

Newsletter AIP - 4 luglio 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Le diapositive di Giovanna Baraldi sul tema “La bellezza che cura”
- La nuova newsletter quindicinale dell’ISS
- Il contributo di Fabio Cembrani sulla morte medicalmente assistita
- Il triste ricordo dell’estate 2003
- Il coraggio -lodevolissimo- di Schillaci

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’angolo di Mauro Colombo
- JAMA Internal Medicine* e “The Power of Faith”
- JAGS*: la vista e la mobilità e i loro effetti sulla mortalità
- Nature* e la complessità dei modelli di IA

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Luca Serchisu, nuovo presidente della sezione sarda di AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-La collega **Giovanna Baraldi** continua la collaborazione con la nostra newsletter inviandoci per la pubblicazione alcune diapositive dal titolo: “**La bellezza che cura**”. È argomento di grandissimo rilievo culturale, sul quale vorrei richiamare l’attenzione dei nostri lettori.

-Il testo che segue dell’amico **Nicola Vanacore** presenta l’importante **iniziativa dell’Osservatorio Demenza dell’ISS di diffondere una newsletter** quindicinale. È un’iniziativa di grande rilievo, alla quale auguriamo il massimo successo, perché testimonia la vivacità di un settore che ha sempre più bisogno di idee e di progresso. Grazie Nicola! “Il

gruppo dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità propone a partire da oggi una Newsletter sui temi della ricerca e della sanità pubblica nel settore della demenza. Il fenomeno ha un notevole impatto sociale ed economico e riguarda ormai tra persone con deterioramento cognitivo e familiari più del 10% della popolazione italiana. La Newsletter avrà una cadenza quindicinale ed è suddivisa in cinque rubriche: approfondimenti tematici; progetti e piani strategici; notizie dal Fondo Alzheimer e Demenze 2024-26; news dalla letteratura scientifica; corsi/convegni e aggiornamenti dai siti web ImmiDem e Osservatorio Demenze. Riteniamo che sia fondamentale migliorare la comunicazione nel settore della demenza: il continuo incremento delle conoscenze sui meccanismi di base e delle problematiche cliniche e sociali nonché l'arrivo dei nuovi farmaci impone un'accelerazione nel trasferimento nella pratica clinica corrente e nell'organizzazione dei servizi di questi nuovi saperi. Il tutto impatta in realtà socio-assistenziali molto diverse tra loro, sottolineando l'urgenza di affrontare il tema dell'equità nell'accesso alle cure. La Newsletter dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità vuole dare un contributo in questa direzione. Attendiamo commenti, suggerimenti che ci consentano di rendere la Newsletter realmente utile alle persone con deterioramento cognitivo e ai loro familiari nonché ai professionisti sanitari e sociosanitari e ai decisori di sanità pubblica e più in generale a chi, nel proprio percorso di vita e professionale, incontra il tema della demenza”.

-Fabio Cembrani ha inviato il testo che segue sul problema della **morte medicalmente assistita**. Come sempre, un approccio profondo e originale, che susciterà molti commenti. “Le pronunce della Corte costituzionale non sono quasi mai utilizzate per rinforzare il dibattito pubblico anche se spesso a loro ci si richiama per altri più o meno legittimi scopi. Così avviene per quella giurisprudenza costituzionale sul fine vita la quale, a partire dalla sentenza n. 242 del 2019, ha progressivamente ampliato il numero delle persone che possono accedere alla morte medicalmente assistita. Ricordando che a quella originaria sentenza se ne sono poi aggiunte altre, in particolare la n. 35 del 2024 e, più recentemente la n. 66 del 27 marzo-20 maggio 2025 che sono entrate nel merito dei trattamenti di sostegno vitale (TSV) ammettendo che anche il loro rifiuto non può essere motivo di esclusione dall'accesso a questo percorso di fine vita. Tra continuità e discontinuità più o meno sartoriali e con alcuni revirement di rilievo la suprema Corte ha, tuttavia, ripetutamente sottolineato l'ampio margine di discrezionalità di cui gode il legislatore nel processo di modulazione della disciplina che deve bilanciare la tutela della vita umana e l'autonomia della persona con un attivismo giudiziario che ha sollevato forti dubbi tutti vertenti sul principio di separazione dei poteri, a muovere dall'ordinanza n. 207 del 2018 con la quale si invitava il legislatore a legiferare entro un anno di tempo avendo comunque la Corte indicato quali erano i criteri di esclusione della responsabilità penale dell'aiuto al suicidio: criteri che sono stati poi più nel dettaglio indicati dalla stessa Corte stessa nella sentenza n. 242 del 2019 con gli arcinoti quattro paletti, criteri poi confermati dalla sentenza n. 242 del 2024 che ha comunque esteso il perimetro dei TSV e che sono stati poi ribaditi nella sentenza n. 66 del 2025 la quale non sembra aver comunque esaurito il percorso argomentativo della

giurisprudenza costituzionale. Pur avendo i supremi Giudici rilevato che l'apertura non potrà trasformarsi in quel "liberi tutti" ripetutamente invocato dall'Associazione Luca Coscioni nel propagandare il referendum abrogativo dell'art. 580 del codice penale essendo preciso "dovere dello Stato [...] tutelare la vita di ogni individuo" (Ordinanza n. 207 del 2018, punto 6 del Considerato in diritto), specie se fragile e vulnerabile. Questo dovere, ricorda la Corte, è stato "alla base della recente decisione di inammissibilità del referendum abrogativo che mirava a rendere lecito l'omicidio del consenziente (sentenza n. 50 del 2022) il quale, qualora superato con esito positivo, avrebbe lasciato la vita umana in una situazione di insufficiente protezione esponendola "ai rischi che l'ordinamento ha il dovere di evitare in adempimento del dovere di tutela della vita umana che [...] discende dall'art. 2 Cost" (sentenza n. 135 del 2024, punto 7.2 del Considerato in diritto). Sul punto i supremi Giudici non mostrano incertezze nella piena consapevolezza che l'estensione del perimetro di non punibilità dell'art. 580 del codice penale può comportare il pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, perché in situazioni di fragilità e sofferenza. L'esigenza ineludibile è così quella di contrastare le derive sociali e/o culturali che potrebbero indurre le persone malate a scelte suicide con pressioni sociali più o meno indirette. Da qui i due moniti della Corte costituzionale rivolti al legislatore: quello di normare una volta per tutte la materia del fine vita e quello di promuovere il diritto ad una "seria assistenza medica" (punto 7.1 del Considerato in diritto). Non solo con la "concreta messa a disposizione di un percorso di cure palliative" ma garantendo "adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa", ivi compresa la messa "a disposizione delle persone con malattie inguaribili di tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettano loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri" ed il prendersi realmente carico "di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi" perché "la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona la scelta della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morire". È la prima volta che i Giudici costituzionali rivolgono questo condivisibilissimo monito al legislatore anche se ciò che risulta difficile comprendere è il come gli stessi non dimostrino avere piena contezza dei ritardi che continuano a caratterizzare tutti i percorsi dell'assistenza domiciliare nonostante i chiari obiettivi indicati dalla Missione 5 e dalla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Le riforme annunciate che avrebbero dovuto rivedere (e semplificare) il riconoscimento della disabilità sono, infatti, ancora in fase sperimentale e, per quello che riguarda le persone anziane non autosufficienti, le deleghe parlamentari sono state tradite e sotto-finanziate dal Governo che ha preferito puntare sul ponte dello stretto e sul riarmo militare voluto dall'America; l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che pur ha aumentato il numero delle persone over65enni assunte in carico dal servizio, è oggi in grado di garantire una media di 14 ore/anno di assistenza infermieristica; le Case di Comunità che vedono la presenza medica ed infermieristica sulle 24 ore, alla fine del 2024, erano appena 46 (il 3% del totale) e gli Ospedali di comunità con almeno un servizio attivo 124 sul totale dei 568 previsti (il 22% del totale); le famiglie, quando possono, sono costrette a fare i conti con la carenza di personale adibito all'assistenza e a confrontarsi con il nuovo fenomeno del "caro-

badanti” che ha costretto molti anziani alla vendita in comodato d’uso delle loro abitazioni; mancano molti posti letto nelle RSA italiane con disuguaglianze territoriali davvero imbarazzanti che penalizzano soprattutto le nostre regioni del Sud. Non è dato sapere se i supremi Giudici siano a conoscenza di questa davvero imbarazzante situazione generale anche se il coraggio di aver voluto lanciare questo monito al legislatore deve essere apprezzato e segnalato. Parimenti apprezzabile è l’invito della Corte rivolto al Servizio sanitario nazionale “a garanzia di un disinteressato accertamento della sussistenza dei requisiti di liceità all’accesso alla procedura del suicidio assistito” (punto 7.1 del Considerato in diritto) che collide con l’idea espressa dall’attuale maggioranza politica di affidare questa responsabilità ad un Comitato etico direttamente nominato dal Governo. Se ciò avvenisse sarebbe un’altra sconfitta per la nostra sanità pubblica e bene ha fatto la Corte costituzionale a ribadire la competenza ed il ruolo di garanzia del Servizio sanitario pubblico perché ogni richiesta di aiuto al suicidio deve essere sottoposta ad una seria ed obiettiva ponderazione senza pregiudiziali ideologiche e senza mai abbandonare la persona al suo destino”.

-Tutti ricordiamo l’**estate del 2003** (caldo torrido, assenza di escursione termica, durata, con inizio a metà maggio) e le **morti degli anziani**. Nella scorsa newsletter ho espresso il mio parere, in particolare l’assoluta inutilità della burocrazia in questi momenti. In una cittadina, che non cito per carità di patria, sulla porta del municipio è esposto l’orario per gli interventi di emergenza a causa del caldo. Orario 9-12 e 14-17, sabato e domenica chiuso. Sindaco si vergogni e, se non ne sa nulla, cerchi di scegliere impiegati responsabili! In allegato riporto la circolare inviata agli ospedali dal Centro di Competenza Ligure per la Prevenzione dei Danni da Ondate di Calore, diretto da **Ernesto Palummeri**. Ricordo che nel 2003 Genova fu la città più colpita dall’ondata di calore ed ebbe il maggior numero di anziani morti.

-Ringrazio il **Ministro Schillaci** per la sua **coraggiosa dichiarazione**: “Ci sono ancora difficoltà e disagi inaccettabili [si riferisce alle liste d’attesa], ma ora abbiamo i dati. Pronti a far scattare i poteri sostitutivi”. Bravo Ministro: i poteri sostitutivi sono previsti dalla Costituzione Italiana e un governo serio deve capire i tempi nei quali è doveroso metterli in atto. Occorre coraggio, ma il Ministro deve sentire che la grandissima maggioranza dei cittadini è con lui.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie, carissimo **Mauro**, grazie perché anche tu pensi che il caldo non compromette la funzione cerebrale; anzi, forse, facilita la costruzioni di reti neurali. Come dimostri con il tuo lavoro!

“Puntualmente è arrivato, ad aprile, l’aggiornamento annuale che Jeffrey Cummings e Colleghi stilano sui **farmaci per la malattia di Alzheimer** (AD) in corso di sperimentazioni

che risultano registrate nell'elenco statunitense 'clinicaltrials.gov' al 1-1-2025 [1].

Dichiaratamente, le informazioni riguardanti gli agenti terapeutici negli studi clinici su cui si basa questo rapporto sono ampie ma non esaustive, poiché alcuni studi sono condotti esclusivamente al di fuori degli Stati Uniti e non sono soggetti obbligatoriamente a requisiti di registrazione.

I farmaci vengono classificati in base al processo che ne costituisce il bersaglio, secondo le categorie descrittive della 'Common Alzheimer's Disease Research Ontology' (CADRO).

Questo schema include: Aβ; tau; apolipoproteina E (APOE), lipidi e recettori delle lipoproteine; recettori trasmettitoriali; neurogenesi; infiammazione; stress ossidativo; morte cellulare; proteostasi/proteinopatie; metabolismo e bioenergetica; sistema vascolare; fattori di crescita e ormoni; plasticità sinaptica/neuroprotezione; asse intestino-cervello; ritmo circadiano; fattori ambientali; regolatori epigenetici; multi - bersaglio; bersaglio sconosciuto; altro.

Sulla base di informazioni meccanicistiche e relative al processo bersaglio, gli agenti vengono classificati anche in categorie di Scopo Terapeutico come terapie mirate alla malattia [Disease-Targeted Therapies (DTT)] o come terapie sintomatiche, a seconda che lo scopo terapeutico dichiarato sia il cambiamento di un aspetto specifico della fisiopatologia dell'AD con l'intento di rallentarne il declino clinico o se l'intento è quello di migliorare i disturbi presenti all'inizio dello studio [per esempio, migliorare la cognitività, o ridurre i sintomi neuropsichiatrici(NPS)]. Gli Autori sono consapevoli che la distinzione DTT / trattamento sintomatico può essere ambigua per alcune terapie: gli agenti possono avere molteplici meccanismi terapeutici e i farmaci possono avere sia proprietà DTT che sintomatiche. Ciononostante, tale classificazione indirizza verso forme differenti di sperimentazione. Gli studi clinici volti a dimostrare un impatto sulla fisiopatologia della malattia hanno un disegno diverso da quelli progettati per mostrare effetti sintomatici. Gli studi sugli agenti sintomatici sono più piccoli, di durata più breve e fanno meno affidamento sui biomarcatori, mentre dimostrare l'impatto biologico e clinico di terapie farmacologiche mirate alla malattia (DTT) in genere richiede un numero maggiore di partecipanti, esposizioni più lunghe e un maggiore affidamento sui biomarcatori.

A loro volta, agenti DDT e sintomatici vengono ulteriormente definiti. I DTT vengono suddivisi in 'biologici' [ad esempio, anticorpi monoclonali, vaccini, oligonucleotidi antisense (ASO)] e 'piccole molecole' (ad esempio, farmaci generalmente assunti per via orale e con peso molecolare inferiore a 500 Dalton). Gli agenti sintomatici vengono divisi in quelli con presunte proprietà di miglioramento cognitivo e quelli destinati a migliorare la sintomatologia neuropsichiatrica (NPS), specificando il tipo di NPS trattato nello studio (ad esempio, agitazione, psicosi, apatia). L'eventuale 'riposizionamento' di un farmaco avviene mediante il confronto con una altra banca di dati (<https://go.drugbank.com/>).

Sono state prese in considerazione le fasi di ricerca 1, 2 e 3; rispettivamente, sintetizzando le definizioni della Agenzia Italiana del Farmaco:

Fase 1: inizio della sperimentazione del principio attivo sull'uomo che ha lo scopo di fornire una prima valutazione della sicurezza e tollerabilità del medicinale, in base ai risultati delle precedenti sperimentazioni sugli animali e la valutazione della modalità di azione e distribuzione del farmaco nell'organismo, in pochi centri selezionati su un numero limitato di volontari sani

Fase 2: inizia a essere indagata l'attività terapeutica del potenziale farmaco, su volontari affetti dalla patologia per cui il farmaco è stato pensato, cercando di individuare la dose più appropriata, mediante studi in singolo o doppio cieco

Fase 3: serve a determinare quanto è efficace il farmaco, se ha qualche beneficio in più rispetto a farmaci simili già in commercio e qual è il rapporto tra rischio e beneficio. L'efficacia del farmaco sui sintomi, sulla qualità della vita o sulla sopravvivenza è confrontata con un placebo, con altri farmaci già in uso o con nessun trattamento, attraverso il metodo dello studio clinico controllato randomizzato.

Le sperimentazioni coinvolgono una vasta gamma di soggetti, che comprendeva persone cognitivamente integre ma a rischio di sviluppare AD sintomatica (4%), pazienti con deterioramento cognitivo lieve [mild cognitive impairment (MCI)] da AD o AD prodromica (35%), con AD iniziale (26%), demenza da AD lieve (57%) o moderata – severa (41%); la somma delle % supera 100 a motivo di sovrapposizioni tra gli studi.

I partecipanti assommano ad oltre 50 000, di cui 2/3 per la fase 3 ed oltre 1/4 per la fase 2; oltre 3/4 delle sperimentazioni riguardano DTT, 15% per NPS e 7% per il rinforzo cognitivo. Tra i farmaci in osservazione nella fase 3 si trova anche la semaglutide, che rientra nella categoria 'infiammazione / immunità' della classificazione CADRO.

138 sostanze sono sotto osservazione in 182 studi (contro 127 e 164, rispettivamente, al 1-1-2024), con un aumento dell'attività per la fase 1 (riguardo al numero sia di farmaci che di sperimentazioni). Le terapie biologiche mirate alle malattie (DTT) rappresentano il 30% della casistica; le DTT a piccole molecole ne costituiscono il 43%; i farmaci per il potenziamento cognitivo rappresentano il 14% e i farmaci mirati al miglioramento dei sintomi neuropsichiatrici nei pazienti con AD contribuiscono all'11%. Gli agenti riproposti rappresentano il 33% degli agenti della casistica.

Tutte le categorie CADRO relative alla fisiopatologia della AD sono rappresentate da almeno un farmaco negli studi clinici attualmente in corso.

I biomarcatori figurano tra gli esiti primari del 27% degli studi clinici attivi, testimoniando la innovazione che la serie 2025 ha comportato. I biomarcatori plasmatici rivestono un ruolo diagnostico crescente, con particolare riguardo alla p-tau 217 plasmatica, che recenti studi ritengono equivalente in accuratezza diagnostica ai marcatori di AD del liquido cerebrospinale [2].

In sintesi, la crescita del numero di studi clinici e di agenti terapeutici, la ampia diversità dei bersagli dei farmaci nella casistica del 2025 e il notevole aumento dell'attività di Fase 1

dimostrano lo slancio verso l'identificazione di nuove terapie per il trattamento dell'AD. Le aziende farmaceutiche hanno sostenuto oltre la metà di tutti i farmaci in fase di sviluppo e il 75% dei farmaci in fase 3”.

[1] Cummings, J. L., Zhou, Y., Lee, G., Zhong, K., Fonseca, J., Leisgang-Osse, A. M., & Cheng, F. (2025). Alzheimer's disease drug development pipeline: 2025. *Alzheimer's & dementia* (New York, N. Y.), 11(2), e70098. <https://doi.org/10.1002/trc2.70098>

[2] Barthélemy, N. R., Salvadó, G., Schindler, S. E., He, Y., Janelidze, S., Collij, L. E., Saef, B., Henson, R. L., Chen, C. D., Gordon, B. A., Li, Y., La Joie, R., Benzinger, T. L. S., Morris, J. C., Mattsson-Carlgen, N., Palmqvist, S., Ossenkoppele, R., Rabinovici, G. D., Stomrud, E., Bateman, R. J., ... Hansson, O. (2024). Highly accurate blood test for Alzheimer's disease is similar or superior to clinical cerebrospinal fluid tests. *Nature medicine*, 30(4), 1085–1095. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02869-z>

-*JAMA Internal Medicine* del 30 giugno pubblica un'Inside Story scritta da un autore cinese dal titolo **“The Power of Faith”**. L'autore racconta la sua esperienza personale e conclude che con il tempo la sua comprensione dei pazienti morenti si è evoluta. “Non sono solo persone che soffrono per un dolore fisico, ma individui che lottano anche con una sofferenza dello spirito. Anche se le cure di emergenza restano una priorità, adesso cerco strade per cogliere e rispondere ai bisogni spirituali. Una fine vita serena richiede scelte e circostanze. In queste situazioni mi ricordo di un testo di Tagore in modo che ‘la vita sia bella come i fiori in estate e la morte come le foglie d'autunno’”. L'autore afferma che nel suo paese le cure palliative sono ancora poco diffuse, mentre vi sarebbero grandi spazi per cure impostate in questa direzione. È interessante osservare come il partito comunista cinese non interferisca con altre sensibilità e culture. [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2835681>]

-*JAGS* di giugno pubblica un articolo particolarmente interessante sul **rapporto tra alterazioni visive e ridotta mobilità con la mortalità**, nel quale si dimostra che le due condizioni agiscono indipendentemente sulla mortalità. Resta però ancora da definire quali possono essere le interazioni, e quindi le reali possibilità di interventi preventivi in presenza delle due circostanze. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19584>]

-Un commentario pubblicato da *Nature* del 23 giugno è così intitolato: “L'intelligenza artificiale può trasformare la medicina, ma solo se gestiamo con attenzione i dati che produce. Lo **sviluppo incontrollato del machine learning può distorcere l'informazione del paziente** e sacrificare l'affidabilità dei dati a lungo termine per alcuni benefici a breve”. Avvisa, in particolare, del rischio che l'introduzione di diversi modelli nello stesso ambiente

clinico possa provocare l'incapacità di eseguire controlli seri.

[<https://www.nature.com/articles/d41586-025-01946-8>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il collega **Luca Serchisu** è stato eletto **presidente della sezione sarda della nostra Associazione**. La Sardegna continua la tradizione di nomine di alto livello; sono certo che il carissimo Luca, ben noto in AIP per essere stato responsabile per alcuni anni della sezione giovani, continuerà su questa linea. Auguri, e sappi di poter contare sui tanti amici che ti hanno conosciuto come “giovane” e oggi ti salutano con soddisfazione come “presidente”.

Mi permetto di riproporre il ricorso alla generosità dei lettori per un versamento, importante per continuare la pubblicazione della newsletter. Modalità del versamento: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421

Un cordiale saluto e un augurio di un lavoro sereno, nonostante le difficili condizioni ambientali,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Padre nobile della geriatria italiana
 - Telemedicina solo per gli ultraottantenni? La critica di Franco Pesarsi
 - L'accesso alla facoltà di medicina e le relative problematiche
 - Trump e la crisi dell'assistenza
 - Un invito a inviare per la pubblicazione sulla newsletter la recensione di un volume che i lettori ritengono utile
- per le letture estive di colleghe e colleghi

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA: l'Alzheimer nei sopravvissuti del cancro della mammella

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il programma stellare delle numerose Alzheimer Fest in molte regioni

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Apro questa newsletter con la foto elegante del **professor Giulio Masotti, padre nobile della geriatria italiana**. Ha solo 90 anni e quattro mesi; la testa è funzionante, così come il professore è elegante nel perfetto smoking in una serata teatrale. Grazie Giulio per quello che ci hai insegnato e ancora ci insegna.... Ho appena ricevuto il tuo invito per il convegno annuale di Montecatini, per noi un evento storico, che tu hai costruito in tanti anni. Grazie! Grazie anche a Niccolò Marchionni che mi ha inviato la bella foto del suo maestro.

-Telemedicina solo per gli ultraottantenni? Franco Pesarsi con la consueta lucidità critica quanto indicato dal decreto 29, secondo il quale l'intervento è effettuato con prioritario riferimento alla persona grande anziana, affetta da almeno una patologia cronica. Pesaresi scrive: "Mettere in un decreto che l'intervento è rivolto prioritariamente agli ultraottantenni significa, nei fatti, non prendere in considerazione la maggioranza degli italiani che invece potrebbero aver altrettanto bisogno di un intervento di telemedicina (...). Si tratta di rimuovere un ostacolo immotivato, che potrebbe impedire alla maggioranza degli anziani l'accesso alla telemedicina. Siamo di fronte ad una gravissima esclusione, che non può essere accettata nell'organizzazione ordinaria dei servizi sanitari". Sono affermazioni di grande importanza, considerando anche il prestigio di Pesaresi, che fanno pensare alla scrittura incompetente del decreto legislativo 99/2024.

-Allego un articolo comparso sul *Corriere della Sera* del 29 giugno, riguardante alcune indicazioni sulle **regole che dovrebbero guidare l'accesso alla facoltà di medicina**. Il direttore Ripamonti, in un lucido editoriale di accompagnamento al pezzo, scrive: "L'idea, per come viene proposta, potrebbe sembrare quasi provocatoria: selezionare i candidati in base al coraggio e alla curiosità". Grazie Direttore: un medico senza curiosità non capisce la sofferenza del suo paziente; sarà interessante a questo proposito come conciliare la curiosità, che resta una dote umana, con i dati, solo apparentemente esaustivi, che fornirà l'intelligenza artificiale. Anche il medico senza coraggio è in difficoltà quando deve decidere nei momenti importanti e più delicati del suo rapporto di cura, quando assume responsabilità che determinano la condizione di salute dell'individuo ammalato.

-La nuova legge di bilancio predisposta da Trump chiamata, senza il minimo senso del ridicolo, **Big Beautiful Bill, prevede drammatici tagli alla spesa sociale**. La riduzione del budget per la sanità, attuata con drastica riduzione del Medicaid, rischia di causare negli USA altri 12 milioni di persone senza assicurazione sanitaria. Seguiremo con attenzione l'evoluzione di questa "splendida" legge; speriamo che non venga tagliato anche il sistema Medicare che riguarda gli anziani. Un'ulteriore preoccupazione: quale altro governo al mondo sentirà il dovere di seguire le decisioni del grande condottiero? Tagliare le tasse a chi sta bene e appesantire la condizione dei cittadini bisognosi è quanto di più disumano si possa pensare, indipendentemente dalla posizione politica.

-Nelle prossime newsletter vorrei indicare alcune letture per l'estate; non propriamente volumi da spiaggia, ma strumenti per arricchire le nostre informazioni sulle tematiche che ci permettono di curare meglio le persone che a noi si affidano. Un piacere: **attendo dalle lettrici e dai lettori 10 righe di presentazione di volumi che hanno letto e che ritengano di consigliare** perché utili alla formazione tecnica e all'arricchimento personale.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di **Mauro Colombo** è dedicato ad una rilettura dei **diversi ruoli della proteina tau nelle varie fasi della vita**. Una revisione importante per chi desidera approfondire l'importanza della tau nel funzionamento dell'encefalo.

“Senza magia non c'è vita” sosteneva Tiziano Terzani, e Mario Martone lo ribadisce. E di una piccola magia sono stato beneficiato anch'io: avevo appena finito di seguire un webinar di neurobiologia, dedicato per metà alla proteina tau, quando Antonio Guaita – direttore della Fondazione Golgi Cenci – fa circolare il collegamento ad un accattivante lavoro, liberamente accessibile in rete, relativo al medesimo argomento. Al di là del titolo [1], incuriosisce la constatazione che i suoi 18 autori risultano complessivamente affiliati a 25 istituzioni, con un picco di 6 affiliazioni per l'autore più ‘condiviso’. L'Europa gioca il ruolo principale: Svezia e Norvegia in testa, ma anche Spagna e Francia [+ Inghilterra]; sostanziosi contributi anche da Australia e Cina: la scienza fa superare i confini di questi tempi nefasti.

L'articolo è dedicato al confronto fra i diversi ruoli che la proteina tau può giocare in fasi e circostanze diverse della vita umana. La tau è una proteina fondamentale coinvolta nella regolazione della dinamica dei microtubuli, del trasporto assonale e della crescita dei neuriti: ogni sua funzione è modulata dalla fosforilazione in siti specifici. Nel cervello fetale ed in quello adulto sono presenti isoforme diverse. Nel cervello fetale in via di sviluppo, livelli elevati di tau fosforilata (p-tau) sono correlati con l'attività dinamica dei microtubuli durante i periodi chiave della plasticità cerebrale e supportano uno sviluppo neuronale sano, senza formare grovigli neurofibrillari. Viceversa, nella malattia di Alzheimer, la fosforilazione della tau non solo porta a una perdita di funzione, ma può anche introdurre effetti dannosi dal guadagno in funzione, come rendere la tau incline all'aggregazione, con il successivo sviluppo dei grovigli patologici. La p-tau₂₁₇ plasmatica è correlata anche con l'aumento della gravità della patologia tau misurata mediante tau PET₁₇ e con il carico di grovigli all'autopsia, fungendo non solo da marcatore diagnostico ma anche da marcatore prognostico nella malattia di Alzheimer. Tuttavia – e questo secondo me è un punto nodale - la dipendenza della p-tau dall'amiloide è stata ampiamente dibattuta. Ad esempio, è stato dimostrato che la p-tau plasmatica può essere un marcatore indipendente dall'amiloide nei disturbi neurodegenerativi come la malattia di Niemann-Pick di tipo C, la malattia di Creutzfeldt-Jakob e la sclerosi laterale amiotrofica, e che un aumento temporaneo della p-tau plasmatica si osserva anche in condizioni neurologiche acute come lesioni traumatiche al cervello e arresto cardiaco, con livelli più elevati che prevedono esiti clinici peggiori a lungo termine ⁸. Nel complesso, questi risultati suggeriscono che la fosforilazione della tau svolge un ruolo più complesso che va oltre la sua associazione con la patologia del morbo di Alzheimer.

Tuttavia, non si sa se l'elevata fosforilazione della tau osservata nel cervello dei feti e nel liquido cerebrospinale dei neonati possa essere rilevata anche nel sangue periferico

utilizzando i dosaggi immunologici attualmente disponibili, e se i livelli plasmatici di p-tau possano fungere da marcatori clinicamente rilevanti nei neonati.

È stato perciò condotto uno studio multicentrico – primo del genere –, dove la tau217 fosforilata plasmatica è stata misurata in neonati sani, bambini nati prematuri, pazienti con malattia di Alzheimer e controlli sani di varie età. Plasmi e sieri – conservati a – 80° - sono stati instillati nella piattaforma ‘Simoa’ [single molecule array (schiera di molecole singole)] presso la università di Gothenburg, in Svezia. E le figure ci offrono una sorpresa: i livelli plasmatici di tau217 fosforilata erano significativamente più alti nei neonati rispetto agli individui sani di qualsiasi fascia d'età e superavano persino i livelli osservati nei pazienti con AD. Nei neonati, i livelli plasmatici di tau217 fosforilata erano inversamente correlati a fattori perinatali come l'età gestazionale. Le analisi longitudinali di neonati pre-termine hanno dimostrato un calo dei livelli sierici di tau217 fosforilata nei primi mesi di vita, avvicinandosi ai livelli osservati nei giovani adulti. All'interno di questo andamento generale, esiste una notevole variabilità inter-paziente sia nei livelli iniziali di p-tau217 sia nel tasso di declino. Anche in una coorte di 14 piccoli estremamente prematuri (età gestazionale < 28 settimane), nelle fasi più avanzate dello sviluppo postnatale (giorni 100-140), i livelli di p-tau217 in tutti i pazienti si sono portate a un intervallo basso e stabile, il che suggerisce il raggiungimento di un livello basale con la maturazione del cervello. Questo risultato è stato riscontrato solo nella tau fosforilata, poiché non è stata osservata alcuna associazione tra variabili perinatali e marcatori di tau non fosforilata, come la ‘tau di derivazione cerebrale’ [brain derived tau (BD-tau)] o con i neurofilamenti leggeri [Neurofilaments Light chain (NfL)], espressioni di danno assonale in svariati disordini neurologici. Le concentrazioni di questi ultimi erano significativamente più alte nei neonati che negli adolescenti, ma più basse rispetto agli adulti più anziani. Al contrario, livelli plasmatici elevati di tau217 fosforilata negli individui più anziani sono stati associati alla patologia di Alzheimer. Collateralmente, viene segnalato che mentre la tipologia di parto ha influenzato significativamente i livelli di BD-tau e NfL (il taglio cesareo è associato ai maggiori aumenti di questi marcatori), non è stata osservata alcuna variazione del genere per p-tau217, che è rimasto costante in tutti i tipi di parto. La p-tau217 del cordone ombelicale è risultata correlata, in un altro studio, ai livelli di neurofilamenti a catena leggera, e – insieme a BD-tau – ad ipertensione arteriosa ed anomalie placentari, così da indicare nella p-tau217 un marcatore di suscettibilità più generale a problematiche collegati allo sviluppo del sistema nervoso [2].

La discussione dell'articolo inizia rimarcando che l'iperfosforilazione della tau non sempre porta all'aggregazione ma sembra piuttosto svolgere un duplice ruolo nel cervello, con la possibilità di meccanismi condivisi tra fisiologia e patologia cerebrali. Comprendere i meccanismi che mantengono elevati livelli di p-tau senza innescare aggregazione o patologia durante lo sviluppo fetale potrebbe offrire preziose informazioni sulla malattia di Alzheimer e altre taupatie. Da qui la conclusione speranzosa che i meccanismi protettivi naturali dei neonati possano essere imitati come approcci terapeutici volti a modulare la fosforilazione della tau, migliorarne l'eliminazione e prevenirne l'aggregazione patologica nelle malattie neurodegenerative.

Anche alcuni rimandi bibliografici di [1] sono interessanti. Nell'introduzione dell'articolo si ricorda come il p-tau217 plasmatico è correlato anche con l'aumento della gravità della patologia tau misurata tramite PET tau e col carico di grovigli neurofibrillari all'autopsia, fungendo non solo da marcatore diagnostico ma anche da marcatore prognostico nella malattia di Alzheimer. Nel riferimento bibliografico originale si precisa che il livello di p-tau217 plasmatico, ma non di p-tau181 o di p-tau231, ha mostrato associazioni significative con il declino della memoria verbale sia basale che futura nei partecipanti con patologia amiloide ma non in quelli che non la presentano [3].

§ l'articolo non menziona le taupatie più ricorrenti, quali la paralisi sopranucleare progressiva, la demenza fronto-temporale [compresa la malattia di Pick], la degenerazione cortico-basale”.

[1] Gonzalez-Ortiz, F., Vávra, J., Payne, E., Kirsebom, B. E., Sjöbom, U., Santos, C., Júlvez, J., Kramer, K., Zalcberg, D., Montoliu-Gaya, L., Turton, M., Harrison, P., Hellström, A., Zetterberg, H., Fladby, T., Suárez-Calvet, M., Sanders, R. D., & Blennow, K. (2025). The potential dual role of tau phosphorylation: plasma phosphorylated-tau217 in newborns and Alzheimer's disease. *Brain communications*, 7(3), fcac221. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac221>

[2] Payne, E., Gonzalez-Ortiz, F., Kramer, K., Payne, T., Marathe, S., Mahajan, N., Liu, A., Barry, J., Duckworth, A., Brookes, M., de Vries, B., Moran, B., Manning, H., Gordon, A., Blennow, K., Zetterberg, H., Zalcberg, D., & Sanders, R. D. (2025). Umbilical cord blood pTau217 and BD-tau are associated with markers of neonatal hypoxia: a prospective cohort study. *medRxiv: the preprint server for health sciences*, 2024.12.20.24319360. <https://doi.org/10.1101/2024.12.20.24319360>

[3] Gonzalez-Ortiz, F., Kirsebom, B. E., Yakoub, Y., Gundersen, J. K., Pålhaugen, L., Waterloo, K., Selnes, P., Jarholm, J. A., Gísladóttir, B., Rongve, A., Skogseth, R. E., Bråthen, G., Aarsland, D., Turton, M., Harrison, P., Zetterberg, H., Villeneuve, S., Fladby, T., & Blennow, K. (2025). Associations Between Changes in Levels of Phosphorylated Tau and Severity of Cognitive Impairment in Early Alzheimer Disease. *Neurology*, 104(11), e213676. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000213676>

-*JAMA Network Open* del 20 giugno presenta i dati di uno studio secondo il quale i **sopravvissuti al cancro alla mammella presentano un minore rischio di malattia di Alzheimer** in confronto ai controlli che non hanno avuto il cancro (SHR, 0.92; 95% CI 0.86-0.98). E' stato peraltro dimostrato che questo effetto non persiste oltre i 5 anni di sopravvivenza. Le ragioni non sono ancora chiare, anche se l'argomento è stato al centro di preoccupazioni nel recente passato; in particolare è stato preso in considerazione il ruolo dei trattamenti. Il lavoro indica l'esigenza di studi che osservino con attenzione le molte variabili che accompagnano la malattia di Alzheimer; forse non sempre i risultati sono convincenti, ma la ricerca di possibili eventi clinicamente rilevanti porterà ad una maggiore chiarezza

attorno alle condizioni che sono alla base della malattia.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2835511>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Di seguito riporto l'elenco delle **tappe dell'Alzheimer Fest** che si svolgeranno nei prossimi mesi di settembre e ottobre. Michele Farina, ideatore e realizzatore di questa grandiosa impresa, invita gli amici dell'AIP non solo a partecipare agli eventi, ma anche a collegarsi con gli organizzatori, in modo allargare il più possibile il numero dei partecipanti. Le tematiche affrontate nelle diverse sedi sono di rilievo per operatori e caregiver, ma anche per la popolazione in generale, con lo scopo di acquisire sensibilità attorno alle problematiche cliniche, psicologiche e organizzative poste dalle persone affette da demenza e dai loro familiari.

Treviso, sabato 6 settembre, perché ogni partenza è anche un ritorno. La città dove nel 2019 si è celebrato un bellissimo Alzheimer Fest ci accoglie di nuovo a braccia aperte, ancora una volta con tutto l'affetto delle amiche e degli amici di Israa. Questa volta staremo in centro, vicino all'acqua, "dove Sile e Cagnan s'accompagna" avrebbe detto Dante.

Valdagno, domenica 7 settembre: per la seconda tappa del nostro viaggio lungo la Penisola restiamo in Veneto, provincia di Vicenza, nel cuore di una cittadina incantevole al centro di un territorio attivo e solidale. Appuntamento in centro, dentro e intorno la magnifica Villa Serena.

Gavirate, 6-7 settembre: come ogni anno, sulla magica riva del Lago di Varese, il Fest scende in acqua nel "porto" da cui ha preso il largo nel 2017 con le amiche e gli amici di Rughe.

Brescia, sabato 13 settembre: il camper del Fest fa sosta alle porte della città amica delle persone con demenza, ovvero ai box delle Mille Miglia. Il nome del Museo sulla celebre corsa ricorda la distanza che copriremo quest'anno. Una location affascinante che mette insieme città e campagna, medicina e cultura, velocità e tranquillità, futuro e storia (sul grande cortile dell'ex monastero si affaccia una chiesetta che risale all'anno Mille). Indirizzo: viale della Bornata 123, Santa Eufemia della Fonte.

Monza, domenica 14 settembre: in piazza Roma, sotto l'Arengario, la settimana dopo il Gran Premio di Formula 1, nel pieno centro di una città accogliente dove ha preso avvio la banda dell'Alzheimer Fest.

Casale Monferrato, sabato 20 settembre: tutto il Piemonte a raccolta nel centro della splendida cittadina del Monferrato. Il nostro campo base sarà la Casa di Riposo e di Ricovero in piazza Battisti 1, sorta nel 1740. Molte cose belle già bollono in pentola, restate sintonizzati sul sitowww.alzheimerfest.it.

Melegnano, sabato 20 settembre: al Castello facciamo il bis, dopo il bellissimo Fest dell'anno scorso nella storica cittadina alle porte di Milano, tra conferme e sorprese.

Chiavari, domenica 21 settembre: torniamo in Liguria, dopo La Spezia 2023. Appuntamento in piazza Matteotti, intorno all'ex chiesa di San Francesco trasformata in auditorium a due passi dai portici, e negli spazi ombreggiati del vicino Parco Botanico Villa Rocca.

Rosignano, giovedì 25 settembre: in provincia di Livorno, eccezionalmente di giovedì. L'Alzheimer Fest mette le tende a Rosignano Solvay, a due passi dal mare, tra gli alberi e negli spazi dello storico Cine-Teatro, in via Ernesto Solvay, 20.

Monteriggioni, domenica 27 settembre: sempre in Toscana, da Rosignano Solvay saliamo in provincia di Siena. A 3 km dal borgo c'è la frazione di Abbadia a Isola, un incanto nel verde dove ha sede il Museo Archeologico di Monteriggioni. L'Abbazia è dell'anno 1001. Ecco siamo lì, buoni ultimi, in un posto già frequentato dagli etruschi nel IX secolo a.C.

Roma, sabato 4 ottobre: tappa nella capitale, nel nascente distretto creativo dell'Eur: il posto tutto da scoprire si chiama La Vaccheria, un'ex fattoria (come dice la parola stessa) in via Giovanni L'Eltore 35.

Isernia, sabato 11 ottobre: per la prima volta in Molise, per raccontarne i progressi e dare manforte alle famiglie in difficoltà, intorno a un nascente e tanto atteso centro diurno Alzheimer.

Monteverde, domenica 12 ottobre: nel cuore di un delizioso "comune non comune" in provincia di Avellino, campione di accoglienza e accessibilità.

Brindisi, 18-19 ottobre: il tour ammara in Puglia, nel centro di una città portuale ricca di storia e di novità. Appuntamento in Piazza Duomo per una due giorni di profonde sorprese.

P.S. IMPORTANTE: Il 22 settembre 2025 alle ore 19 l'Alzheimer Fest sbarca all'Etna Book Festival di Catania, al timone Flavio Pagano che quest'avventura la vede così: "Il piccolo vulcano itinerante (delle idee, dell'amore, della cura) incontra il grande vulcano. E si racconta...".

-Un grazie particolare a chi continua a ricordarsi del nostro lavoro. Anche piccole cifre testimoniano che la newsletter è di qualche utilità per colleghe e colleghi. Ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421

Con l'augurio più vivo di buon riposo a chi è in vacanza e di buon lavoro a chi continua a svolgere compiti difficili negli ospedali, nei servizi domiciliari e del territorio, nelle RSA.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il caldo e il rispetto della sofferenza
- Peggio l'afa o la solitudine?
- 27 luglio: la giornata dei nonni
- La crisi del lavoro. Chi aiuterà gli anziani fragili?
- “Dante, 101 anni alle spalle e patente fresca di rinnovo”
- Biondaro: dialogo con un infermiere
- Zani: la gioia di un percorso ritrovato
- Letture d'estate di Guido Gori

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- NEJM* e chatbot
- JAMA* e l'osteoporosi

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La Summer School AIP a Portici

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-In questi giorni di caldo, pensando alle sofferenze di molti nostri concittadini, mi sono ricordato di una frase bellissima di Italo Calvino: “Di una città non godi le sette o settantasette meraviglie, ma la risposta che dà a una tua domanda”. **Le nostre città che risposte hanno dato a chi soffriva per le alte temperature?** Tantissima generosità individuale o di gruppo, quasi assenza di provvedimenti pubblici. Ma forse è questa la direzione verso la quale le nostre comunità si stanno indirizzando: assenza della burocrazia e della politica al suo

servizio, sostituita, per quanto possibile, dalla spontanea disponibilità dei cittadini. Forse è la strada indicata da Trump... quello che taglia i fondi di Medicaid e Medicare, in modo che ogni cittadino possa arrangiarsi senza protezioni. Appunto la città senza risposte!

-Il settimanale *Verona Fedele* ha intitolato una mia intervista sul caldo: “**Peggio l’afa o la solitudine?**”. Mi sembra una domanda pertinente, che riassume le difficoltà incontrate in queste settimane da molti anziani. Una domanda curiosa: quanti dei nostri lettori in questo periodo si sono fatti coinvolgere da iniziative che, in vari ambiti, hanno ridotto le difficoltà delle persone anziane fragili? Chi ha esperienza e cultura in questo campo dovrebbe impegnarsi in maniera particolare, anche al di fuori dei propri compiti istituzionali. Non è così faticoso bussare alla porta del vicino solo e anziano per chiedere se ha bisogno di liquidi freschi... dobbiamo farlo, anche se qualcuno di scarsa intelligenza invoca la privacy, la più grande nemica delle reti sociali!

-Il **27 luglio** è la **Giornata dei Nonni e degli anziani**. Papa Leone XIV: “La speranza fonte di gioia sempre, ad ogni età”. Gli anziani sono segni di speranza. “La vita della Chiesa e del mondo si comprende solo nel susseguirsi delle generazioni, e abbracciare un anziano ci aiuta a capire che la storia non si esaurisce nel presente, né si consuma tra incontri veloci e relazioni frammentarie, ma si snoda verso il futuro”. Mi piacerebbe conoscere se domenica 27 gli iscritti all’AIP dedicheranno qualche momento delle loro attenzioni agli anziani, sia quelli che si affidano alle loro cure, sia quelli che incontrano nella vita di ogni giorno... sarebbe la dimostrazione che siamo convinti di essere davvero donatori di speranza!

-Il *Sole 24* del 8 luglio, assieme ad altri quotidiani, riporta la notizia che tra 5 anni in Italia vi saranno 700.000 lavoratori in meno. **Dove troveremo le persone disponibili a lavorare nei servizi, in sanità, nell’assistenza?** Nessuna persona seria può trascurare questo dato; settori già oggi in crisi gravissima non hanno alcuna prospettiva di miglioramento, se non predisponendo piani seri per aumentare l’immigrazione di forza lavoro. Infatti, anche i più incisivi interventi sulla natalità avranno efficacia tra qualche decennio. E intanto? Che progetti ha in questo campo la politica di ogni colore?

Sullo stesso argomento riporto una recente dichiarazione del ministro Foti: “Con il green deal andremo verso la deindustrializzazione dell’Europa. Saremo un giardinetto per anziani”. Al di là del pessimo gusto di un’affermazione profondamente ageista, la crisi del lavoro non ci permetterà di garantire agli anziani un minimo di vita decente. Oggi sembra che con qualche battuta superficiale si possano superare i problemi più complessi di una società incerta sul proprio futuro: chi garantirà la “manutenzione” del “giardinetto”?

-**“Dante, 101 anni alle spalle e patente fresca di rinnovo”**. La notizia pubblicata da un quotidiano fa piacere, perché evidentemente il medico esaminatore della condizione di salute del signor Dante non aveva pregiudizi ageistici. Grazie, egregio collega! Però, la notizia ci fa pensare alle migliaia di cittadini anziani che vengono privati della patente, con danni rilevanti per la loro autonomia e qualità della vita. Purtroppo i mezzi pubblici spesso sono precari e così gli anziani si trovano in seria difficoltà per gli acquisti, la vita di relazione, l'accesso agli uffici pubblici, ai servizi sanitari o la frequentazione di cerimonie religiose. Una condizione che crea difficoltà, purtroppo spesso senza risposte valide. I famigliari sono assenti; fortunatamente, però, in alcune comunità sono attivi dei gruppi di volontariato

-Riporto una mail ricevuta dalla dottoressa Adelaide Biondaro, direttore di ALTA VITA di Padova, che dialoga con una lettera uscita su un quotidiano riguardante **il lavoro degli infermieri nelle RSA**.

“Come ogni estate, da qualche anno, arrivano puntuali le pagine dedicate all'emergenza del personale (Infermieri e OSS), sia nelle aziende sanitarie, sia nelle RSA.

Già è desolante che l'attenzione mediatica su questa emergenza si concentri prevalentemente nei periodi che coincidono con le ferie, mentre il problema è cronico su tutto l'arco dell'anno, ma ciò che mi ha destato maggiore curiosità è un articolo (de Il Mattino di Padova – 10 luglio 2025), che riporta l'intervista ad un Infermiere tirocinante.

Titolo dell'articolo: ‘Pochi vogliono fare l'Infermiere? Vi racconto i miei turni infernali sempre di corsa e in apnea’.

Prima di leggere le dichiarazioni dell'intervistato ho pensato ai miei confronti con gli addetti ai lavori, ai convegni ai quali ho partecipato, alle interrogazioni poste anche all'Al per individuare gli stimoli giusti per rendere attrattivo il lavoro di Cura; ho pensato a tutto l'investimento che sto attuando nella comunicazione, per trasmettere messaggi positivi sull'importanza della professione di tutti i miei collaboratori.

Procedo con la lettura e riscontro, con enorme tristezza, che sono riportati prevalentemente messaggi negativi: ‘noi caricati di responsabilità’, ‘pazienti aggressivi’, ‘nessun rimborso’.

Sono cosciente che i problemi sollevati siano reali e che sia corretto farli emergere, ma posti con questa modalità, possono essere fonte di ispirazione per un giovane diplomato in procinto di iscriversi al corso di scienze infermieristiche?

C'è un passaggio cruciale all'interno dell'articolo che mi fa enormemente riflettere: ‘Ti chiedi che senso abbia studiare per poi vivere senza regole e senza sufficiente numero di colleghi in grado di garantire il buon andamento del lavoro quotidiano’.

Potrei scrivere pagine di riflessioni, ma mi limito ad un paio di pensieri.

Sarebbe stato utile – a mio modestissimo parere - che fossero stati riportati anche gli aspetti positivi della bellezza del lavoro di Cura, delle soddisfazioni che riceviamo per i

riconoscimenti e i ringraziamenti che i pazienti e i loro familiari manifestano quotidianamente (e sono certa, per esperienza diretta, anche in Ospedale).

Temo che una comunicazione carica di polemiche e lamentele, senza alcun accenno ai Valori fondamentali della Cura, il primo dei quali la Relazione, allontanerà sempre di più l'interesse a queste Professioni che sono fondamentali per la nostra Comunità”.

-Ritengo il problema della qualità professionale e della vita di chi lavora in RSA l'aspetto più importante per garantire un'adeguata assistenza. Per questo motivo pubblico una lettera inviata da Michele Zani, infermiere di RSA che già altre volte ha collaborato con la newsletter, dal titolo molto incisivo. “Il dolce ritorno alla lentezza dell'assistenza”.

“Carissimo Professore,

continua questo mio colloquio con Lei, per tracciare atti della mia vita lavorativa. Il confronto e le parole che ci scambiamo sono per me sempre fonte di entusiasmo e gratitudine.

Nell'ultimo periodo, come già descritto, ho vissuto momenti di sconforto totale, tanto da spingermi a cercare soluzioni lavorative diverse lontane dal mondo delle RSA e dalla sanità in generale. Ma, come dopo ogni notte nasce il giorno anche io mi sono trovato quasi casualmente in una situazione di piacevole nido lavorativo dopo un lungo periodo di sofferenza personale e professionale.

Nella lettera che ho scritto qualche tempo fa denunciavo con forza i modelli gestionali delle RSA (penso che continuo a sostenere per una buona percentuale di queste strutture), modelli costruiti da persone cieche che non osservano gli Ospiti e le loro sofferenze ma pensano solo alla ‘bella facciata’ da mostrare a livello politico.

In questo cammino tortuoso sono sempre stato affiancato, oltre che da Lei, da un'altra figura molto importante, che mi ha iniziato in questo lavoro, che ha creduto in me e che sempre ha avuto momenti da dedicarmi: il Dott. Silvano Corli (per me il direttore).

Per 27 anni mi sono occupato di organizzazione e coordinamento, lavoro che apprezzo e che mi piace molto, ricco di relazioni umane e continue mediazioni con il personale, ma anche senza sosta e talvolta stancante se non supportati adeguatamente dalla Direzione.

Ma torniamo al presente.

Dopo la deludente esperienza passata e l'ennesimo incontro con il Direttore, lo stesso mi offre la possibilità di tornare a fare l'Infermiere all'interno della RSA che dirige.

Quanti dubbi, quanti pensieri mi si arrovellano per la testa...non starai facendo un passo indietro? Sei sicuro di tornare a fare i turni? Sarò ancora capace di fare l'Infermiere?

Ma il piacere di tornare a lavorare accanto agli ospiti e sotto la guida maestra del Direttore mi hanno convinto.

Si riparte, al 1° di aprile, quasi uno scherzo del destino! Subito una accoglienza meravigliosa, tanti colleghi già li conoscevo, alcuni operatori sono stati miei allievi negli anni di docenza nei vari Corsi.

Sono catapultato in un ambiente piccolo ma piacevole, dove ogni Persona sa cosa deve fare, dove il sorriso non manca e la gioia di assistere si sente trasudare tra le mura di questa realtà (tra le altre cosa collocata in una zona stupenda!).

E così ricomincio, supportato dalla mia Compagna e dalla mia Famiglia che da tempo non mi riconoscevano più, non vedevano in me la serenità.

Tornare ad assistere...ho dovuto riprendere in mano concetti 'abbandonati', ricominciare a studiare farmaci, modalità operative e molto altro. Ri-modellare la vita sui turni diurni e notturni...che in fondo lascia un sacco di tempo per la propria vita privata.

Ma in fondo la cosa più piacevole è stata riavvicinarsi in modo così diretto agli ospiti, nella lentezza dell'assistenza che meritano perché la vita (e vorrei che questo concetto risuonasse forte nelle RSA, perché sono e devono essere luoghi di esistenza!) va curata nei modi e nei tempi che gli ospiti ci chiedono.

Con calma, assiduità e costanza, stando vicino, offrendo appoggio e aiuto.

Somministrare una pastiglia, eseguire una iniezione, imboccare chi non riesce più a mangiare da solo, fermarsi qualche minuto per ascoltare storie o solamente per tenere una mano in chi non riesce più a condividere con le parole sono piccole azioni che riempiono le giornate per i Sig.ri Ospiti, azioni che non lasciano soli.

Ogni piccola atto diventa occasione di condivisione e di compassione. Era tanto tempo che non tornavo a casa dopo un turno così soddisfatto e pieno di piacevoli sensazioni.

Non so cosa mi riserverà il futuro, ma oggi posso dire di aver re-imparato a essere presente per chi, in questo momento, è più fragile.

Se mi permette vorrei ringraziarLa per il sostegno, e vorrei ringraziare anche il Direttore e la Coordinatrice Viviana (cara amica e ottima professionista) e così tutti i colleghi che mi hanno accolto.

Ma il ringraziamento più caldo va agli ospiti e alle loro famiglie per avermi ridato speranza in queste realtà".

-Recentemente avevo chiesto a colleghe e colleghi di inviarmi indicazioni di possibili letture per l'estate, convinto che il cervello non deva mai andare in vacanza. L'amico carissimo Guido Gori ha risposto al mio appello con la mail che riproduco.

"Il libro '**La presenza pura**' di **Christian Bobin** (Anima Mundi ed., 2019) mi è stato regalato alcuni giorni fa e mi è stato presentato come un diario di un incontro tra un figlio ed un padre

affetto da malattia di Alzheimer, degente in una RSA. Ovviamente il mio interesse professionale è stata stimolato all'istante.

Questo libro è un dialogo fatto di aforismi che descrivono la presenza, fisica e spirituale, cioè l'esserci in un momento in cui l'essere presenti rappresenta la sinergia di tutto quello che siamo, pensiamo e viviamo nella nostra relazione con l'altro. Una presenza che acquista un particolare spessore quando fra i due dialoganti uno è affetto da declino cognitivo e l'altro è un figlio.

Da una parte vengono descritti i processi identificativi, il più delle volte affettivi ma alle volte tormentati, e gli sforzi per stare al passo con chi ha dovuto cambiare marcia.

Dall'altra parte si apprezza una valorizzazione delle piccole cose quando si è nel dolore e nella perdita, come una piccola foglia di albero, ben in vista dalla finestra della camera o il battito di ali di una farfalla. 'Ciò che in noi è ferito chiede asilo alle più minute cose della vita, e lo trova', afferma chiaramente lo scrittore. È uno dei tanti luminosi aforismi disseminati nel libro che non pretendono di avere valore letterario ma illuminano su un impegno dell'autore, sul piano etico, psicologico e conoscitivo.

Il libro stimola a riflettere sulla vita in RSA, e su come compensare la perdita di valori esistenziali che accade quando veniamo inseriti in tali strutture. Come fa capire il titolo stesso, la presenza è fondamentale per poter mantenere un contatto interpersonale, un dialogo, verbale e non, che allontani lo spettro della solitudine. Poiché la presenza è elemento fondante di una relazione diadica di particolare valore ne risulta beneficiato il senso di identità, il proprio potere decisionale e il sentirsi in un luogo rassicurante.

Ma in realtà l'aspetto più toccante è che il libro si rivolge al mondo interno del paziente, non solo al mondo cognitivo notoriamente deficitario e disarticolato, ma anche a quello emotivo, in qualche modo ancora sano e funzionante. Tutti noi siamo al corrente dell'effetto terapeutico e risolutore che in certi casi è dovuto ad uno sguardo, a un tono della voce, ad una giusta prossemica, a un tocco. Non è detto che il tocco debba essere nutrizionale o amorevole come quello tra una madre ed il suo bambino, ma risulta strutturante quando è equivalente ad un 'esserci qui, io ci sono'.

In un altro libro che ho consultato recentemente, **'Emotion, Aging and Health'** (American Psychological Association, 2016), viene affrontato il medesimo aspetto tratteggiato nel saggio di Bobin, cioè il mondo emotivo nella vecchiaia. In entrambi i libri, anche se con modalità dissimile, narrativo poetica nel primo, rigorosamente scientifica nel secondo, viene demolito quello stigma secondo il quale il valore di persona viene inficiato dalla età avanzata e dal declino cognitivo. Nel secondo libro c'è un capitolo che descrive le differenze tra giovani e anziani nella regolazione delle emozioni, in particolare nel 'reappraisal', cioè quel processo mentale di riconsiderazione, riesame e rivalutazione che porta a modificare l'interpretazione di uno stimolo emotivo con l'obiettivo di ridurre il potenziale effetto stressante. Contrariamente a quanto molti stereotipi negativi sulla vecchiaia potrebbero suggerire, in realtà, gli studi indicano che i vecchi, in questo caso persone cognitivamente

integre, sono più in grado di usare una modalità attiva, basata sulla riflessione, e non passiva, basata sul distacco emotivo come fanno invece maggiormente i giovani.

La modalità attiva potrebbe essere una risorsa importante da attivare in ottica terapeutica.

Questi due libri stimolano a riflettere su quanto ancora rimanga da studiare e da capire sul tema della vita emotiva in vecchiaia, sia in condizioni di normalità, sia in condizioni di declino cognitivo, circostanza in cui l'emotività si offre come un mondo ampio e ricco, ma non ancora del tutto scientificamente conosciuto”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Grazie, carissimo **Mauro**, perché -pur avendoci preavvisati di alcune difficoltà rispetto alla possibilità di predisporre il tuo consueto importantissimo contributo in tempo di vacanze- sei ancora qui. Grazie, grazie per il pezzo, ma anche per l'esempio di alta professionalità che dai di rispetto degli impegni. Una dote non frequentissima (anche se le mancanze fanno molto più rumore degli impegni rispettati silenziosamente!).

L'articolo che commenti a mio giudizio è di grande valore, perché affronta **interrogativi attorno all'esposoma**, concetto complesso non ancora del tutto chiaro.

“Capita di imbattersi in articoli che [mi] stupiscono per la ricchezza, la stringatezza e la sequenzialità di argomenti presentati nella sezione introduttiva. È il caso di uno studio pubblicato su *JAMA Network Open* dedicato ai rapporti fra la esposizione ad eventi sociali avversi lungo il corso della vita ('esposoma' nocivo) e patologia vascolare cerebrale [1]. Il paragrafo introduttivo verte intorno a 2 capisaldi: collegamenti fra esposoma nocivo e cervello, ed importanza delle biobanche; a ponte fra tali 2 pilastri su pone l'approccio metodologico all'esposoma.

La maggiore prevalenza di lesioni cerebrovascolari in condizioni di disagio sociale è nota da tempo, tanto che un riferimento bibliografico già dal titolo invita ad una 'raccomandazione' per far uscire gli studi sui determinanti sociali delle malattie neurologiche dalla 'fase infantile' [2]. È altrettanto risaputo che la patologia cerebrovascolare – in particolare quella legata alla sofferenza dei piccoli vasi – è presente nel deterioramento cognitivo ed in varie forme di demenza. Che la salute del cervello in età adulta ed avanzata sia influenzata da circostanze socio-ambientali spalmate lungo l'arco della vita è testimoniato anche dalla stima che il 90% del rischio attribuibile alla popolazione di ictus è associato a 10 fattori di rischio sistemici e comportamentali modificabili. E qui viene chiamato in causa esplicitamente il concetto di 'esposoma sociale', col quale si intende i modi complessi in cui le circostanze socioeconomiche, il contesto geografico, la cultura e le istituzioni possono influenzare la salute e creare disuguaglianze che vanno oltre i fattori individuali. Le prove dimostrano che la disuguaglianza creata dai sistemi sociali può interagire con la biologia in modo cumulativo, provocando malattie nel corso del tempo. Inoltre, secondo il 'modello della latenza',

l'esposizione durante i periodi critici dello sviluppo, può comportare effetti sulla salute che perdurano per tutta la vita, infiltrandosi 'sotto la pelle' [3].

Quanto al ruolo delle biobanche, i campioni di tessuto da loro posseduti sono stati considerati obiettivi primari per la ricerca esposomiale, perché possono essere collegati a esposizioni a livello di area geografica utilizzando gli indirizzi dei partecipanti, e possono venire collegati a dati sugli esiti sanitari. Allo scopo, è stato prodotto un apposito indice di deprivazione di area [Area Deprivation Index (ADI)]. Nel caso specifico delle malattie cerebrovascolari, l'identificazione delle lesioni nei tessuti post mortem costituisce il criterio di riferimento per la convalida di una diagnosi specifica, rispetto agli studi clinici o di imaging. È stato messo a punto un metodo per collegare le storie residenziali individuali dei donatori di cervello all'ADI corrispondente nel tempo, che integra l'esposoma all'interno di un contesto di ricerca multi-omica. In questo modo, attraverso la creazione di cronologie anamnestiche residenziali e di misure standardizzate delle malattie cerebrovascolari, diventa possibile determinare l'associazione tra l'esposoma sociale nel corso della vita e le malattie cerebrovascolari.

Sulla base di queste premesse, gli Autori – tutti affiliati ad istituzioni della Università di Madison, nel Wisconsin – hanno passato in rassegna gli aspetti scoperti in letteratura, puntando a colmare le lacune evidenziate. L'obiettivo del presente lavoro consiste nell'approfondimento dei meccanismi biologici sottostanti alla associazione fra referti anatomo-isto-patologici cerebrali ed esposoma sociale avverso considerato in tutta la sua estensione temporale, sia come effetto cumulativo che per fasi della vita, e relativa evoluzione [peggiorativa / stabile (buona o cattiva) / migliorativa].

Sono stati esaminati i cervelli di 740 donatori, costruendo un indice validato di danno cerebrale vascolare, [vascular brain injury (VBI)] considerando macro-infarti, micro-infarti, emorragie e rarefazione della sostanza bianca. Il VBI è stato abbinato - ricorrendo ad archivisti formati specificatamente – ad informazioni ricavabili anche da registri pubblici, tipo certificati di nascita, pubblicazioni matrimoniali, registri del servizio di leva, annunci funerari, per l'arco di tempo compreso fra il 1905 ed il 2018. L'età media di morte era $81,5 \pm 10,3$ anni; il campione, bilanciato fra i sessi, era costituito in larga parte da bianchi di etnia non-ispanica, ed era stato esposto complessivamente ad una bassa quota di svantaggio sociale [valore mediano di ADI = 7,08 / 100 (0 = minimo svantaggio / 100 = massimo svantaggio), con ambito interquartile = 4,33 – 9,83]; un andamento peggiorativo nell'ADI era l'evenienza meno frequente. In termini di neuropatologia, la forma di lesione rappresentata più frequentemente era la rarefazione della sostanza bianca (34,5 %), quella meno le emorragie (6,2 %); nel complesso, il carico cerebro-vasculo-patico era lieve, con più di metà del campione libero da lesioni di sorta.

In sintesi, è risultato che vivere più anni in una zona dove lo ADI era superiore al valore mediano comportava un aumento delle probabilità di VBI di circa il 4%. Sia l'aumento del valore di ADI dall'adolescenza all'età adulta (a) e dalla giovinezza all'età adulta avanzata (b), sia un ADI elevato e stabile nel corso della vita [dall'adolescenza all'età adulta (c) e dalla

giovinezza all'età adulta avanzata (d)], sono stati associati a un aumento delle probabilità di VBI: vedi tabella nella nota statistica in calce.

In discussione, gli Autori dichiarano un primato per il loro lavoro, nel quadro di una 'eccezionale rarità' degli studi che raffrontino il riscontro tissutale all'esposoma sociale esteso all'arco della vita; inoltre, gli studi longitudinali relativi all'esposoma sociale tendono ad escludere le persone anziane. In effetti, da due revisioni compiute dal medesimo gruppo – sempre con la stessa prima Autrice – risulta rispettivamente che vengono filtrati 20 titoli a partire da 4029 [4], e che grava una impronta 'ageistica' – anche se il termine 'ageism' non vi figura [5].

Gli Autori concludono auspicando che studi futuri esaminino se e come fattori della salute cerebrale modificabili e noti – quali per esempio attività fisica, ipertensione arteriosa e fumo – possano modificare la associazione fra ADI ed alterazioni cerebrovascolari.

L'editoriale, presente sul medesimo numero di *JAMA Network Open* del 17 maggio 2025 [6], arguisce sullo ADI sia come strumento [che non terrebbe in considerazione aspetti importanti quali la condizione assicurativa e lavorativa, e l'assunzione di farmaci, alcol e fumo] sia nelle modalità del suo impiego, che avrebbero condotto ad una armonizzazione migliorabile dei dati, estesi su un periodo molto vasto. In particolare, il ricorso alla interpolazione lineare per il recupero dei dati mancanti si scontra con la perplessità che 'poche cose nella vita si muovono in linea retta o hanno un movimento costante nel tempo'. Comunque, il commento su invito concorda sul fatto che l'esposoma sociale derivi dalle politiche e dalle pratiche sociali che lo costruiscono \$, e, pur tra critiche di cui gli Autori medesimi si dimostrano consapevoli, nel paragrafo delle 'limitazioni', in ogni caso lodano con un encomio il 'passo pionieristico' e si congratulano per 'l'incredibile mole di tempo e di impegno' profusi.

£ il riferimento bibliografico chiamato qui in causa è stato appena ripreso ed aggiornato in chiave geriatrica da un articolo di *Lancet Healthy Longevity* [7] che meriterebbe un 'angolo' dedicato

\$ purtroppo, è facile il collegamento col 'big beautiful bill' - che minaccia di lasciare senza assicurazione sanitaria circa 12 milioni di cittadini statunitensi [magari proprio quelli (più svantaggiati) che avevano votato per Trump, illudendosi di venire riscattati ...] - e col rischio di sofferenze cerebrali permanenti irreversibili pressoché inevitabili cui andranno incontro i bambini che sopravvivranno a Gaza

Nota statistica per i risultati [vedi (a), (b), (c) e (d) nel testo:

| Confronto | Probabilità positiva aggiustata (AOR) # | Intervallo di confidenza al 95 % |
|-----------|---|----------------------------------|
| a | 3,67 | 3,65 – 3,7 |
| b | 12,02 | 7,87 – 18,35 |

| | | |
|---|------|-------------|
| c | 3,08 | 3,01 – 3,14 |
| d | 8,46 | 8,04 – 8,9 |

* gli ‘adjusted odds ratios’ (AOR) alla analisi logistica multivariabile sono stati corretti per sesso ed età al decesso.”

[1] Keller, S. A., DeWitt, A., Powell, W. R., Ketchum, F. B., Rissman, R. A., Bendlin, B. B., & Kind, A. J. H. (2025). Adverse Social Exposome During the Life Course and Vascular Brain Injury. *JAMA network open*, 8(5), e2512289. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.12289>

[2] Towfighi, A., Berger, R. P., Corley, A. M. S., Glymour, M. M., Manly, J. J., & Skolarus, L. E. (2023). Recommendations on Social Determinants of Health in Neurologic Disease. *Neurology*, 101(7 Suppl 1), S17–S26. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207562>

[3] Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>

[4] Keller, S. A., Hansmann, K. J., Powell, W. R., Bendlin, B. B., & Kind, A. J. H. (2021). A Scoping Review of the Association of Social Disadvantage and Cerebrovascular Disease Confirmed by Neuroimaging and Neuropathology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7071. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137071>

[5] Keller, S. A., Lim, S., Buckingham, W. R., & Kind, A. J. H. (2023). Life Course Assessment of Area-Based Social Disadvantage: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(21), 6982. <https://doi.org/10.3390/ijerph20216982>

[6] Bubu, O. M., Gills, J., & Barnes, L. L. (2025). Measuring the Adverse Social Exposome Over the Life Course. *JAMA network open*, 8(5), e2512296. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.12296>

[7] Reddin, C., Hankey, G. J., Ferguson, J., Langhorne, P., Oveisgharan, S., Canavan, M., Iversen, H. K., Rosengren, A., Ryglewicz, D., Czlonkowska, A., Wang, X., Lanass, F., Damasceno, A., Xavier, D., Lopez-Jaramillo, P., Smyth, A., Yusuf, S., O'Donnell, M., & INTERSTROKE investigators (2025). Influence of age on the association of vascular risk factors with acute stroke (INTERSTROKE): a case-control study. *The lancet. Healthy longevity*, 6(6), 100709. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100709>

-*NEJM* del 2 giugno presenta un lavoro per rispondere alla domanda: “**Una chatbot può essere un surrogato dell’atto medico?** L’uso di grandi modelli di linguaggio nel processo decisionale nell’etica medica”. A questo fine lo studio ha interrogato 5 diversi modelli di linguaggio, confrontandoli la posizione di esperti umani di etica medica per analizzarne le differenze. I risultati indicano che mentre i sistemi di intelligenza artificiale sono utili per

identificare considerazioni e linee guida per le decisioni in ambito etico, non sono in grado di dimostrare la flessibilità umana quando devono affrontare nuovi casi di rilevanza etica. Il lavoro si conclude così: “L’intelligenza artificiale può supportare il processo decisionale in ambito etico, ma attualmente non è capace di dimostrare una capacità autonoma di ragionamento etico di fronte a interrogativi che riguardano la cura di un paziente”.

[<https://ai.nejm.org/doi/pdf/10.1056/Alp2401257>]

-Anche se non riguarda direttamente aspetti psicogeriatrici, segnalo su *JAMA* del 30 giugno una **review molto ben fatta sull’osteoporosi**. Il problema delle cadute non può essere trascurato in una cura complessiva dell’anziano fragile; in questa prospettiva la prevenzione e il trattamento dell’osteoporosi riveste un ruolo importante. Anche chi, come i professionisti che frequentano AIP, si occupa di cervello nelle varie età della vita deve avere attenzione e cultura sui diversi aspetti della salute nel corso dell’invecchiamento. Spero che questo invito non venga preso come la predica di un vecchio medico, ma come invito ad interpretare nel senso più ampio la nostra nobile professione, che si fonda sul rispetto della complessità della vita. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2835762>]

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego il programma e le relative informazioni riguardanti **la Summer School AIP** che si svolgerà a Portici, Napoli, il **18-21 settembre**. È un’occasione unica offerta alle nostre colleghe e colleghi più giovani per approfondire informazioni sui disturbi cognitivi e quindi per migliorare le prassi di cura. Mi permetto di aggiungere che l’esperienza delle scuole estive AIP degli anni scorsi (ormai davvero numerose!) ha sempre incontrato l’apprezzamento dei discenti, sia per i contenuti sia per l’atmosfera che si crea tra giovani medici impegnati insieme nel miglioramento della propria cultura e sensibilità clinica.

Un cordiale augurio alle colleghe e ai colleghi che ci seguono. Ripeto l’invito ad inviarci contributi per questa newsletter riguardanti esperienze, commenti, recensioni, critiche.

Grazie,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP - 25 luglio 2025

-Il suicidio assistito e la posizione della Società Italiana di Neurologia

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-AI e la sua opacità

-Una lettera sull'organizzazione ospedaliera e la risposta di Rozzini

-Gli homeless: un problema che riguarda la psicogeriatría

-Un articolo di *Avvenire* sul futuro delle RSA

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo di Mauro Colombo

-*Lancet* e l'esposoma

-*JAMA Int Med* e l'identificazione del delirium

-*JAMA Int Med* e l'evoluzione dei sintomi depressivi

-Il volume di Zuliani e Zuin: "Cibo senza veli. Un viaggio attraverso le evidenze epidemiologiche"

Entriamo in agosto. Pur con qualche piccola fatica, la newsletter continuerà il suo ritmo settimanale. Chiediamo però a lettrici e lettori di spendere un minuto per farci capire il gradimento per questo nostro impegno agostano.

-Riporto di seguito le dichiarazioni fatte dal presidente della Società Italiana di Neurologia, **Prof. Alessandro Padovani, sull'evento che ha coinvolto Laura Santi**. Associa il mio pensiero a quello di Padovani, che ha espresso il dolore di noi medici e operatori dell'assistenza per la sofferenza non lenita di una nostra concittadina.

"La Società Italiana di Neurologia (Sin), 'da sempre impegnata nella tutela della dignità della persona e nella promozione di una medicina centrata sul paziente, riconosce la complessità

etica, clinica e sociale che il tema del suicidio assistito comporta'. In una nota la Sin ribadisce inoltre 'la necessità di un confronto aperto e rispettoso tra istituzioni, professionisti sanitari e cittadini, affinché ogni scelta sia accompagnata da percorsi chiari, trasparenti e rispettosi della legalità e della sensibilità individuale'. 'La vicenda di Laura Santi', la giornalista morta ieri nella sua casa di Perugia a seguito dell'autosomministrazione di un farmaco letale, 'ci interpella profondamente come medici, come cittadini e come comunità scientifica - dichiara Alessandro Padovani, presidente Sin - Il dolore che ha accompagnato la sua malattia meritano ascolto e riflessione. Come neurologi, siamo quotidianamente al fianco di persone che affrontano patologie neurodegenerative con coraggio e dignità. È nostro dovere garantire loro cure appropriate, sostegno umano e, laddove previsto dalla legge, accompagnamento nelle decisioni più difficili. Come Sin - aggiunge - siamo in prima linea in questo delicato confronto, consapevoli dell'importanza di affrontare le questioni legate al fine vita di chi soffre di una malattia neurologica con sensibilità e rigore scientifico'. La società scientifica ritiene infine fondamentale sottolineare l'urgenza di un investimento reale e strutturale nelle cure palliative dedicate ai malati neurologici. Queste persone - ricorda Padovani - sono spesso colpite da condizioni gravi, disabilitanti e invalidanti, che necessitano di un supporto integrato, multidisciplinare che garantisca qualità di vita e rispetto dei loro diritti fondamentali. 'Siamo pronti a collaborare con le istituzioni e le altre discipline per garantire che ogni persona riceva il supporto e le cure necessarie - conclude Padovani - rispettando le scelte individuali e promuovendo un approccio etico e umano alla fine della vita'".

Noi dell'AIP che ci curiamo delle persone anziane fragili sentiamo il peso dei limiti del nostro sapere e della nostra pratica di fronte a sofferenze che non sempre si possono lenire con gli strumenti del nostro sapere. Esprimiamo in particolare vicinanza e condivisione con il dolore dei caregiver; è inimmaginabile la loro sofferenza nell'accompagnamento quotidiano. Dobbiamo impegnarci per offrire un futuro a situazioni senza speranza.

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Un **articolo di Paolo Benanti**, il notissimo studioso di intelligenza artificiale, mi ha particolarmente interessato. Il titolo: **"L'opacità della AI non ha precedenti ma noi dobbiamo scrutarla"** è indicativo e preoccupante. Conclude Benanti il suo pezzo su Sette del *Corriere della Sera*: "Comprendere le nostre creazioni prima che radicalmente trasformino la nostra società è un imperativo del presente. Abbiamo quindi bisogno di un'etica per il digitale che sappia dare forma a innovazioni veramente capaci di operare per il bene dei singoli e delle comunità". Ancora: "A differenza del software tradizionale, i sistemi di AI generativa non seguono istruzioni esplicite; sono piuttosto coltivati con meccanismi interni che emergono in modi imprevedibili e difficili da comprendere". Il prof. Benanti, del quale stiamo seguendo con attenzione e interesse gli scritti, non ha mai adottato atteggiamenti di

così palese preoccupazione; dobbiamo quindi sentirci profondamente coinvolti nel cercare assieme di determinare il futuro. Non vorrei, infatti, che il supporto molto importante che l'AI sta fornendo alla clinica, in particolare nell'interpretare i risultati di alcuni esami strumentali o di imaging, possa far dimenticare alle comunità la rapida evoluzione delle conoscenze, volte a costruire un mondo che potrebbe sfuggire al nostro controllo. Anche in questo ambito è indispensabile un grande impegno di studio!

Ritengo che questa problematica vada confrontata con alcune recenti affermazioni di Edgar Morin, intervistato da Mauro Ceruti: "Tutte le vie nuove che ha conosciuto la Storia, ma anche le nostre esistenze personali, sono state inattese, figlie di devianze che poi hanno potuto radicarsi, diventare tendenze". Un'affermazione che ci indica di guardare all'AI senza angoscia, seguendo l'insegnamento di Morin: "L'AI può fare paura, ma io temo soprattutto l'intelligenza umana superficiale".

-La moglie di un ammalato di 75 anni, ricoverato in un reparto di medicina mi ha scritto: "In base alla mia recente esperienza, le invio alcune osservazioni, certo che ne vorrà capire significato. Il **reparto medico è solo un reparto di logistica**, nel quale il paziente non è al centro dell'attenzione, ma una parte dell'ingranaggio, che peraltro non è regolato da supporti informatici. Si vive di procedure e talvolta si muore, perché ci si affida solo all'informazione dei display, senza interferenze logiche (umane). Non vi è comunicazione verbale, solo passaggi procedurali di consegne. Non vi è interazione tra specialisti, si ricevono e di danno ordini, senza alcun accompagnamento documentale. Si muore di fame, però sono state seguite indicazioni burocratiche, senza contatti con la realtà. Il paziente muore! Inoltre, sembra che l'azione clinica nel suo complesso non segua linee predeterminate, un percorso da seguire, e si decide di giorno in giorno. Spero, caro professore, di non essere interpretata male, ma sono certa della sua comprensione".

Riporto **un'osservazione di Renzo Rozzini**, al quale ho inviato la lettera per un commento, perché è un grande esperto nella guida di reparti medici:

"Caro professore,

al netto dell'insufficiente diffusione della cultura del paziente con disabilità (Il cronico), sono più che certo che **il problema principale stia nell'inadeguata comunicazione**.

I familiari hanno un'idea della medicina che probabilmente non corrisponde alla sua reale capacità di cura (forse anche la necessità di creare speranza, di non dire sempre come stanno realmente le cose, da parte di noi medici, ha una sua nobile spiegazione).

La cultura del paziente con disabilità, premorbo o acquisita, del 'cronico', che pure c'è e già ora è utilizzabile da tutti, non è entrata sufficientemente in ospedale, è certamente più diffusa nel territorio, nelle residenze. Si deve attendere ancora, che le scuole di Geriatria continuino a produrre geriatri di valore, che quelle di medicina interne accettino obliquo collo la medicina

geriatrica, e che la facoltà infermieristica produca cultura infermieristica e non solo manageriale.

Detto questo, quando il medico parla col familiare o col paziente la maggior parte dei problemi vengono meno, anche con l'attuale organizzazione delle cure.

La nostra medicina difettosa ha comunque contribuito (non sola responsabile ovviamente) ad allungare dal dopo guerra ad oggi la speranza di vita media della popolazione di almeno vent'anni a prescindere dalle sue imperfezioni e per certi versi anche dalle mostruosità che ha creato”.

-Non mi permetto di dare giudizi senza basi precise, però sono rimasto colpito da alcune affermazioni pubbliche riguardo la presenza di **homeless nella città di Milano**, che si dovrebbe...nascondere. Il problema diventa sempre più rilevante in tutto il mondo (a Los Angeles sono stati recentemente rilevati 75.000 senz'abitazione) e non si intravedono adeguate modalità per controllare il fenomeno. Quali sono le sue cause e, di conseguenza, le modalità più opportune di presa in carico da parte delle comunità? Sono benemeriti (e devono essere ringraziati da tutti) i gruppi di volontari che cercano di limitare le sofferenze provocate da questa condizione; occorrerebbe però un più forte impegno di studio e ricerca per comprendere le dinamiche sottostanti. Insieme all'impegno sociale, sarà importante incrementare le conoscenze in ambito psicogeriatrico, per arrivare a costruire risposte efficaci anche sul piano clinico.

-Allego copia di *Avvenire* di domenica 20 luglio con **un mio articolo sulle RSA**. Anche con questo pezzo voglio testimoniare l'attenzione di AIP verso le persone **ospiti nelle strutture residenziali, che vivono in un sistema precario, sostanzialmente abbandonato dalla politica**. Ritengo particolarmente doveroso che una società scientifica come la nostra, che rappresenta molti operatori di questo settore, si faccia carico del dovere di pensare e progettare modalità di assistenza degne della dignità e della libertà umana. Noi che ci eravamo ribellati all'ingiusta e settaria valutazione delle RSA fatta ai tempi della stesura del PNRR, oggi ci sentiamo in dovere di combattere quei servizi residenziali dove esistono ancora poca cura, poco rispetto, ingiustizie, trascuratezze. È tempo di dare risposte sotto la responsabilità pubblica alla sofferenza di migliaia e migliaia di famiglie che vivono la frustrazione di liste d'attesa senza speranza. È un vero scandalo che la politica favorisca la proliferazione di servizi privati senza il minimo di controllo sulla loro qualità (che vuol dire benessere o meno degli ospiti); in questo delicatissimo ambito non può valere la frase “piuttosto di niente...”. Invece, temo che nella testa di tanti sia proprio questo l'atteggiamento prevalente. È vergognoso che molte Regioni non sentano il dovere di intervenire.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto contributo di **Mauro Colombo**, come sempre giustamente attento a come vengono presentati i dati degli studi, per evitare interpretazioni scorrette e talvolta settarie.

“L’articolo che segnalo per questo ‘angolo’ mi ha colpito per l’argomento interessante e nello stesso tempo mi ha lasciato qualche perplessità per come è stato presentato. Il titolo chiama in causa le **modalità di trasporto attivo nei confronti della incidenza di demenza e della struttura del cervello** [1]. Una attenzione particolare viene riservata ai fattori di rischio per la demenza ad esordio ‘giovane’ [con esordio dei sintomi prima dei 65 anni], ancora poco esplorati, nonostante i 3,9 milioni di casi stimati per tutto il mondo. Altrettanto poco approfonditi sono i rapporti fra le modalità di trasporto attivo e la salute cerebrale, intesa come rischio di demenza e come modificazioni strutturali del cervello. Lo studio in questione si pone l’obiettivo di indagare l’associazione a lungo termine tra diverse modalità di viaggio e il rischio di demenza per tutte le cause (ad esordio sia precoce che tardivo), sottotipi di demenza come la malattia di Alzheimer (AD) e parametri strutturali cerebrali all’interno di un’ampia coorte prospettica del Regno Unito. Inoltre, è stato valutato se la predisposizione genetica potesse modificare l’associazione tra modalità di viaggio e rischio di demenza.

Allo scopo, sono stati sfruttati i dati accumulati nella biobanca del Regno Unito, relativi ad oltre mezzo milione di partecipanti di età compresa fra 40 e 69 anni, raccolti in 22 centri situati in Inghilterra, Scozia e Galles; sono stati esclusi i casi di demenza esordita durante i primi 2 anni di una osservazione prospettica della durata mediana di 13 anni. Nel corso di questo periodo, in quasi 480 000 persone di ambo i sessi, sono occorsi 8845 casi di demenza (1,8 % del campione) di cui 528 ad esordio ‘giovane’ (0,2 %): fra questi, 3956 erano demenze di Alzheimer (AD) incidente (0,8 %). Le modalità di trasporto – escluso il pendolarismo per motivi di lavoro – sono state indagate mediante un questionario compilato su schermi a sfioramento, relativo alle ultime 4 settimane. Le risposte sono state categorizzate a seconda della prevalenza e delle combinazioni del ricorso a cammino, bicicletta, autovettura o altro veicolo a motore, mezzi pubblici: chi adoperava unicamente queste ultime due modalità veniva classificato tra gli ‘inattivi’ [categoria di riferimento]. Rispetto a questi ultimi, le persone che rientravano nelle altre categorie presentavano migliori profili di salute in senso ampio.

Sempre in confronto agli inattivi, chi adoperava – unicamente o prevalentemente - la bicicletta presentava minori rischi di (a) demenza per tutte le cause, (b) demenza di tipo Alzheimer, demenza ad esordio giovane (c) e tardivo (d) [vedi tabella in calce]. Invece, curiosamente, chi si limitava a spostarsi camminando (e) aveva un rischio accresciuto di circa il 14 % di sviluppare una demenza di tipo Alzheimer, e della metà (7 %) per tutte le cause. Frazionando la categoria degli ‘inattivi’, chi faceva uso di autovetture o altri veicoli a motore, od una combinazione di tali sistemi di trasporto coi mezzi pubblici, andava incontro – rispetto agli utenti dei soli mezzi pubblici – ad un rischio ridotto di circa 1/5 per demenza di tutte le cause, o di tipo Alzheimer, o ad esordio tardivo.

Quanto alla interazione fra comportamento e genetica, chi non era portatore dell'allele APOE ε4 traeva un maggior beneficio dall'utilizzo della bicicletta, rispetto ai portatori, riguardo sia alla demenza da tutte le cause, che ad esordio senile.

Rispetto alle neuroimmagini, chi adoperava – unicamente o prevalentemente - la bicicletta presentava volumi ippocampali più elevati §; viceversa, i pedoni – pure se utilizzavano secondariamente anche altre modalità – mostravano volumi più piccoli di materia cerebrale sia grigia che bianca.

La discussione sottolinea alcuni evidenti migliorie metodologiche del presente studio rispetto alle – poche – ricerche simili precedenti. Ma alcuni passaggi mi hanno sollevato qualche perplessità. Per esempio, nel commentare gli inattesi risultati 'negativi' – nel senso di sfavorevoli – del cammino, viene chiamato in causa l'effetto benefico della marcia sulla funzione cognitiva, rilevato però in una indagine su persone con demenza, pubblicata 15 anni fa [2]. Tra tanta letteratura disponibile – anche nella medesima rivista - sul rapporto fra volume ed intensità del cammino per la salute del cervello, viene scelta una voce bibliografica un po' 'datata' (2008), anche se pur sempre ancora da *JAMA* [3]. Gli Autori – affiliati prevalentemente ad università cinesi, oltre che di Sidney – comunque chiosano letteralmente che 'Nel complesso, l'associazione tra camminare e la salute del cervello rimane incoerente e richiede ulteriori indagini'.

Trovo senz'altro condivisibile la considerazione sul vantaggio portato da un ambiente cognitivamente stimolante, qui rappresentato da alcune modalità di spostamento: ma il supporto bibliografico proviene quasi esclusivamente da studi sugli animali da laboratorio ...

Invece concordo appieno sui sostanziali vantaggi – in termine di salute pubblica – derivabili dalla promozione di modalità attive di spostamento, in particolare l'uso della bicicletta, accessibili e sostenibili.

Vedi confronti (a), (b), (c) e (d) indicati nel testo:

| Confronto | Rapporto di rischio [Hazard Ratio (HR)] # | Intervallo di confidenza al 95 % |
|-----------|---|----------------------------------|
| a | 0,81 | 0,73 – 0,91 |
| b | 0,78 | 0,66 – 0,92 |
| c | 0,6 | 0,38 – 0,95 |
| d | 0,83 | 0,75 – 0,93 |

* modello 3 alla regressione di Cox, corretta per le seguenti variabili: età, sesso, etnia, scolarità, Indice di Deprivazione di Townsend (per lo stato socio-economico), condizione lavorativa, centro di raccolta dei dati (modello 1) / + assunzione di alcol, fumo, indice di massa corporea, International Physical Activity Questionnaire [(IPAQ) per il livello di attività fisica] (modello 2) / + diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari,

depressione, malattie croniche, disabilità, funzioni cognitive (per es.: tempi di reazione), stato genetico di portatore dell'allele APOE ε4 (modello 3)

§ secondo una mia impressione personale, il risultato sulle volumetrie cerebrali è un po' troppo enfaticizzato, almeno a giudicare dall'ambito delle misure di 'Cohen's d' adoperate per quantificarne la stima dell'effetto".

[1] Hou, C., Zhang, Y., Zhao, F., Lv, Y., Luo, M., Pan, C., Ding, D., & Chen, L. (2025). Active Travel Mode and Incident Dementia and Brain Structure. *JAMA network open*, 8(6), e2514316. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.14316>

[2] Schwenk, M., Zieschang, T., Oster, P., & Hauer, K. (2010). Dual-task performances can be improved in patients with dementia: a randomized controlled trial. *Neurology*, 74(24), 1961–1968. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181e39696>

[3] Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., van Bockxmeer, F. M., Xiao, J., Greenop, K. R., & Almeida, O. P. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*, 300(9), 1027–1037. <https://doi.org/10.1001/jama.300.9.1027>

-*Lancet* del 5 luglio riporta un editoriale su **“Human exposome project”**. Uno degli aspetti della medicina più evocati negli ultimi decenni, ma altrettanto disattesi, è la prevenzione. Da ogni parte, in ambiti scientifici e divulgativi, si è ripetuto che solo l'adozione di scelte preventive a livello individuale e di comunità avrebbe permesso di sconfiggere le più importanti e gravi malattie del nostro tempo. La maggior parte di queste affermazioni è guardata con scetticismo, talvolta quasi con ironia: sarebbero infatti, secondo la maggioranza dei cittadini, prese di posizione inutili, senza la possibilità concreta di portare a qualche risultato. Talvolta i sostenitori dell'importanza della prevenzione sono ritenuti dei noiosi predicatori. Di fronte a questa empassé, molti si sono posti in questi anni l'interrogativo: perché una totale mancanza di attenzione verso affermazioni che teoricamente sembrerebbero giuste, che indicano come evitare comportamenti e scelte che favoriscono o inducono più o meno direttamente la comparsa di una malattia? In linea con una possibile risposta a questa domanda, oggi fortunatamente è entrato nel dibattito della medicina il concetto di esposoma, ideato 20 anni fa da Christopher Wild il quale ha sostenuto: “Vi è un disperato bisogno di sviluppare metodologie di studio per l'esposizione dell'individuo a dinamiche ambientali che abbiano la stessa precisione di quelle utilizzate per lo studio del genoma”. È stato l'inizio di una nuova visione del mondo delle malattie e della possibilità di prevenirle; molto probabilmente l'apertura di una nuova strada vincente, in grado di essere compresa in ambienti scientifici e non, che dovrebbe caratterizzare nei prossimi anni la storia della medicina e non solo quella della prevenzione. Dopo qualche anno dalle indicazioni di Wild, altri studiosi hanno ulteriormente approfondito il concetto di esposoma, cioè “una visione quantitativa e comprensiva dell'esposizione a fattori ambientali, indispensabile per permette agli epidemiologi di scoprire la principali cause delle malattie croniche”. All'inizio le

teorie di Wild non incontrarono un rilevante successo, come però avvenne qualche anno dopo. L'esposoma comprendeva un'ampia gamma di fattori esterni, come l'inquinamento atmosferico, diete, farmaci, luce, rumori, radiazioni e i molti milioni di sostanze chimiche introdotte nell'ambiente. In un secondo momento l'esposoma ha compreso il microbioma, così come una serie di processi interni come infiammazione, sonno, riposte allo stress. Inoltre, si sono aggiunti l'educazione, l'ambiente abitativo, ecc.

Oggi, anche se in modo non definitivo, si ritiene che fattori non genetici siano responsabili di circa l'80% del rischio di generare malattie non comunicabili. Peraltro, non è ancora chiarito come sono regolate le interazioni tra i diversi fattori, meccanismo che porterebbe a moltiplicare in modo esponenziale gli effetti dell'esposizione a fattori ambientali. È una delle debolezze concettuali, che ancora caratterizzano questi studi (e lo hanno caratterizzato nel recente passato), e rendono difficile costruire realistiche mappe di rischio. Vi è anche la possibilità che non si possa distinguere il peso dei singoli fattori, quando un'analisi alla spettrometria di massa può dimostrare, ad esempio, la presenza di 100.000 picchi in una singola persona. Una difficoltà che dovrà essere superata nei prossimi anni, ma certamente si tratta di un progresso rispetto a quando (fino a non molto tempo fa!) si dava importanza esclusiva a eventi come il fumo e l'inquinamento atmosferico. Ma come sarà possibile attribuire particolare rilievo ad un certo fattore dimostrato nel sangue, insieme a molte migliaia di altri segnali? Vi sarà ancora tanta strada da compiere, con l'obiettivo di collegare i moltissimi gruppi di ricerca in tutto il mondo; obiettivo è costruire un progetto sull'esposoma della stessa dimensione e importanza di quello che è stato per la genetica il Progetto Genoma. A tal fine occorrerebbe la partecipazione di centri di ricerca di tutto il mondo, perché le determinanti sociali della salute, le sostanze chimiche diffuse nell'ambiente e la presenza di patogeni sono profondamente diversa nelle varie regioni.

Vi sono molti studiosi coinvolti con ottimismo in questi progetti e già parlano della concreta possibilità di trattare alcune malattie e di impedire la diffusione nell'ambiente di certe sostanze nocive. Wild, lo studioso che 20 anni lanciò l'idea dell'esposoma, ha recentemente affermato di sperare che "nei prossimi 20 anni potremo disporre di importanti informazioni sulle cause e sulla prevenzione di alcune malattie dell'uomo".

Indubbiamente si tratta di una prospettiva più avanzata rispetto al recente passato; anche in una logica prudentiale si deve riconoscere che si sono aperte nuove vie, cariche di incertezze e di difficoltà realizzative, ma almeno le vecchie idee schematiche sulla prevenzione delle malattie sono state accantonate. Di fronte a queste nuove prospettive sarebbe un errore assumere atteggiamenti pessimisti e restare ancorati ad un passato senza speranza: la salute (e più in generale la vita) umana è immersa in un ambiente che attraverso mille interazioni la determinano. Bisognerà però studiare e sperimentare ancora molto per chiarirne i meccanismi. Nella logica dell'esposoma si devono leggere anche gli eventi che caratterizzano l'invecchiamento, condizione determinata certamente da processi genetici, sui quali si innescano un numero elevato di fattori che dovranno essere elucidati, se si vorrà realmente

rispondere alle domande riguardo agli effetti del tempo sulla salute umana.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01381-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01381-9/fulltext)]

-*JAMA Int Med* di luglio pubblica un **commentario sull'identificazione del delirium negli anziani ospedalizzati**. Edward Marcantonio, uno degli autori e ben noto studioso dell'argomento, sostiene che lo screening per il delirium dovrebbe essere veloce, accurato, accettabile dai medici, integrato nel lavoro clinico di routine, e dovrebbe basarsi su una formazione precisa e continua. È quindi necessario approfondire gli strumenti descritti in letteratura, anche se non sempre il trasferimento alla pratica risulta facile. Mi permetto di osservare: su un argomento importantissimo per la medicina degli anziani vi sono ancora troppe incertezze; tutti concordano sull'importanza di prevenire, rilevare precocemente e curare il delirium, ma i dati dal mondo reale non sono sempre soddisfacenti.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2834323>]

-*JAMA Int Med* di luglio presenta una **research letter sull'evoluzione dei sintomi depressivi negli anziani americani**. Questi sono sostanzialmente aumentati durante la pandemia da Covid, ma il trend ha coinvolto principalmente i giovani adulti, a causa della loro maggiore suscettibilità all'isolamento sociale e alla solitudine. Inoltre, i dati raccolti dal 2013 al 2023 mostrano una maggiore prevalenza di sintomi depressivi nelle femmine e nelle persone a basso reddito, a conferma di quanto già ampiamente riportato da altri studi. È però importante insistere sull'epidemiologia della depressione, condizione troppo spesso trascurata dalla clinica, in particolare nella persona anziana.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2833234>]

-Allego la presentazione del recente volume **“Cibo senza veli. Un viaggio attraverso le evidenze epidemiologiche” dei colleghi Zuliani e Zuin**. Una lettura particolarmente istruttiva in un ambito pieno di incertezze, di imprecisioni e talvolta di interessi non chiari. Grazie agli autori per il loro testo molto utile.

Un augurio di buon agosto di impegno tranquillo, ma soprattutto un saluto grato a chi lavora nei luoghi dove gli anziani hanno bisogno di essere aiutati senza interruzione per affrontare complesse e difficili problematiche di salute.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria