

**Newsletter AIP - 1 agosto 2025**

**n. 31/2025**

**Grazie ai pochi che hanno risposto al mio invito preagostano.**

**Però bastano... anche al Signore (e chiedo perdonio per l'accostamento) bastavano pochi per salvare Sodoma e Gomorra dalla distruzione.**

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

-I problemi delle RSA: dalla formazione, all'organizzazione, alle reti per le persone affette da demenza

-Cosa avverrà dopo l'approvazione del donanemab

-Stefano Govoni suggerisce un pezzo molto utile su farmaci e alte temperature

-JAGS e la nuova sezione dedicata all'IA

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

-Il consueto pezzo di Mauro Colombo. Anche dal bellissimo luogo delle sue vacanze pensa alla newsletter e lo ringrazio davvero di cuore,

per l'amore che mostra verso la newsletter e per la serietà dell'impegno professionale.

Amiche, amici,

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

-Anche in questo numero dedichiamo particolare attenzione alla **vita delle RSA e ai loro problemi**; d'altra parte, è uno dei temi che l'AIP ha messo al centro del proprio interesse culturale e pratico. Un impegno che cerchiamo di onorare nella nostra newsletter.

A questo fine riporto un **testo di Silvia De Rizzo, a commento di un report sul corso OSS** che allego.

“Gentile Professore,

condivido il report redatto dalla collega Chiara Trattenero, Responsabile del Settore Socio Sanitario dell’Ente, sulla prima edizione del Corso ‘OSS per OSS’, iniziato a gennaio con Lei e conclusosi a maggio con un pranzo al ristorante didattico della Scuola Alberghiera di Recoaro: un principio ed una fine memorabili!!!! I risultati sono davvero buoni e, con qualche aggiustamento, proponiamo il corso come format a cadenza annuale per il nostro personale OSS e addetto ai servizi ausiliari. È stata una bella impresa, un volano per il senso di appartenenza all’Ente e per il senso del nostro lavoro. Il difficile reperimento di risorse OSS, ci impone un importante impegno sulla formazione del personale e sul rafforzamento di legami ed esperienze tra personale senior e junior, tra chi è ‘vecchio e chi è nuovo’ del mestiere, tra modi diversi di vivere il lavoro. Un’impresa che sentiamo come doverosa, oltre che necessaria.

A riequilibrare gli entusiasmi, e riportarmi sulla terra, alcuni episodi recenti mi fanno riflettere su quanto dobbiamo ancora mettere in campo per riuscire a completare la nostra offerta assistenziale. Mi riferisco all’episodio di cui Le ho accennato della signora che sconta la sua pena detentiva in uno dei nostri Nuclei. Per prima avevo inteso questa soluzione decisa dal Magistrato come un segno di grande civiltà. Ora che tale scelta ha messo a repentaglio la sicurezza del Nucleo, valuto la cosa in modo diverso e con rinnovata cautela. I nostri contesti sono fragili, e ogni scelta che li riguarda non può prescindere da una attenta valutazione sia ambientale che sociale. Sono comunque contenta che il Giudice in persona ci abbia chiamati, non appena ha ricevuto la nostra segnalazione, impegnandosi a trovare soluzioni alternative per la detenzione, dimostrando sensibilità e consapevolezza sulle conseguenze della scelta fatta a suo tempo.

Ieri sera poi sono tornata a casa con il magone. Ho dovuto comunicare ad un nostro ospite autosufficiente (solo formalmente) della nostra Residenza montana che ha 30 giorni per lasciare la struttura e tornare a casa sua in contrada: si tratta di un alcolista irrecuperabile, che esce in paese quotidianamente e torna alla Residenza ubriaco, creando seri problemi al personale, costretto a trascurare le persone non autosufficienti per stare dietro a lui, e agli altri ospiti che non sopportano il suo baccano e i suoi atti inconsulti. Ovviamente prima di arrivare a questa soluzione estrema, abbiamo fatto diversi passaggi con i professionisti, con i servizi, con i familiari, con i bar, con lui... ma niente: parlandoci ieri ho proprio realizzato come sia impossibile scalfire quella corazza e fargli prendere coscienza del problema. Questo alcolismo culturale, la vita passata al bar, la mancanza di prospettive future, la dipendenza, le condizioni fisiche precarie: una miscela esplosiva da gestire abitando da solo in contrà Osti (ecco: neanche a farlo apposta!!). Abbiamo già allertato il SAD, ma mi aspetto a breve qualche notizia funesta. E comunque, con tutto l’impegno profuso, percepisco questa improrogabile scelta come un fallimento. E nell'affrontare questo caso, si è scoperchiata una carenza importante del nostro personale sulla conoscenza delle modalità di approccio con le persone con problemi di alcolismo, numerose nel paese montano: un’abitudine endemica, simpaticamente normale. Essa non viene percepita come una patologia da OSS e Infermieri

locali, bensì come un ‘comportamento”, con tanto di giudizi infelici e atteggiamenti semplicistici. Si è consci delle conseguenze fisiche dell’alcolismo, ma si è in grado di relazionarsi adeguatamente ad ospiti con problemi di dipendenza. Nel piano formativo del 2026, prevedrà quindi l’intervento di un esperto in questo; un percorso di formazione e crescita professionale sul tema, come abbiamo fatto per assistere adeguatamente ospiti con altre patologie.

Avanti sempre. Gioia e tristezza si alternano nelle giornate, fortunatamente mai, ma proprio mai, vuote”.

-Continua la saga sul **pagamento delle rette delle RSA** per le persone affette da demenza. Vi è qualche concreta possibilità che cambi l’attuale scenario, nonostante le sentenze di alcuni tribunali? Una nota di preoccupazione è data dal fatto che si stanno interessando anche servizi legali; il tutto con scarsa attenzione alle reali difficoltà di molte famiglie, per le quali un carico economico che si avvicina ai 1500-2000 euro al mese espone a gravi crisi, che con facilità compromettono la serenità dei caregiver e quindi la loro capacità di compiere scelte razionali a favore del proprio famigliare affetto da demenza.

-Riporto una dichiarazione diffusa dal **Gruppo di Ricerca Geriatrica** sulla recente **approvazione del donanemab da parte delle autorità europee**. Un punto fermo di grande rilievo nell’ambito della cura per le demenze.

“Il Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia ha appreso con interesse la decisione dell’EMA riguardante il farmaco donanemab.

I motivi dell’attenzione sono riassunti di seguito:

1. L’approvazione di donanemab costituisce un fattore di stimolo nell’ambito degli studi e delle ricerche sulla demenza di Alzheimer, da troppo tempo privo di reali innovazioni in grado di incidere sull’immagine della malattia a livello della popolazione
2. Per i malati e le loro famiglie rappresenta un momento di speranza; la risposta individuale al farmaco dovrà essere concretamente verificata, ma si apre uno spiraglio in un ambito nel quale le proposte terapeutiche sono ferme da molti anni, con le relative delusioni di chi si aspetterebbe anche nell’ambito dei disturbi cognitivi lo stesso sviluppo, avvenuto in ambito di ricerca e clinico, del quale hanno goduto negli anni più recenti altre gravi malattie croniche
3. L’approvazione a livello europeo di donanemab apre una prospettiva positiva per i CDCCD, che acquistano una funzione clinica di rilievo, superando i limiti di una funzione, seppur importante, prevalentemente organizzativa, assistenziale e di appoggio psicologico
4. L’ingresso del nuovo farmaco nello scenario delle cure imporrà decisioni di rilievo sul piano organizzativo; infatti, dovranno essere scelti i centri prescrittori, dotati di competenze e adeguati strumenti operativi. La selezione rappresenterà un momento delicato, per garantire

la qualità delle scelte e anche una distribuzione omogenea a livello nazionale, evitando disparità che si riflettono negativamente su una reale, efficace e diffusa capacità di cura

5. I centri prescelti, oltre ad alcune caratteristiche operative (in particolare il rispetto dei tempi di attesa), dovranno garantire un rapporto efficiente con i CDCCD, in modo che siano coinvolti sia nella selezione iniziale dei potenziali fruitori delle nuove terapie sia nel follow up durante la terapia e nel periodo seguente. Il rapporto tra hub e spoke dovrà essere fluido, anche per evitare che i centri prescrittori vengano caricati di compiti che non riuscirebbero realisticamente a sostenere. Nel primo anno di attività sarà necessario un continuo controllo per verificare l'organizzazione nel suo complesso, apportando eventuali adattamenti prima della definitiva messa a punto del progetto

6. Sarà necessario predisporre con precisione un'ampia gamma di piani formativi, a partire dalla popolazione in generale che deve essere informata con lucidità e prudenza sul nuovo farmaco. La formazione dovrà coinvolgere i medici specialisti dei vari livelli, gli psicologi, tutti gli altri operatori potenzialmente coinvolti nella cura dell'Alzheimer. Si deve creare un conoscere condiviso, che permetta di rispondere alle diverse situazioni in modo omogeneo, evitando inutili disagi e rischi di mal funzionamento di un progetto di grande rilievo clinico e sociale

7. L'introduzione di donanemab dovrà prevedere un adeguato finanziamento, evitando quanto avvenuto di recente in altri ambiti riguardanti problematiche della cronicità, nei quali sono stati indicate rilevanti azioni, però sempre a 'costi invariati'".

-Il professor Stefano Govoni, illustre collega sempre molto attento alle problematiche trattate nella nostra newsletter, ci ha consigliato il testo che segue, del professor Filippo Drago, pubblicato su LinkedIn. Troppo spesso ci dimentichiamo, tra i **consigli da dare nel grande caldo, quelli su come gestire il rapporto con le terapie farmacologiche**.

“Farmaci e caldo estremo: quando la Medicina dimentica il tempo che fa’

C’è un’abitudine, tanto radicata quanto pericolosa, che attraversa silenziosamente le corsie ospedaliere, gli ambulatori, le farmacie. È l’idea che un farmaco sia sempre uguale a sé stesso, indipendentemente dalla stagione, dalla latitudine, dalla temperatura ambientale. Ma la verità è un’altra: il farmaco vive nel tempo, nel corpo e nell’ambiente. E quando il termometro sale, il ‘bugiardino’ dovrebbe tremare.

Lo ricorda l’Agenzia Italiana del Farmaco, in un comunicato che andrebbe studiato come un piccolo trattato di farmacologia applicata. Alcuni farmaci interferiscono con i meccanismi fisiologici che ci permettono di tollerare il caldo: sudorazione, vigilanza, pressione arteriosa, idratazione. E lo fanno soprattutto nei pazienti che li assumono di più, cioè gli anziani, i cronici, i vulnerabili, che riempiono i pronto-soccorso a ogni ondata di calore.

Farmaci comunemente prescritti per l'umore, la pressione, le allergie o il dolore possono diventare più rischiosi quando l'ambiente cambia. Non è un problema teorico. È un rischio reale, documentato, fisiologicamente spiegabile e troppo spesso ignorato. Ogni estate si ripete la stessa sequenza di episodi clinici: lipotimie, disidratazione, reazioni cutanee, disturbi psichici. Gli effetti collaterali si amplificano, si sommano, si moltiplicano in un corpo già provato. Ma spesso la prescrizione dei farmaci che causano questi effetti non cambia. La verità, scomoda, è che la medicina pratica rimane 'climaticamente' insensibile. Anzi, spesso, l'eco dell'affermazione 'questo farmaco va preso per tutta la vita' risuona, a confermare l'erronea tendenza di molti medici a non voler modificare una prescrizione in relazione a mutate condizioni cliniche del paziente anche per motivi di tipo climatico. Vengono monitorati con zelo i livelli plasmatici del potassio, ma non viene considerata la temperatura esterna come variabile di rischio nella prescrizione quotidiana. Eppure, è ben noto che il caldo modifica la cinetica dei farmaci poiché incide sulla distribuzione dei farmaci nel corpo, rallenta il metabolismo epatico, altera l'eliminazione renale.

Il comunicato AIFA parla chiaro: in casi 'estremi', su indicazione medica, può essere necessaria una rimodulazione della terapia. Ma cosa intendiamo per casi 'estremi'? In un Paese in cui le estati diventano regolarmente tropicali, in cui l'età media dei pazienti aumenta, in cui le condizioni abitative e sociali di molti soggetti fragili peggiorano, i casi 'estremi' diventano più frequenti. Serve quindi una Medicina che senta il tempo, che rispetti il clima, che accompagni la fragilità, che riconosca la relazione non solo tra corpo e farmaco, ma anche tra essere umano e contesto ambientale. Una Medicina che riconosca, senza imbarazzo, che il caldo non è solo una condizione meteorologica: è un attore clinico a tutti gli effetti".

-Maria Lia Lunardelli ha richiamato la nostra attenzione su una **nuova sezione di JAGS** in preparazione, **dedicata all'intelligenza artificiale**. È un'informazione importante, perché testimonia l'interesse del mondo geriatrico e gerontologico per le nuove tecnologie; inoltre, è una dimostrazione diretta che queste non sono importanti solo per i mondi della medicina tecnologica, ma possono essere strumenti operativi importanti anche nelle condizioni di cronicità. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70008>]

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

**-Mauro Colombo** dimostra la sua grande professionalità e generosità intellettuale inviando questo pezzo.

"Sono molti i motivi per cui ho privilegiato un articolo – a libero accesso – da *Lancet Healthy Longevity* [1] per questo 'angolo': l'articolo parla di **ictus**, di come **l'età ne modifica i fattori di rischio**, ed offre l'opportunità di discutere di alcuni concetti collegati alla stima del rischio,

permettendo di confrontarne il significato tra il livello del singolo soggetto e quello della salute pubblica.

