

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Una sconfitta del pensiero ageistico?
- Antonio Guaita e il ruolo dei medici nei conflitti
- Ezio Giacobini ha compiuto 90 anni
- Giovanna Baraldi e le sue narrazioni
- I problemi della ricerca sui farmaci per l'Alzheimer
- Cesenatico ai primi di settembre con la Fondazione Maratona Alzheimer

***DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE***

- L'angolo di Mauro Colombo (anche in agosto, grazie Mauro!)
- JAGS e le disparità nel trattamento del dolore
- JAMDA e le disparità dopo l'intervento di anca
- JAGS e i fattori sociali che riducono la possibilità di restare a casa

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

- L'elenco dei prossimi congressi regionali della nostra Associazione
- Il bando del premio "Fondazione Serpero - AIP"

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

**È tempo di "ageismo"**; infatti, la gestione della vicenda di Biden lascia l'amaro in bocca a chi si preoccupa del rispetto della persona indipendentemente dall'età. Posso dire che questa triste impressione è stata superata, almeno nella mia prospettiva, dalle fotografie che mostrano il Presidente Mattarella, a Parigi per l'inaugurazione delle Olimpiadi, in piedi sotto la pioggia scrosciante, coperto solo da un piccolo straccetto di plastica. Se queste foto venissero adeguatamente diffuse, il pensiero ageistico riceverebbe una definitiva sconfitta. Anzi una cancellazione dallo spazio psicologico e culturale delle nostre comunità!

**Antonio Guaita commenta il testo di Fabio Cembrani** pubblicato sulla newsletter della settimana scorsa riguardante **il ruolo dei medici nei conflitti**.

“L'intervento di Cembrani mi ha riportato a molti anni fa, nel 1974, ad un incontro che mi segnato la vita. Ero ad un congresso a Praga sull'invecchiamento della generazione che aveva vissuto la Seconda guerra mondiale, e lì incontrai, e ne divenni amico, un collega incredibile un 'igienista' (in realtà 'environmental doctor') di Stanford, Leonard Sagan che era stato 6 anni a Hiroshima con la moglie e lì aveva avuto due figli, e più di recente nel Cile di Pinochet, dove aveva potuto constatare il ruolo più o meno attivo dei medici nelle torture e nelle uccisioni seguite al golpe. Ne era impressionato e quasi incredulo, ma mi disse che si stava documentando e che stava scrivendo un articolo sull'etica medica e la tortura. In effetti, l'articolo poi uscì sul *New England Journal of Medicine* (Sagan LA, Jonsen A. Medical ethics and torture. *N Engl J Med*. 1976 Jun 24;294(26):1427-30. doi: 10.1056/NEJM197606242942605. PMID: 944852.)

Conobbi anche sua moglie, Ginetta, italiana, partigiana, prigioniera torturata a Milano (da italiani) e allora presidente di Amnesty della California e vicepresidente di Amnesty International, che pure mi riferì del ruolo dei medici nelle camere di tortura (dopo la guerra fu mandata a Parigi ad un centro per le donne torturate dove poi divenne psicologa e andò a Chicago a studiare l'EEG, e lì conobbe il futuro marito, di famiglia ebraica come lei)

Riporto in traduzione la parte finale dell'articolo di Leonard Sagan che allego:

*Si è sempre saputo che la 'mano che guarisce' potrebbe anche essere la 'mano che ferisce'. Le competenze mediche, in mani maligne, possono essere utilizzate con effetti devastanti sullo spirito e sul corpo. Le competenze mediche possono rianimare il prigioniero esausto e malridotto per nuove torture. Le competenze mediche possono essere non applicate quando un prigioniero sofferente grida aiuto. Anche quando le competenze mediche e il personale non hanno un coinvolgimento diretto, l'abuso fisico e psicologico di esseri umani dovrebbe suscitare il massimo disgusto e rabbia in chiunque si dedichi alla guarigione. È quindi doveroso per la professione medica e per tutti i suoi professionisti protestare in modo efficace contro la tortura come strumento di controllo politico.*

A distanza di 50 anni purtroppo è ancora attuale anche nel nostro paese, basti pensare al ruolo ambiguo dei medici nella caserma Diaz: Il 7 aprile 2015 la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dichiarato all'unanimità che è stato violato l'articolo 3 della Convenzione sul 'divieto di tortura e di trattamenti inumani o degradanti' durante l'irruzione alla scuola Diaz. Il 6 aprile 2017, di fronte alla stessa Corte, l'Italia ha raggiunto una risoluzione amichevole con sei dei sessantacinque ricorrenti per gli atti di tortura subiti presso la caserma di Bolzaneto, ammettendo la propria responsabilità

Ora Leonard Sagan e la moglie sono morti, ma vorrei proporre la loro impronta etica, che ha segnato la mia vita, come storia esemplare di un grande medico che di fronte alle tragedie

umanitarie provocate dall'uomo ha sempre cercato di promuovere la responsabilità sua e dell'intera classe medica nel proclamare la libertà e la salvaguardia di tutti, come dovere di chi cura”.

In questi giorni **il professor Ezio Giacobini ha compiuto 90 anni** (vedi *Lancet Neurology* di agosto). Per chi come me ha seguito per decenni l'evoluzione degli studi sull'Alzheimer, in particolare delle relative terapie, il professor Giacobini rappresenta un monumento: ha sempre saputo aprirsi alle novità, quando gli studi sulle demenze non erano così popolari come oggi. Ricordo che i convegni di Springfield da lui organizzati sono stati per anni un punto di riferimento mondiale. Un grazie particolare quindi a Ezio, soprattutto da parte dei suoi amici italiani, per i quali lui ha sempre avuto un occhio di attenzione e di amicizia.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00210-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00210-2/abstract)]

Il consueto pezzo di **narrazione riguardante il sistema sanitario**, le sue cadute, ma anche gli aspetti più alti e nobili. Grazie a **Giovanna Baraldi** per questi contributi davvero istruttivi; indicano con realismo una sanità che tutti vorremmo.

“Ho incominciato quando c'era il Covid. Non per controllare ma per capire, conoscere e aiutare nel caso. Non riuscivo a dormire e andavo nei reparti di notte e ho capito tante cose e imparato. All'inizio si agitavano a vedermi, spesso non mi conoscevano nemmeno, dovevo presentarmi; dopo hanno capito e mi aspettavano. Avevo cominciato coi reparti critici e poi andavo dappertutto, in sei mesi ho visto tutta la struttura e conosciuto centinaia di persone, problemi, criticità, paure. Dopo, quando li incontravo nei corridoi, si fermavano per salutarmi, o negli ambulatori, si alzavano in piedi per venirmi incontro, sapevano che li riconoscevo. Tutti si sono sentiti fondamentali, credo perché hanno incominciato a condividere consapevolezza e responsabilità. La cosa che ho imparato è che ci sono competenze tecniche, cose che può fare anche la tecnologia, anche l'intelligenza artificiale. Ma conoscere la gente, le persone, la componente emotiva, le loro attese, devi metterci qualcosa. Così capisci e loro ti considerano e rispettano l'istituzione. Del resto l'organizzazione è un insieme di esseri viventi che appunto si emoziona, sente, soffre, ama, si arrabbia, scappa via. Il grosso problema di adesso è che la gente non si sente più rispettata, ingaggiata; io metto sul tavolo le difficoltà, i problemi, i processi, perché tutti possano capire e metterci del loro, capacità, competenze ma anche esperienza, creatività, piacere. C'era ricoverato un ragazzo in oncologia che non mangiava mai, allora il coordinatore gli manda un OSS. Non è compito da OSS, come fai a delegare certe funzioni? Non delego, gli do la responsabilità! Dentro l'equipe l'OSS che porta il cibo si è reso conto di tante cose, più di tutti, capisce i problemi. E abbiamo saputo cambiare il programma di distribuzione dei pasti. Quando parlo con i direttori di struttura complessa e descrivo il lavoro della rete attorno a loro, capiscono, devi dedicargli del tempo. Ogni volta che c'è una nuova attrezzatura, dispositivo, pompe, cateteri, sia che costi 10 euro o migliaia, analizziamo insieme come funziona, uso appropriato, una specie di ossessione,

persino dove lo stocchiamo, come lo puliamo, chi fa cosa, così abbiamo la consapevolezza della scelta e per tutti è un piacere lavorare. Il primario di chirurgia generale mi racconta degli episodi che a noi sembrano incredibili: un intervento chirurgico che si complica e si allungano i tempi e lo specializzando, che fa da terzo operatore, dice mi scusi ma non posso fermarmi. Dice la verità: ho un impegno con degli amici. Quale impegno? Io pur di stare in sala operatoria mi fermavo tutta la notte e tutto il giorno. Pur di operare, di fare, di vedere, di toccare, di esserci. Cosa sta succedendo? Abbiamo accettato di trasformare un rapporto di lavoro altamente professionale, intellettuale, in un rapporto di tipo impiegatizio, trovando la condiscendenza di sindacati e politici. Per aggiustare bisogna riprendere coscienza e dignità. Allora li chiamo e chiedo e rassicuro: certo che proviamo di garantire tempo per la vita, la famiglia, ma ricordo che questo lavoro è una 'professione', è un servizio alle persone, per rispondere ai loro fabbisogni, 24 ore, sabato e domenica, Natale, notte. Questo lavoro è anche una scelta di vita, la professione è un 'modo di vivere' oltre che di lavorare. È vero, il compenso è inadeguato, ma ci sono strumenti dentro il contratto, con gradi di autonomia; certo devi 'prendertela' l'autonomia, assumerti la responsabilità di stabilire un compenso anche diverso. Gli strumenti ci sono, ci sono sempre stati. Li ho utilizzati. Forse non ha fatto piacere a tutti. Ma non basta, si deve progettare un modo di lavorare, 'modelli organizzativi' che migliorino qualità e flessibilità, percorsi di carriera, per semplificare, alleggerire, e anche gratificare. Sono Andrea, sono il Direttore Generale dell'azienda ospedaliera della provincia. Ce la metto tutta! E mi faccio tante domande: forse le mie competenze dovrebbero essere più strutturate, la mia formazione e aggiornamento più puntuale, la valutazione dei miei risultati più attenta, la scelta su me, o qualcun' altro, basata su indicatori. È evidente che in un servizio pubblico è la politica e la regione che deve scegliere i dirigenti in un rapporto di fiducia, ma deve essere trasparente. Ma al tempo stesso, dov'è la nostra autonomia di scegliere i collaboratori e il dovere di scegliere i direttori di struttura più adatti e migliori per la nostra realtà? Anche noi direttori generali abbiamo bisogno di rispetto, quando siamo nella solitudine e paghiamo per tutti, anche per scelte che non abbiamo fatto. L'Azienda che, periodicamente, viene demonizzata, non è mai stata veramente applicata ed è invece una garanzia. I suoi valori sono ascolto dei portatori d'interesse, allocazione efficiente delle risorse, responsabilità sui risultati. Vengo da una tradizione cattolica e quando dicono le radici cristiane del nostro paese e dell'Europa, è vero. San Camillo, i Santi Sociali, i medici Moscati e Pampuri, ho capito che sono un po' dentro di me, anche se non ci pensiamo mai, poi un giorno lo capiamo da un modo di affrontare e risolvere i problemi. E com'è forte e attuale l'esempio di Adriano Olivetti. Nei testi di management la nostra azienda 'speciale' ha un prodotto che è un 'processo clinico assistenziale' realizzato tra 'due esseri umani': il cliente esterno e interno, il paziente e l'operatore. Questo processo è la 'cura'. Il valore del loro 'ascolto' è l'approccio aziendale alle risorse umane, ma è anche l'approccio cristiano alle persone; perché tutti hanno bisogno di ascolto e di cura, di essere curati, come pazienti. Anche noi Direttori Generali abbiamo bisogno di cura: la 'cura dei curanti'. Su questo facciamo dei corsi di formazione e abbiamo decine di richieste. Dobbiamo credere di più in noi stessi".

Nell'ambito degli studi sulle terapie per l'Alzheimer non si può trascurare la **mancata approvazione da parte di EMA del lecanemab**, perché gli effetti indesiderati sono troppo rilevanti per approvarne l'uso anche in Europa. Non mi permetto certo di commentare una decisione che pone le autorità regolatorie europee in una prospettiva diversa da quelle americane. Certamente si tratta di una visione più clinica; il trattamento con un farmaco viene giudicato nel suo insieme, con attenzione a tutti gli aspetti, in particolare quando deve essere assunto da persone fragili come chi è affetto da Alzheimer, sebbene nelle fasi iniziali. Il lecanemab è stato già venduto, peraltro, per un ammontare di 19 milioni di dollari nei paesi dove è commercializzato. È un dato che lascia molto perplessi; invita infatti a pensare come le scelte terapeutiche di malati e famiglie spesso non seguono le indicazioni di prudenza. In particolare, è necessario dedicare maggiore attenzione agli aspetti più delicati che caratterizzano il mercato dei farmaci.

**Il 2-3 settembre a Cesenatico** si ritrova la **Fondazione Maratona Alzheimer per discutere di Caffè Alzheimer** e la loro espansione a livello nazionale come contributo importante all'assistenza delle persone ammalate. L'allegato programma indica i contenuti di due giorni pieni di significati, sul piano culturale e operativo.

Il 3° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer è aperto a tutte le persone impegnate nelle attività di cura (medici, psicologi, educatori, OSS, volontari). In particolare, agli OSS è dedicato un momento specifico collegato alla presentazione del libro "Il ruolo dell'OSS nelle RSA. Responsabilità e centralità della figura degli OSS nell'assistenza agli anziani", Maggioli Editore.

Martedì 3 settembre alle ore 16.15, i contenuti del volume saranno approfonditi in un dialogo tra Stefano De Carolis dell'Azienda USL della Romagna e l'autore del libro, Marco Trabucchi.

Nel suo libro si affronta il tema della residenzialità delle persone anziane all'interno delle RSA e della centralità del ruolo di chi vi lavora, in particolare degli OSS. Un contesto, quello della residenzialità protetta, sul quale la stessa Fondazione intende rivolgere la sua attenzione.

"L'attenzione è la forma più rara e preziosa della generosità", scriveva Simone Weil. Ecco, gli OSS dedicano ogni giorno attenzione agli ospiti delle RSA; ciò li pone di fatto in un'atmosfera generale e vissuta di generosità. Un'altra premessa che deve costituire il fondamento del comportamento di cura è l'affermazione che "forte è chi tratta la fragilità con gentilezza".

"La gentilezza, infatti, non è caratteristica dei deboli, che devono principalmente difendere se stessi, ma di chi percepisce l'importanza del proprio ruolo. La forza, una prerogativa dell'intelligenza e della cultura, è sempre gentile!"

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Mauro Colombo** continua nella sua importante opera di culturizzazione di tutti noi. Te ne siamo gratissimi, caro Mauro! Questa volta il contributo ritorna su un tema caro a tutti noi, **la solitudine degli anziani**.

“Nella newsletter del 12 luglio, un trafiletto era intitolato ‘A Milano si vive da soli. Numeri record in città’. Nella newsletter del 26 luglio – insieme a tante riflessioni per me particolarmente importanti – si ricordava che, in vista del 28 luglio, Papa Francesco ha scritto per la Giornata Mondiale dei Nonni e degli Anziani 2024 un messaggio intitolato: ‘Nella vecchiaia non abbandonatemi’. La problematica della solitudine è talmente rilevante per le persone anziane che AIP da tempo vi dedica un evento specifico, ogni 15 novembre.

In questa scia, arriva puntuale [serendipity ...] un articolo pubblicato il 24 luglio su JAMA Network Open, intitolato [tradotto] ‘Cambiamenti nell’isolamento sociale ed esiti a lungo termine tra gli anziani’ [1]. Autori affiliati al centro medico ‘Langone’ della Università di New York – compreso un istituto di dermatologia (!?) – hanno adoperato i dati raccolti su 6 coorti – dal 2006 al 2020 - di partecipanti allo studio su salute e pensionamento [Health and Retirement Study (HRS)], una intervista longitudinale biennale su un campione di ultra50enni, rappresentativo della popolazione statunitense. HRS è sponsorizzato dall’Istituto Nazionale sull’Invecchiamento [National Institute of Aging] ed è condotto dall’Istituto di Ricerca Sociale della Università del Michigan, ad Ann Arbor [2]. L’obiettivo della ricerca consiste nel colmare un vuoto di conoscenza: per quanto le conseguenze nefaste dell’isolamento sociale sulla salute degli anziani siano state studiate trasversalmente, solo poche indagini hanno misurato gli effetti di un peggioramento nell’isolamento sociale, focalizzandosi peraltro sulle conseguenze in termini di limitazioni funzionali e declino della memoria [3,4]. La ricerca in questione invece si propone di indagare gli effetti della evoluzione nello isolamento sociale rispetto al rischio di mortalità e di vari esiti sanitari, compresi disabilità, demenza, malattie cardiovascolari ed ictus, seguendo nella esposizione le linee guida ‘STROBE’.

13.649 partecipanti [età media al basale  $65,3 \pm 9,5$  anni; 58,7% femmine] sono stati suddivisi inizialmente in 9.093 soggetti non isolati, e 4.556 isolati [66 contro 34%]. A distanza di 4 anni, come indicato chiaramente in un diagramma di flusso, tra gli individui del primo gruppo [non isolati], lo 11,6% ha esperito una attenuazione nell’isolamento sociale, il 38,3% un peggioramento, ed il 50,1% una stabilità. Nel secondo gruppo [isolati], le % rispettive erano 45,4 / 15,2 / 39,4.

Prolungando l’osservazione fino a 10 anni dopo il secondo rilevamento riguardo all’isolamento sociale [avvenuto 4 anni dopo l’arruolamento nello studio], come appare evidente da una serie di figure, un peggioramento nell’isolamento sociale era associato a maggiori rischi di mortalità (+ 29%), disabilità (+ 35%) e demenza (+ 40%) in chi era già isolato in partenza, rispetto a chi si manteneva stabile. Risultati simili sono stati ricavati anche per coloro che inizialmente non erano socialmente isolati, sempre dopo aggiustamento per un ampio e vario numero di covariate. Anche qui sostanzialmente a prescindere dalla condizione di partenza, i partecipanti che miglioravano in isolamento sociale tendevano ad avere le minori incidenze di mortalità e disabilità, rispetto a quelli appartenenti alle altre 2 categorie

[stabili e peggiorati, a loro volta reciprocamente separate]; i tracciati dei partecipanti che miglioravano in isolamento sociale si sovrapponevano invece a quelli di chi rimaneva stabile, relativamente alla incidenza di demenza. Nei confronti delle malattie cardiovascolari e degli ictus non sono state viceversa riscontrate differenze associate ai mutamenti nella condizione di isolamento sociale.

La ricerca in questione – di natura epidemiologica - non si è addentrata nei potenziali meccanismi biologici, comportamentali e psicologici sottostanti agli esiti in salute sfavorevoli. In letteratura si trovano riferimenti alla associazione tra isolamento sociale ed aumentata espressione di geni collegati alla produzione di citochine pro-infiammatorie e prostaglandine, che comportano a loro volta resistenza ai glucocorticoidi, e conseguente infiammazione, stress ossidativo, accelerazione dell'invecchiamento, malattie croniche, ipertensione arteriosa, aterosclerosi, e mortalità. L'isolamento sociale comporta anche attivazione dell'asse ipotalamico-ipofisario-surrenale, e del sistema vegetativo adrenergico.

Viceversa, i meriti della ricerca vanno cercati altrove: l'impiego di un campione ampio, corredato di molte variabili raccolte longitudinalmente lungo uno sviluppo temporale considerevole; la definizione rigorosa dell'isolamento sociale mediante uno strumento validato ['Social Isolation Index'], che – applicato ripetutamente – ha consentito di indicare chiaramente la sequenza temporale tra esposizione ed esiti, garantendone la direzione della associazione; il ricorso a metodiche statistiche – oltre alla competizione tra eventi – che hanno consentito un bilanciamento tra i gruppi di interesse rispetto alle covariate; la stratificazione della analisi in ragione della condizione iniziale di isolamento sociale, che ha permesso di esplorare la eterogeneità delle associazioni.

Per quanto non scevro di limitazioni [dichiarate], questo lavoro si pone come il più ampio nel suo genere, confermando ed estendendo risultati precedenti. E soprattutto ci consegna un messaggio importante quanto urgente in termini di salute pubblica: sollecita infatti 'interventi mirati alla prevenzione del crescente isolamento tra gli anziani per attenuarne gli effetti negativi sulla mortalità e sulle funzioni fisiche e cognitive'".

[1] Lyu, C., Siu, K., Xu, I., Osman, I., & Zhong, J. (2024). Social Isolation Changes and Long-Term Outcomes Among Older Adults. *JAMA network open*, 7(7), e2424519. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24519>

[2] Sonnega, A., Faul, J. D., Ofstedal, M. B., Langa, K. M., Phillips, J. W., & Weir, D. R. (2014). Cohort Profile: the Health and Retirement Study (HRS). *International journal of epidemiology*, 43(2), 576–585. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu067>

[3] Luo, M., & Li, L. (2022). Social isolation trajectories in midlife and later-life: patterns and associations with health. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(5), 10.1002/gps.5715. <https://doi.org/10.1002/gps.5715>

[4] Read, S., Comas-Herrera, A., & Grundy, E. (2020). Social Isolation and Memory Decline in Later-life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(2), 367–376. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz152>

JAGS di giugno presenta uno studio sulle **ineguaglianze indotte da fattori demografici e clinici nella cura del dolore**. I dati sono incisivi, perché dimostrano che i pazienti con limitata conoscenza dell'inglese erano meno sottoposti alla valutazione del dolore. Lo stesso avviene per pazienti affetti da demenza, da sordità, ultrasessantacinquenni, e a fine vita; queste categorie ricevevano una quantità significativamente inferiore di oppiacei. I dati aprono una discussione rilevante in generale sul sottotrattamento delle minoranze, dei molto anziani e di chi ha problemi cognitivi. In questa prospettiva, la cura del dolore, aspetto fondamentale della medicina, rientra tra le aree meno studiate. Il lavoro si conclude con alcune amare considerazioni da parte degli autori: "Preferenze individuali, razzismo, ageismo, e scarsa capacità comunicativa sono fattori potenziali alla base delle osservate differenze. I sistemi sanitari devono raccogliere dati attraverso una lente di equità, mettendo a punto metodologie di valutazione specifiche per le minoranze linguistiche e per le persone con problematiche legate dall'età".

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.19076>]

JAMDA di luglio presenta una review su una problematica che ci pone sulla stessa linea dei lavori precedentemente indicati sulle **disparità che affrontano alcuni gruppi sociali dopo un intervento ortopedico**. I dati nel loro insieme mostrano che pazienti appartenenti a gruppi sociali svantaggiati ricevono cure meno intense dopo eventi ortopedici e la dimissione dall'ospedale. In particolare, cittadini neri sono pesantemente discriminati. Lo studio conclude invitando i decisori politici a capire le dinamiche razziali e etniche, in particolare che sono alla base del mancato trattamento alla multimorbilità e alla mancanza di supporto sociale. In particolare, si invitano i programmatori ad espandere servizi di telehealth nelle zone isolate. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00571-1/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00571-1/abstract)]

JAGS di giugno pubblica un articolo su un argomento vicino a quello precedente. Rileva, infatti, come **l'insieme di rischi sociali** (nessun partner, basso supporto sociale, problemi economici, insicurezze mediche, difficoltà nei trasporti, scarso livello scolastico), misurati in una popolazione di veterani anziani **possono ridurre in modo rilevante la capacità di rimanere al proprio domicilio**. Lo studio ha lo scopo di valorizzare la rilevazione dei rischi sociali tra i veterani che desidererebbero rimanere a casa. Al di là dei numeri, resta un'indicazione strategica che potrebbe essere utile anche nel nostro paese, per ridurre le istituzionalizzazioni nei cittadini che vorrebbero restare nel proprio domicilio e per i quali interventi mirati, talvolta non molto gravosi, potrebbero essere di importante supporto.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19064>]



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

Riporto l'elenco con le **date degli eventi congressuali organizzati dalle diverse sezioni AIP** per i prossimi mesi.

Guardando a questa serie di incontri viene da pensare a quanto la nostra Associazione è viva culturalmente e umanamente. Peraltro, l'esperienza diretta degli anni recenti mi permette di affermare che la qualità di questi incontri è sempre stata di alto livello, con presenze allo stesso tempo qualificate sul piano scientifico e profondamente inserite nei diversi territori.

Auguri quindi alle colleghe e ai colleghi che nei prossimi mesi saranno impegnati in queste imprese. La newsletter è a loro disposizione.

Piemonte Aip giovani 27/29 febb

Liguria 31 ott

Lombardia 18 ott

Triveneto 21 nov

Alto Adige 14 sett

Toscana 22 nov

Emilia 14 febb

Marche 25 ottobre

Lazio 14 febb

Campania Aging Brain 11/12 dicembre

Puglia entro febbraio 2025

Calabria 15 febb

Sicilia fine gennaio 2025

Sardegna 28/29 novembre

Allego il **bando del premio “Fondazione Serpero - AIP”**, sperando possa godere dell'attenzione di molti giovani.

Con viva cordialità e un augurio di agosto sereno,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 9 agosto 2024**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- La cura dei molto vecchi
- Un libro sui medici di Auschwitz
- L'addizionale Irpef per le case di riposo
- Lyles e l'elogio della fragilità
- Il Covid: di nuovo!

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAGS: il mancato coordinamento nella cura delle persone con demenza
- JAMA Network Open: la riduzione dei farmaci psicotropi per prevenire le cadute
- JAMDA: come supportare la salute mentale e il benessere degli operatori delle RSA
- JAMDA: impatto del delirium nella riabilitazione geriatrica
- JAMA Int Med: l'aderenza alla riabilitazione cardiaca da parte di pazienti svantaggiati

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

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

Amiche, amici,

questa newsletter è più corta rispetto al solito. Mi scuso con i nostri cinque lettori, ma il caldo impone un certo rallentamento della funzione cerebrale (per tutti, ma non per il dottor Colombo!)

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Una notizia che si presta ad alcuni commenti. È morta una **suora italiana di 111 anni**, la quale poco prima di morire aveva chiesto una **visita geriatrica che era stata fissata a 6 mesi**.

Due considerazioni: le suore hanno una sopravvivenza media superiore ad altre professioni; la vita regolata evidentemente difende la salute! La seconda considerazione, drammatica: un sistema organizzato che fissa un appuntamento a sei mesi ad una persona così avanti con gli anni dimostra di non avere alcuna idea sulla tabella della sopravvivenza. Se la decisione è stata presa personalmente da un operatore, questi va meglio formato; se, invece, la decisione è stata presa da un sistema automatico, è opportuno immettergli alcuni criteri logici per la predisposizione delle liste d'attesa. Ma a chi importa una povera vecchia ultracentenaria? L'ageismo più o meno esplicito permea i sistemi sanitari e non vi è nessuno in grado di organizzare un'opposizione valida e forte.

Continuando il dibattito sull'intervento di Cembrani e quello di Guaita sui medici che si sono sporcati le mani e hanno infangato il giuramento di Ippocrate, mi permetto di suggerire il volume di **Bruno Halioua: "I medici di Auschwitz. Viaggio oltre le porte dell'inferno"**, Giunti.

Una lettura dolorosa e storie non tutte finite bene per le protezioni che queste bestie hanno ricevuto nel dopoguerra. Pagine toccanti del libro sono riservate ai medici prigionieri che furono costretti a lavorare nelle baracche ospedale, senza mezzi e medicine, e che fecero il possibile per salvare vite.

Il presidente di una regione italiana si è vantato di non aver **mai applicato l'addizionale regionale Irpef** per 14 anni. Forse così guadagna qualche voto, ma certamente sono stati **impoveriti i servizi, tra i quali anche le RSA**. Queste, come è noto, sono costrette a grandi sacrifici per non peggiorare la qualità delle prestazioni... e così altri si fanno le campagne elettorali.

Il grande velocista vincitore dei 100 a Parigi **Noah Lyles** ha dichiarato dopo la vittoria: "Soffro di asma, allergie, dislessia, ADD, ansia e depressione. Ma ti dirò che **ciò che hai non definisce ciò che puoi diventare**". Mi permetto di ricordare, in particolare riferendomi agli anziani fragili, che la malattia non sono io, che la mia disabilità non sono io, che le fragilità non ci definiscono come esseri umani.

Ho chiesto alla dottoressa **Silvia De Rizzo** alcune righe di impressioni a caldo sulla **nuova ondata di Covid nelle RSA**. Una testimonianza drammatica, che ci impone di ripensare il nostro futuro sul piano organizzativo, clinico, umano.

"Il ritorno del contagio Covid nei nuclei assistenziali, razionalmente prevedibile dopo la decadenza dell'obbligo di utilizzo della mascherina con il 30 giugno, ci ha invece sorpresi, vista la stagione e la rimozione del fenomeno dal pensiero collettivo. Ci colpisce in questi

giorni in modo potente, con febbri e malesseri tra le persone anziane, assenze di OSS ed infermieri, difficoltà con chi visita le nostre strutture; è comune e comprensibile la difficoltà nel capire come il nostro mondo di 'dentro' sia così diverso dal mondo di 'fuori'.

Il Covid ha colpito inizialmente i nostri residenti più autonomi, abituati a spostarsi e ad avere molti contatti sociali, con diffusione massiva non solo del contagio ma anche del timore di conseguenze peggiori. L'isolamento nelle stanze è ripreso, con il suo carico di tristezza e di preoccupazione... la febbre dopo due giorni passa ma il tempo trascorso in isolamento non torna più per nessuno.

Ora l'indicazione ricevuta è quella di creare nei nuclei un "isolamento funzionale" che si traduce nell'individuazione, normalmente nelle zone giorno, di un'area riservata alle persone positive, da delimitarsi con mobilio o altro. Dalle cantine sono riemersi i famosi pannelli in plexiglass, i nostri visi sono dimezzati dalle FFP2, e per il personale di assistenza, oltre al rischio contagio, vi è il rischio disagio, per dover indossare ancora gli utili DPI, associati però inevitabilmente ad un periodo difficilissimo della nostra storia.

Con forza insistiamo perché le visite di familiari e amici continuino, in protezione, ma la solitudine già si sente. È per il nostro trauma passato e non ancora elaborato? È per l'effettiva riduzione dei contatti e delle relazioni?

C'è una stanca rabbia, acuita dalla discrepanza tra 'dentro' e 'fuori', di cui già soffriamo endemicamente, e che riemerge di fronte all'acuirsi del contagio, insieme con l'incognita della durata di un fenomeno con cui è inimmaginabile pensare di convivere”.

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie ancora una volta a **Mauro Colombo**, al quale giro idealmente i pochi complimenti che ho ricevuto per non aver chiuso la newsletter durante agosto, complimenti che lui ben più di me merita. Il contributo che riporto è di altissimo livello e **ci impone di pensare senza credere a priori a quello che viene scritto nei lavori scientifici**, ma cercando di fare sintesi personali che peraltro sono molto complesse.

“Puntuale – come sottolinea l'editoriale di commento [1] – è arrivato il rapporto 2024 della Commissione *Lancet* sulla demenza [2], che torna alle dimensioni del testo e di corredo bibliografico della prima versione 2017: allora, 62 pagine con 665 riferimenti bibliografici; ora, 57 pagine con 599 voci, contro 34 pagine per 315 bibliografie nel 2020. Limitando l'oggetto del presente ‘angolo’ a brevi puntualizzazioni sui fattori di rischio per ora assodati, leggo nel rapporto 2 linee di fondo: il rinforzo delle argomentazioni a favore dei 12 fattori già indicati nel 2020, e la aggiunta di altri 2 (ipercolesterolemia LDL ed ipovisione non trattata), che figurano nella nuova infografica, che conserva la accattivante sagoma ondulata. Tale aggiunta fa salire la quota di demenze potenzialmente prevenibili dal 40 al 45%, in particolare per i paesi a reddito basso o medio.

Col permesso (complicità ...) del Prof. Trabucchi, azzardo qualche commento personale, approfittando della concomitante pubblicazione di articoli stimolanti – comprese riviste ‘satelliti’ di *Lancet* – magari indicati nelle newsletter più recenti; l’angolo di oggi si focalizza su considerazioni generali.

Il rapporto inizia riferendo del calo nella incidenza della demenza, in corso almeno nel mondo occidentale. Due ‘giganti’ degli studi sull’invecchiamento cerebrale (Avan ed Hachinski), nell’editoriale di commento [3] all’articolo di *Lancet Public Health* [4] – già citato dal prof. Trabucchi nella newsletter del 19 luglio, e nello ‘angolo’ del 26 luglio – indicano, quale esempio della natura dinamica della demenza, le tendenze opposte tra Europa e Stati Uniti [dove l’incidenza sta calando in Inghilterra, Svezia, Francia ed USA, e la prevalenza sta diminuendo in Inghilterra, Svezia e Spagna], ed altre parti del mondo, non necessariamente a basso-medio reddito: in Giappone sia la incidenza che la prevalenza sono in crescita, e le prospettive a livello planetario potrebbero essere fosche. Secondo Avan ed Hachinski non dobbiamo indulgere nella compiacenza che uno sguardo limitato all’epidemiologia dell’orizzonte occidentale più prossimo sembra suggerire, vista la ‘tendenza sfavorevole’ dell’andamento dei fattori di rischio [3]. Per quanto stupefacente possa sembrare, peraltro, secondo [4] solo lo studio longitudinale di Framingham ha esaminato l’associazione tra i cambiamenti nella prevalenza dei fattori di rischio e la evoluzione della incidenza di demenza. Viene portato l’esempio della ipertensione arteriosa, di cui metà di coloro che ne sono affetti ne sono inconsapevoli, o non ottengono un controllo adeguato [3].

Il rapporto della Commissione *Lancet* invece presenta uno scenario dove aumentano gli anni in salute, e diminuiscono gli anni vissuti con demenza. Sulla base di prove sempre più convincenti, gli esperti hanno sottolineato in particolare l’importanza dei fattori che possono danneggiare il sistema circolatorio e viceversa di quelli che contribuiscono ad accrescere la riserva cognitiva. Sia i membri della commissione che Avan ed Hachinski concordano nel sostenere lo ‘apprendimento permanente’, anche in contesti di bassa scolarità. Più in generale, per i fattori di rischio / protezione [8] valgono i tre concetti cardine per cui ‘tanto prima, tanto meglio’, ‘quanto più a lungo, quanto meglio’, e ‘non è mai troppo presto o troppo tardi’.

Un punto saliente nel nuovo rapporto consiste nell’aggiornamento delle frazioni attribuibili alla popolazione (PAF), ovvero la riduzione percentuale dei nuovi casi in un dato periodo di tempo se un particolare fattore di rischio venisse completamente eliminato. Più voci [1,2,3] concordano sulla incompletezza nella conoscenza dei meccanismi fisiopatologici sottostanti all’effetto dei vari fattori, e quindi sul loro reale ruolo causale, tenendo conto anche di frequenti concomitanze e delle possibili conseguenti interazioni [sinergistiche od antagoniste]. Più in dettaglio, in [4] vengono elencate 3 condizioni che vanno assunte per poter calcolare un PAF: non devono esistere fattori confondenti non misurati / gli altri fattori di rischio non devono risentire della rimozione del fattore oggetto del PAF / la rimozione del fattore in questione deve essere praticabile. Ciò premesso, stiamo assistendo ad una ri-modulazione a livello planetario dei PAF: grazie a misure politiche – anche di obbligatorietà /

proibizione – sta diminuendo il ruolo del tabagismo e della bassa scolarità, mentre cresce il peso relativo di obesità, diabete mellito di secondo tipo, ipertensione arteriosa [4], espressioni di ‘scelte di stile di vita che si vanno deteriorando’, e che si accompagnano a sedentarietà, dislipidemia e disfunzione renale [3]. Peraltro, secondo Avan ed Hachinski [1], secondo le revisioni sistematiche mancherebbe accordo sul ruolo sfavorevole dei fattori di rischio cardiovascolari rispetto alla malattia di Alzheimer.

Anche la metodologia del rapporto *Lancet* è oggetto di discussione negli articoli menzionati. Il gruppo interdisciplinare, internazionale e multiculturale ha dato preferenza a revisioni sistematiche e meta-analisi conducendone anche in proprio, ove opportuno. I commissari sono stati scelti in differenti ambiti geografici e culturali, in modo da incorporare punti di vista differenti. A ciascun commissario veniva affidato il compito di scrivere almeno una sezione; ogni sezione veniva dibattuta fino a trovare un consenso all’unanimità [2]. In confronto, per esempio, le linee guida OMS hanno privilegiato gli studi di intervento – quale per esempio ‘FINGER’ – come fonte di dati, ed hanno adottato il sistema GRADE [#] per classificare la qualità delle prove addotte [1].

Dibattendo gli aspetti di fondo del rapporto 2024, i commentatori già ne prefigurano gli sviluppi futuri, in vista delle prossime edizioni. Vi è accordo sulla necessità di allargare la area di provenienza dei dati, estendendola alle zone del pianeta meno rappresentate e più esposte a rischio, ma dove proprio per questo le potenzialità di intervento sono maggiori: è il caso del consorzio ‘World Wide Fingers’. L’attenzione alla situazione dei paesi a reddito basso e medio, in vista di un approccio maggiormente olistico alla prevenzione della demenza, è stata richiamata in un articolo su *Lancet Healthy Longevity* [5] – e relativo editoriale [6] – cui ha fatto riferimento il prof. Trabucchi nella newsletter del 26 luglio. Tra i co-autori di [4,5] figurano membri della Commissione *Lancet*. Secondo il detto per cui ‘una sola taglia non veste bene tutti’, gli interventi stessi possono venire perfezionati nel senso di una maggiore personalizzazione, come nel caso dello studio ‘SMARRT’, le cui esperienze pilota danno prova di fattibilità ed efficacia [£]. Protocolli innovativi multimodali sono stati stesi in aree critiche quali la Corea del sud ed il Giappone [1].

Nel momento in cui sono attesi aumenti universali di incidenza e prevalenza della demenza, occorre intraprendere globalmente misure proattive, secondo Avan ed Hachinski [3]. I membri della Commissione *Lancet* invitano esplicitamente ad ‘essere ambiziosi’ nei programmi di prevenzione, che raccomandano sotto forma di interventi multimodali, vista la tendenza dei fattori di rischio a raggrupparsi, sottolineando – affianco alla responsabilità individuale – il ruolo della politica per influire sugli aspetti sociali dei fattori di rischio, con attenzione alla equità. ‘Può e deve essere fatto di più’: la ‘speranza’ è sostenuta dalla fiducia che da un simile impegno derivi anche un ritorno economico, oltre ad un risparmio di sofferenze anche per chi è sfavorito geneticamente, come i portatori di APOE ε4. Le 3 neuroscienziate – fra cui la italiana Francesca Mangialasche – che hanno scritto l’editoriale di commento su *Lancet* [1] concludono testualmente con le due seguenti affermazioni: ‘È probabile che il rapporto della Commissione *Lancet* del 2024 sulla demenza aumenti la

consapevolezza degli entusiasmanti sviluppi nel campo e sottolinei i potenziali effetti che gli interventi politici e i programmi di riduzione del rischio personalizzati possono avere a livello globale. La relazione della Commissione dimostra che ora ci sono prove sufficienti per giustificare azioni individuali ed a livello di popolazione, per ridurre il rischio [di demenza] nel corso della vita, sottolineando al contempo che è fondamentale continuare una rigorosa ricerca sulla riduzione del rischio”.

[8] agli affezionati, cari lettori dell’“angolo” chiedo di consentirmi una auto-citazione: con dichiarato orgoglio, comunico che – contemporaneamente al rapporto *Lancet* – è uscita, appunto a proposito di fattori protettivi - la pubblicazione a libero accesso di un articolo scritto da membri della Fondazione Golgi Cenci [@]. Nell’ambito della ricerca longitudinale “InveCeAb” sull’invecchiamento cerebrale ad Abbiategrosso, è stato coniato un fenotipo originale di resilienza, definita come mantenimento di salute cognitiva, fisica e psicologica in ultra80enni. Nella coorte di 404 Abbiatensi di età compresa tra 83 ed 87 anni, 38% erano “resilienti”. Fra 6 fattori estratti dalla analisi fattoriale esplorativa – che spiegavano il 59% della varianza totale del campione – la analisi logistica ha individuato i 3 fattori statisticamente associati alla resilienza: la “riserva cognitiva” {che include variabili legate all’arricchimento ed alla stimolazione cognitive in età precoce e da adulto [scolarità, occupazione, condizione socio-economica durante l’infanzia, ed “intelligenza fluida” (misurata alla rilevazione basale, nel 2010, mediante le Matrici Progressive Colorate)]}; la “riserva affettiva” [composta da resilienza psicologica, fiducia ed estroversione (nella accezione psicologica dei termini)], e lo “stile corrente di vita” (in cui rientrano attività fisica e ricreativa, contatti sociali, aderenza alla dieta mediterranea, e velocità del cammino). Anche dalla nostra ricerca emerge la multi – modalità dei fattori di protezione, che risultano anche qui “spalmati” lungo l’intero arco di vita, riprendendo i tre concetti cardine richiamati dalla Commissione *Lancet*.

[#] lo stesso sistema impiegato dall'Istituto Superiore di Sanità per redigere le linee guida su "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment" [<https://www.iss.it/-/snlg-diagnosi-e-trattamento-delle-demenze>] (aggiornate al 27 – 5 – 2024)

[£] gli è stato dedicato specificatamente l'“angolo” sulla newsletter AIP del 26 luglio

[@][https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbae132/7726776?utm\\_source=authortollfreelink&utm\\_campaign=psychsocgerontology&utm\\_medium=email&guestAccessKey=cbe5eb9b-6cef-4e5a-b81a-03ae723b1f74](https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbae132/7726776?utm_source=authortollfreelink&utm_campaign=psychsocgerontology&utm_medium=email&guestAccessKey=cbe5eb9b-6cef-4e5a-b81a-03ae723b1f74)

[1] Kivipelto, M., Mangialasche, F., & Anstey, K. J. (2024). Pivotal points in the science of dementia risk reduction. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01546-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01546-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01546-0)

[2] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, O., ... Mukadam, N. (2024).

Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* Standing Commission. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01296-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

[3] Avan, A., & Hachinski, V. (2024). Increasing risks of dementia and brain health concerns. *The Lancet. Public health*, 9(7), e414–e415. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00123-3)

[4] Mukadam, N., Wolters, F. J., Walsh, S., Wallace, L., Brayne, C., Matthews, F. E., Sacuiu, S., Skoog, I., Seshadri, S., Beiser, A., Ghosh, S., & Livingston, G. (2024). Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *The Lancet. Public health*, 9(7), e443–e460. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00120-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00120-8)

[5] Stephan, B. C. M., Cochrane, L., Kafadar, A. H., Brain, J., Burton, E., Myers, B., Brayne, C., Naheed, A., Anstey, K. J., Ashor, A. W., & Siervo, M. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Healthy longevity*, 5(6), e406–e421. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00061-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00061-8)

[6] Smith, J. R., & Deal, J. A. (2024). The need for a more holistic approach to dementia prevention. *The lancet. Healthy longevity*, 5(6), e382–e383. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00071-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00071-0)

JAGS di luglio presenta uno studio con i dati di Medicare del 2022-2023 che dimostra come **le falle nella comunicazione verso i caregiver delle persone con demenza** sono molto frequenti e vengono talvolta percepite come un danno potenziale. Infatti, il 57% delle persone che hanno risposto all'indagine hanno riportato un problema nella comunicazione rispetto al coordinamento delle cure e il 18% ha riportato un evento avverso attribuibile alla scarsa coordinazione. Gli autori concludono con il consueto invito a migliorare la comunicazione, anche se non propongono atti organizzativi concreti.

[\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.19105\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.19105)

Su questo lavoro riporto il contributo dell'amico **Ernesto Palummeri** (Geriatra, Coordinatore Rete Regionale Demenze Regione Liguria), persona che da molti anni ha importanti responsabilità programmatiche in questo ambito.

“Il lavoro condotto nello stato di New York mostra che almeno 1/3 dei soggetti partecipanti alla survey per DNC riceve cure ‘frammentate’ con assenza di coordinamento tra i vari fornitori di cure.

Alla mancanza di coordinamento nelle cure vengono attribuiti una serie di eventi negativi:

1. Accertamenti diagnostici ripetuti (esami radiologici, test ematici);
2. Interazioni tra farmaci;
3. Accessi ai dipartimenti di emergenza;



#### 4. Ricoveri ospedalieri

Lo studio, seppur condotto su un piccolo campione, con una analisi parziale dei problemi emergenti dalla frammentazione delle cure necessita una seria riflessione sul funzionamento dei servizi per demenze. In un articolo ormai datato (1) veniva proposto un modello di approccio 'comprehensive' che includesse in una sorta di puzzle tutti i possibili aspetti clinici e assistenziali da prendere in considerazione. Il Piano Nazionale delle Demenze italiano intravede nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) una possibile risposta alla frammentazione delle cure. In molte realtà italiane la realizzazione dei CDCD si è ridotto ad una mera modifica del cartello posto davanti ad un ambulatorio sostituendo la dicitura 'UVA' con la dicitura 'CDCD'. Inoltre nello studio statunitense non si fa menzione a tutte le altre problematiche, non direttamente coinvolte nella clinica, che si accompagnano all'evolversi del DNC e che riguardano interventi di natura previdenziale, psico-sociale, legale che si accompagnano alla sindrome e che coinvolgono direttamente la persona portatrice del DNC e/o il caregiver. Il Piano sociosanitario 2023-2025 di Regione Liguria, propone la realizzazione di un Modello di Cura Globale (MCG) per la diade nel quale in un stesso luogo fisico è prevista la presenza di tutti i servizi e i setting oggi disponibili per la cura: dall'ambulatorio medico, al centro di incontro per i caregiver, al Centro Diurno per l'erogazione degli interventi psicoeducazionali e la promozione dell'attività motoria, allo sportello polifunzionale al quale presentare le istanze e la documentazione per l'istruzione di tutte le pratiche previdenziali legali, sanitarie, sociali, ai nuclei residenziali per ricoveri temporanei per il riequilibrio dei disturbi comportamentali, al nucleo residenziale di ambiente protesico e al nucleo per i soggetti con DNC in fase terminale. Questi tentativi sono indirizzati a fornire un servizio dignitoso alle persone coinvolte nel percorso di cura".

1. Trojanowski JQ, Arnold SE, Karlawish JH, Brunden K, Cary M, Davatzikos C, Detre J, Gaulton G, Grossman M, Hurtig H, Jedrzejewski K, McCluskey L, Naylor M, Polsky D, Schellenberg GD, Siderowf A, Shaw LM, Van Deerlin V, Wang LS, Werner R, Xie SX, Lee VM.: Design of comprehensive Alzheimer's disease centers to address unmet national needs. *Alzheimers Dement.* 2010 6(2):150-5.

*JAMA Network Open* del 25 luglio ipotizza attraverso uno studio randomizzato la **possibilità di ridurre le cadute** come conseguenza di una **riduzione della somministrazione di farmaci psicotropi**. I dati, però, non sono migliori di quelli ottenuti attraverso i consueti interventi sul rischio di cadute. Il risultato è quindi in controtendenza rispetto a quanto normalmente si ritiene sia un'utile azione preventiva. Le sorprese della letteratura.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2821485>]

*JAMDA* di agosto indica la **necessità di offrire supporto alla salute mentale e al benessere degli operatori delle case di riposo**. Gli autori affermano che negli ultimi anni, a causa del Covid, ma non solo, la condizione di salute psichica del personale si è andata deteriorando,

inducendo l'urgenza di mettere a punto nuove modalità di assunzione e di organizzazione di adeguati metodi di formazione. Le osservazioni sono adattabili anche in Italia; fortunatamente molti direttori di strutture residenziali hanno capito l'importanza della problematica e si sta diffondendo un'adeguata sensibilità su questi temi. L'evoluzione del bisogno mette sempre più in risalto la complessità dei compiti di chi dirige le RSA; si deve però considerare che il management di queste oggi ha raggiunto livelli paragonabili agli standard europei. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00473-0/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00473-0/fulltext)]

*JAMDA* di agosto descrive **l'impatto del delirium sul recupero degli ospiti delle riabilitazioni geriatriche dopo un'infezione acuta**. I risultati sono controcorrente rispetto ai normali convincimenti; dimostrano, infatti, che il delirium non esercita alcuna azione negativa rispetto alle traiettorie di recupero e sulla qualità della vita. Anche qui le sorprese dalla letteratura, che devono, però, far pensare alla necessità di operare adattando con molta attenzione gli interventi alla realtà specifica, perché potrebbe presentare condizioni che modificano i risultati attesi. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00344-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00344-X/fulltext)]

*JAMA Int Med* del 22 luglio presenta i dati di uno **studio clinico randomizzato eseguito su pazienti sottoposti a riabilitazione cardiaca**. I risultati dimostrano che le precarie condizioni socioeconomiche riducono l'accesso ai servizi di riabilitazione cardiologica, mentre la fornitura di incentivi economici migliora l'aderenza alla riabilitazione, con rilevanti vantaggi per la salute. Gli autori commentano l'importanza di una rilevazione delle condizioni dei pazienti, in modo da prevedere interventi adeguati in particolare se appartengono a classi socioeconomiche svantaggiate.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2821357>]

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

Alleghiamo il programma dell'**AIP Summer School 2024**, che si terrà dal 26 al 29 settembre a Firenze. Un cordiale invito a tutti per un'occasione importante e unica di formazione e di scambi di opinioni e di esperienze.

Buone vacanze, con un pensiero alle colleghe e ai colleghi che lavorano, e anche agli anziani che non possono fare le vacanze per le loro condizioni di salute, economiche e organizzative.

Ricordatevi che la newsletter è aperta al contributo di tutti! Grazie,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Buone vacanze
- Il sistema sanitario protegge dal razzismo

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo: continua la saga dei fattori di rischio di demenza
- JAGS: i trattamenti anti-amiloide
- JAMA Network Open: ancora gli effetti negativi dell'isolamento sociale
- JAMA: un uso su larga scala dei test ematici per l'Alzheimer?
- JAMA: ospedalizzazione a casa e impegno dei caregiver

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

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

Amiche, Amici,

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Questa newsletter viene inviata in anticipo e in forma ridotta per rispettare il ponte di **Ferragosto** (o della **Madonna Assunta**). Però la forma non indica la sostanza, cioè l'espressione dell'augurio più caloroso a chi ci segue e condivide con noi fatiche e speranze. In particolare, **auguri a chi lavora in questi giorni negli ospedali, nel territorio, nelle RSA**, ma soprattutto a chi non sempre viene ringraziato per il suo impegno professionale a favore degli anziani più fragili. Senza offendere nessuno, mi permetto di citare gli **operatori sociosanitari**, che lavorano nelle residenze per anziani, sempre rispettosi dell'affermazione, che è ormai divenuta uno slogan, che esprime il loro impegno umano e professionale: **"Non ti lascerò mai solo"**.

**Auguri anche agli anziani** che ci seguono, sebbene non siano professionisti dell'assistenza, ma persone di buona volontà che non pensano solo a sé stesse. È doveroso trasmettere loro il nostro sentire, quello di un impegno serio a favore di chi ha bisogno di aiuto.

In questi giorni di caldo (e sappiamo bene come in moltissime case non vi sono i condizionatori e purtroppo anche in alcune residenze per anziani) cerchiamo di essere tutti più attenti verso chi soffre, anche se non sempre siamo ascoltati.

Mi permetto in questo momento di **ricordare soprattutto le persone sole**, sia quelle che lo sono sempre, ma che in queste settimane perdono anche i loro piccoli consueti legami, sia gli anziani diventati soli perché i parenti sono in vacanza (sappiamo bene quanto sia difficile portare anche loro al mare o ai monti!).

Infine, **un ricordo personale**. In questi giorni è morta una professoressa intelligente, colta e gentile, colpita da SLA. Fino a qualche settimana fa veniva la domenica a messa ed era una leader, anche dalla carrozzina, del gruppo che animava le celebrazioni. Dietro le spalle aveva una famiglia altrettanto generosa e seria. Discutevo con lei della sua patologia, dei progressi della scienza; le avevo dato il libro del giornalista Mazza, anche lui colpito dalla stessa malattia. Ambedue capaci di parlare del loro male con serenità, continuando a credere nella vita e nella sua bellezza. Poi non l'ho più vista alla domenica, perché la SLA aveva provocato una drammatica accelerazione dei sintomi. Nel tempo delle discussioni sull'opportunità di accelerare in alcuni casi la fine della vita, la gentile professoressa ci ha lasciato un'indicazione precisa!

Ormai l'emergenza razzista in UK è finita. Però non posso scordare un pezzo pubblicato su *BMJ* del 7 agosto, nel quale si riporta un invito delle autorità sanitarie di quel paese ad **"aiutare operatori sanitari immigrati e appartenenti a minoranze etniche fino a che continueranno le manifestazioni di violenza razzista, per evitare che vengano aggrediti"**. "È doveroso organizzarsi per mantenere sicure le nostre comunità verso i colleghi e i pazienti, che sono target di abusi e di violenze". Fortunatamente la reazione del popolo inglese ha sconfitto questi comportamenti "horrific and completely unacceptable". Dobbiamo però prendere atto che anche nella civile Europa la stupida e miope cattiveria di pochi razzisti può fare disastri. Ma non accetteremo mai l'inciviltà.

[<https://www.bmj.com/content/386/bmj.q1756>]

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

È arrivato anche il consueto pezzo di **Mauro Colombo**... non l'avevo avvisato dell'anticipazione della newsletter, per non costringerlo ad un superlavoro. Ma la sua precisione nel rispettare gli impegni è capace di... preveggenza! **Grazie Mauro anche per l'esempio che dai a tutti noi di serietà professionale (a me come ai nostri lettori).**

"Come ben evidente nella infografica, la Commissione *Lancet*, nel suo aggiornamento 2024 del rapporto sulla demenza [1], ha aggiunto un nuovo **fattore di rischio per la demenza: il**

**colesterolo LDL**, inserito tra gli elementi problematici della età di mezzo. Se le prove non erano ancora sufficienti per la edizione 2020 del rapporto, ora la ‘frazione attribuibile di popolazione’ (PAF) condivide con la perdita di udito – sempre alla medesima età – il primato quantitativo: 7%.

Dal 2020 ad oggi, studi importanti hanno rinforzato il legame tra LDL e demenza. 2 ricerche hanno utilizzato le colesterolemie LDL come misure continue, mentre una ha diviso il campione in 2 categorie, ponendo la soglia a 3 mmol/L: in tutti i 3 casi, la associazione era più forte/esclusiva per gli infra65enni, ed era riferita alla demenza ‘per tutte le cause’. Tutte le 3 ricerche sono centrate nel Regno Unito; lo studio basato sulle 2 categorie di concentrazione di LDL colesterolo - sfruttando gli archivi delle cartelle elettroniche - ha riportato associazioni più forti tra le minoranze etniche esposte a maggior rischio: si tratta proprio di uno degli ambiti raccomandati dalla Commissione.

In 94.184 danesi ambo sesso, di età media 58 anni, lo studio di popolazione di Copenhagen – dopo una osservazione mediana di 9 anni – ha colto – a prescindere dal genotipo APOE [come in generale richiamato nel rapporto 2024] - un maggior rischio di demenza di origine diversa dall’Alzheimer – e non per quest’ultima – a seconda del livello di aderenza ad una dieta salutare, a sua volta collegata a differenti profili in colesterolemia LDL ed HDL. Quest’ultimo è risultato protettivo rispetto alla demenza di Alzheimer in 4932 partecipanti al Framingham Heart Study (FHS), nelle 2 fasce di età 35-50 e 51-60 anni, ma non negli ultra60enni.

Il sottocapitolo del rapporto 2024 dedicato al colesterolo LDL si segnala anche sul piano metodologico. Una meta-analisi su 27 studi ha fatto ricorso alla ‘randomizzazione mendeliana’ [#] per confrontare 3136 casi [persone con demenza] con 3103 controlli sani, rilevando che una colesterolemia totale elevata ed una bassa concentrazione ematica di colesterolo HDL costituiscono fattori di rischio per la demenza di Alzheimer. Purtroppo, trattandosi di ‘dati secondari’, non è stato possibile condurre una analisi stratificata per età. Viceversa, una altra meta-analisi, eseguita però su dati a livello individuale, relativi a 21.000 soggetti di età media 76 anni all’inizio della osservazione, non ha trovato alcuna associazione fra colesterolo [totale e frazionato (LDL ed HDL)] e declino cognitivo; i risultati non venivano modificati dallo stato APOE ε4 o dall’assunzione di statine. Un altro importante percorso metodologico riportato nel sottocapitolo del rapporto è costituito dalla ‘emulazione’ degli studi sperimentali a partire da dati osservazionali, ricorrendo a misure ripetute. Questa metodica si può applicare in situazioni dove una sperimentazione è impraticabile o non eticamente sostenibile; inoltre supera alcuni limiti dei classici trials. In 6373 partecipanti allo studio di Rotterdam, di età compresa fra 55 ed 80 anni, la prosecuzione – ma non l’avvio – della assunzione di statine è risultata associata ad una riduzione del rischio di sviluppare demenza – di ogni tipo – o di morte, a distanza di 10 anni.

Ancora riguardo alle statine, una meta-analisi di 36 studi di coorte, condotta da studiosi di Milano e Padova, ha rilevato una diminuzione del rischio di demenza da tutte le cause o di Alzheimer, in uomini e donne; il risultato viene confermato nella analisi di sottogruppo sugli ultra75enni, a differenza di quanto riportato da una precedente rassegna Cochrane [del 2016]

dove non vengono rilevati benefici dall'uso delle statine per le persone più vecchie. Curiosamente, la meta-analisi riporta nelle conclusioni una frase che sembra stridere con tutto il resto dell'articolo: 'per quanto riguarda il possibile ruolo della terapia con statine nella prevenzione della demenza, la debolezza dei dati aggregati provenienti da studi clinici e il rischio di distorsione insito nel disegno osservazionale, non consentono tale raccomandazione'.

Nella prima ' rassegna ad ombrello' [revisione di revisioni sistematiche o meta-analisi] dedicata al rapporto fra incidenza di demenza e cardiopatia ischemica, scompenso emodinamico, fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa, iperlipidemia e rigidità arteriosa, le prove più garantite riguardano il rischio associato alle prime 3 condizioni, oltre che alla ipertensione arteriosa nell'età di mezzo, mentre rimane incertezza riguardo alla rigidità arteriosa. Riguardo alla iperlipidemia, i risultati sono contrastanti, con una tendenza generale verso la mancanza di associazioni in età avanzata, sia per la colesterolemia totale che per le frazioni LDL ed HDL, oltre che per la trigliceridemia, nei confronti sia della demenza da tutte le cause che Alzheimer e vascolare. Una analisi di sottogruppo ha rilevato un effetto protettivo di alti livelli di colesterolo HDL nei confronti della demenza di Alzheimer fra gli infra70enni. [2]

Con sincronismo sorprendente, quasi contemporaneamente alla uscita del rapporto *Lancet*, una rivista del medesimo gruppo (*Lancet Healthy Longevity*) pubblicava il primo grande studio di popolazione [3] su una frazione lipidica già oggetto di attenzione rispetto alla problematica cardiovascolare, ma non riguardo alla demenza. Si tratta del 'colesterolo residuo' ['remnant cholesterol'] contenuto nelle lipoproteine ricche in trigliceridi, che rappresenta un terzo del colesterolo totale, e metà di quelle presente nelle placche aterosclerotiche. Allo scopo, sono state studiate oltre 2 milioni e mezzo di persone di età superiore ai 40 anni, arruolate al servizio assicurativo sanitario nazionale sud-coreano. Dopo una osservazione di durata mediana di oltre 10 anni, una concentrazione elevata di colesterolo residuo è risultata associata ad un incremento di rischio di oltre il 10% per la demenza sia da tutte le cause, che di Alzheimer e vascolare, indipendentemente dai fattori di rischio tradizionali. Il rischio presente in tale associazione era più elevato in persone con diabete di tipo 2 – specialmente se di durata maggiore di 5 anni – e per la fascia di età tra i 40 ed i 59 anni, piuttosto che per gli ultra 60enni. Significativa la prima parte del titolo dell'editoriale di commento: 'più che semplici avanzi' [4]. Gli Autori - 2 neurologi di Dallas, in Texas – oltre a riprendere le peculiarità ed i limiti già evidenziati nell'articolo originale, lodano apertamente la iniziativa della ricerca coreana, invitando ad approfondire il substrato biologico sottostante alle associazioni trovate, con particolare attenzione alle adipochine.

Collateralmente, segnalo che anche 3 delle 30 voci bibliografiche di [3], ed 1 delle 10 di [4], citano esplicitamente nei loro titoli la 'randomizzazione mendeliana' [#].

[#] Si è accennato a questa tecnica bio-statistica – a partire dalla tarda estate 2022 – in precedenti 'angoli', da uno dei quali riporto uno stralcio. La MR è una tecnica statistica che combina dati genetici ed epidemiologici, che viene considerata analoga alle ricerche

randomizzate controllate. Il rischio di sperimentare alcune esposizioni viene ‘allocato’ durante la combinazione genetica al momento del concepimento, per cui l’assortimento casuale degli alleli viene equiparato alla allocazione casuale prodotta dalla randomizzazione, nonostante qualche possibile interferenza portata da fenomeni quali la stratificazione della popolazione e lo ‘accoppiamento assortativo’. Quest’ultimo è un modello di accoppiamento non casuale in cui gli individui con genotipi e/o fenotipi simili si accoppiano tra di loro più frequentemente di quanto ci si aspetterebbe in un modello di accoppiamento casuale”.

[1] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* Standing Commission. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01296-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

[2] Brain, J., Greene, L., Tang, E. Y. H., Louise, J., Salter, A., Beach, S., Turnbull, D., Siervo, M., Stephan, B. C. M., & Tully, P. J. (2023). Cardiovascular disease, associated risk factors, and risk of dementia: An umbrella review of meta-analyses. *Frontiers in epidemiology*, 3, 1095236. <https://doi.org/10.3389/fepid.2023.1095236>

[3] Heo, J. H., Jung, H. N., Roh, E., Han, K. D., Kang, J. G., Lee, S. J., & Ihm, S. H. (2024). Association of remnant cholesterol with risk of dementia: a nationwide population-based cohort study in South Korea. *The Lancet. Healthy longevity*, S2666-7568(24)00112-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00112-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00112-0)

[4] Saez-Calveras, N., & Ishii, M. (2024). More than simply leftovers: a new link between remnant cholesterol and dementia. *The Lancet. Healthy longevity*, S2666-7568(24)00133-8. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00133-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00133-8)

*JAGS* di luglio pubblica un lavoro interessante, che descrive i **problemi che negli USA si incontrano al pronto soccorso quando vi fanno ricorso cittadini in terapia anti-amiloide**. Il problema non riguarda però l’Italia dove questi trattamenti non sono ancora diffusi. Gli autori commentano che non vi sono ancora precise indicazioni per la gestione nel territorio e nei pronto soccorsi delle anomalie dell’imaging; inoltre, vi sono grandi disparità nella capacità di gestire questi pazienti tra un ospedale e un altro. Da noi il problema non si pone, però questi studi dovrebbero prepararci a quanto accadrà prossimamente con l’approvazione da parte delle autorità regolatorie dei trattamenti anti-amiloide.  
[\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19099\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19099)

*JAMA Network Open* del 24 luglio riporta i dati di uno studio condotto su 13.000 persone per misurare **l’effetto indotto dai cambiamenti nella condizione di isolamento sociale sulla comparsa di dati negativi per la salute**. Rispetto ad una condizione di stabilità, l’aumento

dell'isolamento ha provocato un più elevato rischio di mortalità (AHR: 1.29), di disabilità (AHR: 1.35), e demenza (AHR: 1.40). Gli autori sottolineano l'importanza di intercettare i cambiamenti della condizione della persona anziana, che hanno un effetto talvolta anche superiore rispetto una condizione di stabilità negativa.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2821456>]

*JAMA* del 28 luglio compie una revisione della letteratura, ponendosi la **domanda se i test ematici per l'Alzheimer possano essere considerati maturi per un uso su larga scala**. La risposta non sembra definitiva e riguarda selettivamente l'uno e l'altro test.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2821669>]

*JAMA* dell'8 luglio riporta una lettera che **mette in discussione l'accettabilità di organizzare il modello di assistenza ospedaliera a casa rispetto al peso che ricade sulle spalle dei caregiver**. Su circa mille intervistati, dei quali il 24%, mentre aveva oltre 65 anni, il 47% ha dichiarato che l'ospedale di comunità è gestibile, mentre solo il 16% negava questa possibilità. Il dato è di interesse rispetto alla discussione che frequentemente si accende intorno alla sostenibilità dell'ospedale a casa e al ruolo della famiglia.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2820852>]

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

Allego nuovamente il **programma dell'AIP Summer School 2024** (Firenze, 26-29 settembre). È la prima attività a livello nazionale della nostra Associazione dopo l'estate, alla quale tutti sono invitati per l'alto livello culturale e clinico dell'evento.

Un rinnovato augurio e un grazie particolare a quelli che ci hanno manifestato la loro gratitudine per il nostro lavoro estivo,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*



**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Gaza e i vecchi: un grande dolore
- I diritti di cittadinanza
- “Senza tempo”: un supplemento giornalistico senza senso
- Filippo Bergamo e gli interventi psicosociali nella demenza

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Mauro Colombo completa il trittico sulla prevenzione delle demenze
- *The Economist* e il rischio di demenza
- *Lancet Neurology* e i biomarker
- *NEJM*: una rilettura della fragilità dell’anziano
- *JAMDA* e l’aromaterapia per la cura dei BPSD
- *JAGS*: l’impatto della telemedicina sull’esperienza dei caregiver nella demenza

Amiche, amici,

**ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Ho ricevuto da una ONLUS informazioni sulla **condizione degli anziani a Gaza**. Siamo spesso informati sulla sofferenza dei bambini, ma raramente abbiamo ricevuto notizie sui vecchi. È la guerra senza fine, cattiva e irrispettosa di ogni regola. Le notizie rinforzano il nostro impegno per la pace; non possiamo più accettare le scuse incivili di ogni parte per continuare la guerra. Noi che conosciamo la fragilità degli anziani, pensiamo alla loro sofferenza sul piano psichico e somatico, con effetti certi sulla stessa durata della loro vita.

Ho partecipato alla messa dell’Assunta. Uno dei celebranti, sacerdote proveniente dal Gabon, ha letto in quell’occasione un **lungo elenco di morti di quella parrocchia**, invocando la protezione del Signore, nel rispetto partecipe dei fedeli. Un prete nero ha l’autorità per ricordare i nostri morti, mentre noi riteniamo (o almeno così alcuni ritengono) che ragazzi nati in Italia non possono diventare nostri concittadini. Sono contraddizioni che non vorremmo essere costretti ad accettare.

Il supplemento 7 del *Corriere della Sera* del 15 agosto pubblicava un fascicolo intitolato “Senza tempo”. Non è stata un’impresa di valore; in particolare alcuni esperti hanno mostrato **scarsa sensibilità per i problemi veri di chi invecchia o si prepara a invecchiare**.

Il dottor **Filippo Bergamo**, nostro vecchio amico e compagno di strada, mi ha inviato il contributo vivace e interessante che segue: “La Fondation Médéric Alzheimer ha pubblicato una nuova edizione della guida ‘**Interventi psicosociali e demenza: comprendere, conoscere, attuare**’ uscita sia sul sito di Interdem che su quello di Alzheimer Europe.

La guida è stata aggiornata per includere ricerche nuove e di pertinenza. Ad esempio, è stata aggiunta una nuova sezione dedicata ai dispositivi digitali, come realtà virtuale, realtà aumentata e robot.

Sottolineo uno degli aspetti affrontati e mai banali già nel precedente volume che sta nella differenziazione tra attività e terapia nel campo psicosociale. Spesso si tende a far passare la cosa come di relativa importanza utilizzando il termine terapia con troppa sufficienza e forse anche leggerezza senza tenere in considerazione la necessità che ha il ‘fare terapia’ di alcune condizioni sia di personale e di strumenti di rilevazione di dati non solo qualitative ma altresì e soprattutto quantitativi, capaci di maggiormente oggettivare il lavoro. Si intenda, in maniera molto saggia, il volume non declassa l’intervento a fine ricreativo, anzi, ne dà degno valore attribuendo una coerenza dal punto di vista etico. Viene definito a monte un obiettivo diverso e non necessariamente di minore importanza.

Il secondo aspetto importante che mi premeva evidenziare è la presa in carico nel nuovo volume di approfondimenti sul tema dei dispositivi digitali quali realtà virtuale, aumentata o robot. Il mio pensiero è rivolto, al di là di aspetti puramente relativi ad outcome di maggior o minor efficacia, ad una capacità di slegarsi da ciò che appartiene ad esperienze passate ma culturalmente a provare ad anticipare tendenze future. A ipotizzare che la persona anziana di domani avrà maggior confidenza con alcune cose e ciò che è ed è stata una certa cultura delle prassie sarà affiancata dal ‘digit touch’ e da mappature mentali legate a sistemi operativi. Non so oggettivamente, in presenza di demenza, come sarà approcciarsi a questo sistema, ma ricordo con molto affetto quando un mio assistito non più capace di gestire il proprio portatile (oggetto di lavoro per molti anni) riusciva ad accenderlo per puntare il cursore in basso a destra per vedere il giorno della settimana e l’ora. Quel ricordo è rimasto nella mia mente come inciso e monito per un futuro al quale bisogna sapersi immaginare anche con una certa lungimiranza.

Ultimo pensiero sul lavoro dei colleghi francesi è nella ripresa in esame di ‘Paro’, vecchia conoscenza anche in Italia: la foca robot rivestita di sensori, testata anche a Verona anni fa. Naturalmente il volume approfondisce la proposta dei pet robot come sistema di risposta capace di attenuare situazioni particolarmente ansiogene, ma come anni fa sostenni di fronte alla foca ‘Paro’ è estremamente interessante interfacciarsi con qualcosa di cui non necessariamente conosciamo le risposte in quanto bagaglio della nostra memoria. Essere

aperti a nuove soluzioni penso sia una opportunità che dobbiamo tenere in tutti i campi. Forse quello psicosociale si presta per caratteristiche di più, tuttavia siamo chiamati ad un approccio aperto a più soluzioni, anche perché in molti casi si è visto funzionare tutto ed il contrario di tutto. Certo alcuni interventi risultano sicuramente più efficaci e ne abbiamo evidenze, ma nulla toglie che ogni generazione sarà con esperienze sempre più articolate e quindi anche con conseguenti diverse possibilità di trarre benefici da stimoli diversi”.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

Di seguito il consueto contributo di **Mauro Colombo**, l'ultimo pezzo del triduo dedicato alla **prevenzione delle demenze**. Dopo avermi inviato il pezzo, Mauro mi ha scritto questa nota davvero piacevole: “Mi sono accorto che nella newsletter del 10 dicembre 2021 avevi citato l'articolo *Association between cataract extraction and dementia* e io l'avevo commentato in uno dei miei angoli. L'articolo di *JAMA* in questione corrisponde anche alla voce bibliografica 275 della Commissione *Lancet*: corsi e ricorsi!”. Sì, carissimo Mauro, i ricorsi sono possibili quando si crede nel proprio lavoro e si usa l'intelligenza per renderlo sempre migliore! Noi cerchiamo di farlo da qualche anno. Attorno a queste tematiche bisogna però essere seriamente autocritici e selettivi. Riporto come esempio di banalità una recente recensione del volume di Venki Ramakrishnan: “La medicina molecolare conferma che si deve seguire una dieta sana e moderata, con molta frutta e verdura. Fare esercizio fisico, che induce reazioni che aiutano a riparare i danni e persino a rigenerare i mitocondri...” Queste genericità provocano solo danni rispetto ad un serio lavoro preventivo!

Torniamo a Colombo, alle cose serie: “Il secondo fattore che la Commissione *Lancet* ha aggiunto, nella versione 2024 del suo rapporto sulla demenza, ai 12 individuati nel rapporto precedente, del 2020, è la perdita della vista [1]. Tale nuovo fattore si colloca tra quelli ‘tardivi’, cioè riferiti alla età avanzata, insieme all'isolamento sociale ed all'inquinamento atmosferico, ma con ‘fattore attribuibile di popolazione’ inferiore rispetto ai due precedenti: rispettivamente, 5%, 3% e 2%. Significativamente, il relativo sottocapitolo è intitolato ‘perdita della vista non trattata’, e questa specificazione aggiuntiva è ricca di significato. A livello planetario, 1 ultra50enne su 8 ha problemi di vista, che spaziano dalla necessità di occhiali alla cecità; il problema è particolarmente diffuso nei paesi a basso reddito, soprattutto in termini di mancato trattamento.

L'aggiornamento della Commissione *Lancet* che ha portato alla inclusione di tale nuovo fattore di rischio è basato prevalentemente su due meta-analisi. La prima indica un aumento di quasi il 50% nel rischio di sviluppare demenza: il dato è ricavato da 14 studi prospettici, su oltre 6 milioni di persone, seguite per periodi che variavano da 3 anni e mezzo a 14 anni e mezzo. La seconda meta-analisi individua nella cataratta e nella retinopatia diabetica – ma non nel glaucoma e nella degenerazione maculare le cause di una associazione solo di poco inferiore alla precedente col rischio di demenza da tutte le cause. La degenerazione maculare si associava a cataratta e retinopatia diabetica come fattore di rischio, in oltre 13.000 iscritti

alla biobanca del Regno Unito. In un altro studio, la associazione con una retinopatia diabetica di durata di almeno 5 anni permaneva a prescindere dalla severità del diabete, misurata coi livelli glicemici a lungo termine e con la funzionalità renale.

Diabete a parte, i meccanismi sottostanti al nesso fra ipovisione e demenza sono ancora poco definiti; una particolare attenzione merita il ruolo della estrazione della cataratta, che sembra in grado di annullare tale associazione, secondo uno studio osservazionale [£]. In effetti, un ‘commento invitato’ in ambito geriatrico apparso su *JAMA Network Open* il 30 luglio [1 giorno prima del rapporto *Lancet* – altra contemporaneità sorprendente (!)], dichiara testualmente che ‘... ad oggi rimane oscuro se la associazione fra il deficit visivo indotto dalla cataratta e lo sviluppo di demenza sia causale o incidentale, e se l’aumentato rischio di sviluppare demenza sia limitato a specifiche patologie’ [2]. D’altra parte, stabile un nesso di causalità tra fenomeni a lento sviluppo, che condividono fattori di rischio comuni, a partire da studi osservazionali, è arduo, col rischio aggiuntivo di imbattersi nella ‘causalità inversa’. Ancora una volta, tornano utili le informazioni raccolte nella biobanca del Regno Unito, in questo caso riferite ad oltre 300.000 persone bilanciate tra i sessi, all’inizio della settima decade, studiate da ricercatori di università di San Francisco e Los Angeles (California), e di Boston (Massachusetts), e del centro ricerche della organizzazione sanitaria Kaiser Permanente, a Portland (Oregon) [3]. Cataratta e miopia sono risultate associate ad aumentato rischio di demenza di Alzheimer e correlate, con rapporti di rischio rispettivamente 1,18 [Intervallo di confidenza al 95% = 1,07 – 1,29] e 1,35 [Intervallo di confidenza al 95% = 1,06 – 1,7]. La possibile causalità – in entrambe le direzioni - è stata esplorata ricorrendo alla ‘randomizzazione mendeliana’ [§], che ha rilevato una associazione – esclusivamente diretta – tra cataratta e demenza vascolare, mentre non sono state rilevate associazioni per la miopia. Il rischio genetico di cataratta era associato a minori volumi cerebrali – principalmente causa minore massa grigia – ed a maggiori iperintensità alla sostanza bianca (espressione di danno vascolare); parallelamente veniva confermata la associazione con la retinopatia diabetica. L’articolo originale [3] ed ancor più l’editoriale di riferimento [2] rimarcano come i riscontri neuro-strutturali rilevati ‘eccedano le associazioni dirette indotte dal deficit visivo di per sé (un danno ai tratti ed alle regioni cerebrali coinvolte nel processo visivo)’ e non siano neppure specifiche per la malattia di Alzheimer o per particolari lesioni cerebrali.

In ogni caso, nella prospettiva di arrivare al 2050 con 1 miliardo di persone affette da deficit visivo, le potenzialità preventive indicate dai passi di letteratura qui riportati vanno tenute nella dovuta considerazione, secondo sia i commissari del rapporto *Lancet* 2024 che gli estensori di [2] e [3]”.

[£] doi:10.1016/j.biopsych.2022.06.005 citato sia nel rapporto *Lancet* 2024 [riferimento bibliografico 276] che in [3] (riferimento bibliografico N° 4)

[§] vedi [#] nella newsletter del 14-8-2024 [“angolo” sul colesterolo LDL come nuovo fattore di rischio introdotto dalla Commissione *Lancet* nel Rapporto 2024]

- [1] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* Standing Commission. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01296-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- [2] Altuna M. (2024). Visual Deficit Related to Cataracts-A Potential Modifiable Risk Factor for Vascular Dementia. *JAMA network open*, 7(7), e2424518. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24518>
- [3] Ferguson, E. L., Thoma, M., Buto, P. T., Wang, J., Glymour, M. M., Hoffmann, T. J., Choquet, H., Andrews, S. J., Yaffe, K., Casaletto, K., & Brenowitz, W. D. (2024). Visual Impairment, Eye Conditions, and Diagnoses of Neurodegeneration and Dementia. *JAMA network open*, 7(7), e2424539. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24539>

*The Economist* del 5 agosto commenta il report di *Lancet* del 31 luglio con questa conclusione: “Non vi sono dubbi che **la prevalenza della demenza è destinata ad aumentare rapidamente nelle prossime decadi a causa dell’invecchiamento della popolazione**. Tutte le principali ragioni per una riduzione del rischio devono quindi diventare una priorità politica globale. Infatti, nonostante il tono ottimista di *Lancet* in alcuni stati, come Cina e Giappone, l’incidenza età correlata della demenza è in crescita. In Giappone, ad esempio, la prevalenza aggiustata per età è raddoppiata da 4.9% nel 1985 al 9.6% nel 2014. In Cina secondo il report sull’Alzheimer del 2022 l’incidenza è stabilmente in crescita, fino a diventare la quinta causa di morte in quell’anno”. L’articolo è particolarmente importante per il prestigio della rivista, sebbene le indicazioni riportate siano in parte critiche nei riguardi di *Lancet*. [<https://www.economist.com/science-and-technology/2024/08/05/how-to-reduce-the-risk-of-developing-dementia>]

*Lancet Neurology* di agosto riporta alcune lettere di critica sul rapporto tra **diagnosi di alterazioni neurocognitive basate sulla clinica e sui biomarker**. In particolare, una critica sostiene che i costi, l’esposizione alle radiazioni, l’invasività e l’utilizzazione off-label suggeriscono prudenza riguardo ai benefici attesi sul piano diagnostico e delle conseguenze terapeutiche. [[https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00274-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(24)00274-6/fulltext)]

*NEJM* del 7 agosto presenta una revisione sul tema della **fragilità dell’anziano** che merita di essere studiata con attenzione, per la ricchezza delle informazioni e per la logica dei ragionamenti. Di particolare rilievo la figura che descrive le modalità di approccio clinico ai pazienti anziani in base al grado di fragilità; riguarda i risultati attesi, lo stile di vita, le cure, gli

interventi preventivi, il coinvolgimento del paziente e il supporto sociale. Altrettanto importante la tabella che riporta le evidenze per prevenire o ridurre la fragilità e risultati clinici associati. Riguardano l'esercizio, la nutrizione, la valutazione multidimensionale e gli interventi multidisciplinari, l'ottimizzazione dei trattamenti e la supplementazione ormonale nelle persone che abitano nella comunità (a rischio o con fragilità), nei pazienti ospedalizzati e nei residenti nelle nursing homes. L'articolo si conclude con un suggerimento di prudenza e l'indicazione della necessità di superare l'inefficacia degli attuali modelli di cura, con un approccio olistico invece di affrontare "a fragmented collection of illnesses" come spesso oggi avviene. [<https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra2301292>]

*JAMDA* di agosto presenta una revisione di 15 studi che hanno coinvolto 821 pazienti sottoposti a valutazione con la Cohn-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) e con il Neuropsychiatric Inventory (NPI) per analizzare **le potenzialità di cura dell'aromaterapia**. La metanalisi ha dimostrato un significativo miglioramento dei parametri rilevati in pazienti che hanno ricevuto 3-4 settimane di aromaterapia. 4 dei 15 studi hanno dimostrato un miglioramento del tono dell'umore, mentre 3 non hanno indotto alcun miglioramento delle abilità funzionali. Il lavoro conclude sostenendo che l'aromaterapia è un sicuro approccio non farmacologico per migliorare i BPSD nelle persone affette da demenza; in particolare, l'efficacia aumenta se il trattamento è associato ad un massaggio. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00621-2/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00621-2/abstract)]

*JAGS* di agosto descrive l'esperienza durante la pandemia di un gruppo di caregiver informali rispetto all'uso della **telemedicina nell'assistenza alle persone affette da demenza**. La maggioranza di loro ha giudicato facile il contatto con la telemedicina, utile per i loro cari e per loro stessi, e si augurano che il servizio sia continuato anche nel periodo postpandemico. Taluni, ovviamente, hanno lamentato la perdita del rapporto umano e il fatto che una visita da parte del medico avrebbe permesso una più approfondita valutazione della progressione della malattia. Gli autori in conclusione si augurano che il sistema Medicare estenda anche in futuro la copertura dei servizi di telemedicina. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19136?af=R>]

Un cordiale saluto e un augurio... le vacanze fortunatamente non sono ancora del tutto finite!  
Un augurio particolare e un grazie a quelli che le iniziano adesso, perché vuol dire che hanno lavorato per noi a Ferragosto!

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Papa Francesco e Zuncheddu
- L'allarme della Banca d'Italia
- La crisi dei posti letto nelle RSA
- Ricordo di un collega

***DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE***

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Int Med* e l'anticoagulazione nelle RSA
- JAMA Neurol*: PET e la predizione di demenza
- JAMDA* e la mortalità nelle RSA olandesi
- JAGS*: erbe cinesi e donepezil nel MCI
- Lancet*: la riduzione del rischio di demenza

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

- Il Convegno Regionale Triveneto AIP
- Il "Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer" a Cesenatico
- L'Alzheimer Fest

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

Mi ha fatto impressione la recente fotografia di **Papa Francesco insieme a Beniamino Zuncheddu**, il cittadino sardo incarcerato ingiustamente per 33 anni. L'aspetto era quello di due poveri vecchi, bisognosi di aiuto, ma nella realtà mostravano un'incredibile forza morale, espressa dal perdono e dall'impegno di servizio futuro. La battaglia contro l'ageismo è fondata su due diversi aspetti, da una parte il riconoscere la possibile decadenza, che merita supporto e non trascuratezza, dall'altra la realtà dettata dalle scelte di molti anziani, che esprimono forza e impegno di servizio, lontanissimi dalla descrizione decadente di chi professa l'ageismo.

**È indispensabile per l'equilibrio dei conti del nostro Paese immettere un certo numero di lavoratori provenienti dai paesi emergenti**, altrimenti rischia di saltare una parte rilevante del nostro sistema di welfare. Le principali vittime: il sistema pensionistico e la disponibilità di operatori dell'assistenza. Ma possiamo coltivare la speranza che almeno il governatore della Banca d'Italia, che ha sostenuto questi concetti, venga ascoltato? Io temo che prevalgano i piccoli giochi di un potere senza respiro.

Ho incontrato un collega geriatra di grande cultura e sensibilità per discutere del **futuro dell'assistenza residenziale agli anziani della provincia di Brescia**. Una delle realtà che abbiamo analizzato con attenzione è stato l'aumento del numero di strutture costruite negli ultimi anni da enti privati senza alcun collegamento con la programmazione regionale e della provincia. Cosa ci indica questa dinamica? Che gli investitori hanno analizzato la discrepanza che si realizza nella provincia, per cui a fronte di 8000 pl in residenze vi sono 28.000 persone in lista d'attesa. Pur facendo la doverosa tara a questi valori, si tratta sempre di un numero enorme rispetto alla disponibilità (possiamo calcolare, anche se in maniera forse approssimativa, che a Brescia si liberano circa 2000 pl/anno). Ma, se l'investitore privato ha fatto i suoi conti, che alla fine giovano alla popolazione, cosa fa il pubblico oppure cosa potrebbe fare? Come ridurre il disagio della ricerca di un posto, quando l'istituzionalizzazione è già di per sé una scelta dolorosa? Purtroppo, non sembra esservi la coscienza politica della gravità della situazione. Di fatto l'oggettiva difficoltà economica sembra impedire qualsiasi capacità di elaborazione, inducendo una sorta di "cecità programmatica" anche rispetto alla possibilità di stipulare accordi con la realtà del privato che, di fatto, mette a disposizione di Brescia alcune centinaia di posti letto. Anche nella vicina Verona le problematiche sono da vari punti di vista simili: due diverse amministrazioni regionali, stessa mancanza di attenzione!

In questa atmosfera generale dobbiamo assistere alle affermazioni senza senso di chi predica la fine delle RSA e del loro ruolo sociale; si potrebbe però realisticamente pensare che le loro sciocchezze trovino una sponda nella nostra assoluta incapacità di progettare e costruire strade nuove per il futuro.

Un **ricordo commosso**, infine, per il dottor Attilio Calza, medico saggio e colto, amico vero.

Era stato vicino al nostro gruppo fin dall'inizio del nostro impegno a Cremona, sempre con discrezione, eleganza, cortesia. Aveva una profonda conoscenza della letteratura scientifica in ambito geriatrico e spesso intavolava interessanti discussioni attorno a questo o altro problema di interesse comune. Aveva una particolare competenza sulle demenze; ricordo quando l'attenzione per questa patologia non era ancora diffusa e Calza già ci richiama ad approfondire specifici argomenti. Grazie all'amico che ha lasciato un vuoto tra i suoi pazienti



a Cremona; anche i colleghi, e in particolare chi scrive, perdono una persona amica, sensibile, preparata e generosa.

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

**Mauro Colombo** continua i suoi contributi di straordinario interesse.

“Sono incappato quasi per caso [via ResearchGate] in un articolo a libero accesso [1] pubblicato nel marzo 2023 su ‘Frontiers in Aging Neurosciences’ dove Autori giapponesi – più uno coreano - descrivono gli effetti di una sperimentazione randomizzata controllata di **intervento multi-dominio [esercizio fisico a compito duale, ed attività sociale] sulle funzioni cognitive di anziani viventi in comunità, con deterioramento cognitivo lieve-moderato.**

Nelle premesse si sottolinea come, sebbene le persone anziane siano quelle più suscettibili agli effetti benefici della attività fisica anche a vantaggio dei loro cervelli – tanto che la Organizzazione Mondiale della Sanità la raccomanda – le informazioni di alta qualità su sperimentazioni che utilizzino compiti duali riguardanti il deterioramento cognitivo lieve siano scarse #. Altrettanto vale, secondo gli Autori – compresa la posizione OMS / WHO – per gli interventi che incentivano la partecipazione sociale. Nonostante le potenzialità degli interventi multi-modalità, anche gli studi relativi soffrirebbero di carenze metodologiche. La critica si applicherebbe anche allo studio finlandese di riferimento (‘FINGER’) [2] il cui – riuscito - intervento preventivo era rivolto a soggetti ad alto rischio di demenza.

La ricerca ha allocato casualmente 280 persone residenti in una area suburbana di Nagoya al gruppo di controllo ed a quello sperimentale. I partecipanti – di entrambi i sessi – avevano una età media di circa  $76 \pm 4$  anni, una scolarità media di  $12 \pm 2,5$  anni, corporature snelle. I soggetti assegnati al gruppo di controllo ricevevano lezioni di educazione sanitaria che non comprendevano informazioni specifiche riguardanti l’attività fisica o la salute cognitiva. Le persone inserite nel gruppo sperimentale partecipavano una volta alla settimana a sessioni di attività fisica in gruppi di 19 – 32, ed ogni 2 settimane ad attività sociali cognitivamente stimolanti in gruppetti di 4 – 5: nell’arco di 10 mesi, ciò si è tradotto rispettivamente in 40 e 14 occasioni. Le sessioni di attività fisica consistevano in una sequenza di 15’ di riscaldamento, 30’ di attività aerobica, 30’ di esercizio a compito duale, 15’ di raffreddamento; l’intensità dello sforzo era tarata sui  $3/5$  della frequenza cardiaca massima. Durante il compito duale, parallelamente ad esercizi aerobici moderati, veniva chiesto di completare calcoli matematici, contare numeri o recitare parole in avanti o all’indietro, eseguire una sequenza di parole, battere le mani o seguire schemi coerenti di movimenti delle mani o delle gambe insieme a esercizi sulle scale o a terra. A tale compito duale è stato assegnato – da parte di chi lo ha concepito – il nome di ‘COGNICISE’: evidente acronimo per ‘cognition’ ed ‘exercise’. Con particolari accorgimenti veniva monitorata la aderenza al protocollo (83 % in media). Le attività sociali mentalmente stimolanti si svolgevano in sessioni della durata di 1 – 2 ore

ciascuna, tenute 2 volte al mese, durante le quali le/i partecipanti presentavano e discutevano articoli o libri di loro interesse.

A distanza di 10 mesi, a seguito di una ampia valutazione multidimensionale [anche ricorrendo alla tecnologia], sono state riscontrate differenze – vantaggiose per il gruppo di intervento - relativamente a: memoria logica, distanza percorsa in 6 minuti, numero di passi percorsi giornalmente e tempo impegnato in attività fisica da moderata a vigorosa. Non sono state ottenute differenze statisticamente significative tra i due gruppi riguardo alle altre misure cognitive, che costituivano nel loro insieme l'obiettivo primario della ricerca. Ad eccezione della memoria logica [che rientrava all'interno dell'obiettivo primario, e che migliorava tra fine ed inizio della osservazione in entrambi i gruppi, ma maggiormente in quello sperimentale] la tendenza generale dei parametri era quella verso il miglioramento – dall'inizio verso la fine della rilevazione – per il gruppo di intervento, a fronte di un peggioramento in quello di controllo.

In discussione, lo studio ribadisce precedenti osservazioni – in particolare 2 meta-analisi non recenti - che riportano vantaggi dagli interventi combinati rispetto a quelli centrati sul solo esercizio fisico. Una pubblicazione di 10 anni precedente – da parte di altri Autori giapponesi - aveva riscontrato una correlazione fra distanza percorsa in 6' e funzioni mnestiche e volume cerebrale, in anziani con deterioramento cognitivo lieve (MCI). Gli Autori ammettono che i risultati ottenuti sono quantitativamente limitati: per esempio, la differenza fra le rispettive differenze pre-post intervento riguardo alla distanza percorsa in 6' era di 13 – 14 metri, a distanza di 10 mesi (+ 10 – 11 metri guadagnati nel gruppo 'attivo' a fronte di 3 metri persi nel gruppo di controllo). Sul piano qualitativo – metodologico, viene confermata la importanza di adottare tecniche comportamentali quali l'auto-monitoraggio, i rinforzi positivi ed i 'compiti a casa' [compilazione di diari] allo scopo di facilitare il mantenimento di comportamenti salutarì, quali per esempio nel caso in questione una abitudine a camminare per spazi più lunghi. Tornando ai risultati, per quanto modesti, li si può rivalutare ricordando che per MCI al presente mancano sicure farmacoterapie – come ricordato anche nelle Linee Guida 'Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment', a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornate al 27/05/2024. Ancora, il trial randomizzato controllato riportato dal rapporto 2024 della Commissione Lancet sulla demenza [4] di intervento multimodale sui pazienti con MCI e deterioramento cognitivo iniziale [5] ha dato risultati negativi".

# incuriosito, effettuando una ricerca contestuale, inseriti "exercise" e "mild cognitive impairment" in *PubMed*, sono emersi 206 articoli, di cui 158 pubblicati nel 2022 o prima; vi appaiono riviste di pregio, oltre alla stessa *Frontiers in Aging Neurosciences*; in tale numero sono comprese anche revisioni e rassegne – anche "ad ombrello - e meta-analisi; aggiungendo "dual-task" prima di "exercise", il numero di articoli ricavati scende a 3

[1] Lee, S., Harada, K., Bae, S., Harada, K., Makino, K., Anan, Y., Suzuki, T., & Shimada, H. (2023). A non-pharmacological multidomain intervention of dual-task exercise and social activity affects the cognitive function in community-dwelling older adults with mild to

moderate cognitive decline: A randomized controlled trial. *Frontiers in aging neuroscience*, 15, 1005410. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1005410>

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

[3] Makizako, H., Shimada, H., Doi, T., Park, H., Yoshida, D., & Suzuki, T. (2013). Six-minute walking distance correlated with memory and brain volume in older adults with mild cognitive impairment: a voxel-based morphometry study. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 3(1), 223–232. <https://doi.org/10.1159/000354189>

[4] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01296-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

[5] Harwood, R. H., Goldberg, S. E., Brand, A., van Der Wardt, V., Booth, V., Di Lorito, C., Hoare, Z., Hancox, J., Bajwa, R., Burgon, C., Howe, L., Cowley, A., Bramley, T., Long, A., Lock, J., Tucker, R., Adams, E. J., O'Brien, R., Kearney, F., Kowalewska, K., ... Masud, T. (2023). Promoting Activity, Independence, and Stability in Early Dementia and mild cognitive impairment (PrAISED): randomised controlled trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 382, e074787. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074787>

L'attenzione degli articoli presentati di seguito è incentrata, oltre agli altri, su due aspetti della nostra newsletter: **la prevenzione delle demenze e la vita, osservata da vari punti di vista, nelle RSA**. Qualcuno potrebbe ritenere eccessiva questa polarizzazione; invitiamo, quindi, chi ha idee buone e originali a inviarcele, per allargare lo spettro di attenzione del nostro incontro settimanale attraverso la newsletter.

Una lettera di *JAMA Int Med* del 12 agosto affronta **il trattamento in casa di riposo dagli ospiti con fibrillazione atriale**. I dati dello studio indicano un eccesso di trattamento con terapie antiplastriniche (45% degli ospiti con fibrillazione atriale e il 12% in terapia duale). Queste modalità di trattamento espongono gli ospiti a gravi rischi e indicano l'esigenza di interventi formativi mirati per ridurre nei prescrittori i timori indotti dalle **terapie anticoagulanti**. Si sottolinea l'importanza che anche in Italia si dedichi specifica attenzione ai trattamenti in casa di riposo, dove spesso si ritiene più consono all'ambiente (meno

difficile!) il trattamento con farmaci antiplastrinici. È un atteggiamento gravemente lesivo della salute degli ospiti che non può essere tollerato; è anche necessario esaminare seriamente la prescrizione dei nuovi farmaci. Il lavoro è commentato sullo stesso numero della rivista, consigliando l'opportuni di affrontare con determinazione il deprescribing di farmaci palesemente inadeguati, come nel caso della maggior parte dei trattamenti per la fibrillazione atriale. [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2821739>]

*JAMA Neurology* del 10 giugno pubblica un importante lavoro **sull'importanza della PET tau nel predire l'evoluzione della demenza in persona affette da MCI**. Infatti, questa modalità di indagine (sia quantitativa che visiva) predice l'evoluzione in demenza in modo molto più preciso rispetto ai dati clinici o ad altre modalità di imaging (MRI o A beta PET). Il dato è di grande utilità per chi deve suggerire un percorso diagnostico in soggetti che desiderano essere informati sull'evoluzione o meno del MCI dal quale sono afflitti. Infatti, per malati e famiglia è molto importante conoscere l'evoluzione della malattia. Gli autori concludono augurandosi che questa procedura rientri nei piani di rimborso di molti paesi, essendosi dimostrata di gran lunga la più efficace ed efficiente.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2819811>]

*JAMDA* di agosto riporta i dati di **un'indagine condotta nelle case di riposo olandesi sulla mortalità causa da malattie infettive**. La ricerca condotta in 81 case di riposo per un periodo di 13 anni mostra che le infezioni respiratorie stagionali e quelle gastrointestinali sono associate a quasi un quinto delle morti per tutte le cause. Secondo gli autori questi dati impongono l'adozione di severe misure di prevenzione, come l'adesione a protocolli igienici, l'accurata pulizia degli ambienti, la riduzione delle possibilità di trasmissione per via aerea, e la vaccinazione. Sono indicazioni di grande importanza, considerando la dimensione del fenomeno che interferisce pesantemente con la normalità della vita nelle RSA.

[<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861024006200>]

*JAGS* di agosto pubblica una revisione della letteratura **sull'efficacia dell'associazione del donepezil con preparati cinesi derivati dalle erbe**. Sono stati esaminati 20 diversi studi, concludendo che l'associazione al donepezil dei preparati di origine cinese migliora le funzioni cognitive in corso di MCI, senza un aumento degli effetti collaterali. Gli autori, australiani e cinesi, esprimono ottimismo sulla possibile evoluzione dell'associazione. Di fronte, peraltro, alle ripetute mancate approvazioni dei nuovi farmaci per le alterazioni cognitive e le demenze, è opportuno tenere aperte anche strade apparentemente meno definitive, ma non prive di efficacia.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19125?af=R>]

*Lancet* del 10 agosto pubblica un editoriale dal titolo: **“Pivotal points in the science of dementia risk reduction”**. Si tratta in pratica di una difesa da parte di autorevoli studiosi (Kivipelto, Mangialasche, Anstey) del report sulle demenze della Lancet Commission 2024. Non se ne sentiva l'esigenza, anche perché il report è stato accolto con soddisfazione da parte del mondo degli specialisti delle demenze. L'articolo si conclude con: “The Commission

report shows that there is enough evidence to justify individual and population based action in reducing risk across the life course, while emphasising that it is crucial to continue rigorous research on risk reduction". Sembra una difesa d'ufficio...

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01546-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01546-0/abstract)]

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

Il 21 novembre si svolgerà a Trento il **Convegno Regionale Triveneto AIP** (vedi programma allegato). Mi congratulo con il presidente Sergio Minervini per la qualità scientifica e clinica dell'evento, in linea con la tradizione di quanto è stato organizzato da molti anni dalla sezione Triveneta.

Allego il programma dell'incontro che si svolgerà lunedì e martedì prossimo a Cesenatico per l'organizzazione della Fondazione Maratona Alzheimer "**Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer.**" In quella sede verranno presentati i nuovi **Quaderni della Fondazione.** È un'impresa culturale di ampio respiro, che si colloca con un pensiero originale all'interno dell'ampio movimento culturale che cresce nel nostro paese attorno ai temi delle demenze e dell'Alzheimer in particolare. Riporto le parole conclusive di Stefano Montalti riprese dalla presentazione del primo numero dei Quaderni "Per parlare di demenza, dobbiamo prima parlare di mente, di come la scienza stia tentando di definirla (con il concorso di discipline che vanno dalle Neuroscienze alla Filosofia, alla Fisica, alla Linguistica, all'Antropologia, etc.), di come ogni singolo individuo, ma anche la Storia, la riempiano di contenuti informativi ed emozionali che rendono unica e preziosa l'esperienza di ogni singolo essere umano".

Nel mese di settembre si svolgeranno gran parte degli **Alzheimer Fest** nelle varie regioni italiane sotto la sapiente e sempre originale regia di Michele Farina (vedi allegato). Questo mese sottopone tutti noi operatori a fatiche particolarmente intense per essere presenti in vari ambiti; così è possibile polarizzare l'attenzione di molti anche non addetti ai lavori su problemi che hanno ancora bisogno di essere posti al centro dell'attenzione dei singoli e delle comunità. L'Alzheimer Fest è un'occasione originale e viva per incontrare i malati, le famiglie, gli operatori, le realtà clinico-assistenziali, i volontari, le persone generose e attente al fine di creare alleanze e sinergie in favore di chi soffre per un'alterazione delle funzioni cognitive.

Un caro augurio per la ripresa del lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*