatori e gli eventuali trattamenti farmacologici in corso.

Mi permetto di sottolineare i notevoli progressi della ricerca clinica in Cina avvenuti negli ultimi anni. Evidentemente il paese ha la forza per non farsi schiacciare dalle scelte messe in atto da una politica liberticida.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820554>]

*JAMA* del 10 giugno riporta un lavoro, ed il relativo editoriale, sull'**utilizzo dell'EEG per guidare l'intensità dell'anestesia nel corso di interventi chirurgici e quindi possibilmente ridurre il rischio di delirium**. I risultati non portano a conclusioni definitive, però si collocano nell'ambito degli studi per ridurre il rischio postoperatorio di delirium nelle persone anziane, attraverso la minimizzazione delle dosi di anestetico, una delle condizioni più delicate rispetto alle conseguenze postoperatorie. Come è consueto, in particolare negli editoriali, gli autori si augurano che il complesso degli studi possa offrire agli anziani e alle loro famiglie una speranza circa una tailorizzazione dell'anestesia e quindi la riduzione del rischio di delirium. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2819717>]

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Il mondo non conosce la pace

-La credibilità di Lancet

-Le presentazioni di “Il ruolo dell’Oss nelle RSA”

-Un articolo di Avvenire per la dignità delle RSA

-Il problema del personale nelle RSA: alcune considerazioni dal Veneto

-La rinascita post bellica dell’Italia

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo, come sempre originale

-JAMA: il trattamento della depressione nell’adulto

-JAMDA: rischio di morte nelle RSA

-Lancet: invecchiamento e trapianti

-NEJM: la sordità è una malattia

-Lancet Pub Health: fattori di rischio di demenza

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-AIP Summer School 2024: Firenze, 26-29 settembre

Amiche, amici,

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Il mondo non conosce la pace. Come sopravvivono di fronte a cieli così poco sereni le persone anziane? Una domanda che dobbiamo porci se vogliamo essere pronti quando la sofferenza di un vecchio diventa disperazione. In particolare, ci preoccupano le persone sole, aggredite dalle notizie senza possibilità di scambi tranquillizzanti, o le persone con deficit delle funzioni cognitive, anche lieve, che non sono in grado di costruire la loro collocazione, perché hanno perso i punti di riferimento. Sulla tematica del dolore in generale (e comprende anche quello dell'incapacità di riconoscersi) Lella Ravasi Bellocchio ha scritto un bellissimo libro, che deve essere letto da chi, come noi, si incontra con il dolore (Raffaello Cortina). L'autrice scrive parole dure: "Solo la capacità di esserci, con una presenza forte e vitale può affrancarci dal dolore. Si esce dal vuoto con i sentimenti, con pazienza, con paura anche. Alla fine, la parola vincente è amore, contrapposto al non amore, che sottintende egoismo, indifferenza, crudeltà, rancore, odio...". Nella cura degli anziani dovremmo sempre parlare dell'amore.

Sul quotidiano Il Foglio del 11 luglio è apparso un articolo a firma Giulio Meotti di forte critica a Lancet, rivista accusata di non controllare i dati riguardanti il numero dei morti nella Striscia di Gaza, numeri utilizzati per stigmatizzare il comportamento di Israele, ma che, dopo i controlli, sono stati ritenuti non veritieri (vedi ad esempio: "Counting the dead in Gaza: difficult but essential", Lancet del 5 luglio). Nell'articolo viene in particolare criticato il direttore Horton, accusato di essere acriticamente antisraeliano; in questa newsletter abbiamo spesso riportato gli editoriali di Lancet su problematiche inerenti gli aspetti sociali della salute e le posizioni di Horton ci sono sempre sembrate equilibrate, anche se nette. Staremo più attenti, ma siamo certi che la rivista conserverà per noi sempre un altissimo standard di serietà scientifica e quindi di credibilità umana.

In questi giorni ho partecipato alla prima presentazione del mio libretto: "Il ruolo dell'Oss nelle RSA". Responsabilità e centralità della figura degli Oss nell'assistenza agli anziani". La RSA di Asolo ne ha donato agli Oss una copia, come segno di gratitudine e di apprezzamento per il loro lavoro. Non dovrei essere io, perché direttamente coinvolto, a descrivere l'atmosfera di festa che abbiamo respirato... finalmente il lavoro fondamentale degli Oss veniva riconosciuto e festeggiato! Mi piacerebbe rivivere la stessa atmosfera anche in altre realtà. Ci vuole così poco a comunicare gratitudine e apprezzamento. Sono davvero curioso di verificare quante direzioni di RSA e quanti consigli di amministrazione seguiranno l'esempio. Sarebbe un vero dispiacere constatare che dietro alle parole di molti non vi è un impegno serio per aiutare gli operatori delle RSA a condividere l'orgoglio di sentirsi indispensabili per moltissimi anziani che non possono trovare facilmente una risposta ai loro bisogni. Cosa è più nobile di poter affermare come singoli o come gruppo: "io non ti lascerò mai solo!" Ho pensato a questa frase quando recentemente mi sono trovato di fronte a una trentina di Oss riunitisi per ascoltare una lezione. Davvero una visione multicolore per le facce e per i vestiti, un insieme incredibile di persone curiose e vivaci, che hanno voluto riaffermare la loro voglia di stare assieme in una prospettiva condivisa di servizio.

Allego una pagina di Avvenire del 17 luglio con un mio pezzo in difesa delle RSA e del loro importantissimo ruolo nelle comunità. Credo sia nostra responsabilità essere presenti sugli

organi di comunicazione, perché si interessino della vita degli anziani non autosufficienti senza pregiudizi. Non è accettabile che ogni incidente che avviene in realtà fuori di qualsiasi controllo burocratico e sostanziale divenga una critica senza ragione anche per le moltissime RSA che, invece, lavorano con rispetto e competenza per i loro ospiti.

Ho chiesto alla dottoressa Maria Mastella, presidente della Fondazione O.A.S.I. che riunisce alcune RSA in Veneto, di descrivere le principali problematiche relative alla crisi del personale, un aspetto critico che coinvolge molte realtà in tutto il nostro Paese.

“Le RSA vivono un periodo molto difficile in tema di personale: non riusciamo ad avere operatori ed infermieri in numero sufficiente. Mantenere gli standard regionali è sempre più difficile ed è noto che alcune organizzazioni sono state costrette alla chiusura di vari reparti.

Le difficoltà che la nostra Fondazione, che da anni lavora sopra standard, affronta quotidianamente per poter continuare a garantire i progetti che mettiamo in atto per gli ospiti sono molteplici.

Abbiamo una persona dedicata quasi esclusivamente alla ricerca di personale.

Espongo un dato: nei nove centri gestiti dalla Fondazione O.A.S.I. abbiamo 680 dipendenti, la maggior parte operatori. Da gennaio 2024 abbiamo avuto un turnover di 98 persone. Nel 2023 sono state 180. Dei nuovi 98 assunti in sostituzione (tra questi solo qualche infermiere, educatore, fisioterapista ed insegnante) solo pochi hanno esperienza pluriennale quali operatori di assistenza, altri hanno conseguito recentemente il diploma ed altri si avvicinano al lavoro con l'intento di misurarsi per capire se si tratta di un lavoro degno delle proprie aspirazioni, quindi non hanno il diploma e fanno parte della quota di operatori generici, che possiamo assumere in una percentuale fissa tra tutti gli operatori, che deve iscriversi al corso per operatore, può eseguire solo alcuni interventi nei confronti degli ospiti e deve obbligatoriamente terminare la formazione entro tre anni.

Mentre per il primo gruppo dobbiamo organizzare un affiancamento breve per far comprendere il nostro modello organizzativo, le procedure ed il modo di relazionarsi con gli

ospiti ed i familiari che ci caratterizza, per gli altri due gruppi l'impegno è molto maggiore e costoso in termini di risorse umane, di tempo e di organizzazione.

I corsi per operatori raramente ci consegnano un professionista in grado di affrontare tutti i bisogni dei nostri ospiti, per cui abbiamo scelto di affiancarli a persone di lunga esperienza, in grado però di trasmettere il sapere professionale, la capacità di mettere in atto empatia, rispetto, tenerezza. Bisogna considerare che la maggior parte dei nuovi operatori ha avuto esperienze lavorative in campi completamente diversi, pochissimi vengono dopo il conseguimento della maturità e numerosissimi sono extracomunitari, per cui dobbiamo misurarci anche con barriere culturali e linguistiche.

Per il terzo gruppo la cosa si fa più complessa perché si tratta di accompagnare le persone a capire se il lavoro di operatore costituisca per esse una scelta realizzabile, bisogna cominciare dall'ABC, organizzare i turni che consentano loro di seguire le lezioni ed affiancarli, durante l'esecuzione del lavoro, ad operatori che abbiano la capacità di trasmettere conoscenze senza venir meno alle responsabilità prese nel confronto degli ospiti, della loro sicurezza, del loro benessere.

Le sorprese sono tante ed a volte trovi delle perle rare di propensione, capacità ed impegno da sostenere e far crescere, il resto è 'fatica', in alcuni momenti 'disperazione' quando si licenziano in gruppo (le piattaforme social producono anche questo fenomeno) e si rimane in difficoltà con i turni.

In tutto ciò si inserisce il tema della formazione obbligatoria sulla sicurezza, sulle pratiche di primo soccorso e per affrontare gli incendi: formazione che va rinnovata a scadenze precise.

Se poi l'Ulss bandirà un nuovo concorso, buona parte di questi lavoratori vorrà cambiare datore di lavoro portando in dote la formazione acquisita e si dovrà cominciare da capo.

Aggiungi la declinazione delle norme per la privacy, dell'organismo di vigilanza, le procedure per il mantenimento delle varie ISO e degli accreditamenti, le indicazioni dell'Ulss, senza trascurare la formazione per l'utilizzo dei nuovi strumenti (doccia molecolare, presidi per incontinenza) ed avrai il quadro di tutto ciò che va fatto prima di poter cominciare a parlare di nuovi progetti dedicati a migliorare il benessere degli ospiti ed a questo proposito abbiamo una esplosione di novità che stiamo sperimentando o che vorremmo introdurre, quali l'affinamento delle tecniche di comunicazione, fare il punto sul rispetto vero che gli ospiti

meritano, combattere l'ageismo, la depersonalizzazione, l'infantilizzazione, attuare i percorsi riabilitativi multisensoriali ecc., ma è difficile trovare ulteriori risorse e tempo e quindi si insegna e si forma nel mentre si lavora.

Inoltre il contesto è in movimento e cambierà ulteriormente con l'introduzione del sistema di budget che la Regione Veneto sta sperimentando e che a breve sarà esteso a tutti i centri di servizi.

Se lo decideremo, potremo avere nei nostri centri ospiti con profili di gravità molto elevati e questo costituirà un'ulteriore sfida per il futuro, aumenterà la complessità e la conseguente necessità di formazione. Come vedi i bisogni formativi sono molteplici: noi riusciamo a rispondere a quelli obbligatori ed a quelli di base per garantire la migliore gestione dei nostri ospiti; per i progetti particolari cerchiamo di sfruttare al meglio le risorse di tempo che rimangono (non è solo un problema di risorse economiche, ma del tempo che sottraiamo alla cura perché la formazione va fatta in orario di lavoro), decidendo in base ai profili degli ospiti, diversi nei vari centri”.

La rinascita post bellica dell'Italia. Un amico mi ha donato un opuscolo dell'aprile 1952, contenente gli Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche, fascicolo speciale dedicato alla riunione sull'idrazide dell'acido isonicotinico. Non mi soffermo sugli aspetti scientifici, ma mi permetto di fare una considerazione storica: nell'Italia uscita esattamente sei anni prima da un conflitto devastante sul piano economico e organizzativo, nonché su quello psicologico e morale, a Milano si sono riuniti 100 studiosi per presentare dati importanti sulla nuova molecola, al centro dell'attenzione per la sua attività antitubercolare. Quanto ottimismo, voglia di fare, generosità.... Personalmente provo un po' di nostalgia. Ricordo che tra gli autori dell'opuscolo vi era il professor Silvio Garattini, ancora oggi personaggio significativo... 72 anni dopo!!!

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie a Mauro Colombo per la sua costanza; non rinuncia mai a proporci indicazioni dalla letteratura internazionale che aiutano nella concretezza del nostro lavoro.

“Che esista un legame tra disturbi del sonno e deterioramento cognitivo era noto da tempo, anche se i primi non rientrano fra i 10 fattori di rischio elencati dalla commissione Lancet. Rimangono però problemi sia concettuali che metodologici. Tra i primi, la possibile bi-direzionalità del collegamento, e la mancata attenzione al possibile ruolo di mediazione del genotipo della apolipoproteina E (APOE); tra i secondi, il mancato abbinamento nella medesima ricerca di misure oggettive e soggettive dei disturbi del sonno.

Per superare questi ostacoli, in un articolo pubblicato su JAMA Neurology il 24 giugno 2024 [1], ricercatori di Rotterdam e di Utrecht – in Olanda – e di Stanford – in California – hanno sfruttato i dati dello studio di Rotterdam, una importante indagine prospettica di popolazione, che ha reclutato partecipanti nel 1990, nel 2000 e nel 2006. Le misure oggettive sui ritmi di attività e sonno lungo le 24 ore sono state ottenute mediante un attigrafo [di 2 tipi, in seguito confrontati], indossato per 7 giorni. Adottando un algoritmo validato rispetto alla polisonnografia, sono state definite le seguenti 4 misure, riguardo al sonno: tempo totale di sonno [espresso in ore], latenza per l'induzione del sonno [in minuti], efficienza del sonno [% di tempo impiegato dormendo/trascorso a letto], veglia successiva all'avvio del sonno [in minuti]. Riguardo alla attività distribuita sulle 24 ore, il medesimo algoritmo attigrafico ha fornito 3 misure: la variabilità da un giorno all'altro nell'arco della settimana, la variabilità all'interno di ogni singola giornata, e l'orario in cui comincino le 5 ore consecutive meno attive. Un diario compilato dai partecipanti forniva 7 parametri soggettivi: tempo di sonno totale [espresso in ore], latenza per l'induzione del sonno [in minuti], tempo trascorso a letto [in ore], efficienza del sonno, qualità del sonno, pisolini [frequenza settimanale], sonnolenza diurna [frequenza settimanale]. Il carico amiloideo è stato misurato mediante tomografia ad emissione di positroni [PET] al 18F-florbetaben in regione frontale, cingolata, parietale laterale e temporale laterale, raffrontate al cervelletto. Riguardo ai marcatori di neuropatologia alzheimeriana laboratoristici, mediante tecniche 'Simoa' sono stati misurati i livelli plasmatici di tau fosforilata ai codoni 181 (p-tau181) e 217 (p-tau217), oltre ad A $\beta$ 40 e A $\beta$ 42: attualmente, il rapporto A $\beta$ 42/A $\beta$ 40 e p-tau217 sono considerati i migliori predittori ematici per il successivo accumulo di A $\beta$  [alla PET] e di placche [al riscontro istopatologico]. 319 partecipanti (47% femmine), di età compresa tra 48 ed 80 anni [media 61,5  $\pm$  5,4 anni all'inizio della osservazione], sono stati seguiti per una media di 7,8  $\pm$  anni. 90 di loro (28,2%) erano portatori di APOE4, 49 (15,4%) erano positivi alla scansione A $\beta$  PET.

Una maggiore variabilità basale di attività all'interno di ogni singola giornata – indicatore di maggiore frammentazione dei ritmi lungo le 24 ore – è risultata associata ad un più elevato carico amiloideo, alla fine della osservazione. Come chiaramente evidenziato nelle figure,



tale associazione è risultata più forte nei portatori di APOE4. I risultati sono rimasti sostanzialmente invariati dopo avere escluso dal computo i partecipanti con patologia alzheimeriana presente già all'inizio della osservazione, suggerendo così che la frammentazione dei ritmi circadiani possa avere preceduto la deposizione di A $\beta$ . Nessun'altra misura oggettiva o auto-riferita del sonno è stata associata all'A $\beta$ .

In discussione, viene sottolineato come 2 soli altri studi abbiano collegato la frammentazione dei ritmi circadiani con l'accumulo di A $\beta$ : in uno dei due, i risultati collimano con la ricerca in questione – su 186 casi – mentre nell'altro non è stata rilevata tale associazione, ma su soli 59 casi. Sempre utilizzando attigrafi, altri due studi si allineano al presente. In 737 partecipanti al Rush Memory and Aging Project, la frammentazione del sonno alla rilevazione basale aumentava del 50% la probabilità di sviluppare una malattia di Alzheimer a distanza di 6 anni [2]. Mediante metriche particolari, disturbi del sonno ed alterazioni nei ritmi sonno/attività sulle 24 ore hanno comportato maggiori rischi di deterioramento cognitivo lieve e demenza, in 1282 donne partecipanti alla coorte, seguita per 5 anni, del Study of Osteoporotic Fractures [3]. Parzialmente contrastanti sono risultati invece gli esiti di una precedente analisi ancora nell'ambito dello studio di Rotterdam, dove solo una cattiva qualità del sonno, ma non alterazioni dei ritmi nella attività sulle 24 ore rilevata mediante attigrafo, è stata associata al rischio di demenza, specialmente nei non-portatori di APOE4, in 1322 partecipanti, monitorati per 11 anni [4] (#). Gli Autori qualificano come complementari, e non come contraddittori, questi risultati. Al di là delle problematiche metodologiche, viene sottolineato che un minor sonno notturno comporta sì un maggior accumulo di patologia A $\beta$ , ma con una stima di effetto modesta, così da rendere necessari campioni numerosi per poterlo cogliere.

Quanto al ruolo di APOE4, ancora incerto per la contraddittorietà riscontrata fra vari studi, si può immaginare che tale genotipo sia un modificatore di effetto rispetto alle conseguenze derivanti dal sonno e dai ritmi di attività, mentre i non-portatori di simile genotipo tendono ad accumulare patologia A $\beta$  molto più tardi nell'arco di vita: per quest'ultima categoria di soggetti, le alterazioni in sonno e ritmi possono comportare un rischio per patologie correlate alla demenza diverse da A $\beta$ , specialmente stando alla ricerca precedente dello studio di Rotterdam (#).

Viceversa, il ruolo del sonno come periodo in cui la rimozione della A $\beta$  dall'encefalo da parte del sistema 'glinfatico' avviene a velocità doppia che di giorno, è stato riportato in introduzione, come premessa [5,6]”.

[1] Nguyen Ho, P. T., Hoepel, S. J. W., Rodriguez-Ayllon, M., Luik, A. I., Vernooij, M. W., & Neitzel, J. (2024). Sleep, 24-Hour Activity Rhythms, and Subsequent Amyloid- $\beta$  Pathology.

JAMA neurology, e241755. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.1755>

[2] Lim, A. S., Kowgier, M., Yu, L., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2013). Sleep Fragmentation and the Risk of Incident Alzheimer's Disease and Cognitive Decline in Older Persons. *Sleep*, 36(7), 1027–1032. <https://doi.org/10.5665/sleep.2802>

[3] Tranah, G. J., Blackwell, T., Stone, K. L., Ancoli-Israel, S., Paudel, M. L., Ensrud, K. E., Cauley, J. A., Redline, S., Hillier, T. A., Cummings, S. R., Yaffe, K., & SOF Research Group (2011). Circadian activity rhythms and risk of incident dementia and mild cognitive impairment in older women. *Annals of neurology*, 70(5), 722–732.  
<https://doi.org/10.1002/ana.22468>

[4] Lysen, T. S., Luik, A. I., Ikram, M. K., Tiemeier, H., & Ikram, M. A. (2020). Actigraphy-estimated sleep and 24-hour activity rhythms and the risk of dementia. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 16(9), 1259–1267.  
<https://doi.org/10.1002/alz.12122>

[5] Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., O'Donnell, J., Christensen, D. J., Nicholson, C., Iliff, J. J., Takano, T., Deane, R., & Nedergaard, M. (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science (New York, N.Y.)*, 342(6156), 373–377.  
<https://doi.org/10.1126/science.1241224>

[6] Kang, J. E., Lim, M. M., Bateman, R. J., Lee, J. J., Smyth, L. P., Cirrito, J. R., Fujiki, N., Nishino, S., & Holtzman, D. M. (2009). Amyloid-beta dynamics are regulated by orexin and the sleep-wake cycle. *Science (New York, N.Y.)*, 326(5955), 1005–1007.  
<https://doi.org/10.1126/science.1180962>

JAMA del 9 luglio pubblica una revisione critica molto accurata del trattamento della depressione nell'adulto. Benché non sia specifico per gli anziani, il testo è molto utile per chi volesse approfondire i principali trattamenti che includono “specifiche forme di psicoterapia e più di 20 farmaci antidepressivi, nella certezza che un monitoraggio stretto migliora la speranza di successo”. I dati epidemiologici indicano che negli USA il 9% degli adulti va

incontro a depressione ogni anno, con una prevalenza nel corso della vita di circa il 17% negli uomini e il 30% delle donne. Sono dati che impongono ad ogni medico un affinamento delle proprie capacità terapeutiche. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2819714>]

JAMDA del 7 luglio presenta dei dati ottenuti con il DeathRisk-NH, un modello predittivo per identificare i residenti a rischio di morte nel corso di 12 mesi dopo l'ingresso nella nursing home. Questi sono stati divisi in quattro gruppi di rischio, costruiti sulla base di alcuni parametri: la perdita delle ADL nei 90 giorni precedenti, la perdita della capacità di decidere, il giudizio di un osservatore esterno sulla vicinanza alla morte e, infine, la rilevazione di 5 segni e sintomi: dispnea, edema, vomito, diminuita assunzione di cibo e perdita di peso. Un altro passo importante per migliorare le capacità programmatori delle RSA. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00564-4/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00564-4/abstract)]

Lancet Healthy Longevity di luglio pubblica un commento sul continuo aumento dell'età delle persone che ricevono un trapianto. Negli anni dal 2003 al 2023 il numero dei trapianti di cuore, polmone, rene e fegato si è raddoppiato, mentre la percentuale delle persone ultra65 che ha ricevuto un trapianto è passata dal 10.9% a 25.4%. Una migliore conoscenza degli effettivi vantaggi derivanti dai trapianti potrebbe portare ad un ulteriore incremento della loro diffusione; peraltro, si deve diffondere la coscienza che "aging with grace can also occur with a graft". Però, scrivono gli autori, nonostante si sia diffusa la valutazione della fragilità prima del trapianto, non si dispone ancora di sistemi validati per la rilevazione del rischio e quindi per aumentare il numero dei possibili candidati e migliorare l'outcome dopo il trapianto. [[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00111-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00111-9/fulltext)]

NEJM del 4 luglio pubblica un editoriale nel quale si critica la frase "age-related hearing loss", perché implicherebbe che è una normale conseguenza dell'invecchiamento. Si deve invece affermare che la perdita dell'udito è indotta da un'eccessiva esposizione al rumore durante la vita. Senza di questa la sensibilità uditiva è ben preservata anche in età anziana. L'autore propone quindi una nuova dizione: "perdita di funzione uditiva causata dal rumore". Si tratta

di un intervento importante, perché permette di evitare la visione “ageistica” per cui ogni vecchio sarebbe necessariamente un “mezzo sordo”.

[<https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMc2406363>]

Lancet Public Health di luglio pubblica l'ennesimo lavoro sui fattori di rischio di demenza. In particolare, rivede i dati degli ultimi anni sulla riduzione nel tempo della prevalenza e dell'incidenza. Lo studio Framingham è l'unico che permette analisi adeguate, anche se sono stati pubblicati cinque lavori sulla diminuzione dell'incidenza in Europa, e cinque negli Stati Uniti. Lo studio esamina l'efficacia della riduzione del fumo e dell'aumento del livello di educazione come fattori di rilievo. Un editoriale di accompagnamento sottolinea l'importanza dell'impegno di sanità pubblica per controllare i fattori modificabili e suggerisce interventi mirati dove la prevalenza della demenza è in aumento. Inoltre indica l'esigenza di ricerche approfondite per comprendere i nessi causali e il ruolo dei diversi fattori che modulano il peso della demenza nel mondo. [[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00123-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00123-3/fulltext)]

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

Allego il programma definitivo dell'AIP Summer School 2024 che si svolgerà a Firenze dal 26 al 29 settembre. La formazione dei giovani è da sempre al centro dell'attenzione di AIP. Anche l'evento di quest'anno sarà impostato alla massima condivisione dei contenuti e alla discussione aperta sulle principali tematiche in ambito psicogeriatrico.

Un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro... in dialettica con quello di buone vacanze!

Marco Trabucchi

Past President AIP

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- In ricordo del 2 agosto 1980
- NYT*: perché alcuni anziani vanno serenamente in pensione e altri no
- Fabio Cembrani e le polemiche su Gaza
- Il Covid-19 fa ancora paura (preoccupazione!) agli anziani fragili (e a noi medici)
- 28 luglio: Papa Francesco e la Giornata Mondiale dei Nonni e degli Anziani

***DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE***

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Network Open*: sottotipi di demenza e BPSD
- JAGS*: gli assistenti di comunità a servizio degli anziani
- Lancet Healthy Longevity* e I fattori modificabili di demenza
- JAMDA*: la deprescrizione dei PPI in RSA
- JAMA*: breve review sul tremore essenziale

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

Riceviamo da **Giovanna Baraldi** il ricordo dell'evento tragico del **2 agosto 1980**.

Per non dimenticare.

Ma anche per ricordare come il sistema sanitario in quell'occasione aveva reagito in modo perfetto, affrontando la crisi con ordine, celerità, organizzazione e razionalità. Abbiamo compiuto reali progressi da allora?

“Mi ero laureata in Medicina da qualche anno e frequentavo la scuola di specializzazione all'ospedale Sant'Orsola di Bologna. Ma a quei tempi era previsto un tirocinio pratico ospedaliero di sei mesi e quindi nell'estate del 1980 ero stata assegnata all'ospedale Maggiore dove facevo servizio nel reparto di Medicina Generale al settimo piano.

Quel giorno era sabato e quel sabato lavoravo solo al mattino perciò da Pieve di Cento, il mio paese, andai all'ospedale in auto passando per la campagna tra Padulle, Sala Bolognese e Calderara.

Era una mattina fresca e limpida di mezza estate e io ero molto contenta di andare all'ospedale perché il lavoro mi piaceva moltissimo.

Ricordo che avevo guardato con un piacere particolare alla campagna, i contadini che facevano i lavori agricoli nel pieno delle attività, i cani nei cortili sdraiati all'ombra, il frumento già alto.

Quella mattina dovevamo dimettere alcuni pazienti e io avevo il compito di preparare la lettera di dimissione con il capo reparto.

Incominciammo a sentire il suono delle sirene, molto insistente. Subito pensammo a un incidente. Era un fine settimana particolare di traffico intenso perché era il 2 agosto.

Dopo alcuni minuti arrivò la notizia dello scoppio per una fuga di gas ma qualcuno disse anche che si trattava di un ordigno bellico esploso nel centro di Bologna.

Arrivò un collega anziano che disse 'c'è stata una strage alla stazione andiamo ad aiutare in pronto soccorso' e usammo le scale perché gli ascensori erano bloccati.

Scesi con lui e incrociammo tanti altri colleghi che correvano per le scale.

E arrivai nell'atrio e nel grande piazzale davanti all'ospedale.

C'erano già tantissimi medici e infermieri in attesa, in silenzio, raccolti in un semicerchio

Era una specie di abbraccio, mi sembravano tutti abbracciati.

Davanti a noi arrivavano gli autobus pieni di morti e di feriti.

La seconda immagine che ho sono io in pronto soccorso e vedo dei corpi lacerati.

Ricordo in particolare una ragazza che aveva un orecchino

La terza immagine sono io che aiuto un chirurgo a fare medicazioni.

Poi ricordo che il pronto soccorso si era svuotato e per la prima volta guardai l'orologio. Erano le 13.30 e tutto era organizzato. I cadaveri erano stati composti. I feriti gravissimi erano nelle sale operatorie, nel reparto ustionati e nelle terapie intensive. Altri meno gravi nelle degenze ordinarie, altri ancora avevano potuto essere dimessi.

Il pronto soccorso dopo tre ore era pulito e ordinato, aveva fatto la sua funzione di emergenza e ora tutti i reparti stavano lavorando per le altre funzioni dell'assistenza.

Capii subito che quel giorno l'ospedale Maggiore e il Servizio Sanitario avevano dato un esempio eccezionale; e quell'esempio, per sempre, per tutta la mia vita, mi ha guidato, mi ha motivato, ha dato senso alla mia professione.

Tornai in reparto per le attività che mi competevano e nel tardo pomeriggio ritornai a casa, a Pieve di Cento.

La campagna era ancora assolata ma mi sembrava tutto diverso.

Arrivata a casa i miei genitori mi aspettavano in silenzio e non mi chiesero nulla.

Solo più tardi mia madre mi disse che erano sgomenti per le immagini della televisione come di un bombardamento di guerra.

Mi disse anche che mio padre aveva avuto timore per me. Timore che mi fossi spaventata, insomma che avessi avuto paura.

Dopo del tempo gli raccontai tutto. Gli raccontai che sabato 2 agosto, nel piazzale dell'ospedale Maggiore di Bologna, tutti insieme in attesa degli autobus, eravamo abbracciati e quell'abbraccio mi aveva dato la forza di non avere paura.

E ho sentito quell'abbraccio per sempre, e mi ha dato la forza per tutta la vita e non lo dimenticherò mai".

Il *New York Times* del 20 luglio pubblica un articolo dal titolo: **"Alcuni anziani si ritirano prontamente. Altri mai"**. Il pezzo è uscito il giorno prima del ritiro di Biden; solo un caso, ma sarebbe interessante approfondire le motivazioni psicologiche, ma anche quelle ascrivibili a situazioni concrete, che inducono una persona a ritirarsi o meno quando le circostanze lo suggeriscono. A proposito di Biden, la conclusione della vicenda lascia un po' di amarezza perché, ancora una volta, i pregiudizi hanno avuto il sopravvento. La scena era prevedibile e avvicinabile a quella di cui sono vittime tanti altri "poveri vecchi": medici poco chiari o incerti nelle loro risposte (ricordiamo la ridicola vicenda del Parkinson!), famiglia sulla difensiva e senza appoggi, amici (interessati!) traditori. Sarebbe bene che, per rispetto alla realtà, per un po' di tempo non si parli più di "ageism"!

Però la stessa realtà, vista da un'altra prospettiva, ci indica che "invecchiare non è una malattia". Basta seguire il nostro Presidente che a 83 anni, compiuti il 23 luglio (auguri grande Mattarella!), in 5 giorni è arrivato a Brasilia, poi a Porto Alegre, San Paolo, Rio de Janeiro, Salvador de Baia, 6 voli in una settimana per 5 tappe. Un esempio di grazia di stato laica, che però si fonda su una ferrea struttura biologica e psicologica.

[<https://www.nytimes.com/2024/07/20/health/retirement-mental-health.html>]

**Fabio Cembrani** ha commentato con chiarezza di idee le osservazioni pubblicate nella recente newsletter riguardanti **la posizione di Lancet sulla guerra di Gaza**. Da parte mia sempre un vivissimo grazie a Fabio per la sua lucidità intellettuale, che ci è molto di aiuto nell'affrontare situazioni complesse.

“Mi ha molto colpito la notizia che hai riportato nella Tua ultima NL e l'accusa rivolta da un giornalista del Foglio a Richard Charles Horton che avrebbe falsato la stima dei morti palestinesi per ragioni anti-israeliane. La verità è però un'altra. L'editorialista di Lancet, che tutti stimiamo, ha avuto il coraggio di denunciare ciò che molti di noi non hanno avuto il coraggio di fare: condannare i tantissimi conflitti che stanno lacerando il mondo (170 secondo i dati dell'Uppsala Conflict Data Program svedese) anche se solo a qualcuno di essi i media televisivi e la stampa stanno riservando uno spazio di cronaca trascurando, tuttavia, un aspetto cruciale ripreso il 14 maggio 2024 su Lancet da una lettera firmata da Joelle M. Abi-Rached e da Eric Reinhart dal titolo 'The Palestinian challenge to US medical ethics'). In questo lettera, dopo essere state evidenziate le terribili nefandezze registrate nella striscia di Gaza (bombardamenti deliberati degli ospedali, omicidi di pazienti e operatori sanitari, distruzione mirata delle strutture igienico-sanitarie, blocco degli aiuti umanitari e imposizione di condizioni progettate per essere incompatibili con la vita dei palestinesi), viene aspramente denunciato il colpevole silenzio non solo dei media e delle lobby americane ma anche di quello dei medici di quel Paese aggravato dal fatto che il suo Governo ha continuato a garantire il sostegno diplomatico ad Israele e a fornire le armi per la guerra a quel Paese. Come ha peraltro fatto anche l'Italia per dare il sostegno al Governo ucraino richiesto dalla NATO.

L'assordante silenzio dei medici americani sulle atrocità di cui (nostro malgrado) siamo diventati stabili spettatori non è, però, un patrimonio esclusivo di quel Paese perché anche le nostre Società scientifiche non mi risulta abbiano pubblicamente fatto sentire la loro voce dissenziente come sarebbe stato doveroso fare in coerenza a quanto previsto dall'art. 3 del Codice di deontologia medica: 'Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione, cioè, di benessere fisico e psichico della persona'. Il principio è espresso dal Codice del 2014 in termini chiari e in forma imperativa, come dovere assoluto, non negoziabile. Pur a fronte di ciò anche i medici italiani, come quelli americani, non hanno fatto sentire la loro voce nonostante il riferimento alla salute 'come condizione di benessere fisico e psichico della persona' richiedesse di denunciare le drammatiche condizioni di vita dei palestinesi che, nel territorio di Gaza, sono state rese impossibili dal bombardamento mirato dell'80% degli edifici privati e del 90% di quelli pubblici e da quella distruzione metodica delle reti stradali, idriche, di telecomunicazioni ed anche delle scuole, l'86% delle quali, usate come rifugio dagli sfollati, è stato distrutto. Un silenzio, purtroppo colpevole, la cui intensità non può essere rarefatta dalla (ebole) presa di posizione del presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri del 13 ottobre 2023 e da quella congiunta di UEMS (Unione europea Medici Specialisti), AEMH (Associazione europea medici ospedalieri), CEOM (Consiglio europeo degli ordini dei medici) e UEMO (Unione



europea dei medici di famiglia) che hanno chiesto una tregua per mettere in condizioni di sicurezza sia i palestinesi ricoverati negli ospedali di quel Paese che gli operatori sanitari.

C'è naturalmente da chiedersi se queste (purtroppo isolate) prese di posizione siano utili all'immediato cessate il fuoco in Palestina, in Ucraina e nelle altre regioni del mondo lacerate dai conflitti bellici. Non ne sono sicuro e ciò che è accaduto in questi mesi, con i morti che continuano ad aggiungersi alla lista delle perdite umane, ne è la tristissima conferma. Quello che invece penso è che ogni irragionevole silenzio deve interrogare le nostre coscienze perché i medici, al pari di tutti gli altri professionisti sanitari, non sono meno vulnerabili nel poter diventare co-protagonisti dei comportamenti violenti e delle ideologie nazionalistiche che, come la storia insegna, possono spesso abusare del loro sapere e del loro potere per infliggere sofferenza, dolore, ingiustizia e morte. Lo testimonia il processo di Norimberga contro i medici nazisti e, più recentemente, la partecipazione dei medici ai programmi di tortura del governo USA nel carcere di Abu Ghraib in Iraq. E ne è drammatica conferma anche la lettera di oltre 90 medici israeliani che hanno esortato il loro esercito a 'distruggere i nidi di vespe e gli ospedali che li proteggono' nella Striscia di Gaza, denunciata con fermezza, il 6 novembre 2023, dai medici per i diritti umani di Israele (PHRI). Ha perfettamente ragione chi ha scritto che, sebbene noi medici ci presentiamo come guaritori delle ferite dell'umanità, spesso siamo parte integrante della colonizzazione, del predominio e dello sfruttamento. Fare diversamente richiede una vigilanza costante, una autoriflessione critica sul piano istituzionale e individuale, una forte dose di coraggio ed una sana dedizione nel mettersi dalla parte di coloro che sono più colpiti dai sistemi di potere, dalla povertà, dai conflitti e dalle tante forme di disuguaglianza che ci sono nel mondo. In tal senso la riluttante e debole opposizione alle violenze in corso sono la conferma di una realtà poco appariscente ma di tutta evidenza: il dramma della guerra riconosce sempre molti livelli di complicità ed il ruolo che i medici possono avere non è, purtroppo, di solo carattere potenziale. Occorre ammetterlo, lavorare seriamente per la pace, denunciare i soprusi, condannare ogni tipo di violenza e fare in modo che le grida di dolore che ogni persona, soprattutto se fragile e vulnerabile, indirizza a noi medici faccia scattare quel sussulto e quello scatto di umanità a cui spesso ci ha esortati Papa Francesco. Se non lo fanno le nostre Società scientifiche, facciamolo singolarmente in ogni luogo ed in ogni occasione come obbliga a fare, in termini non certo a caso imperativi, il Codice di deontologia medica!"

In questi giorni circolano **notizie su una ripresa delle infezioni da Covid-19**. I dati del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità documentano una crescita rilevante del fenomeno. Per la quinta estate dal 2020 assistiamo ad un picco delle infezioni accompagnato da un aumento delle varianti. Non siamo esperti di epidemiologia e di infettivologia, però sarebbe un grave errore banalizzare questa nuova ondata come fosse un raffreddore o un'influenza. Senza panico, ma con la memoria agli eventi degli anni scorsi, dobbiamo tenere alta la guardia, ricordando il recente passato. Noi che ci dedichiamo agli anziani fragili abbiamo motivi forti per non essere banalmente superficiali.

**Papa Francesco** ha scritto per la Giornata Mondiale dei Nonni e degli Anziani 2024 un messaggio intitolato: **“Nella vecchiaia non abbandonatemi”**. Un invito molto forte, che ci riempie di responsabilità soprattutto come operatori sanitari e dell’assistenza. Infatti, in molte occasioni della giornata dell’anziano noi siamo l’ultimo legame con la vita, per le inadeguatezze dalla famiglia o per oggettive condizioni di difficoltà. Mi permetto di ricordare che l’impegno degli Oss che lavorano nelle RSA è: “Io non ti abbandonerò mai”; in linea con il messaggio del Papa, ma soprattutto con un intrinseco nobile impegno professionale.

Purtroppo, però, non sempre l’intrinseca generosità degli Oss riceve un adeguato supporto da chi dovrebbe dimostratore, attraverso interventi mirati sull’organizzazione del lavoro, la gratitudine delle comunità per chi garantisce a molti anziani fragili la possibilità di sopravvivenza.

## **DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE**

Grazie a **Mauro Colombo** per il suo contributo che descrive criticamente la complessa problematica -sulla quale ci siamo più volte soffermati- delle **cause del deficit cognitivo nell’anziano**.

“A volte fare un – piccolo – passo indietro viene utile: sono tornato, per motivi ‘istituzionali’, su un articolo pubblicato in linea da *JAMA Internal Medicine* lo scorso 27 novembre [1], e mi è parso adeguato per la rubrica [£]. Il quesito cui gli Autori – affiliati a diverse istituzioni dell’Università di San Francisco, oltre che di Seattle, ed all’Istituto di ricerca della organizzazione ‘Kaiser Permanente’ – puntano a rispondere è se un intervento personalizzato, multi-dominio, mirato alla riduzione del rischio, possa migliorare la cognitività ed il profilo di rischio per demenza, in un campione di anziani.

La premessa sta nella mancanza di unanimità nei risultati ottenuti finora, anche se la tendenza è favorevole, e con vantaggio per gli interventi multi-dominio, rispetto a quelli orientati verso un singolo fattore di rischio. Il tutto sempre a partire dall’assunto per cui fino al 40% del rischio di demenza di Alzheimer e correlate può essere contenuto, grazie ad interventi mirati a stile di vita, comportamenti e problematiche mediche. La specificità dello studio pilota ‘Systematic Multi-Domain Alzheimer Risk Reduction Trial (SMARTR)’ – randomizzato e controllato – consiste nella individualizzazione dell’intervento, che – partendo da una disanima dei fattori modificabili di rischio – punta alla condivisione col diretto interessato della scelta su quali orientarsi.

Alla indagine hanno dato disponibilità 172 aderenti all’organizzazione ‘Kaiser Permanente’, di età compresa fra i 70 e gli 89 anni [media  $75,7 \pm 4,8$  (62,8% femmine)], ad alto rischio di sviluppare demenza, selezionati per avere  $\geq 2$  fattori di rischio tra i seguenti 8: sedentarietà, ipertensione arteriosa male controllata, cattiva qualità del sonno, assunzione di farmaci potenzialmente avversi alla cognitività, quota elevata di sintomi depressivi, diabete mellito

scompensato, isolamento sociale, tabagismo. Il numero medio di fattori di rischio pro-capite era  $2,5 \pm 0,7$ ; i 3 fattori più rappresentati, ed anche più frequentemente compresenti, erano sedentarietà, ipertensione arteriosa male controllata e cattiva qualità del sonno.

Agli 82 partecipanti assegnati al gruppo di intervento venivano assegnati incontri cadenzati con 'allenatore sanitario' [assistente sociale o psicologo, formati specificatamente, e dotati di un manuale standardizzato] ed un/una infermiere/a, il cui intervento era particolarmente rilevante in caso di diabete mellito e di ipertensione arteriosa male controllati, oltre che di farmacoterapia pericolosa. I fattori di rischio più sovente scelti sono stati: sedentarietà [quasi all'unanimità (95,1%)], ipertensione arteriosa (67,1%), sonno cattivo (52,4%), sintomi depressivi (45,1%), coinvolgimento sociale (41,5%). Ove opportuno e desiderato, venivano presi in considerazione anche argomenti quali dieta ed attività cognitiva. I partecipanti del gruppo di intervento potevano dotarsi di supporti quali registratori di attività fisica, manometri per misurare la pressione arteriosa, e diari per riportare il sonno [5]. Ai partecipanti del gruppo di controllo venivano offerti cicli di educazione sanitaria.

A distanza di due anni, come ben evidenziato nelle figure, il gruppo di intervento multi-dominio ha portato a modesti miglioramenti nel punteggio composito cognitivo [obiettivo primario], e nei fattori di rischio di demenza e nella qualità della vita [obiettivi secondari], rispetto al gruppo di controllo di educazione sanitaria, al prezzo di qualche trascurabile problematica di dolore muscolo-scheletrico. Un certo miglioramento cognitivo è stato raggiunto anche nel gruppo di controllo, attribuibile ad 'effetto apprendimento' od al fatto stesso di partecipare ad un trial. Va segnalata una elevata soddisfazione in entrambi i gruppi, sia di intervento che di controllo.

In discussione, viene segnalato che – per quanto modesto – l'effetto cognitivo riportato è superiore a quello ottenuto nella frazione di interventi precedenti conclusisi con successo {per esempio, 'Body Brain Life for Cognitive Decline (BBL-CD)' – più breve: 8 settimane [2] – o quello biennale di riferimento 'FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) [3]'; non hanno ottenuto risultati cognitivi favorevoli sperimentazioni importanti quali pre-DIVA (Prevention of Dementia by Intensive Vascular Care) [4] e MAPT (Multidomain Alzheimer Prevention Trial) [5], in accordo con una meta-analisi della Collaborazione Cochrane pubblicata nel 2021 [6]}. Verosimilmente, ha contato la scelta della personalizzazione, che ha giocato sulla motivazione. Va tenuto conto che trattandosi di uno studio pilota, il campionamento non è stato dimensionato per evidenziare effetti quantitativamente contenuti. Piuttosto, viene sottolineato come il primo filtro abbia sfruttato i dati presenti nelle cartelle elettroniche; dopo di che, è stata effettuata una verifica telefonica.

In conclusione, si auspica che in futuro possano venire saggiati interventi combinati di riduzione del rischio e farmacologici, sul modello della gestione delle problematiche cardiovascolari".

[1] Yaffe, K., Vittinghoff, E., Dublin, S., Peltz, C. B., Fleckenstein, L. E., Rosenberg, D. E., Barnes, D. E., Balderson, B. H., & Larson, E. B. (2024). Effect of Personalized Risk-Reduction

Strategies on Cognition and Dementia Risk Profile Among Older Adults: The SMARRT Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 184(1), 54–

62. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6279>

[2] McMaster, M., Kim, S., Clare, L., Torres, S. J., Cherbuin, N., D'Este, C., & Anstey, K. J. (2020). Lifestyle Risk Factors and Cognitive Outcomes from the Multidomain Dementia Risk Reduction Randomized Controlled Trial, Body Brain Life for Cognitive Decline (BBL-CD). *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), 2629–2637. <https://doi.org/10.1111/jgs.16762>

[3] Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Pajananen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England), 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

[4] Moll van Charante, E. P., Richard, E., Eurelings, L. S., van Dalen, J. W., Ligthart, S. A., van Bussel, E. F., Hoevenaar-Blom, M. P., Vermeulen, M., & van Gool, W. A. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* (London, England), 388(10046), 797–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30950-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30950-3)

[5] Andrieu, S., Guyonnet, S., Coley, N., Cantet, C., Bonnefoy, M., Bordes, S., Bories, L., Cufi, M. N., Dantoine, T., Dartigues, J. F., Desclaux, F., Gabelle, A., Gasnier, Y., Pesce, A., Sudres, K., Touchon, J., Robert, P., Rouaud, O., Legrand, P., Payoux, P., ... MAPT Study Group (2017). Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet. Neurology*, 16(5), 377–389. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30040-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30040-6)

[6] Hafdi, M., Hoevenaar-Blom, M. P., & Richard, E. (2021). Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. The Cochrane database of systematic reviews, 11(11), CD013572. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013572.pub2>

[£] peraltro, lo stesso prof. Trabucchi ha ritenuto di insistere sul tema, riportando nella newsletter del 19-7 un riferimento all'articolo di *Lancet Public Health*: mi permetto di segnalare che quando scrivono Carol Brayne & Fiona E Matthews, secondo me, vale sempre la pena di fermarsi a leggere

[\$] da ligure, segnalo che il costo per gli attrezzi forniti era inferiore agli 80 dollari a partecipante.

*JAMA Network Open* dell'8 luglio affronta il problema largamente dibattuto della specificità dei **disturbi comportamentali nelle varie forme di demenza, in rapporto con alcune alterazioni dell'encefalo**. Sono state identificate diverse subsindromi comportamentali e ansiose che sono accompagnate da specifiche alterazioni dei circuiti neuronali. Così avviene anche per altre tipologie cliniche. Nell'insieme, lo studio permette una diversa prospettiva rispetto alla complessa eterogeneità della demenza e dei meccanismi neurobiologici sottostanti, con l'obiettivo di progettare strumenti diagnostici e interventi maggiormente mirati. [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820862>]

*JAGS* del 17 luglio discute il **ruolo degli assistenti di comunità nel promuovere la salute e il benessere degli anziani che abitano nelle città**. Però molti di loro non hanno ricevuto un'adeguata formazione nel prendersi cura degli anziani. Gli autori concludono con un augurio, che possiamo ritenere valido anche per noi; le comunità abitate da anziani in numero crescente hanno bisogno di chi è in grado di comprendere la loro condizione, per organizzare interventi mirati. Il problema di una più efficace organizzazione dei servizi di assistenza sociale diviene sempre più rilevante in tutte le società avanzate e potrebbe essere di valido supporto nell'organizzazione delle risposte alle fragilità. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.19077>]

*Lancet Healthy Longevity* di giugno ritorna sul tema della **prevenzione della demenza, con particolare attenzione alle società a basso reddito**. I dati estrapolati da 4024 articoli, dei quali 74 inclusi nella sintesi narrativa, dimostrano che i governi dovrebbero investire su approcci alla prevenzione che comprendono tutta la vita, come un'educazione di qualità, ambienti che promuovono la salute, e una migliore difesa della salute. Nei paesi a basso reddito questi interventi avrebbero grande valore, ma, purtroppo, mancano risorse, infrastrutture, ricerche mirate. Ritengo che in programmi come il "Piano Mattei", predisposto dal nostro governo, potrebbe avere spazio un'attenzione anche all'invecchiamento in salute e alla demenza, considerando come questi problemi stanno subendo una rapidissima crescita nei paesi a basso reddito. [[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00061-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00061-8/fulltext)]

*JAMDA* del 31 maggio presenta un **progetto educativo, adottato in una RSA, per ridurre la prescrizione di inibitori di pompa protonica senza motivazioni cliniche**. I dati, particolarmente significativi, dimostrano una riduzione dopo l'intervento della prescrizione di PPI dal 57.3% degli ospiti al 42.9%. Qualcuno potrebbe ritenere ancora troppo elevata la frequenza della prescrizione degli inibitori di pompa; è però necessario considerare la rigidità di certe abitudini nelle RSA e, allo stesso tempo, l'importanza di adeguati interventi formativi indirizzati ai medici e agli infermieri. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00471-7/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00471-7/abstract)]

*JAMA* dell'8 luglio pubblica un insight sul **tremore essenziale, frequente disturbo del movimento che può causare rilevante disabilità**. I pazienti possono beneficiare della terapia occupazionale o di devices adattativi, mentre i farmaci di prima linea includono il propanololo e il primidone. In pazienti che non rispondono al trattamento farmacologico si suggerisce il ricorso ad uno specialista neurochirurgo per attuare una procedura stereotassica a livello del talamo. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2820853>]

Un augurio di buone vacanze a chi può farle. La newsletter AIP non si ferma, sperando che l'atmosfera di riposo conceda qualche momento in più per pensare ai problemi degli anziani.

Marco Trabucchi

*Past President AIP*