Per partire, ci troviamo in una situazione ‘fluttuante’/ambivalente dal punto di vista epidemiologico: se da una parte la incidenza [nuovi casi insorti in un intervallo di tempo] aggiustata per età degli ictus stia diminuendo nei paesi ad alto reddito, il carico della malattia a livello planetario sta invece crescendo. Tale aumento è dovuto sia all’invecchiamento della popolazione, che ad una salita della incidenza fra i giovani adulti: per esempio, del 15% negli infra70enni, tra il 1990 ed il 2019.

Vi sono indizi che l’età modifichi il peso dei fattori di rischio, con una tendenza alla diminuzione della rilevanza almeno per alcuni di essi, con l’avanzare degli anni: ma gli studi sinora sono pochi. Per questo motivo, la cooperazione ‘INTERSTROKE’ ha raggruppato dati da 32 paesi sparsi su tutti i continenti, misurando prevalenza [casi presenti in un certo momento], ‘odds ratio’ [‘OR’ (‘probabilità positiva’)] e ‘frazione attribuibile nella popolazione’ (‘PAF’) £. È stato scelto un approccio ‘caso-controllo’, che – se pure è considerato generalmente inferiore a quello prospettico, ai fini della inferenza causale – risponde meglio allo scopo dei quesiti di ricerca, estendendo l’ambito delle età considerate, e permettendo di arricchire la numerosità dei casi, soprattutto per i sottogruppi di soggetti ad incidenza relativamente minore, quali quelli più giovani. Inoltre, sia i casi che i controlli sono stati reclutati dalle stesse comunità, consentendo confronti a coppie.

Come primo risultato, si registra – tra quasi 30 000 soggetti poco più che 60enni, di cui oltre 5 000 ultra75enni, con ampia dispersione delle età – un aumento, con l’avanzare degli anni, nella prevalenza di 7 fattori di rischio: ipertensione arteriosa, sedentarietà, diabete mellito, fibrillazione atriale, alto rapporto vita/fianchi, concentrazioni elevate in apolipoproteina B, ed obesità. Viceversa, invecchiando, cala la prevalenza di consumo di fumo ed alcol, stress psicosociale e dieta di bassa qualità, mentre la prevalenza della depressione si manteneva stabile. Al crescere dell’età, calava l’entità della probabilità positiva per 5 fattori di rischio di ictus: ipertensione, alte concentrazioni in apolipoproteina B, elevati rapporti vita/fianchi, consumo di alcol e stress psicosociale. Per nessuno dei fattori di rischio cardiovascolare è stato rinvenuto un odds ratio (OR) di ictus aumentato con l’età, mentre la ‘frazione attribuibile nella popolazione’ (‘PAF’) più alta per tutte le età è risultata a carico di ipertensione, alto rapporto vita/fianchi e sedentarietà.

In discussione viene visto in dettaglio il caso di qualche fattore di rischio, a partire da considerazioni generali. Premettendo che un potenziale effetto modificatore da parte dell’età nei confronti della importanza dei fattori di rischio per ictus era già stato preconizzato da terzi [2] \$, il carico dell’ictus attribuibile ai fattori di rischio è correlato a due determinanti chiave: la prevalenza di quello specifico fattore di rischio, e l’entità della sua associazione con l’esito oggetto di attenzione, rappresentata nello studio in questione dagli OR. Una diminuzione in OR collegata all’età può derivare da diverse cause. Si può trattare di una effettiva contrazione nel ruolo causale, come nel caso della associazione fra apolipoproteina B ed infarto miocardico, così che ne deriva una minore efficacia delle statine in età avanzata rispetto alla

mezza età. Per confronto, le meta-analisi non depongono per una attenuazione nella riduzione di rischio di ictus nelle varie età per la terapia ipotensiva. Oppure, l'aumentata prevalenza di alcuni fattori di rischio, correlata all'età, in particolare di ipertensione, diabete e fibrillazione atriale, può ridurre il contributo individuale dei singoli fattori di rischio, con una maggiore entità di aggiustamento dell'OR nell'analisi multivariata. Infine, può essere il caso di un 'effetto soffitto', conseguente ad una prevalenza elevata: per esempio, se la prevalenza di un fattore di rischio nei controlli è del 50%, lo OR di un fattore di rischio deve essere < 2.

Quanto alla 'frazione attribuibile nella popolazione' ('PAF'), suoi valori elevati ad età avanzata possono derivare da un aumento in prevalenza piuttosto che in OR: è il caso, per esempio, della fibrillazione atriale, che riporta il cambio relativo più marcato in PAF, da 3 - 4% nella prima parte della vita a 11% in età avanzata, salendo dalla decima alla quarta posizione in ordine peso relativo, coerentemente con rilievi precedenti. L'aumento con l'età del PAF per la dieta insalubre ha rappresentato una novità. Viceversa, il determinante principale del basso valore di PAF per lo stress psicosociale ad età avanzata è il suo sensibile calo in prevalenza (- 150%), già riportato altrove, tanto che si è parlato – nella esperienza statunitense di inizio millennio – di [un altro] 'paradosso del benessere' [3]. Ancora, il declino in PAF per l'alcol potrebbe derivare da differenze nelle modalità di assunzione in diverse età della vita.

Nel caso della ipertensione arteriosa e del rapporto fra circonferenza alla vita ed ai fianchi, i cali che si producono durante il corso della vita nelle rispettive 'probabilità positive' (OR) venivano controbilanciati da paralleli aumenti in prevalenza, così da mantenere stabile fra i sottogruppi di età la 'frazione attribuibile nella popolazione' ('PAF'). Questi due esempi calzano come paradigmi per distinguere il livello del singolo interessato da quello della salute pubblica, quando occorra programmare degli interventi.

\$ nota gerontologica: la modificazione nel peso dei fattori di rischio a seconda dell'età costituisce un argomento di basilare importanza in Gerontologia Clinica; nei confronti dell'ictus cerebrale, [2] mette a disposizione in libero accesso sia l'articolo per esteso [via PubMed] che una sintesi in infografica [direttamente dal sito di *Neurology*]

£ nota statistica: per odds ratio (OR) si può intendere il rapporto tra un fattore di rischio [o di protezione] e l'incidenza di una malattia; quando > 1, il fattore si intende di rischio / quando < 1, si intende protettivo. Per 'frazione attribuibile nella popolazione' ('PAF') si intende la proporzione di tutti i casi nella popolazione (esposti e non esposti) che può essere attribuita all'esposizione".

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

[2] Howard, G., Banach, M., Kissela, B., Cushman, M., Muntner, P., Judd, S. E., & Howard, V. J. (2023). Age-Related Differences in the Role of Risk Factors for Ischemic Stroke. *Neurology*, 100(14), e1444–e1453. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000206837>

[3] Stone, A. A., Schneider, S., & Broderick, J. E. (2017). Psychological stress declines rapidly from age 50 in the United States: Yet another well-being paradox. *Journal of psychosomatic research*, 103, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.016>

*Un grazie particolare a chi continua a ricordarsi del nostro lavoro. Anche piccole cifre testimoniano che la newsletter è di qualche utilità per colleghi e colleghi. Ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Un cordiale saluto e un augurio per le ferie di agosto,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Ancora violenza nelle RSA
- Il progresso della nostra organizzazione sanitaria
- La guida dell'automobile e l'età
- Le scelte dei giovani medici sulle specializzazioni
- Ancora sugli homeless “Rinchiudeteli, sono pericolosi”

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Il contributo di Mauro Colombo

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

- L'Alzheimer Fest a Brescia

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Per l'ultima volta riporto una notizia molto spiacevole: **“Botte, insulti e minacce ad anziani e disabili. L'orrore in due strutture siciliane”**. Ma dov'erano i sindaci dei due paesi, le autorità di controllo delle ASL (se esistono), i NAS che di solito multano per qualche piccolo errore banale? Perché hanno taciuto? Non penso siano questioni di mafia, ma solo di diffusa vigliaccheria, di cattiveria dettata da frustrazioni e scarsa capacità mentale. Ho scritto che non vorremmo più occuparci di queste vicende, per evitare che la “notizia venga data due volte”; però ci aspettiamo che non siano solo le forze dell'ordine e i giudici ad intervenire, ma

anche la burocrazia parassitaria e la politica imbelle. Mi piacerebbe che qualche lettore della nostra newsletter ci convincesse che queste nostre posizioni non sono giuste... attendiamo!

-In questi giorni si è celebrato l'anniversario della bomba della stazione di Bologna, evento dolorosissimo per la morte di tante persone, ma anche per le incertezze politiche che hanno accompagnato per anni il dibattito sulle responsabilità. Ma non vogliamo soffermarci su queste problematiche, quanto sulla descrizione dei servizi di emergenza nell'Italia 45 anni fa, come si può capire dalle cronache di quella terribile giornata. All'epoca della bomba non esisteva un numero nazionale per le emergenze, il 118, che poi ha funzionato per molti anni. Ha dichiaro il coordinatore degli infermieri dell'ospedale Maggiore di Bologna: "La situazione era disastrosa. In tutta la provincia c'erano 40 numeri di telefono per le emergenze, di cui 7 a Bologna, per un totale di 33 ambulanze. **Oggi sono 70 e rispondono a un numero unico**". Ci sembra un tempo preistorico e ci poniamo la domanda, molto delicata: tra 45 anni avremo un progresso paragonabile per la sua utilità collettiva a quello che abbiamo vissuto dall'anno '80? E come sarà? La vera speranza è che **l'accelerazione imposta dalle nuove tecnologie possa farci vivere un progresso utile** per la città e per i suoi cittadini, anche se non siamo ancora in grado di delinearne la direzione.

-In questo periodo di vacanza diventa più rilevante la **problematica della guida dell'auto da parte di persone avanti con gli anni**. Le famiglie sono in vacanza e gli anziani restano spesso soli nelle loro case, talvolta in difficoltà per svolgere le normali attività quotidiane (come rifornirsi di cibo), che richiedono la disponibilità di un'automobile. In quest'ottica vanno letti gli incidenti, riportati in questi giorni dai giornali, riguardanti guidatori anziani. E' un problema sociale delicatissimo, al quale si dovrebbe guardare con maggiore attenzione di quanto non stiamo facendo. Un altro impegno che, ci auguriamo, la psicogeriatrica dovrà essere in grado di affrontare. Allego su questo tema un articolo comparso su ***Avvenire* del 6 agosto**.

-Sono stati pubblicati in questi giorni i dati sulle scuole di specializzazione dell'Università di Brescia. Un terzo dei posti è rimasto vacante. Varie sono state le reazioni da parte di esperti; mi soffermo solo su un dato particolarmente critico, che ha una valenza generale e non solo locale. La geriatria ha ricoperto 10 posti sui 10 disponibili; la medicina interna, invece, solo 12 su 22 posti. Si potrebbe dire che **i giovani hanno compreso che la geriatria è la medicina della persona**, che deve essere valutata e curata secondo il modello della complessità, in grado di cogliere le dinamiche di salute e malattia nelle loro interazioni, che non sono mai lineari. La medicina interna invece non ha elaborato questo modello, che pure le sarebbe proprio, ed è rimasta ancorata ad uno secondo il quale le varie problematiche di salute sono interpretabili singolarmente. Pare di poter dire che un numero elevato di giovani è affascinato dalle specializzazioni meno gravose e che garantiscono elevati guadagni, ma che - fortunatamente- un altrettanto elevato numero di giovani medici è affascinato

dall'assunzione di responsabilità complessive per accompagnare il cittadino ammalato, spesso con patologie croniche, lungo i difficili percorsi delle cure. E da questo punto di vista la geriatria è una vera scuola di medicina! Aggiungo che la neurologia, specialità che interpreta con sensibilità allargata i bisogni della persona sofferente, ha ricoperto tutti i 9 posti disponibili all'università di Brescia. Dietro queste problematiche si nasconde quella ben più complessa di cos'è la medicina contemporanea. Sta facendo progressi enormi sul piano della cura delle malattie e anche della loro interpretazione (vedi gli strumenti offerti dall'IA); ma progrediscono anche le conoscenze sugli effetti sulla salute indotti da fattori sociali come la povertà, la solitudine, lo stress indotto dalle crisi della vita (di qui l'enfasi recente sul social prescribing)? Come si legge in un editoriale di Lancet del 12 luglio, fortunatamente c'è molto impegno a "redress the balance"; però la via dell'equilibrio tra le diverse componenti è ancora da delineare. Ad esempio, lo stesso editoriale si conclude con una precisa affermazione: "promuovere il social prescribing come una semplice soluzione a problemi complessi è non soltanto scorretto, ma soprattutto inefficace".

-Molti hanno reagito con disgusto personale e **pesantissima apposizione politica alla richiesta di Trump di rinchiudere i senzatetto americani, perché "pericolosi"** ... Non discutiamo sulle posizioni del capo dei MAGA, ma anche sulla responsabilità delle strutture sanitarie che dovrebbero studiare più seriamente il fenomeno, in modo da cancellare credenze senza fondamento. Ad esempio, la National Coalition for the Homeless sostiene che dietro circa la metà delle persone senza fissa dimora, soprattutto quelli con più di 50 anni, non c'è la droga o una malattia mentale, ma la povertà. Trump invece ha affermato che "i due terzi dei senzatetto dichiara di aver fatto uso di droghe pesanti. Una percentuale altrettanto ampia dei senzatetto ha dischiaro di soffrire per problemi di salute mentale e molti hanno precedenti per violenza". Ovviamente i progetti assistenziali sono diversi a seconda della reale condizione di salute di chi abita in strada; di qui la richiesta che i sistemi sanitari si prendano in carico questi cittadini in modo da poter impostare seri progetti di assistenza. Negli USA si calcola che i senzatetto siano oltre 800.000, e da noi? In città come Milano i numeri si stanno drammaticamente ingrossando; sarebbe quindi assolutamente necessario costruire uno scenario di riferimento, in modo che i Comuni assumessero precise funzioni di coordinamento. Oggi si "accontentano" del lavoro di molte organizzazioni di volontariato, dimenticando un dovere di regia indispensabile di fronte ad un problema nuovo e poco studiato.

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

-Il consueto (per il ritmo settimanale, ma non certo per le idee, sempre originali e stimolanti...) contributo di **Mauro Colombo**.

"Nella newsletter di poche settimane fa, Trabucchi, parlando di un argomento apparentemente lontano dallo specifico interesse psicogeriatrico (la osteoporosi), invitava

**a tenere aperta l'attenzione sull'intero orizzonte della persona che invecchia.** Un articolo [1] apparso sul numero di maggio di *Lancet Healthy Longevity* sembra implicitamente raccogliere questa raccomandazione, come appare già dal titolo, che – tradotto – recita ‘Biomarcatori ematici della malattia di Alzheimer e andamento della forza muscolare lungo 12 anni in anziani residenti in comunità: uno studio di coorte’. Tra gli autori figurano importanti ricercatori italiani, di cui alcuni operativi presso centri prestigiosi della università di Stoccolma.

Gli studi precedenti sono giunti a risultati limitati e/o contrastanti, pur fornendo indizi sulla esistenza di un rapporto fra sistema nervoso ed apparato muscolare, bi-direzionale e più profondo, a livello biologico, di quanto i palesi collegamenti anatomici e fisiologici lascino presupporre. L’orientamento di fondo è che una ridotta forza muscolare si associa ad un rischio più elevato di malattia di Alzheimer ed ad un declino cognitivo più rapido. La caratteristica più saliente – ed il merito principale – della ricerca, che assegna ad [1] una sorta di primato, consiste nell’aver esaminato contemporaneamente diversi marcatori neurologici a fronte di due differenti misure di prestazione fisica, in una ampia casistica, seguita per lungo tempo.

I biomarcatori ematici analizzati sono stati: tau totale, tau 181 fosforilata (p-tau181), tau 217 fosforilata (p-tau217), amiloide  $\beta$  40 e 42 [e relativi rapporti], per la neuropatologia amiloide; proteina acida gliofibrillare (GFAP), indicativa di attivazione astrogliale; neurofilamenti a catena leggera (Nfl), per la degenerazione assonale.

Gli indici di prestazione misurati, collegati alla forza muscolare – che tendono entrambi a peggiorare con l’avanzare degli anni, a livello di popolazione – sono stati la forza della stretta di mano [espressa in kg (diminuisce con l’età)] ed il tempo ad alzarsi 5 volte da una sedia [espresso in secondi (aumenta con l’età)].

La casistica riguarda 1.953 residenti nella zona centrale di Stoccolma, di età media  $70,2 \pm 9,1$  anni, 3/5 donne, seguiti dal 2001 al 2016, per una durata media di  $9,3 \pm 3,6$  anni di osservazione: la coorte appartiene allo studio nazionale svedese sull’invecchiamento e la assistenza a Kungsholmen [Swedish National study on Aging and Care in Kungsholmen (SNAC-K)].

La analisi mira a stimare quanto valori più elevati o più ridotti di una deviazione standard rispetto alla media nella concentrazione, all’inizio della osservazione, per ciascun biomarcatore ematico, influiscano sul declino nel tempo di entrambe le misure di prestazione fisica. La relazione veniva corretta per una serie di covariate individuali, legate allo stile di vita ed antropometriche, che comprendevano anche età basale, sesso, scolarità, stato civile, abitudine al fumo ed all’alcol, indice di massa corporea, attività fisica, comorbosità, punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE); ulteriori stratificazioni hanno preso in considerazione il genotipo APOE e le concentrazioni di interleuchina 6 [(IL-6) come indicatore di infiammazione cronica].

Bassi valori di forza alla stretta di mano sono stati riscontrati nel 14,5% degli uomini (soglia 27 kg) e nel 28% delle donne (soglia 16 kg); valori convenzionalmente anomali [elevati] al test della alzata dalla sedia sono stati rilevati nel 25,3% dei maschi e nel 35,5% delle femmine (soglia di 15" per entrambi).

Dopo aggiustamento per le covariate, elevazioni [di una deviazione standard (DS)] nella concentrazione ematica basale di p-tau181, p-tau217, Nfl e GFAP sono risultate associate ad un declino accelerato nella capacità di alzata dalla sedia [viceversa è valso per valori basali di 1 DS più bassi]. Parimenti, elevazioni [di una DS (sempre rispetto alla media)] nella concentrazione ematica basale di p-tau181, p-tau217 e Nfl sono risultate associate ad un declino collegato all'invecchiamento più rapido nella forza di stretta della mano [anche in questo caso è stato registrato un andamento opposto (più favorevole) per valori basali di 1 DS più bassi dei biomarcatori ematici]. I grafici a colori sono particolarmente illustrativi. L'inserimento dei punteggi basali MMSE ha portato ad una attenuazione nella forza della associazione solo per il test della sedia.

La associazione fra stretta di mano e GFAP, e fra test della sedia e vari biomarcatori ematici, è risultata più forte tra le donne. Il legame fra declino nel test della sedia e Nfl e GFAP è risultato più stretto per valori di IL-6 oltre al valore mediano. La stratificazione per genotipo APOE ha fornito risultati eterogenei. Infine, la associazione tra biomarcatori specifici per la malattia di Alzheimer ed entrambi i test collegati alla forza muscolare era più pronunciata nei soggetti relativamente più giovani ed in quelli meno attivi.

Ecco – in una sintesi personale - i passaggi della discussione che più mi hanno colpito:

-nonostante manchi un consenso unanime sul loro significato clinico, i cambiamenti rilevati nella forza muscolare – collegati ai biomarcatori ematici – vanno oltre a quanto attribuibile unicamente all'invecchiamento di per sé, e riassumono in maniera coerente i dati della letteratura precedente;

-viene sottolineata la attenzione da dedicare all'invecchiamento nelle donne, la ‘metà del cielo’ più delicata [in questo ambito (n.d.r.)];

-si conferma il ruolo della infiammazione – cronica, di basso livello - come processo che può minare un invecchiamento salubre [‘inflammaging’], come indicato dai risultati sulla interleuchina 6;

-viene suggerito il ruolo della attività fisica come possibilità per preservare la forza muscolare anche in caso di neurodegenerazione, magari mitigando appunto la neuroflogosi, sostenendo la funzione muscolare, e promuovendo il rilascio di miochine protettive [2];

-rispetto alla semeiotica, viene ribadita la differenza fra i due approcci per la valutazione funzionale della forza muscolare: rispetto alla stretta di mano, il test della alzata dalla sedia implica un movimento più complesso, che comporta forza, coordinazione ed equilibrio. La sua maggiore sensibilità alla neurodegenerazione ed al deterioramento cognitivo sottostà al suo più esteso coinvolgimento nelle associazioni studiate, nella ricerca qui esaminata come

nelle indagini precedenti. Il maggior controllo delle sinergie neuromotorie richiesto nel test della sedia depone contro la automatica interscambiabilità fra le due prove, come spesso si riscontra in letteratura: ulteriori conferme di tale differenza porterebbero ricadute nella pratica clinica, quando si voglia investigare la presenza di sarcopenia.

Nota personale: un motivo – non ultimo per importanza – che mi ha portato a privilegiare questo articolo per portarlo in ‘angolo’ sta nell’averne individuato fra gli Autori ed in bibliografia [di prim’ordine] Colleghi quale Giuseppe Bellelli e Beatrice Arosio: importanti studiosi coi quali prosegue una collaborazione ‘di lungo corso’”.

[1] Ornago, A. M., Pinardi, E., Grande, G., Valletta, M., Calderón-Larrañaga, A., Andersson, S., Calvani, R., Picca, A., Marzetti, E., Winblad, B., Fredolini, C., Bellelli, G., & Vetrano, D. L. (2025). Blood biomarkers of Alzheimer's disease and 12-year muscle strength trajectories in community-dwelling older adults: a cohort study. *The lancet. Healthy longevity*, 6(5), 100715. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100715>

[2] Arosio, B., Calvani, R., Ferri, E., Coelho-Junior, H. J., Carandina, A., Campanelli, F., Ghiglieri, V., Marzetti, E., & Picca, A. (2023). Sarcopenia and Cognitive Decline in Older Adults: Targeting the Muscle-Brain Axis. *Nutrients*, 15(8), 1853. <https://doi.org/10.3390/nu15081853>

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

-Allego il **programma dell'Alzheimer Fest che si svolgerà a Brescia il 13 settembre**.

Cercheremo i prossimi venerdì di pubblicare anche i programmi delle altre numerose Alzheimer Fest che si svolgeranno in 14 città (vedi l’elenco nella newsletter di venerdì 11 luglio 2025).

Iniziamo con Brescia, anche per il legittimo orgoglio di chi scrive, perché la città è la sede del primo vero centro di studi e ricerche sull’Alzheimer, l’IRCCS San Giovanni di Dio, fondato tanti anni fa con grande preveggenza. Allora pochissimi sapevano cos’era la malattia di Alzheimer e quindi non investivano nella ricerca clinica e biologica! Orazio Zanetti, pars magna dell’Alzheimer Fest di Brescia, ha diretto l’IRCCS per molti anni con grande competenza e sensibilità.

Un saluto ed un augurio di buone vacanze,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*

**Newsletter AIP - 14 agosto 2025**

**n. 33/2025**

*Un saluto per Ferragosto.*

*Come sempre, in queste occasioni esprimiamo una vicinanza particolarmente intensa alle colleghes e ai colleghi impegnati in diversi compiti, in particolare negli ospedali e nelle RSA. Noi della newsletter li ringraziamo a nome dei lettori e di tutta l'AIP. Grazie davvero, sperando che l'impegno nel lavoro di cura protegga dalla solitudine rispetto al resto della società in vacanza.*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Un interessante dialogo di Giovanna Baraldi
- Le consuete follie e i danni di un certo Kennedy
- La decadenza di un grande scrittore
- La durata della vita in buona salute

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Mauro Colombo e la diagnosi di demenza

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

- Il programma della Summer School AIP

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

**-Giovanna Baraldi** ha scritto questo dialogo ironico, ma profondamente vero: “**A noi non lo aveva detto nessuno**”.

“-Come stai?

-Mah... bene, dai. Il solito dolore al ginocchio. Ma un po' meglio. Faccio esercizi, tutti i giorni.

-Tutti i giorni?

-Cinque su sette.

-Bravissima. Non sopporto quelli che vogliono tutto e subito.

-Infatti. Poco, ma ogni giorno. È durissima però. Una disciplina... durissima. Ti ricordi che ho anche quel problema di anemia? È sotto controllo.

-È un po' che non ci sentiamo. Cosa fai?

-Leggo. Studio.

-Ancora?

-Ancora. Non riesco a lasciare. Né con la testa, né — peggio ancora — con il cuore. Non riesco a non pensare a loro. Sono coinvolta. Soffro. Vorrei fare qualcosa. Dire qualcosa. A te non interessa più niente. Viaggi, mostre...

-Ah certo. Voglio riposarmi. Ho già dato.

-Già. Ma io penso a tutto quello che noi due sappiamo. A quello che potremmo ancora fare, dare, ascoltare, aiutare, insegnare. Per esempio: stamattina sono andata a fare il prelievo per l'anemia. Le unghie dell'infermiera... non umane.

-Artificiali.

-Disumane. Laurea magistrale, master di primo e secondo livello, niente. Le basi di igiene e profilassi. Lavarsi le mani! Florence Nightingale.

-Esagerata.

-Non ho avuto il coraggio di dire niente. Ho fatto tutto, linee guida, protocolli, accreditamento in regione, con le società scientifiche. Ho avuto paura di parlare. Io che ho insegnato per quarant'anni, anche nei convitti. Ti ricordi Suor Maddalena? Camminava come un sergente tra i corridoi, controllava le divise. E quelle ragazze. Orgogliose. Competenti. Eleganti. I primari — anche i più antipatici — le rispettavano. Brave. Punto. Mi sono battuta per la loro dignità. Per il rispetto della professione.

-Ho capito. Vuoi rovinarmi il caffè.

-No. Voglio solo che ti ricordi. Avrei dovuto parlare. 'Ma con quelle unghie, come fai a lavarti le mani? A pulire casa? A fare una carezza, e tutto il resto, al tuo fidanzato?'

-Anche volgare. E politicamente scorretta.

-Me ne frego. Noi ci toglievamo gli anelli. Per igiene. Per riservatezza. Per non ostentare. Il camice abbottonato. Solo il nome visibile.

-Non esagerare.

-No. È una questione di dignità. La divisa è dignità.

-Hai visto Antonio con la moglie? Anche lui in pensione. Sai chi è venuto al suo posto di primario? Mi sembra un po'...smarrito.

- Lo sai? Lo sai che se lasci un buco nell'agenda, ci si infila l'Alzheimer?

-Allora a noi non viene!

-A proposito, ho anche scritto al Direttore Generale. Volevo fare volontariato. Ma non si può. Solo durante il Covid era possibile. Ora... neanche gratis. Ieri sono andata a trovare un'amica ricoverata in Medicina. Sono passati solo tre anni e non conosco più nessuno. Mi sono vergognata di non riuscire ad avere notizie su di lei. Quando entra l'infermiera per la terapia, io la saluto ed esco dalla stanza. Educazione. Rispetto. Riservatezza. Nessun altro visitatore mi segue. Le dico sottovoce: 'Faccia accomodare fuori'. Mi guarda, impassibile. 'Signora, Lei faccia come crede'. Lo so, ti dà fastidio.

-A proposito, vieni con noi al concerto di Bruce Springsteen? A San Siro. Ah, e poi quest'anno ci fermiamo a Formentera due settimane.

-Va bene. Bello. Anche giusto. Ma. Abbiamo lavorato quarant'anni per la qualità, il rischio clinico, l'accreditamento. Come fai a non sentire rabbia? Mentre sto lì nel corridoio, passa un ragazzo con uno zainetto. Entra nella stanza accanto, due anziane dormono, o sembrano molto assopite. 'Buongiorno signora, sono il dottore. Non sono venuto a rompere le palle, solo a visitarla'.

-Piantala. Lo sai che non hanno nessuno che glielo dice. Chi glielo insegna?

-A noi... non lo aveva detto nessuno.

-Sono umiliati. Sottopagati. Esclusi dalle scelte.

-Ma le scelte stanno lì: nella disciplina, nelle procedure, nelle competenze. Nel rispetto dell'autonomia professionale per cui abbiamo lottato. Per la nostra. E per noi stessi.

-Cosa è successo? Il Covid? I morti e dopo la festa, quanto siete stati bravi, nessuno li ha più considerati?

-Ma chi glielo dice cosa devono fare?

-A noi non lo aveva detto nessuno".

**-Robert Kennedy** (oltre che jr: mi verrebbe da dire "i danni prodotti dall'evoluzione") ha disposto di **cancellare il contributo del governo USA alle ricerche sul mRNA**. Per motivi non chiari, questo ministro ha dichiarato che l'obiettivo è il ritorno al metodo delle cellule intere, sistema vecchio di 10 anni che ha costi di produzione minori, ma anche maggiori rischi di effetti collaterali. Il danno potrebbe essere gravissimo rispetto alla possibilità di produrre vaccini contro l'influenza, Hiv, Herpes, tubercolosi, ecc. Negli USA la vecchia metodologia

non è più in uso dagli anni '90. Purtroppo questo signore provocherà danni enormi alla salute pubblica; dovremo solo sperare che in Italia nessuno mostri lo stesso livello di ignoranza, anche se alcune recenti decisioni ministeriali fanno temere comportamenti impropri della politica. Ma perché il pensiero conservatore deve essere necessariamente contro il progresso scientifico? La storia della cultura è affollata di conservatori lungimiranti; perché le destre non sono più in grado di esprimere visioni politiche di respiro?

-L'amica **Babette Dijk**, presidente della sezione Liguria di AIP, mi ha chiesto di presentare all'**Alzheimer Fest che sta organizzando a Chiavari per il 21 settembre**, data di grande importanza per tutti noi coinvolti nella cura delle persone affette da demenza, il **libro di Vargas Llosa "Venti"**, edito da Einaudi. Il protagonista è un povero vecchio malato, portatore di una condizione che merita pietà e non disprezzo, perché è la sua fragilità la causa dei "venti". Ogni paura, ogni momento ansiogeno induce questo movimento dell'intestino, più frequente quanto maggiore è l'angoscia. L'autore descrive lo smarrimento e la paura del suo personaggio quando non trova più l'indirizzo di casa, perché è senza riferimenti topografici e senza la possibilità di chiamare un amico, l'unico punto fermo della sua vita. Il lettore è coinvolto nella drammatica sequela dei movimenti e delle soste in strade apparentemente sconosciute del protagonista, in una notte passata girovagando, sempre con la solitudine come compagna. Sono pagine che coinvolgono il lettore. Alla fine, il protagonista arriva a casa spesso, si pulisce, dorme e poi chiamerà l'amico Orisio, il quale è il solo in grado di capire il linguaggio dell'ammalato.

Il grande scrittore è riuscito ad esprimere con compassione la vicenda triste di un ammalato. Non deride i "venti", né chiede compassione, vuole solo far capire l'umanità dolente del suo personaggio e quindi la comprensione delle sue condizioni. L'autore sembra voler chiedere attenzione per un povero vecchio ammalato può pensare le cose più indicibili. Sembra che Vargas non abbia capito cosa sia la demenza. Però con l'arte del grande narratore riesce a rendere accettabili anche situazioni disperate come "i venti" e l'incontinenza fecale. Peraltro, si intravvede un timore dell'autore rispetto alla comparsa di condizioni faticose da accettare, quasi fosse una forma di esorcismo narrativo. Perché Vargas Llosa ha scelto questo argomento? Forse non sarà letto da tanti, ma è certamente utile per attivare un po' della nostra attenzione e affetto per la demenza.

È interessante anche osservare come un libretto di 86 pagine abbia suscitato l'attenzione di tanta critica (una pagina intera sul *Corriere della Sera*, *La Stampa*, *Il Sole 24 Ore*). Nicola Gardini su *Il Sole* conclude la sua bellissima recensione: "Ho letto il libro con ammirazione, perché non era facile a quell'età prendersi la briga di protestare contro le derive presenti con tanta semplicità, con tanto coraggio e tanta consapevolezza di non fermare la catastrofe". Secondo Claudio Magris sul *Corriere*: "Il romanzo è un viaggio negli inferi quotidiani di un mondo in cui le finestre si spengono o si chiudono in un maniacale e anonima apatia. Un viaggio tra inferi modesti e indifferenti, nel trionfo della precarietà che investe chi non ha scudi per proteggersi dall'opacità del vivere".

Chiedo a qualche collega generosa e generoso di leggere questo libretto e di inviarmi le loro osservazioni su un testo molto difficile. Mi piacerebbe presentare a Chiavari una recensione collettiva, grazie!

-L'aspetto più rilevante dell'epidemiologia rispetto all'esigenza di organizzare i servizi per gli anziani non è solo la spettanza di vita alla nascita, ma soprattutto la misura degli **anni in buona salute**. In Italia Eurostat ha recentemente calcolato che per le donne la spettanza di vita in buona salute è 69,6 anni (mentre la media per i due sessi è 69,1), dato che pone il nostro paese tra i più virtuosi a livello europeo. Si deve peraltro considerare che in base a questi valori nel complesso il nostro sistema sanitario, sia a livello preventivo che delle cure, mostra una certa efficienza, anche se entrano in gioco fattori genetici e di One Health. I numeri sono importanti per capire i fenomeni... però non bastano.

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

-Il bellissimo contributo di **Mauro Colombo** riguardo alla **diagnosi di demenza**.

“Per fortuita coincidenza, in extremis rispetto alle nostre scadenze, sul numero del 30 luglio JAMA ha pubblicato in rete un articolo [1] potenzialmente utile come riferimento bibliografico per un lavoro sottoposto ad una rivista. Visto l'apprezzamento per [1] giuntomi anche da co-Autori esterni alla Fondazione Golgi Cenci, ho ritenuto fosse il caso di segnalarlo per la newsletter AIP di ferragosto: l'argomento è sensibile, riguardando la comunicazione della diagnosi di demenza o di deterioramento cognitivo lieve, ed è contiguo a quello di un altro recente ‘angolo’ dedicato alla volontà di disvelamento o meno dei risultati di test sui biomarcatori di malattia neurodegenerativa cognitiva, sempre a partire da JAMA, che segnalava un articolo di *Alzheimer's & Dementia* [2] \*

I tre Autori [di cui 2 Autrici], affiliati a diversi Istituti [neurologia, economia sanitaria, etica medica e politica sanitaria (unificati nel medesimo dipartimento! ...), medicina] della Università di Philadelphia [la città madre della indipendenza statunitense, in Pennsylvania] sono partiti dal timore che discutere di demenza o di deterioramento cognitivo lieve incute nei medici. Ma subito dopo ricordano che la stragrande maggioranza di questi pazienti e di chi frequenta ambulatori per la memoria desidera conoscere la propria effettiva diagnosi, come risultato da una meta-analisi – pubblicata nel 2014 - che ha studiato oltre 9000 soggetti, distribuiti in 23 studi.

Viene perciò suggerito un approccio che – a partire già dall'avvio del percorso diagnostico – poggia su 3 pilastri: la comunicazione triadica, la personalizzazione del contenuto, e la consapevolezza dell'impatto emotivo della diagnosi.

La comunicazione triadica prevede il coinvolgimento dei 3 attori principali: paziente, chi lo assiste, ed il clinico, e verte sulla opportunità di avere colloqui separati ed occasioni di

decisioni condivise; per queste ultime andrebbero da subito stabilite delle norme precise. Mentre da analisi qualitative non vi è unanimità di consenso sulla opportunità di tenere colloqui in tempi e luoghi distinti col paziente e chi lo assiste, allo scopo di favorire confidenzialità ed accuratezza nelle informazioni, vi è invece pieno accordo sulla creazione di uno spirito collaborativo in vista di decisioni condivise. Esempi di comunicazione triadica vengono forniti in un riquadro illustrativo; tradotti letteralmente recitano:

Per il paziente e per chi lo assiste: ‘Per indagare sui tuoi problemi di memoria, potremmo effettuare dei test per capire quanto è grave il tuo cambiamento cognitivo e cosa lo sta causando. Vorreste entrambi procedere con i test?’

Al paziente: ‘Di solito parlo con il tuo familiare mentre sei con l'assistente medico. Avremo anche del tempo per stare insieme in privato. Poi staremo tutti e tre insieme’.

Al partner di cura: ‘Come stai? C'è qualcosa di cui hai bisogno?’

La personalizzazione dei contenuti prevede che, prima di iniziare una valutazione cognitiva, i medici devono comprendere gli obiettivi e le preoccupazioni dei pazienti e dei loro partner di assistenza, per guidare meglio la valutazione e la discussione dei risultati. Da una indagine è emerso, per esempio, che i pazienti e/o i partner assistenziali hanno ritenuto più importante la discussione sulle opzioni diagnostiche disponibili, la differenza tra malattia di Alzheimer e demenza, e le informazioni sui farmaci, rispetto ai medici, che hanno ritenuto più importante solo la discussione con un case manager. All'inizio del percorso diagnostico, i medici dovrebbero chiedere al paziente ed a chi lo assiste come preferiscono ricevere le informazioni diagnostiche e quali contenuti desiderano includere. Il riquadro riporta i seguenti esempi di contenuto personalizzato, tradotti letteralmente:

Al paziente: ‘Sente di avere problemi di memoria o di capacità di pensiero?’ Se il paziente risponde ‘no’, chiedete: ‘Che ne dice di un piccolo problema?’

All'assistente: ‘[Il paziente] afferma di aver notato cambiamenti nella sua memoria o nel suo pensiero?’

Se uno dei due riconosce cambiamenti nella memoria: ‘Hai pensato a cosa potrebbe esserne la causa? Vuoi scoprirla?’

‘Quali informazioni speri di apprendere dalla valutazione della memoria?’ ‘Che aiuto speri di ottenere da questa valutazione?’

‘A volte i cambiamenti della memoria possono essere causati da malattie come l'Alzheimer. Se [il paziente] avesse l'Alzheimer, cosa significherebbe per voi? Come vi sentireste entrambi?’

‘Quali domande hai ancora sulla diagnosi di deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)] / demenza? Quali altre informazioni potrebbero esserti utili?’

La terza colonna dell'approccio proposto consiste nel supporto emotivo, che può aiutare al momento della comunicazione della diagnosi di malattia di Alzheimer o di deterioramento

cognitivo lieve. In una indagine [3], a soggetti sani è stato chiesto di immaginarsi come pazienti con MCI e di guardare video di medici che rivelavano risultati anomali della tomografia a emissione di positroni amiloide a pazienti con MCI, utilizzando uno fra 7 diversi approcci di rivelazione. Secondo questo studio – liberamente accessibile - il supporto emotivo ed il metodo della verifica [sulla comprensione del messaggio] hanno riportato i più alti livelli di soddisfazione nei confronti del clinico. Nelle condizioni di supporto emotivo, il medico lascia spazio alle emozioni del paziente (ad esempio, rimanendo in silenzio per dare al paziente più tempo per dare sfogo alle proprie emozioni). Il medico inoltre fornisce un rimando delle emozioni osservate, per esempio commentando ‘mi rendo conto delle sue difficoltà’.

Gli esempi di supporto emotivo riportati in riquadro suonano:

‘Grazie per aver risposto a tutte le mie domande. So che parlare dei tuoi ricordi può essere imbarazzante’.

Se il paziente e/o chi si prende cura di lui si agita o inizia a piangere dopo aver ricevuto le informazioni, restate in silenzio e lasciate che elaborino le loro emozioni. In assenza di una chiara risposta emotiva, invece, viene proposto qualcosa del tipo: ‘Cosa ne pensi di ciò di cui abbiamo discusso?’

‘So che una diagnosi di MCI / demenza è difficile da accogliere, e non è il risultato che speravi. Mi dispiace che tu stia attraversando questo momento’.

Il punteggio in soddisfazione prodotto dal supporto emotivo [media (deviazione standard)] era 6,7 / 10 (2); quello ottenuto mediante la verifica era 6,4 / 10 (2,1) §.

\* allora, partivo da una segnalazione ‘eretica’

§ nota statistica – metodologica: anche a ferragosto !? aimè sì: me ne scuso, ma non faccio altro che riportare una opportuna segnalazione in coda ad [1], che richiama una questione su cui ho spesso insistito negli ‘angoli’. Infatti, poco prima della chiusura, viene menzionata una ricerca osservazionale, liberamente accessibile in rete, e pubblicata su una rivista di primaria rilevanza gerontologica e geriatrica [4], dove si riportava che un pur piccolo miglioramento [3 %] nella costruzione di un ‘rapporto positivo’ [basato su comprensione (delle problematiche) e condivisione (delle decisioni)] otteneva una riduzione statisticamente significativa di ansia e depressione nel paziente cui veniva comunicata la diagnosi. L’articolo originale [4] indica tali risultati all’interno di una mole di computazioni statistiche; ma gli Autori di [1] fanno notare che i risultati ottenuti in [3] hanno una valenza puramente statistica, che perde significato allorché vengano adoperate le rispettive ‘minime differenze clinicamente importanti’ relative alle scale di valutazione adoperate [State Trait Anxiety Inventory e Geriatric Depression Scale]”.

[1] O'Brien, K., Largent, E. A., & Karlawish, J. (2025). Communicating a Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Dementia. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.13006. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.13006>

- [2] Golan Shekhtman, S., Beeri, M. S., Springer, R. R., Zadok, M., Ben Meir, M., Rosen-Lang, Y., Shutsberg, R., Gelblum, D., Niv, T., Matatov, A., Heymann, A., Azuri, J., Ganmore, I., Hoffman, C., Domachevsky, L., & Lesman-Segev, O. H. (2025). Emotional response to amyloid beta status disclosure among research participants at high dementia risk. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(5), e70115. <https://doi.org/10.1002/alz.70115>
- [3] Fruijtier, A. D., van der Schaaf, J., van Maurik, I. S., Zwan, M. D., Scheltens, P., Bouwman, F., Pijnenburg, Y. A. L., van Berckel, B. N. M., Ebenau, J., van der Flier, W. M., Smets, E. M. A., & Visser, L. N. C. (2023). Identifying best practices for disclosure of amyloid imaging results: A randomized controlled trial. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(1), 285–295. <https://doi.org/10.1002/alz.12630>
- [4] Wynn, M. J., & Carpenter, B. D. (2019). Discourse Features Among Providers, Patients, and Companions and Their Effect on Outcomes of Dementia Diagnosis Disclosure. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 74(5), 756–763. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx154>

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

-Allego nuovamente il programma della **Summer School AIP**, che si terrà a **Portici, 18-21 settembre**. La qualità dei relatori e l'interesse del programma mi permettono di insistere con le colleghi e i colleghi più giovani perché programmino di investire qualche giorno per partecipare al corso di Portici. Sarà un'esperienza culturale di alto livello e quindi di grande soddisfazione umana. Ma sarà anche un'esperienza professionalmente utile per affrontare le problematiche in continua evoluzione poste dalla malattia. Infine, sarà l'occasione per creare tra i giovani medici e psicologici legami di conoscenza e amicizia che durano per la vita.

*-Un grazie particolare a chi continua a ricordarsi del nostro lavoro. Anche piccole cifre testimoniano che la newsletter è di qualche utilità per colleghi e colleghi. Ricordo la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Un cordiale augurio alle nostre lettrici e ai nostri lettori, con un grazie particolare a chi in queste settimane ci ha espresso la sua vicinanza,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatría*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Le promesse di Schillaci: siamo fiduciosi
- Anche i caregiver sono soli in estate: l'esempio di Torino
- La "resurrezione artificiale" grazie all'intelligenza artificiale
- Lancet* e la "salute sociale"
- Un elogio dei medici

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- L'angolo di Mauro Colombo
- Nature* e il ruolo del litio nella malattia di Alzheimer

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

- Il programma dell'Alzheimer Fest di Valdagno

*Questo numero della newsletter viene inviato in anticipo rispetto all'uscita tradizionale del venerdì, a causa di alcuni problemi organizzativi legati alle vacanze. Ci scusiamo.*

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Il **ministro Schillaci** si sta spendendo con intelligente generosità per cercare di **portare avanti il nostro sistema sanitario**, pur tra mille difficoltà. Abbiamo apprezzato, in particolare, alcune sue azioni in nome di un servizio sanitario nazionale che sia veramente in grado di offrire a tutti i cittadini le stesse provvidenze. Ripetiamo: non si capisce perché

l'organizzazione di un reparto chirurgico debba essere diversa tra Bolzano e Catanzaro, così come non sono giustificate differenze nell'assistenza agli anziani fragili. Il regionalismo non può essere la “nobile coperta” che non permette di vedere le “ignobili differenze” ancora presenti tra le Regioni.

-**A Torino il comune ha organizzato un servizio di attenzione durante l'estate**, rivolto non solo agli anziani fragili, ma anche a chi si prende cura di loro. Sono i caregiver famigliari, spesso figli non più giovani che si occupano di genitori ottantenni e con diverse limitazioni funzionali e a livello cognitivo. Infatti, frequentemente gli interventi nelle case, sia da parte di operatori socio-sanitari sia di assistenti sociali, sono rivolti con efficacia alla persona molto anziana, senza però un adeguata attenzione anche al caregiver, che così sperimenta ancor di più la sua condizione di solitudine spesso disperata, in particolare nei mesi in cui i contatti sociali, anche all'interno della famiglia, diventano sempre più rarefatti.

-“**Resurrezione artificiale**”: grazie all'IA oggi si possono creare degli **ologrammi di persone scomparse**. L'idea, nata con lo scopo di far rivivere persone morte, sta creando un macabro fenomeno, sempre più diffuso, che potrebbe avere conseguenze drammatiche sul nostro modo di ricordare le persone care scomparse. Vi sono vari problemi anche gravi: l'IA potrebbe creare immagini e personalità diverse da quelle dell'individuo quando era vivo. Inoltre, si pensa di parlare con un morto e invece si parla con un computer. Vedo con preoccupazione la diffusione di queste tecniche, anche tra gli anziani. Potrebbero infatti essere indotti a credere di parlare con il partner scomparso; così, al momento del ritorno alla condizione reale, potrebbero facilmente essere sopraffatti da angosce, sensi di colpa. Ben altri sono i benefici che ci aspettiamo dall'intelligenza artificiale! Forse saranno necessari controlli da parte di comitati etici seri, che però non mirino a ridurre le enormi e utili potenzialità dell'IA, ma che mirino ad evitarne ricadute che potrebbero aumentare la sofferenza dei cittadini.

-Da tempo **Lancet Public Health** insiste (come fa nel numero di agosto e come aveva fatto in passato, vedi ad esempio in gennaio) sull'importanza della **salute sociale come condizione irrinunciabile per il benessere delle collettività e dei singoli**. L'editoriale si riferisce in particolare al report della WHO Commission on Social Connection pubblicato lo scorso 30 giugno dal titolo: “Dalla solitudine alla connessione sociale”, che è stato l'ultimo di una serie di report, iniziata nel 2023 con quello del Surgeon General degli USA. In questi documenti si insiste particolarmente sul compito dei singoli stati perché compiano specifiche scelte, volte a ridurre i danni provocati dalla disconnessione sociale, affermando che: “The cost of inaction are high”, mentre i benefici delle connessioni sociali sono profondi. “Governments must make social health, with social connection at its core, a priority”. Peccato che proprio in questi giorni Trump ha costretto il NIH a chiudere studi e ricerche focalizzati sulle disparità sociali, ambito nel quale negli anni scorsi NIH aveva dato notevoli contributi per ridurre il gap

di salute nell'ambito di gruppi con problematiche razziali e socioeconomiche. È peraltro da considerare con tristezza che a fronte di colleghi e colleghi coraggiosi, che non hanno accettato i dictat contro "the woke science", molti si sono adeguati alle follie (vere e proprie follie!) di Trump. Per fortuna negli USA vi sono ancora moltissimi gruppi di volontari che si impegnano a tamponare le ingiustizie sociali riguardo alla salute, esprimendo così un diffuso dissenso rispetto alle cattiverie del presidente. Ad esempio, il *NYT* del 13 agosto descrive l'assistenza prestata liberamente da molti cittadini agli homeless di Phoenix, città con temperature estreme, nella quale non è possibile sottarsi al sole e quindi molti senzatetto soffrono di ustioni di terzo grado, di disidratazione, di colpi di calore.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00175-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00175-6/fulltext)]

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(25\)00001-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(25)00001-7/fulltext)]

[<https://www.nytimes.com/2025/08/13/health/nih-grant-cancellations-dei.html>]

[<https://www.nytimes.com/2025/08/13/well/homeless-heat-phoenix.html?smid=url-share>]

-“Conosco questo bravo collega da anni. È un **medico di medicina generale** che lavora e vive vicino alla mia casa. Spesso lo vedeva tornare a casa la sera, con l'immancabile borsa 'del dottore', dopo una o più visite post-ambulatorio. Cordiale e gentile, presente e attivo nel suo (nostro) quartiere. Una **presenza silenziosa a fianco dei suoi pazienti**, molti anziani, molti impossibilitati ad andare al suo ambulatorio. Che lo aspettavano a casa, come si faceva una volta (ricordo anche io le mie prime guardie mediche, in giro di giorno e spesso di notte... quanta gente... e quanta riconoscenza umana).

Persone curate da un bravo medico, che univa cultura e preparazione scientifica ad empatia ed umanità.

In questi giorni ha mandato una mail ai suoi assistiti:

*'Ai miei cari pazienti:*

*Un evento della vita che non ho potuto prevedere mi ha costretto ad interrompere improvvisamente il mio rapporto con voi tutti.*

*La salute sta migliorando ma ho deciso di terminare definitivamente il mio lavoro.*

*Vi lascio in mani nuove e che raccomando vivamente.*

*Ho passato anni bellissimi e, grazie a voi, non sono mancate grandi soddisfazioni.*

*Vi ringrazio per tutto quello che mi avete dato e per la crescita umana che ho potuto ricevere da voi tutti.*

*Un grande abbraccio*

*Il vostro medico'.*

Onore e rispetto ad una grande persona, prima ancora che medico. Onore e rispetto a tutti quelli che, come i professionisti ed i volontari dei Caffè Alzheimer o i dottori e le dottoresse e psicologhe dei CDCCD, silenziosamente e senza grandi proclami, svolgono ogni giorno il mestiere di cura delle persone affette da demenza, e dei loro caregiver”.

Questo **messaggio, inviatomi dall'amico e collega Stefano Boffelli**, coordinatore del progetto Caffè Alzheimer della Fondazione Maratona Alzheimer, assieme alle parole del medico anziano, mi ha fatto ricordare anche una notizia letta da poco: un medico di 85 anni si è gravemente ferito durante una gita nelle Alpi perché, avendo visto una signora caduta fuori dal sentiero, si è precipitato ad aiutarla, cadendo e ferendosi a sua volta. Qualcuno mi ha criticato in passato perché pubblicherei sempre eventi da libro Cuore riguardanti i medici: forse è vero, però le nostre comunità avrebbero ancora tanto bisogno di medici da libro Cuore!

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

-Il consueto pezzo di **Mauro Colombo** che contiene anche un'interessante dialettica con Nicola Vanacore.

“La **natura multiforme del declino cognitivo senile** impone contromisure sfaccettate, che mirino simultaneamente verso differenti percorsi. Le terapie anti-amiloide – al di là della loro efficacia clinica \$ -, per esempio, non intervengono contemporaneamente sugli aspetti vascolari. Anche se non tutte le esperienze hanno avuto esiti positivi, le strategie non-farmacologiche rivolte a fattori di rischio modificabili si pongono come approcci promettenti, convenienti, accessibili e sicuri, rivolti – come nella maggior parte dei casi di cui sono a conoscenza - a persone ad alto rischio di sviluppare malattia di Alzheimer o forme di demenza collegate £. Su questa linea, lo US Study to Protect Brain Health Through Lifestyle Intervention to Reduce Risk (US POINTER) è stato disegnato riprendendo lo schema dell'intervento di riferimento [FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability)] allo scopo di verificare se un intervento multi-dominio rivolto allo stile di vita riesca a migliorare o proteggere la funzione cognitiva in anziani a rischio di declino cognitivo o demenza, in una popolazione statunitense eterogenea. Se ne dà conto in un articolo pubblicato in rete il 28 luglio su *JAMA* [1]: l'elenco degli Autori è lunghissimo; la loro provenienza è quasi esclusivamente statunitense, con apporti [minoritari solo per quantità] anche da Svezia e Finlandia.

Presso 5 sedi negli USA sono stati arruolati 2111 persone (1455 donne) di età compresa fra 60 e 79 anni, sedentarie [ $< 60'$  / settimana di attività fisica moderata (Telephone Assessment of Physical Activity modificato)], con abitudini alimentari sub-ottimali [ $\leq 9/14$  punti alla scheda MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay)] e 2 fra i seguenti fattori di rischio: anamnesi positiva per disturbi di memoria in un familiare di primo grado; rischio cardiometabolico elevato [pressione arteriosa sistolica  $\geq 125$  mmHg, colesterolemia in lipoproteine a bassa densità  $\geq 115$  mg/dL (2,98 mmol/L), o emoglobina A1c  $\geq 6\%$ ], etnia

prona a rischio cardiovascolare. Tra i criteri di esclusione spiccano disordini neurologici e psichiatrici, e malattie sistemiche severe; assunzione di farmaci interferenti con la cognitività, o deterioramento cognitivo [testimoniato da Telephone Interview for Cognitive Status modificato < 32/50; Clinical Dementia Rating (CDR) > 0,5; CDR somma delle caselle > 1].

I partecipanti sono stati ripartiti in due gruppi di uguale numerosità e caratteristiche, avviati l'uno ad un percorso 'strutturato', l'altro ad una attività auto-guidata. Nel primo gruppo sono stati promossi un incremento di attività fisica [aerobica, potenziamento, flessibilità ed equilibrio] e cognitiva [anche mediante computer], coinvolgimento sociale e monitoraggio cardiovascolare, durante 38 incontri di gruppo, spalmati su 2 anni e guidati da tecnici che fornivano piani di attività e ne verificavano la aderenza. Al secondo gruppo sono stati dedicati 6 incontri, materiale educativo ed incoraggiamento a modificare il proprio stile di vita.

L'esito primario consisteva in un punteggio cognitivo globale composito, costruito dai punteggi a loro volta composti di domini equamente ponderati in funzione esecutiva, memoria episodica e velocità di elaborazione: domini che in precedenza si erano dimostrati suscettibili di miglioramento tramite interventi multi-dominio sullo stile di vita #. I 3 domini composti, che costituivano – presi ciascuno separatamente – obiettivi secondari, si basavano su test cognitivi ampiamente adoperati nelle batterie neuropsicologiche, previa standardizzazione. I risultati venivano espressi in termini di tassi annuali di cambiamento nelle funzioni esplorate: entrambi i gruppi sono migliorati in confronto alle rispettive prestazioni basali.

Riguardo all'obiettivo primario, il tasso medio di cambiamento annuale nella funzione cognitiva globale è stato di 0,243 deviazioni standard (DS) [intervallo di confidenza al 5 % = 0,227 – 0,258 DS] nel gruppo di intervento 'strutturato' e di 0,213 deviazioni standard [intervallo di confidenza al 5 % = 0,198 – 0,229 DS] nel gruppo 'auto-guidato': la differenza tra le due situazioni consisteva perciò in 0,029 deviazioni standard ( $p = 0,008$ ). L'intervento strutturato si è dimostrato particolarmente benefico per i partecipanti con le prestazioni cognitive iniziali meno brillanti. Tra gli obiettivi secondari, spicca solo la differenza nel miglioramento nelle funzioni esecutive.

Le analisi dei sottogruppi hanno mostrato benefici costanti dell'intervento strutturato rispetto all'intervento autoguidato a prescindere dallo stato di portatore di APOE ε4, dal sesso, dall'età [sotto e sopra i 70 anni] e dalla salute cardiometabolica, rafforzandone l'applicabilità a una popolazione eterogenea a rischio.

Trovo particolarmente interessanti alcuni passaggi dalla discussione di questo articolo, corredata da figure, tavole ed infografica particolarmente accattivanti ed illustrate:

-la consapevolezza che una parte del miglioramento – presente anche nel gruppo di 'controllo attivo' [termine non adoperato dagli Autori: vedi sotto (ndr)] – possa essere attribuita ad effetto di apprendimento, nonostante le premure statistiche adottate;

-la difficoltà di indicare un significato clinico ai risultati ottenuti, che però sono fortemente sovrapponibili in termini sia quantitativi che qualitativi [compreso il miglioramento nel gruppo di controllo] a quelli di FINGER, dove erano stati ridotti pure il declino nelle attività della vita quotidiana, e l'incidenza di malattie croniche. Anche in FINGER, i contributi più consistenti al risultato complessivo derivavano dalle funzioni esecutive e dalla velocità di processazione, piuttosto che dalla memoria episodica. Le funzioni esecutive, come documentato in letteratura, vengono migliorate dalla attività fisica aerobica – che aumenta il volume della sostanza grigia nella corteccia prefrontale – e dalla dieta mediterranea, che – favorendo la condizione cardiovascolare – preserva l'integrità della sostanza bianca e quindi la connettività;

-la mancata influenza della situazione APOE ε4 suggerisce che gli interventi sullo stile di vita possono essere efficaci anche tra gli individui ad alto rischio cardiovascolare o genetico di demenza.

Il peso di risultati simili in termini di salute pubblica appare palese se si considera che i dati nazionali statunitensi indicano che fino al 35% degli anziani non rispetta le linee guida sull'attività fisica, l'81% segue diete non ottimali e quasi il 55% soddisfa i criteri per la sindrome metabolica ( $\geq 3$  rischi).

L'editoriale di accompagnamento [2] – ad opera di un ricercatore dello University College di Londra – è accattivante già a partire dal titolo, che gioca sul termine ‘abbastanza’. Al di là dell'encomio agli Autori per aver eseguito e completato un esperimento estremamente complesso ed impegnativo dal punto di vista logistico, ed alcune – appropriate – annotazioni metodologiche, la questione fondamentale è il rapporto costo / beneficio. A commento del valido risultato ottenuto nel gruppo ‘autoguidato’ [che non è possibile definire come ‘gruppo di controllo’ in senso stretto], viene sottolineato come, se il gruppo strutturato ha ricevuto quello che, a tutti gli effetti, è stato un regime molto intensivo, è altrettanto vero che il gruppo autoguidato ha comunque ricevuto un contributo considerevole secondo gli standard della maggior parte dei sistemi sanitari. Stralciando testualmente ‘L'intervento strutturato richiedeva molte più risorse ed inevitabilmente era considerevolmente più costoso da realizzare rispetto al programma autoguidato ... Interventi più modesti, come quelli utilizzati nel gruppo autoguidato, possono offrire un migliore equilibrio tra fattibilità, portata e costi in molti contesti del mondo reale, in particolare se possono essere erogati a distanza’.

Augurandosi che studi analoghi ma di maggiore estensione temporale possano verificare il raggiungimento di riduzioni significative nell'incidenza di deterioramento cognitivo lieve e demenza, ed in miglioramenti nella qualità della vita, l'Editorialista conclude comunque affermando che ‘da una prospettiva pragmatica - clinica e di salute pubblica - il messaggio chiave di US POINTER potrebbe essere che anche cambiamenti relativamente modesti nello stile di vita possono supportare la salute cognitiva nelle popolazioni anziane’.

\$ le recentissime osservazioni sul prolungamento delle rilevazioni a lungo termine (3 – 4 anni) degli effetti di lecanemab e donanemab andranno seguite con attenzione, quando si

presenteranno come dati pubblicati su riviste indipendenti [non su comunicati delle ditte produttrici] e su casistiche numerose [di almeno un ordine di grandezza] (ndr).

È al riguardo, va segnalato che, nel 4° numero – uscito lo 11 agosto - della newsletter da poco avviata da parte dell’Osservatorio demenze dello Istituto Superiore di Sanità, Nicola Vanacore ha scritto testualmente: ‘È noto, infatti, in ambito epidemiologico, che la maggior parte dei futuri casi di demenza proviene da un’ampia fascia di popolazione a rischio basso o assente, piuttosto che da un gruppo ristretto ad alto rischio. Ciò suggerisce che gli interventi a livello di popolazione, mirati a ridurre il rischio per tutti, abbiano un potenziale maggiore nel diminuire la prevalenza complessiva della demenza rispetto agli approcci focalizzati esclusivamente sui soggetti ad alto rischio. In questa prospettiva, gli interventi di prevenzione primaria rivolti alla popolazione si inseriscono in un approccio di politica sanitaria pubblica, mentre quelli individuali riflettono un orientamento più strettamente biomedico’. Nicola Vanacore ha riportato questa considerazione generale come commento ad una rassegna sulla situazione delle iniziative preventive messe in campo nel Regno Unito, che disegnano un sostanziale equilibrio tra le modalità adottate [3]. Così, approfitto della occasione per ringraziare Nicola – che seguo e stimo tantissimo da molti anni – per richiamarmi a tenere la mente aperta a prospettive diverse rispetto a quelle in cui rischierei altrimenti di fossilizzarmi: sulla soglia dei 70 anni, anche questa forma di ‘allenamento cognitivo’ è benvenuta! ...

# nota metodologica: i punteggi compositi sono più sensibili ai sottili cambiamenti cognitivi nelle coorti la cui cognitività è in gran parte intatta ma che sono a rischio di declino cognitivo, e questi punteggi forniscono un potere statistico maggiore rispetto ai punteggi dei singoli test.”

[1] Baker, L. D., Espeland, M. A., Whitmer, R. A., Snyder, H. M., Leng, X., Lovato, L., Papp, K. V., Yu, M., Kivipelto, M., Alexander, A. S., Antkowiak, S., Cleveland, M., Day, C., Elbein, R., Tomaszewski Farias, S., Felton, D., Garcia, K. R., Gitelman, D. R., Graef, S., Howard, M., ... Carrillo, M. C. (2025). Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Interventions for Global Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2512923. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12923>

[2] Schott J. M. (2025). Lifestyle Interventions to Improve Cognition in Later Life: When Is Enough? *JAMA*, 10.1001/jama.2025.12500. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12500>

[3] Walsh, S., Birch, J. M., Merrick, R., Wallace, L., Kuhn, I., Clare, L., Mytton, O. T., Lafourture, L., Wills, W. J., & Brayne, C. E. (2025). Scoping review of dementia primary prevention policies in England: do they balance reach and agency? *BMJ public health*, 3(1), e002631. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-002631>

-**Nature** del 6 agosto pubblica un ampio lavoro che presenta dati a livello sperimentale nel topo, nel quale si dimostra che il **litio endogeno è dinamicamente regolato nel cervello e**

**contribuisce alla normale funzione cognitiva durante l'invecchiamento.** Di tutti i metalli analizzati nello studio, il litio è il solo significativamente ridotto nelle persone con mild cognitive impairment. Gli autori hanno trattato dei topi togliendo il litio dalla dieta, provocando un importante aumento della deposizione di betaamiloide e dell'accumulazione di fosfo-tau, nonché l'attivazione proinfiammatoria della migroglia, la perdita di sinapsi, assoni e mielina. Un quadro complessivo che ha stimolato il passaggio alla clinica e la sperimentazione di integrazione con litio nelle terapie per curare l'Alzheimer. I risultati particolarmente incoraggianti hanno aperto una nuova linea di ricerca, che potrà portare a risultati clinicamente significativi. [<https://www.nature.com/articles/s41586-025-09335-x>]

La pubblicazione di *Nature* è stata seguita nei giorni scorsi da un grande numero di commenti su varie riviste scientifiche, tutte impegnate a sottolineare l'importanza dei dati sul litio.

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

-Allego il **programma dell'Alzheimer Fest** che si terrà a **Valdagno il 7 settembre**. È una vera festa, complessa, dalle mille sfaccettature, diretta a costruire attorno al mondo dell'ammalato e della sua famiglia un'atmosfera di forte e serena attenzione, coinvolgendo i vari ambiti nei quali si svolge la loro vita.

Gli autori di questa festa seria e impegnata sono Michele Farina, inventore da molti anni dell'AF e progettista con originalità, intelligenza e generosità anche di questa, e Silvia De Rizzo, realizzatrice di un progetto che assomiglia (fatte le debite proporzioni) al coinvolgimento che avviene ogni giorno nelle dinamiche vive, originali e impegnate della vita sociale della RSA da lei diretta a Valdagno.

Spero ci incontreremo numerosi e curiosi a Valdagno!

*-Un grazie particolare a chi continua a ricordarsi del nostro lavoro. Anche piccole cifre testimoniano che la newsletter è di qualche utilità per colleghi e colleghi. Ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Un caro saluto, con l'augurio di sfruttare al meglio questo scampolo d'estate,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatria*

**Newsletter AIP - 29 agosto 2025**

**n. 35/2025**

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

-Zanetti, Cembrani e Filippi commentano “I venti” di Vargas Llosa

-A 83 anni torna a giocare in porta: c’è chi è scettico e chi l’ammira

-Gli ulteriori disastri di Robert Kenney (non è un errore di battitura!)

“Caro Professore” di Giovanna Baraldi

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

-Mauro Colombo, l’inquinamento atmosferico, la salute del cervello

-Guaita commenta il lavoro dell’ISS sull’attività del Fondo Italiano per l’Alzheimer

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

-L’Alzheimer Fest di Treviso: un invito

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

-Allego i **commenti di tre colleghi** che hanno risposto al mio appello per una lettura critica de “**I venti**” di **Mario Vargas Llosa**. Ringrazio Orazio Zanetti, con il quale ho un rapporto di grande stima e amicizia da decenni, Fabio Cembrani, studioso sempre ricco di importanti intuizioni anche al di fuori del suo ambito medico legale e Severino Filippi (mi ha ricordato che il grande Antonini era solito chiedere ai suoi specializzandi recensioni di libri, come strumento formativo).

Grazie ai tre colleghi, che hanno ritenuto la newsletter un ambito significativo per i loro contributi.

-In questi giorni abbiamo letto di alcuni casi di **grandi vecchi che hanno abbattuto le barriere dell’età**, continuando a fare attività sportiva. Emma Mazzenga padovana che si

dichiara “Io, atleta di 92 anni, sveglia alle 5, il vino tutti giorni”. “Alzarsi dal divano. Non rimanere mai a casa un giorno intero. Stare chiusi tra 4 muri porta tristezza, depressione e non aiuta né la mente né il corpo”. Lamberto Boranga torna in porta a 83 anni. Il prodigioso portiere-cardiologo ebbe a suo tempo una gloria non effimera con le maglie di Perugia e Fiorentina. È stato appena tesserato dalla Trevana, squadra di prima categoria umbra. Allo stesso tempo continua la professione di cardiologo. “La vecchiaia si sconfigge anche lavorando, a patto però che il lavoro sia amore e non frustrazione”. Sono due casi particolarmente interessanti; vorrei però chiedere ai nostri lettori un parere: queste situazioni particolarmente fortunate sono realisticamente di aiuto come modello per noi che cerchiamo di invecchiare senza eroismi, ma con determinazione? Clint Eastwood, Gianni Morandi, Jane Fonda continuano ad essere sullo scenario delle nostre comunità, esempi positivi dei quali però non sappiamo i segreti per aver conservato così grandi capacità.

-**Robert K continua a fare disastri.** Trovo assolutamente irrazionale non tanto la sua folle posizione contro i vaccini, quanto quella di aver agito in molti settori con rilevanti tagli dei progetti di ricerca di varie agenzie governative statunitensi, a cominciare dal National Institute of Health. Secondo logica, ci saremmo aspettati che proprio la critica a come si presenta oggi lo scenario vaccinale avrebbe dovuto suggerire maggiori stanziamenti per trovare soluzioni migliori (in ogni modo alternative), sia per prevenire alcune malattie, sia eventualmente per curarle, una volta comparse. Perché tale mancanza di razionalità, dettata solo da posizioni ideologiche estreme? La politica non dovrebbe forse conservare la capacità razionale di trovare strade più efficaci per sostenere le sue eventuali posizioni? Invece, non troviamo nemmeno un barlume di razionalità nell'attuale governo degli USA.

I dipendenti del Center of Disease Control USA hanno chiesto al Ministro di essere protetti da aggressori che recentemente li hanno assaliti, ammazzando un dipendente, perché aizzati contro i decisori del sistema sanitario. Così, il ministro, che ha creato l'atmosfera negativa verso i dipendenti del sistema, deve ora proteggerli dagli effetti negativi del suo stesso operato. Sembra davvero che la razionalità abbia abbandonato la politica, ma forse anche l'intelligenza.

-Continua la collaborazione con **Giovanna Baraldi**, della quale riporto un altro colloquio, intitolato **“Caro Professore”**. L'altro recente testo della collega ha suscitato molto interesse e discussione.

– Caro Professore... che piacere!

– Ma se non mi chiami nemmeno a Natale! Pensavi che fossi morto?

– Ho i genitori anziani da seguire... la famiglia mi impegnava molto.

- Ad ogni modo ti devo parlare. Ho 82 anni. Lo sapevi? Sto bene. E poi sono ancora più potente di prima. Posso dire tutto quello che voglio.
- Quello che pensa lo ha sempre detto!
- Bisogna curare i sani. Svuotare gli ospedali. Se non facciamo prevenzione il sistema esplode. Un corno le mie diagnosi! Quando ho fatto le mie belle diagnosi è tardi, sono già morti.
- Prof, ci prova ancora gusto a esagerare eh? Si ricorda il giro in reparto alle 7 del mattino per visitarli tutti! E si arrabbiava perché noi eravamo sempre in ritardo. Bei tempi! E urlava: ‘I malati vi devono piacere! Dovete ascoltarli per capire. Mica solo l’impact factor! Che medici siete?’
- Dobbiamo studiare perché non si ammalino! Negli ospedali fare dei centri che studiano i sani. Ricercatori bravissimi che studiano tutto il giorno, leggono le ultime novità scientifiche tutti i giorni. Che se gli chiedi la motilità dello sfintere dello scimpanzé sanno tutto... Perché ridi? È vero. Gli ospedali universitari sono ‘luoghi del sapere’. La gente si fida degli ospedali universitari, mica della ‘Casa della Salute’. Anche se di questo non sono sicuro e devo capire di più. Ad ogni modo tu devi fare diecimila passi al giorno, niente carne rossa e niente vino. Vino veleno.
- Ma è un antiossidante. Un calice di Barolo fa male?
- Lavori in campagna? La questione è l’attività fisica. Fai l’amore? Allora qualcosa ti concedo.
- Prof... cosa dice...
- Ma veniamo al dunque. Ho un progetto e tu devi gestirlo.
- Per me è diventato tutto complicato.
- Oggi sono in giro a parlare di merendine e ultra-processati a basso costo. È una emergenza mondiale. In Messico la coca cola costa meno dell’acqua. Da noi il 95% di adulti sono sedentari. L’attività fisica, palestre nei quartieri, prescriverlo come i farmaci. Tu devi esserci, lo dicevi già trent’anni fa.
- Per fare cosa?
- Il messaggio mafioso del mercato: una pillola per risolvere tutto. Meno patatine e più pillole, non è così. In America novantacinque miliardi di dollari di fatturato. Pagano già mille dollari al mese, da noi un po’ meno. Il nostro governo ignora la portata di questo problema.
- Non ho mica ancora capito.
- Saverio l’ho fatto andare io al Karolinska. Franco al St. Mary. Ti ricordi la Renata? Dirige un centro con duecento ricercatori e poi metà dei primari in regione sono miei allievi. I più bravi sono tutti miei allievi. E io sto pubblicando uno studio sulla cirrosi biliare primitiva che farà scalpore. Ma adesso non devo più essere egoista come prima, che pensavo solo alla clinica e

al mio ambulatorio. Sono diventato più buono. Non posso morire adesso. Devo usare il potere per combattere questa drammatica epidemia.

– Mi fa parlare?

– Un bambino su quattro è in sovrappeso e in meridione il trenta per cento. Dobbiamo lottare contro l'obesità infantile. Ci vuole coraggio. Ma noi l'abbiamo.

– Non ho capito cosa devo fare ma mi dica quando ci vediamo”.

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

-**Mauro Colombo** ha scritto la revisione della letteratura che segue, su un argomento di grandissimo interesse, che solo da poco è entrato nella sfera di attenzione della medicina e della prevenzione.

“Do una occhiata al cellulare per controllare se è possibile programmare una uscita serale senza prendere un temporale, e lo strumento riporta, dopo le previsioni meteorologiche, la sezione sulla **qualità dell'aria**, dove vengono indicate le concentrazioni di una serie di sostanze, potenzialmente nocive sopra certe concentrazioni. Nocive per tutto l'organismo, quindi anche per il cervello, a lungo termine: motivo per cui, necessariamente, la Gerontologia è aperta alla ecologia. Una espressione di questa sensibilità all'ambiente è testimoniata in un articolo originale [1] ed un editoriale [2], usciti a luglio su *Lancet Healthy Longevity*. Gli Autori di [1], provenienti tutti da istituzioni del Regno Unito – con una eccezione da Léon, nel cuore della Spagna – partono da una serie di premesse. Se ad alcuni inquinanti aerei viene assegnata una frazione di rischio attribuibile nella popolazione del 3% nei confronti della demenza, tenendo conto che l'esposizione può cominciare già in utero, le ricerche sui rapporti fra inquinamento dell'aria e deterioramento cognitivo sono limitati dagli ambiti di età esplorati, e dalla disponibilità di informazioni a lungo termine sia sulla esposizione che sulle conseguenze cognitive. Il novero delle sostanze studiate spesso si limita a pochi – se non un unico – prodotti, magari in funzione del quoziente intellettivo. Ed anche quando l'orizzonte è stato ampliato, i risultati sono stati ambivalenti, specie negli umani, anche se la tendenza prevalente arriva ad indicare alterazioni nelle neuro-immagini, fino ad anomalie neuropatologiche riscontrate in autopsie condotte dopo morti precoci.

Allo scopo di superare i limiti indicati sopra, in [1] è stata esaminata la coorte dei nati britannici nel 1946, seguiti dal servizio sanitario inglese e relativo gruppo di ricerca, approfondendo gli aspetti neuro-morfologici in una sotto-coorte. Sono stati studiati 1534 partecipanti, nati durante una settimana del marzo 1946, di entrambi i sessi in quasi eguali proporzioni. Gli obiettivi della ricerca erano valutare se una maggiore esposizione a lungo termine a NO<sub>2</sub>, ossidi di azoto (NOx) e particolato [PM<sub>2,5</sub>, particolato con diametri <10 µm (PM<sub>10</sub>) e tra 2·5 µm e 10 µm (PM ‘grossolano’), e l'assorbanza del particolato (PM<sub>2,5abs</sub>) come misura della frazione di assorbimento del ‘carbonio nero’] nella mezza età e in età avanzata fosse associata a una minore velocità di elaborazione delle informazioni e a una

minore memoria verbale tra i 43 e i 69 anni, e valutare se queste esposizioni fossero associate a un peggioramento dello stato cognitivo e della struttura cerebrale all'età di 69-71 anni. L'ipotesi di ricerca era che una maggiore esposizione sarebbe associata a prestazioni peggiori nei test di velocità di elaborazione e memoria verbale tra i 43 e i 69 anni, e a risultati peggiori in termini di stato cognitivo e struttura cerebrale tra i 69 e i 71 anni. È stata posta attenzione alla valutazione della relazione temporale tra esposizione e risultati nel corso della vita, tenendo conto delle capacità cognitive infantili e delle misure storiche dell'inquinamento atmosferico, riportate ad una risoluzione di 200 x 200 metri.

Una maggiore esposizione a NO<sub>2</sub> e PM10 è stata associata a una minore velocità di elaborazione, ma non a una minore memoria verbale, tra i 43 e i 69 anni. In linea con la letteratura precedente, sono state trovate associazioni tra l'esposizione a tutti gli inquinanti e punteggi totali più bassi allo Addenbrooke's Cognitive Examination-III (ACE-III) all'età di 69 anni, riflettendo uno stato cognitivo complessivo più scadente. Nella sotto-coorte dove è stata impiegata la risonanza magnetica a 3 tesla, una esposizione a maggiori livelli di NO<sub>2</sub> e PM10 è stata associata a un volume ventricolare maggiore, mentre una maggiore esposizione a NO<sub>x</sub> è stata associata a un volume ippocampale minore. Tutte le analisi – corrette per un novero ampio e diversificato di covariate – sono risultate 'robuste' dopo il controllo per l'esposizione all'inquinamento in età precoce e per le capacità cognitive nell'infanzia. Questo accorgimento serviva anche per limitare il rischio di 'direzionalità inversa' in termini di causalità. Non è stata colta nessuna associazione significativa tra l'esposizione a qualsiasi inquinamento (da NO<sub>2</sub> longitudinale e PM10 o BOx a punto temporale singolo, PM2,5, PM 'grossolana' o PM2,5abs) e la memoria verbale £. L'abbassamento di un punto in ACE-III nel quartile più alto di esposizione a NO<sub>2</sub> potrebbe avere significato in situazioni particolari, come i partecipanti con punteggio ACE-III di 88/100, coincidente con la soglia indicativa di rischio di demenza. Dal punto di vista neurobiologico, è possibile che l'esposizione all'inquinamento possa contribuire ai processi neuropatologici che portano alla demenza in età avanzata §- verosimilmente via neuroflogosi e stress ossidativo, oltre che attraverso effetti cardiovascolari -, od interagirvi, o ridurre la resilienza verso tali processi.

Comunque, va sottolineato l'abbinamento tra effetti sulla cognitività e sulla struttura del cervello, a rimarcare l'influenza dell'inquinamento aereo sulla cognitività, con evidenti auspicabili ricadute importanti in termini di salute pubblica.

L'editoriale di accompagnamento [2] inizia ricordando che la Commissione Lancet 2024 ha assegnato all'inquinamento dell'aria il 3% dei casi di demenza, che assommerebbero a 1,65 milioni di pazienti nel mondo, anche se le prove di questo legame sono più deboli che quelle con altre patologie, quali quelle respiratorie o cardiovascolari. Resta il fatto che tale forma di inquinamento costituisce il principale fattore di rischio ambientale per patologie e morti premature: queste ultime si contano in 9 milioni all'anno. Rispetto allo studio [1] in questione, il risultato per cui tutti gli inquinanti aerei erano associati a peggiori prestazioni cognitive a 69 anni è in accordo con la letteratura. La novità di [1] consiste nella prospettiva a lungo termine della esplorazione, che ha esaminato una esposizione sull'intero arco di vita, là dove la

maggior parte delle ricerche precedenti si è limitata ad una finestra temporale inferiore a 5 anni, ritenuta troppo breve. Una riserva espressa in [2] riguarda la possibile influenza sui risultati da parte degli inquinanti domestici, particolarmente minacciosi nei paesi a basso – medio reddito; la loro presenza rispecchia quella degli inquinanti aerei esterni. L'editoriale conclude sottolineando come da [1] derivi l'opportunità di spostare l'inquinamento aereo da fattore tardivo a fattore agente nella età di mezzo, per il rischio di sviluppare demenza.

£ Nota statistica (derivata da un passaggio esplicito, nella discussione): sebbene i risultati fossero coerenti in termini di direzione tra modelli statistici e inquinanti, sono state comunque condotte analisi multiple, che avrebbero potuto aumentare il rischio di errore di tipo I [escludere l'ipotesi 'nulla' (non vi sono differenze) che pure è vera: in altre parole, vengono letti risultati inesistenti]. È stato perciò deciso di non effettuare aggiustamenti per confronti multipli poiché si partiva da forti ipotesi a priori, per le quali la correzione tramite test multipli può aumentare l'errore di tipo II [escludere l'ipotesi 'alternativa' (esistono differenze) che pure è vera: in altre parole, non vengono letti risultati esistenti].

§ Nota neuropatologica: una sequela impressionante di riscontri è cominciata un quarto di secolo fa, quando venne trovata la presenza di metalli neurotossici nei tessuti olfattivi e venne colto il loro trasferimento al lobo frontale, in cani che vivevano nell'area metropolitana di Città del Messico [zona dove l'aria è particolarmente inquinata, come dimostrato anche in grafico]. Subito dopo, seguì la documentazione di segni di neuro-infiammazione, e parallelamente di A $\beta$ 42 ed  $\alpha$ -sinucleina, in bulbo olfattivo, corteccia frontale, sostanza nera e nervo vago di giovani e bambini residenti nella medesima zona, nel corso di autopsie eseguite per motivi forensi. Contemporaneamente, nanoparticelle di origine industriale e derivati del traffico stradale venivano trovate in neuroni del bulbo olfattivo, ed in eritrociti di polmoni, lobi frontali e capillari dei gangli trigeminali. La verosimile porta di ingresso delle sostanze tossiche presenti nell'area erano le 'unità neurovascolari' della mucosa nasale. Qualche anno dopo, Braak & Collaboratori, in Germania, hanno sostanzialmente confermato questi reperti in giovani tedeschi. Riprendendo dati e campioni delle indagini originarie per un esame con particolari tecniche di microscopia elettronica, un elenco di metalli è stato rinvenuto nei lobi frontali e temporali, nel bulbo olfattivo, nel nucleo caudato, nella sostanza nera, nel locus coeruleus, nel midollo allungato, nel cervelletto, e/o nella corteccia motoria e nel midollo spinale di giovani adulti. Erano presenti estesi danni ad endotelio, neuroni e glia, dove nanoparticelle industriali sono state trovate in mitocondri, reticolo endoplasmatico, apparato di Golgi e lisosomi; ne conseguivano autofagia, danni alle membrane di cellule e nuclei, ed altri segni di sofferenza citologica, sino alla morte cellulare. La pervasività dei segni anatomo-patologici di neurodegenerazione in soggetti così giovani [prime due decadi di vita] e peraltro apparentemente sani metteva e mette in discussione il dogma della 'vulnerabilità del cervello all'invecchiamento', implicando per tali patologie 'un denominatore comune indipendente da età e comorbosità' [3].

[1] Canning, T., Arias-de la Torre, J., Fisher, H. L., Gulliver, J., Hansell, A. L., Hardy, R., Hatch, S. L., Mudway, I. S., Ronaldson, A., Cartlidge, M., James, S. N., Keuss, S. E., Schott, J. M.,

Richards, M., & Bakolis, I. (2025). Associations between life course exposure to ambient air pollution with cognition and later-life brain structure: a population-based study of the 1946 British Birth Cohort. *The lancet. Healthy longevity*, 6(7), 100724. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100724>

[2] Hui, E. K., Sommerlad, A., & Naismith, H. (2025). Air pollution and brain health. *The lancet. Healthy longevity*, 6(7), 100735. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100735>

[3] Calderón-Garcidueñas, L., Stommel, E. W., Torres-Jardón, R., Hernández-Luna, J., Aiello-Mora, M., González-Maciel, A., Reynoso-Robles, R., Pérez-Guillé, B., Silva-Pereyra, H. G., Tehuacanero-Cuapa, S., Rodríguez-Gómez, A., Lachmann, I., Galaz-Montoya, C., Doty, R. L., Roy, A., & Mukherjee, P. S. (2024). Alzheimer and Parkinson diseases, frontotemporal lobar degeneration and amyotrophic lateral sclerosis overlapping neuropathology start in the first two decades of life in pollution exposed urbanites and brain ultrafine particulate matter and industrial nanoparticles, including Fe, Ti, Al, V, Ni, Hg, Co, Cu, Zn, Ag, Pt, Ce, La, Pr and W are key players. Metropolitan Mexico City health crisis is in progress. *Frontiers in human neuroscience*, 17, 1297467. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1297467>

-Abbiamo chiesto ad **Antonio Guaita**, amico da lungo tempo e attento osservatore delle dinamiche cliniche e culturali del nostro ambito, di seguire per la newsletter del **gruppo demenze dell'Istituto Superiore di Sanità**. Di seguito il primo contributo, per il quale ringraziamo moltissimo Antonio.

“Mi rivolgo al ‘bollettino AIP’ e a Marco Trabucchi e a Mauro Colombo, per ringraziarli per i continui messaggi che ci aiutano a rialzare lo sguardo da un quotidiano molto difficile, ma anche rendere merito al lavoro svolto in questi anni dell’Osservatorio Italiano sulle Demenze - Istituto Superiore di Sanità, in occasione della pubblicazione in questi giorni di un articolo su *BMJ – Public Health*. L’articolo riporta l’attività 2020 – 2023 svolta nell’ambito del ‘Fondo Italiano per l’Alzheimer e le altre Demenze’, dotato di 15 milioni di euro, che è stato istituito nel 2020 per allineare gli sforzi nazionali agli obiettivi dell’OMS. Questo studio oltre all’analisi delle attività, offre spunti di conoscenza sulla risposta della sanità pubblica italiana alla demenza e sulla sua rilevanza per le strategie globali, e a mio parere ci fornisce una base più ottimistica per il futuro.

Le aree di intervento sono state 7:

1- La demenza come priorità pubblica: Un comitato nazionale è stato creato nel 2015 e formalmente istituito nel 2021 per elaborare documenti per una migliore assistenza integrata alla demenza. Il comitato ha valutato l’attuazione del Piano Nazionale Demenze in tutte le regioni e le provincie autonome. Ha inoltre affrontato questioni precedentemente trascurate, come la demenza ad esordio precoce e la demenza tra migranti e minoranze.

2- Consapevolezza e vicinanza per le persone con demenza: le ‘Comunità amiche delle persone con demenza (DFC: Dementia friendly Community)’. Censite 57 comunità in Italia, il

Comitato ha pubblicato le ‘Linee guida nazionali per lo sviluppo di comunità amiche della demenza’, fornendo raccomandazioni basate su quattro principi fondamentali: definire una DFC, delineare le azioni per promuovere le DFC, stabilire indicatori di impatto e attività e identificare processi, responsabilità e collaborazioni tra gli enti locali.

3- Riduzione del rischio di demenza: concentrando su due azioni: (1) stimare i casi di demenza prevenibili utilizzando i PAF (Population Attributable Fraction) per i fattori di rischio stabiliti e (2) valutare l’inclusione della prevenzione della demenza nelle politiche sanitarie nazionali e regionali, come il piano nazionale di prevenzione e i suoi adattamenti regionali (RPP). Utilizzando i sistemi di sorveglianza nazionale Passi e Passi D’argento i dati hanno mostrato che il 39,5% dei casi di demenza in Italia poteva essere attribuito a 11 fattori di rischio modificabili e che una riduzione del 20% di questi fattori di rischio potrebbe prevenire fino a 67.000 casi di demenza a livello nazionale.

4- Diagnosi, trattamento, assistenza e sostegno per la demenza: pubblicazione delle Linee guida nazionali su ‘Diagnosi e trattamento della demenza e del Mild Cognitive Impairment’ che hanno affrontato 47 quesiti di revisione, di cui 10 sull'MCI. Sono state approvate in totale 167 raccomandazioni di pratica clinica e 39 di ricerca. (ISS. Diagnosi e trattamento di demenza e mild

cognitive impairment: [https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI\\_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312](https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312)

Sono stati condotti tre surveys per raccogliere informazioni sui servizi per la demenza in Italia. Il primo sondaggio ha coinvolto 534 CDCC, con un tasso di risposta del 96%. Il secondo sondaggio ha raggiunto 1084 Centri Diurni, ricevendo un tasso di risposta del 45,6%; il terzo 3607 RSA, con tasso di risposta 46.8%

5- Supporto a chi si prende cura delle persone con demenza: Approccio in due fasi. In primo luogo, focus group e un’indagine nazionale che ha raccolto dati da 2369 caregiver familiari, hanno indagato le problematiche socioeconomiche che interessano le famiglie e i caregiver. Successivamente, è stato sviluppato un corso in presenza. L’indagine ha rivelato che il 43% dei caregiver aveva una visione negativa dei servizi per la demenza e che la pandemia di COVID-19 ha interrotto significativamente i percorsi di cura. I costi a carico del paziente variavano da 1200 a 1800 euro al mese, a seconda dello stato di istituzionalizzazione

6- Sistemi informativi per la demenza: Un sistema informativo sanitario nazionale per la demenza. Il comitato ha pubblicato le ‘Linee Guida Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi’ per sviluppare una cartella clinica elettronica per le persone con demenza. Tuttavia, l’Italia non ha ancora istituito un settore del SSN specifico per la demenza e i servizi locali forniscono ancora dati insufficienti. <https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Testo+Linee+di+indirizzo+Nazionali+sull%20uso+dei+Sistemi+Informativi+per+caratterizzare+il+fenomeno+delle+demenze.pdf/72be22fe-c68b-6818-bbb9-4c18731d22ae?t=1626170706656>

7- Ricerca e innovazione per la demenza: l'azione di quest'area fa riferimento alla pubblicazione dell'OMS sul tema della ricerca per la demenza (A Blueprint for Dementia Research. Geneva: World Health Organization, 2022) rilevando il contributo che ciascuna delle 6 aree può dare per attuare il miglioramento, l'innovazione e la ricerca. Vengono poi individuati altri temi di sviluppo delle ricerche per l'immediato futuro

Alle fine vengono riportati gli obiettivi per il 2023 – 2026:

1. Diffusione e implementazione delle linee guida nazionali;
2. Aggiornamento del Piano Nazionale Demenze del 2014;
3. Revisione dei documenti guida del comitato nazionale;
4. Sviluppo di una strategia di formazione nazionale sia per i professionisti che per gli operatori sanitari;
5. Valutare le strategie di prevenzione della demenza a livello individuale e di popolazione;
6. Identificare indicatori nazionali per i servizi per la demenza;
7. Definire indicatori nazionali per i programmi di prevenzione individuale (ICP) specifici per la demenza;
8. Supportare le attività di valutazione della teleriabilitazione.

L'articolo consta di 16 pagine, con 46 pagine di materiale supplementare:

Ancidoni A, Salemme S, Marconi D, Bellomo G, Pani SM, Locuratolo N, Lacorte E, Lombardo FL, Bacigalupo I, Fabrizi E, Canevelli M, Sciancalepore F, Lorenzini P, Palazzi I, Paggetti A, Della Gatta F, Piscopo P, Salvi E, Zambri F, Di Nolfi A, Palermo V, Sciattella P, Bini C, Mennini FS, Bianchi CBNA, Landoni F, Giannini MA, Di Fiandra T, Vanacore N; National Committee on Dementia of the National Dementia Plan; FONDEM Study Group; National Guideline Working Group. Advancing dementia care: a review of Italy's public health response within the WHO Global Action Plan and European strategies. *BMJ Public Health*. 2025 Aug 17;3(2):e002250. doi: 10.1136/bmjph-2024-002250. PMID: 40832647; PMCID: PMC12359490”.

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

-Allego il programma dell'**Alzheimer Fest di Treviso** (6 settembre). E' la prima di una serie che si svilupperà per tutto il mese. Il programma è certamente di interesse per amiche e amici che nel loro ambito professionale o per vicende personali hanno contatti con i mondi delle demenze.

Un caro saluto e l'augurio di una buona ripresa dell'anno di lavoro,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeratria*