

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il 3° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer
- I Quaderni della Fondazione Maratona Alzheimer
- La solitudine: appunti preoccupanti

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Lancet Pub Health*, la prevalenza e l'incidenza di demenza
- NEJM* e il lavoro del medico
- JAMDA*: multimorbidità e rischio di caduta

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- AIP Summer School 2024: Firenze, 26-29 settembre
- I vari eventi dell'Alzheimer Fest e un articolo sulla "prontezza"

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Si sono tenute in questa settimana due giornate organizzate dalla Fondazione Maratona Alzheimer, il **3° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer** dal titolo: "È l'ora dei caffè Alzheimer". Un incontro che ha visto la **partecipazione di oltre 150 persone coinvolte in tutta Italia** nella gestione di queste realtà. La prima giornata è stata dedicata a tre argomenti fondamentali nell'ambito degli studi più recenti. Amalia Bruni ha affrontato il tema dei fattori di rischio genetici, Laura Calzà quello dei fattori di rischio modificabili, mentre Orazio Zanetti ha discusso di prevenzione terziaria in corso di ospedalizzazione e di malattie intercorrenti. L'approccio alle diverse problematiche è stato aperto e poco dogmatico, al fine di dare ai partecipanti un quadro fedele della realtà, ma allo stesso tempo invitandoli ad allenare le proprie capacità critiche di fronte ai diversi messaggi riguardanti le demenze. È sempre più chiaro che i servizi devono acquisire competenze specifiche, ma che, allo stesso tempo,

devono avere alla base conoscenze approfondite. Personalmente mi sono permesso di affermare con forza che nessun servizio è così marginale da non avere la necessità che gli operatori continuino a studiare... L'evento di Cesenatico è stato seguito dai principali quotidiani nazionali (vedasi l'accluso articolo di *La Repubblica*).

In occasione del Forum è stato presentato il **primo numero dei Quaderni della Fondazione**. Gli articoli di questo primo numero sono dedicati a: "La malattia e la parola" di Roberta Abbondanza, "Dal volontariato alle istituzioni" di Lorenzo Dellai, "Un modello di cure domiciliari per le persone con demenza" di Silvia Vettor e Marco Trabucchi, "Demenza dal latino de-mentia, senza mente: piccola e breve riflessione sulle parole" di Laura Calzà. Una lettura che consiglio a chiunque voglia approfondire importanti tematiche culturali e assistenziali.

Il *NYT* del 28 agosto pubblica un articolo dal titolo: "**Why is the loneliness epidemic so hard to cure?**". Un pezzo di grande interesse, perché critica gli interventi che più frequentemente vengono oggi utilizzati. Lo stesso giorno il giornale pubblicava un report da Shanghai, nel quale si descrive la terribile solitudine degli anziani cinesi e della ricerca di un'anima gemella, non sempre con successo. La problematica è drammatica, anche a fronte di dati che rilevano un progressivo peggioramento del fenomeno.... E non solo in Cina! Ad esempio, lo SPI Cgil del Veneto ha recentemente analizzato i dati Istat, arrivando a calcolare che la solitudine colpisce 300mila anziani nel Veneto. Certamente la denuncia del fenomeno è importante per aumentarne la coscienza diffusa; mancano però indicazioni di progettualità sociali concrete. Chi sostituirà la famiglia troppo spesso dominata, anche quando esiste, da logiche ageistiche? Chi sostituirà la Chiesa, in crisi rispetto al suo ruolo tradizionale di dare senso alla vita di tante persone anziane? Chi prenderà il posto dei molti gruppi con vari interessi che popolavano le nostre città e i nostri paesi? E, infine, noi appartenenti all'AIP, e quindi con una idea precisa della condizione degli anziani, cosa stiamo facendo concretamente? Questo è un invito forte a colleghe e colleghi perché suggeriscano precise indicazioni. Basta con le sole denunce!

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Riporto il consueto contributo di **Colombo**, ricordando che ci è stato inviato con anticipo da Mauro per non mancare all'appuntamento a causa delle sue brevi vacanze (peraltro quasi di lavoro). Grazie, grazie, come sempre, a nome di tutti i tuoi estimatori.

"Nel pieno di questa calda estate, nella letteratura generale di più alto livello – oltre che in quella specialistica di settore – un argomento è diventato scottante: **i biomarcatori plasmatici delle malattie neurodegenerative dementigene**. D'altra parte, se consideriamo che tra 1/4 ed 1/3 delle malattie di Alzheimer sintomatiche viene travisato anche in contesti

specialistici, la necessità già in ambito di cure primarie di marcatori accurati e nello stesso tempo facilmente accessibili, validati ed utilizzabili sia come misure continue che come soglie definite, è palese.

Tre articoli originali sono apparsi contemporaneamente (il 28 luglio) su riviste della serie *JAMA*; uno di questi non è stato oggetto di 2 editoriali, anch'essi pubblicati in rete nella stessa data (28 luglio). Cominciamo da quest'ultimo articolo originale [1], la cui prima Autrice [Shorena Janelidze] è una ricercatrice alla Università di Lund, in Svezia, co-autrice di uno degli altri articoli di *JAMA* sopra menzionati. In sintesi, vi si afferma che una combinazione di 2 test ematici [rapporto A β 42/40 e proporzione di Tau fosforilata in posizione 217 rispetto alla Tau non-fosforilata (%p-tau217)] può individuare soggetti con stadi precoci – sottosoglia – di patologia cerebrale. Tale abbinamento viene chiamato 'APS2' ['amyloid probability score 2']. I livelli basali di tali due marcatori in combinazione erano in grado di predire, meglio che singolarmente, sia il carico di A β iniziale che – ancor più importante - la sua evoluzione nel tempo, in persone cognitivamente integre [argomento sinora inesplorato]. I test plasmatici sulla Tau fosforilata in posizione 231 (p-tau231) e sulla proteina acida glio-fibrillare (GFAP) non hanno raggiunto un potere predittivo aggiuntivo indipendente, nonostante vengano sempre più accreditati in letteratura come in grado di riflettere la deposizione precoce di A β nelle fasi pre-cliniche e prodromiche della malattia di Alzheimer. Il modello, ricavato da una coorte svedese, è stato poi validato su 2 altre coorti (svedese e statunitense); il carico di A β veniva stimato mediante il rapporto A β 42/40 liquorale, e la tomografia ad emissione di positroni specifica (A β -PET). Sul piano tecnico – metodologico, una limitazione della ricerca consiste nel ricorso, per misurare A β 42/40 e %p-tau217, alla spettrometria di massa, mentre per p-tau231 e GFAP erano stati adoperati saggi immunologici. Il valore dello studio va considerato alla luce del fatto che negli individui cognitivamente intatti l'aumento di A β , sebbene ancora in ambito 'negativo' [cioè non indicativo di malattia], è stato collegato alla successiva deposizione di tau e al peggioramento della funzione cognitiva.

Dei due editoriali di *JAMA* citati, quello [2] scritto da 2 neuro-scienziati di San Francisco [di cui quello corrispondente (Gil D. Rabinovici) è anche editore associato della rivista] sottolinea come i biomarcatori ematici – che pure potrebbero affiancarsi validamente ad una accurata valutazione clinica di pazienti con problematiche cognitive – siano stati adoperati finora in contesti di ricerca altamente selezionati. Viene perciò dato il benvenuto ad un lavoro [3] svolto nel mondo reale, in ambulatori di primo [515 pazienti] o secondo livello [698 pazienti], che coprivano l'intero spettro della sintomatologia clinica: dal disturbo cognitivo soggettivo al deterioramento cognitivo lieve, alla demenza. Il potere predittivo positivo e negativo (circa 90% per entrambi), nei confronti sempre del rapporto A β 42/40 liquorale e ad A β -PET, della medesima combinazione di biomarcatori ematici di [1] (APS2), risponde ai requisiti stesi da una apposita commissione di esperti sull'accettabilità delle prestazioni dei test ematici. Il ricorso alla proporzione di Tau fosforilata in posizione 217 rispetto alla Tau non-fosforilata (%p-tau217), piuttosto che direttamente a p-tau217, mette al riparo dal possibile confondimento addotto da comorbidità capaci di alterare la concentrazione ematica delle proteine, quali nefropatie croniche od elevazioni nell'indice di massa corporea. I risultati –

ricavati presso le due medesime coorti svedesi di [1] – sono comparabili a prescindere che siano stati ottenuti mediante una unica misurazione retrospettiva – condizione tipica dei contesti di ricerca – che con misurazioni ripetute periodicamente, come è tipico dei contesti clinici. La ricerca [3] affronta la questione particolarmente rilevante della individuazione di 2 soglie per il biomarcatore (combinato: APS2) proposto: un valore basso al di sotto del quale è altamente probabile che i pazienti siano negativi per malattia di Alzheimer, ed un valore alto al di sopra del quale i pazienti sono inequivocabilmente positivi. Il prezzo di una tale accuratezza diagnostica sta nella quota – compresa tra il 5 ed il 15% - di pazienti con valori intermedi, da avviare ad ulteriori accertamenti. Se la sensibilità ed il valore predittivo positivo sono risultati inferiori per i casi di disturbo cognitivo soggettivo, rispetto a quelli con deterioramento cognitivo lieve o demenza, va sottolineato che il test ematico combinato APS2 ha raggiunto, in ambito di cure sia primarie che secondarie, una concordanza del 90% con una diagnosi clinica di Alzheimer espressa dal consenso di specialisti che incorporava dati clinici e biomarcatori (liquorali o PET). Per confronto, la accuratezza della sola valutazione clinica – non supportata dal biomarcatore ematico composito – è stata del 61% in ambito di cure primarie, e del 73% in ambito di cure di secondo livello. L'auspicio è che in futuro sia possibile fare a meno della spettrografia di massa, più costosa ed impegnativa, rispetto ai saggi immunologici, in termini di capacità tecniche legate alla apparecchiatura, ed alla fase pre-analitica [centrifugazione immediata, congelamento a – 80°], più sofisticata rispetto alle consuete pratiche dei laboratori commerciali comuni. In ogni caso, i due editorialisti giudicano il lavoro svedese come una pietra miliare nel cammino verso la medicina di precisione per la cura della memoria.

L'altro editoriale di *JAMA* [4], scritto da Autori affiliati ad università statunitensi ed australiane, sempre a proposito di [3], sottolinea come i risultati ottenuti nel mondo reale siano sostenuti prevalentemente dalla componente %p-tau217 della combinazione. In un contributo dal taglio applicativo, esplorano luci ed ombre della questione, al di là del risultato 'sub-ottimale' per i casi con disturbo cognitivo soggettivo. Ad ostacolare una diffusione 'scalabile' ed economicamente affrontabile contribuiscono non solo le difficoltà insite nella spettrografia di massa - che verosimilmente in un prossimo futuro potrà venire sostituita da dosaggi immunologici – ma anche la mancanza di informazioni che consenta una generalizzazione ad altri gruppi etnici. Per poter introdurre una cura di qualità per la demenza in questa nuova era di medicina molecolare all'interno di contesti di cura già sovraccarichi vengono invocate nuove risorse, specie in termini di personale: infermieri, e 'navigatori esperti', formati allo scopo.

In [4] viene commentato anche uno studio [5] condotto da Autori tutti affiliati ad università statunitensi, che mira a delineare i cambiamenti nel tempo dei biomarcatori plasmatici di neurodegenerazione, e la loro associazione con la demenza da tutte le cause [argomento ancora poco esplorato], in adulti che vivono in comunità, globalmente ed in sottogruppi. Allo scopo, sono stati analizzati 1525 partecipanti ambo sesso – di cui 1/4 di etnia afro-americana - allo studio 'ARIC' ('Atherosclerosis Risk in Communities'), che avevano una età media di 53,8 anni nel periodo 1993-1995, e di 76 anni nel periodo 2011-2013, seguiti poi fino al 2016-2019,

quando avevano 80,7 anni in media. Con l'avanzare dell'età, si è assistito ad una modificazione sintonica in tutti i biomarcatori plasmatici, dosati mediante 'SIMOA'. Il rapporto A β 42:A β 40 diminuiva, mentre i livelli di Tau fosforilata in posizione 181 (p-tau181), neurofilamenti leggeri (Nfl) e di proteina acida glio-fibrillare (GFAP) crescevano; la presenza di almeno 1 allele APOE ϵ 4 e di deterioramento cognitivo erano associate a modificazioni più rapide. Anche riguardo a A β 42 ed A β 40, l'impiego del rapporto tra le concentrazioni dei due peptidi mette al riparo da fattori slegati dalla neuropatologia o dai livelli assoluti dei due singoli marcatori. La presenza nella maturità avanzata di ipertensione arteriosa era associata ad una accelerazione nella crescita della concentrazione di p-tau181, Nfl e GFAP, mentre il diabete mellito era associato a crescite più veloci nelle concentrazioni di Nfl e GFAP, ma invece più lente per A β 42:A β 40. Rispetto alla incidenza di demenza da tutte le cause [rilevata su una sottopopolazione di 1339 partecipanti, liberi da demenza nel 2011-2013, seguiti per un periodo di durata mediana di 7,4 anni (ambito interquartile 6,5 – 7,4 anni)], le misurazioni effettuate nella età di mezzo si sono comportate in maniera differente in confronto alle omologhe condotte in età avanzata. In età matura solo i marcatori specifici per malattia di Alzheimer [rapporto A β 42:A β 40 e p-tau181] sono associati a maggior rischio, mentre in età avanzata lo sono tutti 4 [rapporto A β 42:A β 40, p-tau181, Nfl e GFAP], così come le relative velocità di cambiamento. Il peso del rapporto A β 42:A β 40 e di p-tau181 in mezza età è maggiore nei portatori di APOE ϵ 4; il peso di Nfl e GFAP – espressioni di neuroflogosi, danno assonale e neurodegenerazione, a prescindere dalle cause, e correlati al declino cognitivo - è superiore in età avanzata che in età matura. Tra tutti i biomarcatori misurati in tempi diversi, NfL misurato in tarda età ha mostrato la più alta capacità discriminante per la incidenza di demenza. L'insieme dei 4 biomarcatori - la cui combinazione corregge la variabilità intrinseca di ciascuno di essi - ha fornito prestazioni migliori che ogni singolo marcatore isolato, ma non migliori del puro dato demografico: l'età abbinata ai 4 biomarcatori rilevati insieme da anziani ha fornito la migliore capacità discriminativa rispetto alla insorgenza di demenza da tutte le cause, qui senza contributo aggiuntivo da APOE ϵ 4.

Qualche considerazione per chiarire il significato, le popolazioni di riferimento e la possibile utilità in applicazioni pratiche degli studi illustrati, e commentati negli editoriali.

La ricerca [1] si pone in ottica preventiva, mirando ad identificare soggetti cognitivamente integri a rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer, sfruttando un campione 'di convenienza' di persone nella settima ed ottava decade.

Lo studio [3] è stato condotto in popolazioni appartenenti anch'essi alla settima ed ottava decade, individuati in differenti contesti clinici, dove i biomarcatori vanno intesi come ausili alla azione clinica: pur potenti, ma non come sostituti. Allo scopo di confermare una diagnosi alzheimeriana, una capacità predittiva positiva particolarmente alta è più importante che un valore predittivo negativo relativamente più basso. Un discorso opposto vale per le situazioni di disturbo cognitivo soggettivo, dove una migliore capacità predittiva negativa torna utile per escludere una malattia di Alzheimer in presenza solo di sintomi lievi, anche se a prezzo di una capacità predittiva positiva sub-ottimale.

La ricerca [5] va invece inquadrata come una indagine orientata alla riduzione del rischio in ottica preventiva, in una popolazione in età adulta matura. Questa analisi pone anche la domanda se una gestione ottimale di comorbidità quali ipertensione arteriosa e diabete mellito sia in grado di ridurre il rischio di sviluppare demenza in futuro. In ogni caso, i risultati presentano una utilità solo a livello di popolazione, avendo i biomarcatori una capacità predittiva inferiore a quella della età anagrafica.

In conclusione, riporto la opinione della Commissione Lancet espressa nel rapporto 2024 [6], secondo cui i biomarcatori [liquorali ed] ematici ‘dovrebbero essere usati clinicamente solo in persone con demenza o deterioramento cognitivo per aiutare a confermare o escludere una diagnosi di malattia di Alzheimer. I biomarcatori sono convalidati solo in popolazioni prevalentemente bianche, limitando la generalizzabilità e sollevando preoccupazioni sull'equità sanitaria”.

[1] Janelidze, S., Barthélemy, N. R., Salvadó, G., Schindler, S. E., Palmqvist, S., Mattsson-Carlgren, N., Braunstein, J. B., Ovod, V., Bollinger, J. G., He, Y., Li, Y., Raji, C. A., Morris, J. C., Holtzman, D. M., Ashton, N. J., Blennow, K., Stomrud, E., Bateman, R. J., & Hansson, O. (2024). Plasma Phosphorylated Tau 217 and A β 42/40 to Predict Early Brain A β Accumulation in People Without Cognitive Impairment. *JAMA neurology*, e242619. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.2619>

[2] VandeVrede, L., & Rabinovici, G. D. (2024). Blood-Based Biomarkers for Alzheimer Disease-Ready for Primary Care? *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2024.2801. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.2801>

[3] Palmqvist, S., Tideman, P., Mattsson-Carlgren, N., Schindler, S. E., Smith, R., Ossenkoppele, R., Callig, S., West, T., Monane, M., Verghese, P. B., Braunstein, J. B., Blennow, K., Janelidze, S., Stomrud, E., Salvadó, G., & Hansson, O. (2024). Blood Biomarkers to Detect Alzheimer Disease in Primary Care and Secondary Care. *JAMA*, e2413855. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.13855>

[4] Salloway, S., Rowe, C., & Burns, J. M. (2024). Are Blood Tests for Alzheimer Disease Ready for Prime Time? *JAMA*, 10.1001/jama.2024.12814. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.12814>

[5] Lu, Y., Pike, J. R., Chen, J., Walker, K. A., Sullivan, K. J., Thyagarajan, B., Mielke, M. M., Lutsey, P. L., Knopman, D., Gottesman, R. F., Sharrett, A. R., Coresh, J., Mosley, T. H., & Palta, P. (2024). Changes in Alzheimer Disease Blood Biomarkers and Associations With Incident All-Cause Dementia. *JAMA*, e246619. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.6619>

[6] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing

Commission. *Lancet* (London, England), S0140-6736(24)01296-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Lancet Public Health di luglio pubblica un lavoro di commento ad alcuni **studi che hanno dimostrato una riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle demenze**. Dimostra peraltro che la riduzione del fumo e l'impostazione di piani educativi allargati sono correlati con la riduzione dell'incidenza di demenza.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00120-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00120-8/fulltext)]

NEJM del 10 agosto inizia un commentario citando il **rifiuto di un 75enne di aderire al consiglio del medico per la vaccinazione anti-Covid**. Il paziente sostiene di aver sentito da varie trasmissioni che i vantaggi del trattamento sarebbero inferiori ai rischi. L'autore commenta il fallimento del medico con queste parole: "La scienza rimane l'ossatura del consiglio del medico, ma apprendere i valori del paziente, sia quando concordano con le raccomandazioni sia quando sono in disaccordo, deve diventare parte importante del rapporto medico-paziente. Il rispetto di chi si deve curare e guadagnare e la loro fiducia devono essere considerati aspetti centrali della professionalità".

[<https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp2310424>]

JAMDA del 18 agosto presenta i risultati di uno studio condotto su una popolazione di 1800 ultra 65enni, nel quale si **dimostra una correlazione tra multimorbidità con un elevato rischio di caduta** (OR, 1.44) **e di paura di cadere** (OR, 1.88). È molto interessante il fatto che la somministrazione di farmaci per il sonno produce in modo rilevante il rischio di caduta e la relativa paura. Sembra infatti che i farmaci possano ridurre l'agitazione notturna e quindi i rischi collegati con l'alzata dal letto. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00623-6/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00623-6/abstract)]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego il **programma dell'AIP Summer School 2024** che si terrà tra 3 settimane a Firenze (26-29 settembre). Mi permetto di insistere sull'importanza, in particolare per i giovani (ma anche noi meno giovani abbiamo sempre bisogno di imparare!), di un corso organizzato con criteri didattici adeguati a permettere l'approfondimento delle principali problematiche in ambito psicogeriatrico. L'evoluzione dell'epidemiologia indica l'importanza di una forte preparazione dei medici e degli psicologici; le scuole estive AIP tradizionalmente hanno svolto un ruolo cruciale in questa direzione: un'occasione da non perdere!

Settembre vede numerose occasioni di studio e approfondimento sul tema delle demenze (è il mese dell'Alzheimer); sono certo che i soci della nostra Associazione sentano la responsabilità di partecipare attivamente alle varie occasioni di approfondimento culturale e professionale.

Ricordo gli appuntamenti dell'**Alzheimer Fest** (in allegato). La Lettura del *Corriere della Sera* di domenica 1 settembre ha pubblicato un mio articolo che accludo. Riporto la frase di Michele Farina introduttiva alla pagina: "Soccorrere significa anche tornare alla memoria e forse per questo è una parola che vale il doppio nel vocabolario delle persone con Alzheimer, quelle che per antonomasia non ricordano più le cose. Quest'anno l'Alzheimer Fest ha come fili conduttori **due temi cruciali per chi vive con una forma di demenza** e per tutti coloro che sono immersi in un rapporto di cura, per ragioni affettive o di lavoro: **il soccorso e la prontezza**".

Un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'autonomia differenziata: un contributo
- NYT: "Perché l'epidemia di solitudine è così difficile da curare?"
- I provvedimenti per una crescita professionale degli Oss
- Un articolo di Ferruccio de Bortoli sugli anziani fragili

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Due lavori dell'ISS di grande significato: *J Prev Alz Dis* e *J of Alzheimer Disease*
- JAMA Int Med* e l'IA alla fine della vita
- Alzheimer's & Dementia*: una revisione dei criteri diagnostici

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Alzheimer Fest a Senigallia
- Il consueto evento romano per il mese dell'Alzheimer
- AIP Summer School 2024: Firenze, 26-29 settembre

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Alcuni dati recenti hanno reso molto complesso il quadro che si riferisce alle **condizioni del sistema di assistenza nelle varie regioni italiane**. Non voglio prendere posizione a priori a favore o contro **l'autonomia differenziata delle regioni**; i fatti che presento di seguito parlano da soli.

La popolazione italiana si ridurrà drasticamente nei prossimi anni; questo fenomeno avverrà però con marcate differenze territoriali. Infatti, nel 2080 il calo sarà del 9.5% al nord, del 20.5% al centro e del 39% nel mezzogiorno. Il risultato sarà quello che al nord risiederà il 54%

della popolazione (24.8 milioni), mentre al sud risiederanno 9.3 milioni di cittadini. I dati dell'ISTAT sono drammatici nella prospettiva di costruire un paese sviluppato in modo omogeneo, dove il lavoro umano sarà in grado di garantire benessere. Nella realtà i dati indicano che sarà difficile trovare la disponibilità di forza lavoro per garantire a tutti una buona qualità della vita. Anche se in futuro vi sarà un discreto aumento della natalità (che peraltro deve essere dimostrato) solo un'immigrazione regolata sarà in grado di ridurre il declino demografico. Ma sarà soprattutto il sud a subire le conseguenze più negative di questi fenomeni, conseguenze molto preoccupanti che solo una politica seria potrebbe essere in grado di affrontare.

Un altro esempio di dinamiche molto diverse tra le Italie è costituito dalla lettura dei dati sulle Case di Comunità da aprire e quelle già attive ad oggi. Le prime sono 1420, le seconde 413; le regioni del nord (Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia) ne hanno attivate da sole 283, cioè oltre il 65% del totale. Inoltre, in 120 case della comunità non è prevista l'attività di medici e in 58 meno di 30 ore a settimana, in 60 tra 30 e 49 ore e in 175 tra 50 e 60 ore. Come sarà possibile in questo scenario migliorare le qualità dell'assistenza nelle regioni del sud, considerando l'importanza strategica delle Case di Comunità?

Qualcuno potrebbe sostenere che queste vicende hanno basi morali (la crisi demografica) e basi politiche che ben poco potrebbero essere modificate, in bene o in male, dall'autonomia differenziata. Sarebbe quindi inutile impegnarsi pro o contro questo provvedimento di legge.

Mi sembra una visione miope, mentre noi che ci occupiamo di persone anziane dobbiamo seguire con grande attenzione l'evoluzione dei fenomeni, offrendo, quando possibile, il nostro contributo di esperienza e di conoscenze.

Il NYT del 1 settembre ha pubblicato un altro articolo sul filone dell'attenzione alla solitudine dal titolo: **“La solitudine ha una cura”**, titolo in contraddizione con quelli più recenti dello stesso giornale. Il pezzo si conclude così: “Milioni di americani sono soli. Si sentono tristi, a disagio, bloccati. Sono separati dalle loro comunità e disturbati per la loro condizione difficile e hanno l'impressione che la loro condizione non possa essere facilmente superata. Ma l'amicizia può sistemare ognuno di questi problemi. Con la compagnia arriva la gioia. Con le relazioni arrivano le opportunità. Non vi sono condizioni migliori che costruire un legame con una persona e predisporre un posto dove i legami possano esprimersi”. L'articolo trae conclusioni positive sulle **modalità per vincere la solitudine**, alcune banali e poco realistiche nella nostra cultura, altre più realistiche. In ogni modo è una importante ventata di ottimismo di fronte alle denunce senza speranza.

Sono stati recentemente pubblicati **due provvedimenti ministeriali per rendere omogenei il profilo dell'operatore socio-sanitario e per istituire il ruolo di “assistente infermiere”**. Mentre quest'ultima funzione sta incontrando ampia opposizione, la migliore preparazione

dell'Oss viene da più parti considerata come un atto positivo. Il decreto definisce gli ambiti di competenza degli Oss: a) aiutare la persona assistita nel soddisfare i bisogni di base e della vita quotidiana; b) assicurare igiene, sicurezza e comfort negli ambienti di vita e di cura della persona; c) svolgere attività di assistenza alla persona a carattere sanitario e socio-assistenziale; d) svolgere attività finalizzate all'integrazione con gli altri operatori e al lavoro in team. Come si può capire, la definizione dei compiti è abbastanza generica (vedi ad esempio al punto c) quando si scrive di attività a "carattere sanitario"). Questo provvedimento ministeriale potrebbe però aprire ad una definizione più elastica dei compiti degli Oss, in particolare nelle RSA, dove frequentemente devono assumere responsabilità non chiaramente normate, ma che costituiscono l'ossatura dei compiti assistenziali.

Il *Corriere della Sera* del 7 settembre pubblica un articolo molto "forte" del grande giornalista **Ferruccio de Bortoli** dal titolo: **"Più fragili, invisibili, dimenticati"** sottotitolo: "Perché la questione dell'assistenza a queste persone non è mai una priorità della politica". Allego il testo, perché con lucidità ci mette davanti alla crisi che stiamo vivendo, in particolare a causa di una politica sorda ed autocentrica. Dei vecchi fragili nessuno tra i responsabili della cosa pubblica si occupa con determinazione.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo, originale come sempre, di **Mauro Colombo**, dedicato al **trattamento con farmaci antidepressivi**.

"Una delle remore fanno titubare al momento di indirizzare un paziente ad un trattamento con farmaci antidepressivi consiste nel timore di esporlo a rischio di cadute e relative conseguenze avverse. Lo ribadisce un articolo pubblicato il 26 agosto 2023 su *JAMA* [1], che presenta una visione diversa. Il timore sembra ben fondato: stimolato dal dato di oltre 32000 ultra65enni morti all'anno da caduta negli USA, riportato in [1], sono andato a spigolare sul sito dei 'Centers for Disease Control and Prevention'. Alla voce 'Injury Prevention and Control' [<https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal/trends.html#print>] ho trovato dati aggiornati all'agosto 2023 ancora più allarmanti, indicativi di una crescita costante degli eventi dal 2018 in poi. Uno dei 'padri storici' della gerontologia clinica – John Grimley Evans – metteva in guardia, su *The Lancet*, nel 2003, sui possibili effetti avversi in termini di vigilanza, equilibrio e regolazione della pressione arteriosa, da parte dei farmaci antidepressivi, pur efficaci sulla depressione [2]. Una meta-analisi ha riportato un incremento di oltre il 50% di cadute e lesioni da caduta attribuite ai farmaci antidepressivi, rispetto al loro non-uso [3]. In questa cornice si inquadra la raccomandazione del Collegio dei Medici Americani [#] verso una monoterapia mediante intervento cognitivo comportamentale o con antidepressivi di seconda generazione per il trattamento iniziale della depressione [4]. La Società Geriatrica Americana nel suo aggiornamento 2019 dei Criteri di Beers ha dato la controindicazione specifica all'uso degli antidepressivi nei pazienti anziani con storia di caduta, specificando

che ‘non esistono prove stringenti che certe classi di farmaci antidepressivi conferiscano meno rischio di lesioni da caduta di altre’ [5].

Ma tenendo conto che la depressione costituisce di per sé un fattore indipendente di rischio per le cadute e le lesioni da caduta, e di possibili problemi metodologici di tanti studi precedenti, studiosi delle università di Gainesville (Florida), Pittsburgh (Pennsylvania) e Taiwan sono tornati sull’argomento, anche con l’obiettivo di confrontare singoli principi attivi, e non solo categorie farmacologiche [1]. Allo scopo, hanno sfruttato i dati anonimizzati – così da non dover richiedere un consenso da parte di un comitato etico - del servizio ‘Medicare’ – che copre approssimativamente il 97% della popolazione ultra65enne statunitense – di oltre 100 000 anziani, di età media 76 ± 8 anni, 62% femmine, con diagnosi recente di depressione. I trattamenti di primo approccio sono consistiti in: psicoterapia (14,6%), sertralina (9,2%), escitalopram (9%), citalopram (4,7%), mirtazapina (3,8%), duloxetina (3,1%), trazodone (2,9%), fluoxetina (2,8%), bupropione (2,3%), paroxetina (1,4%) e venlafaxina (1%); 45,2% dei pazienti non aveva ricevuto nessuna forma di trattamento, a distanza di un anno dalla diagnosi. Mentre la psicoterapia non è risultata associata ad alcuna modificazione nella evenienza di cadute e danni conseguenti rispetto ai soggetti non trattati, il trattamento coi farmaci antidepressivi sopra indicati è apparso associato – nel medesimo confronto - a riduzioni in cadute e lesioni conseguenti [8] comprese tra il 26% per il bupropione ed il 17% per l’escitalopram. I risultati hanno tenuto conto di aggiustamenti per età, sesso, etnia, comorbidità, farmacoterapia concomitante, utilizzo di risorse sanitarie e fattori collegati al medico curante.

I motivi per cui i risultati riportati nello studio [1] contrastano con quelli di ricerche precedenti possono essere diversi:

- legati alla popolazione di riferimento [qui, solo pazienti depressi / tutti gli anziani]
- conseguenti a distorsioni legate al tempo [‘da tempo immortale’: con questo termine si intende una parte del periodo di osservazione durante la quale, a causa della definizione stessa di esposizione, l’esito in studio non si può manifestare]; nel caso specifico, la distorsione consiste in una eventuale fase in cui il paziente non ha iniziato la terapia in prossimità della diagnosi, tenendo conto che in [1] sono stati esplorate diverse fasce di tolleranza, da 30 a 90 giorni
- derivanti dall’aver trascurato rischi competitivi
- dovuti a confondimento da evento indice: ad esempio, uno studio di serie di casi auto-controllati [6] – corredato da un editoriale [7] ha mostrato che il tasso di incidenza della frattura dell'anca era più alto da 16 a 30 giorni prima dell'inizio dell'assunzione dei farmaci antidepressivi, indicando che le fratture dell'anca erano molto probabilmente attribuite alla depressione piuttosto che all'uso di tali farmaci
- riferiti a spiegazioni non individuate: un'analisi di mediazione – condotta da epidemiologi e psicologi della università della Carolina del Sud - ha scoperto che l'uso di farmaci

antidepressivi rendeva conto solo del 18% dell'associazione tra depressione e cadute e relative conseguenze avverse. Questa osservazione implica che la maggior parte di questa associazione derivava da condizioni depressive e altri fattori [8].

Due categorie di motivazioni rendono a mio parere questo studio meritevole di attenzione:

- a livello epidemiologico, l'impiego di analisi di mediazione, che approfondiscono le relazioni fra predittori ed esiti; ma anche il ricorso a metodiche statistiche che ottimizzano lo sfruttamento di dati derivati da indagini osservazionali. Tali accorgimenti, mimando la randomizzazione dei trials clinici, mitigano il rischio di confondimento: si tratta di una questione metodologica di importanza crescente, e per questo già citata in 'angoli' precedenti
- a livello di contenuti e di ricadute pratiche: dato che molti pazienti anziani non ricevono alcuna forma di trattamento per la loro depressione {oltre 2/5 nello studio in questione; la ampia maggioranza assoluta in indagini precedenti [9], col carico di conseguenze [10] quali declino cognitivo, aumento del rischio di suicidio, tassi di mortalità più elevati e riduzione della qualità della vita}, a fronte di una prevalenza del disturbo di circa 1 anziano su 3 [11], la possibilità che i benefici clinici dei farmaci antidepressivi possano superare i rischi associati ai loro effetti avversi anticolinergici che contribuiscono alla cadute e relative conseguenze avverse andrebbe tenuta in conto”.

[#] segnalo che in tutto il testo di [4] il termine “fall” [caduta] non appare mai

[8] tra cui cadute, fratture ossee, distorsioni, stiramenti, lussazioni e lesioni cutanee superficiali alla testa, al collo o al tronco, agli arti superiori e agli arti inferiori

[1] Wang, G. H., Lai, E. C., Goodin, A. J., Reise, R. C., Shorr, R. I., & Lo-Ciganic, W. H. (2024). Injurious Fall Risk Differences Among Older Adults With First-Line Depression Treatments. *JAMA network open*, 7(8), e2435535. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.35535>

[2] Evans J. G. (2003). Drugs and falls in later life. *Lancet* (London, England), 361(9356), 448. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12502-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12502-0)

[3] Seppala, L. J., Wermelink, A. M. A. T., de Vries, M., Ploegmakers, K. J., van de Glind, E. M. M., Daams, J. G., van der Velde, N., & EUGMS task and Finish group on fall-risk-increasing drugs (2018). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(4), 371.e11–371.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.098>

[4] Qaseem, A., Owens, D. K., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Tufte, J., Cross, J. T., Jr, Wilt, T. J., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Crandall, C. J., Balk, E., Cooney, T. G., Fitterman, N., Hicks, L. A., Lin, J. S., Maroto, M., Obley, A. J., Tice, J. A., & Yost, J. (2023). Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 176(2), 239–252. <https://doi.org/10.7326/M22-2056>

- [5] By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674–694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- [6] Brännström, J., Lövhelm, H., Gustafson, Y., & Nordström, P. (2019). Association Between Antidepressant Drug Use and Hip Fracture in Older People Before and After Treatment Initiation. *JAMA psychiatry*, 76(2), 172–179. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3679>
- [7] Iaboni, A., & Maust, D. T. (2019). A Status Update on the Association Between Antidepressants and Fractures: Breaking Up? *JAMA psychiatry*, 76(2), 113–114. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3632>
- [8] Lohman, M. C., Fairchild, A. J., & Merchant, A. T. (2021). Antidepressant Use Partially Mediates the Association Between Depression and Risk of Falls and Fall Injuries Among Older Adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 76(9), e171–e178. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa253>
- [9] Kok, R. M., & Reynolds, C. F., 3rd (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*, 317(20), 2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- [10] Voros, V., Fekete, S., Tenyi, T., Rihmer, Z., Szili, I., & Osvath, P. (2020). Untreated depressive symptoms significantly worsen quality of life in old age and may lead to the misdiagnosis of dementia: a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, 19, 52. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00302-6>
- [11] Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>

Di seguito commento **due lavori redatti dal gruppo di studiosi che opera sotto la leadership dell'Istituto Superiore di Sanità**. Oltre al loro indubbio valore scientifico, mi permetto di commentare il fatto che gli articoli sono il risultato del gruppo di lavoro guidato da Nicola Vanacore, collega che da anni con determinazione e cultura si è dedicato a costruire un insieme di provvedimenti importanti per la governance del sistema dei servizi dedicati in Italia alle persone affette da demenza. Grazie Nicola.

J Prev Alz Dis di luglio si occupa della **prevenzione delle demenze nel nostro Paese** esaminando 21 **Piani Regionali di Prevenzione**. Il lavoro ha analizzato 248 interventi, il 100% dei quali rivolti all'inattività fisica, il 30-35% all'obesità, al fumo e all'alcool, nonché alla solitudine, il 25% all'ipertensione, diabete e inquinamento atmosferico, il 5-10% all'educazione, alla depressione e alla sordità. Sono dati di grande rilievo per chi volesse predisporre a livello nazionale un provvedimento in grado di incidere realmente sulle

dinamiche che rappresentano rilevanti fattori di rischio delle alterazioni cognitive.

[<http://dx.doi.org/10.14283/jpad.2024.144>]

J of Alzheimer Disease di luglio presenta **un'analisi accurata del profilo dei centri italiani per i disturbi cognitivi e la demenza**, alla luce della **futura gestione dei nuovi farmaci per la cura dell'Alzheimer**. L'indagine si fonda sulla rilevazione della presenza di alcuni parametri: presenza di un team interdisciplinare, di un protocollo per l'assessment neuropsicologico, la presenza di una adeguata strumentazione per l'imaging (PET, risonanza) e per i marker liquorali. L'indagine indica che solo il 14% dei CCDD presenta i requisiti per la prescrizione delle terapie disease-modifying, soprattutto localizzati nel nord. Lo studio costituisce un importante fonte di informazioni, che saranno utili al programmatore quando, si spera a breve, dovrà designare i centri adeguati alla gestione dei farmaci approvati dalle autorità regolatorie. Sarà un momento di estrema delicatezza, perché vi è il rischio che molti cittadini con la diagnosi di demenza siano privati della possibilità di ricevere le cure innovative alle quali hanno diritto. Si intravede anche il pericolo di una forte emigrazione verso i centri del nord (33 in Emilia, Veneto, Lombardia, Piemonte) da parte di cittadini italiani abitanti nelle regioni del sud (5 centri in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna). Sono dati molto preoccupanti. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39213073/>]

JAMA Int Med di luglio pubblica un punto di vista che discute il **possibile ruolo dell'intelligenza artificiale nel riprodurre la volontà dei pazienti non in grado di esprimere le proprie scelte alla fine della vita**. Gli autori dichiarano alla fine del testo che l'utilizzazione dell'intelligenza artificiale è oggi inevitabile, creando opportunità e rischi. Con appropriata supervisione umana, gli algoritmi possono integrare dati clinici e comportamentali, per costruire adeguate procedure diagnostiche ("predict authentic choices") per i pazienti non più capaci. Si tratta di progressi reali, ma che suscitano problematiche pratiche e teoriche. È il tempo di occuparci di queste vicende, perché il progresso tecnico rischia di correre più in fretta di quello clinico.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2821367>]

Alzheimer's & Dementia di giugno discute i **criteri per la diagnosi e per lo staging dell'Alzheimer** predisposti dal gruppo di lavoro dell'Alzheimer's Association. Il documento rappresenta un updating del documento predisposto nel 2018 e incorpora gli sviluppi più recenti della problematica. Gli autori dichiarano che lo scopo del documento è quello di essere fedeli al principio che le malattie devono essere definite sul piano biologico e quindi anche le malattie neurodegenerative devono essere sottoposte alla stessa valutazione.

In particolare, le procedure diagnostiche prendono in considerazione i recenti progressi sui biomarker, costruendo così un ponte tra la ricerca e la clinica. Lo scopo finale del testo è quindi quello di costituire principi generali per informare la diagnosi e lo staging dell'AD ai più

recenti avanzamenti della scienza. Un grade progresso! [<https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.13859>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

In questi giorni si è svolta a **Senigallia la prima tappa dell'Alzheimer Fest 2024**. Grande successo di pubblico per un programma originale di grande varietà. Mi soffermo in particolare sul fatto che in contemporanea (ma non per caso) all'AF si sono svolte al mare di Senigallia le vacanze di un gruppo di persone ammalate di demenza. In una prossima newsletter pubblicheremo il commento di Manuela Berardinelli, responsabile dell'evento, e di Michele Farina, inventore e realizzatore dei diversi appuntamenti che anche quest'anno porteranno nelle varie regioni il messaggio: **“La demenza non cancella la vita”**.

Allego il programma del consueto **evento per il mese dell'Alzheimer organizzato ormai da 26 anni da Luisa Bartorelli a Roma**, nella splendida cornice del Campidoglio. È una realtà che negli anni ha segnato i progressi e le difficoltà delle cure delle demenze, con la partecipazione di diverse coorti di studiosi. Una vera storia psicogeriatrica, per la quale dobbiamo essere molto grati a Luisa.

Allego il programma dell'**AIP Summer School 2024** che si svolgerà a Firenze dal 26 al 29 settembre. Rinnovo l'invito ad un'occasione di formazione di grande livello, per i giovani, ma non solo!

Un caro saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Giornata Mondiale dell'Alzheimer
- Gli anziani e la cessione della nuda proprietà
- I dormitori sono affollati di anziani
- Il ripetuto triste riferimento ai dati della demografia

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto, ma sempre nuovissimo, angolo di Mauro Colombo
- JAMA* e l'intelligenza artificiale generativa
- JAMA Neurology*: la demenza e la malattia del coniuge
- JAGS*: la geriatria non è in declino
- Lancet*: l'aumento dell'età pensionabile in Cina
- Lancet Neurology*: l'evoluzione del paradigma della diagnosi di Alzheimer

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il Convegno della Sezione Regionale AIP della Lombardia
- Un invito alla collaborazione

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Siamo nel pieno del **mese dell'Alzheimer** e domani è il 21 settembre, la **Giornata Mondiale**. Molti ci stiamo impegnando per organizzare momenti di incontro e di discussione, al fine di **approfondire le problematiche più innovative della ricerca** biologica e clinica e per discutere come meglio **organizzare l'assistenza nei vari luoghi di cura**. Solo a scopo di esempio, perché certamente di scarso interesse per i lettori, domenica ho partecipato alla Festa dell'Anziano nella RSA di Illasi, lunedì a Cingia de' Botti (Cremona) ad un convegno con una relazione molto significativa dal titolo: "Ancora tanto si può fare", martedì a Milano: "Interventi di socialità", mercoledì a Roma per l'ormai storico evento di Luisa Bartorelli,

giovedì a Brescia per un seminario sui caffè Alzheimer, venerdì a Suzzare (Mantova): “La fragilità dell’anziano: come prendersene cura”, domani a Melegnano per l’Alzheimer Fest: “La fortezza encefalica”. E poi avanti così: lunedì prossimo presentiamo Brescia il volume “Pagine di Alzheimer”, che ripota alcuni dei 1200 articoli sulle demenze pubblicati dal Giornale di Brescia in 40 anni (un interessante osservatorio per verificare i cambiamenti, anche molto grandi, avvenuti in questi anni), mentre martedì presentiamo il libro: “Daranno ancora frutti” che riguarda la vita delle suore e dei religiosi dopo il pensionamento (che non dovrebbe mai avvenire con la testa...).

Ieri è stato pubblicato su *Avvenire* un mio articolo dal titolo “Alzheimer, la cura della tenerezza”, con un sottotitolo predisposto dalla redazione: “La demenza va vissuta come chiamata ad accompagnare un’umanità non cancellata dalla malattia, ma indifesa e bisognosa di sentinelle che vadano oltre l’apparenza”. In allegato.

Un fenomeno che dovremmo seguire, almeno quelli di noi più attenti ai cambiamenti di costume per i loro riflessi sulla salute, riguarda **la cessione della nuda proprietà della propria casa da parte di persone anziane**. Recentemente il fenomeno ha avuto un forte aumento, con un incremento delle compravendite del 2.9% nei comuni capoluogo (a fronte di una flessione generale di compravendite del 9.7%). La problematica è di rilievo sociale, e andrebbe analizzata senza pregiudizi, ma con grande attenzione. Vi è infatti la percezione complessiva che gli acquirenti non siano degli avvoltoi, come venivano percepiti fino al recente passato; però la cessione della nuda proprietà è sempre un indice della difficoltà di alcune famiglie di anziani a vivere con l’assillo di spese, anche nell’ambito dell’assistenza (dal ricorso al privato per la sanità alle badanti) e la sensazione di non potercela fare. Sarebbe superficiale un giudizio aprioristicamente negativo, però è una tematica nuova, che va analizzata con attenzione in termini generali e seguita individualmente da parte degli enti del territorio che hanno la responsabilità di accompagnare gli anziani nelle decisioni più importanti della loro vita. Che impatto psicologico ha il fatto di continuare a vivere della casa di sempre, sapendo però che appartiene ad altri? È un’inconscia dichiarazione di fallimento di una vita intera? Ritengo che gli operatori sanitari non possano trascurare questa problematica.

Un operatore della Caritas di una città del nord ha dichiarato: “Io di **anziani nei dormitori** non ne avevo quasi mai visti fino a 5 anni fa, **oggi è pieno**”. L’ennesima dinamica riguardante le persone anziane che cambia in modo veloce, spesso senza che la comunità se ne accorga! Continua così: “Fino a una decina di anni fa con la pensione minima gli anziani arrivavano a fine mese. Oggi queste persone non sopravvivono più e nell’ultimo periodo sono arrivati a chiedere ospitalità a strutture di accoglienza, come quelle gestite dalla Caritas. Le pensioni sono basse e sempre le stesse da tanti anni e l’inflazione oggi non permette di restare a galla”.

Come fare? Quando discutiamo di fattori di rischio di malattie della terza età, e in particolare delle demenze, la povertà deve essere al centro delle nostre valutazioni, perché gli atti di cura tengano conto della realtà di dolore e di sofferenza che la povertà induce in chi è vecchio. La problematica pone anche il tema del rapporto tra i vari servizi rivolti all'anziano fragile; quelli che ricorrono al dormitorio potrebbero diventare ospiti di strutture a bassa intensità di cura, trovando così una sistemazione stabile e più dignitosa. Ancora una volta, è necessario impegnarsi in elaborazioni innovative; il mondo cambia e noi non possiamo continuare a vivere con le idee del passato!

Infine, il solito **triste riferimento alla demografia**. Riporto le dichiarazioni del professor Marco Minozzo, docente di statistica nell'università di Verona: "Ben lontani da quel 2,1 che ormai nessun paese raggiunge più (il 1975 fu l'ultimo anno nel quale in Italia il tasso di fecondità scese sotto il fatidico 2,1), a Verona il tasso di fecondità delle donne autoctone è in linea con quello nazionale, cioè del 1,1. Se scattiamo una fotografia della nostra società, per ogni cento nonni abbiamo 50 genitori, 25 figli, poco più di 12 nipoti". Sono dati drammatici, che purtroppo danno ragione al più spiacevole tra i nostri leader della contemporaneità Elon Musk: "L'Italia faccia figli, o scomparirà!". Come possiamo fare per smentirlo?

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto contributo di **Mauro Colombo**, che ringrazio anche per la capacità di identificare ogni settimana tematiche di grande interesse.

"Nonostante la dieta figuri tra i fattori di rischio per la demenza per i quali non vi sono prove sufficienti per venire incluso nel modello elaborato dalla Commissione Lancet nel nuovo rapporto 2024 [#], la letteratura riporta numerosi studi che collegano la capacità della dieta di influenzare il livello di infiammazione sistemica cronica con la occorrenza di demenza [1], così come con la cognitività globale e suoi aspetti specifici [funzioni esecutive, e memoria episodica, verbale e semantica], ed anche con marcatori neuro morfologici di invecchiamento cerebrale, alla risonanza magnetica nucleare. Mancava però la notizia specifica sul **rapporto tra tendenza infiammatoria della dieta ed incidenza di demenza nel caso di persone con malattia cardiometabolica**: condizione che include il diabete mellito di tipo 2, cardiopatie ed ictus.

Per rispondere al quesito, una cooperazione tra Svezia [Karolinska Institutet (Stoccolma)], varie università cinesi e California, ha condotto una analisi su dati della biobanca del Regno Unito, relativi a 84 342 soggetti di ambo i sessi paritariamente, di età media $64,1 \pm 2,9$ anni, seguiti per un periodo mediano di 12,4 anni [ambito interquartile 11.8 - 13.1]. Il 16,7 % di tale campione [14 079 individui] era portatore di almeno 1 malattia cardiometabolica all'inizio della osservazione, durante la quale sono occorsi 1559 casi demenza [1,9 % di tutto il campione]. Alla abitudine dietetica rilevata anamnesticamente viene assegnato un

‘punteggio infiammatorio’, utilizzabile sia come variabile continua che suddividendolo in categorie [pro / anti – infiammatoria, e neutra].

Rispetto alle persone senza malattie cardiometaboliche che assumevano una dieta anti-infiammatoria, nei confronti della incidenza di demenza, quelle nella condizione opposta presentavano un rapporto di rischio pari a 2.38 (intervallo di confidenza al 95% = 1.93 - 2.93) e quelle con malattia cardiometabolica ma che consumavano una dieta anti-infiammatoria vedevano una riduzione nel rapporto di rischio a 1.65 (intervallo di confidenza al 95% = 1.36 - 2.00). Nell'intero campione, seguire una dieta anti-infiammatoria riduceva il rischio di demenza, rispetto alla abitudine a dieta pro-infiammatoria. Viceversa, quest'ultima era associata ad un incremento del 21% di rischio anche nella maggioranza del campione scevra da malattie cario metaboliche, rispetto alla dieta anti-infiammatoria. Ancora, nei portatori di malattia cardiometabolica, chi consumava una dieta anti-infiammatoria presentava un maggiore volume di materia grigia e minori iperintensità della sostanza bianca, rispetto a chi assumeva una dieta pro-infiammatoria. Inoltre, il tempo di occorrenza della comparsa di demenza durante la osservazione risentiva sia della presenza di malattia cardiometabolica che del tipo di dieta.

Anche la serie di analisi aggiuntive hanno portato indicazioni importanti, in particolare: la persistenza dei risultati dopo avere escluso chi è andato incontro alla diagnosi di demenza prima di 5 anni dall'inizio della osservazione, a fronte di una loro parziale attenuazione tenendo conto del rischio competitivo dovuto alla morte. Il punteggio infiammatorio della dieta è correlato col livello di infiammazione sistemica, misurata attraverso le concentrazioni di proteina C reattiva; inoltre, il punteggio infiammatorio si è mantenuto stabile ripetendone la stima in occasioni diverse nei medesimi partecipanti.

Tutti i risultati sono stati calcolati anche dopo correzione per una ampia serie di covariate: scolarità, stato socio-economico, etnia, peso ed altezza [ed indice di massa corporea], ipertensione arteriosa e farmacoterapia specifica e generale, fumo, attività fisica, allele ε4 della Apolipoproteina E (APOE).

I risultati possono essere interpretati nel quadro dello ‘inflammaging’, la teoria secondo cui l'invecchiamento e lo sviluppo di malattie nelle persone anziane sono dovuti a una rottura del normale equilibrio dei processi pro-infiammatori e anti-nfiammatori man mano che gli individui invecchiano. L'infiammazione cronica di basso grado è stata collegata a un rischio aumentato di diversi disturbi legati all'età, tra cui malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e demenza, oltre alla fragilità. Modelli alimentari caratterizzati dal consumo di maggiori quantità di verdura, frutta, cereali integrali, pesce e legumi tendono ad essere associati a livelli più bassi di biomarcatori di flogosi. Una possibile spiegazione per i risultati di questo studio è che una dieta antinfiammatoria potrebbe attenuare l'infiammazione sistemica (specialmente tra le persone con malattie cardiometaboliche), rallentando così lo sviluppo della demenza. Inoltre, la rilevazione di interazioni significative tra lo stato di presenza di malattie cardiometaboliche e il potenziale infiammatorio dietetico potrebbe suggerire che i

potenziali benefici per la salute cognitiva e cerebrale di una dieta antinfiammatoria potrebbero essere più pronunciati proprio nelle persone con malattie cardiometaboliche”.

[#] vedi il risultato “negativo” [4] dell’esperimento “MIND” {Mediterranean–DASH Intervention for Neurodegenerative Delay [ibrido fra la dieta mediterranea e quella anti-ipertensiva “DASH” (Dietary Approaches to Stop Hypertension)] dove non sono stati ottenuti risultati superiori in termini di cognitiv  e di struttura cerebrale alla risonanza magnetica nucleare, rispetto ad una dieta lievemente ipocalorica, in soggetti cognitivamente integri, in sovrappeso, con familiarit  positiva per demenza.

In ogni caso, l’attenzione alle diete   dimostrata anche dalla rassegna pubblicata a giugno 2024 dal *New England Journal of Medicine* [5]

[1] Charisis, S., Ntanasi, E., Yannakoulia, M., Anastasiou, C. A., Kosmidis, M. H., Dardiotis, E., Gargalionis, A. N., Patas, K., Chatzipanagiotou, S., Mourtzinis, I., Tzima, K., Hadjigeorgiou, G., Sakka, P., Kapogiannis, D., & Scarmeas, N. (2021). Diet Inflammatory Index and Dementia Incidence: A Population-Based Study. *Neurology*, 97(24), e2381–e2391. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012973>

[2] Dove, A., Dunk, M. M., Wang, J., Guo, J., Whitmer, R. A., & Xu, W. (2024). Anti-Inflammatory Diet and Dementia in Older Adults With Cardiometabolic Diseases. *JAMA network open*, 7(8), e2427125. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.27125>

[3] Shivappa, N., Stubbs, B., Hébert, J. R., Cesari, M., Schofield, P., Soysal, P., Maggi, S., & Veronese, N. (2018). The Relationship Between the Dietary Inflammatory Index and Incident Frailty: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.006>

[4] Barnes, L. L., Dhana, K., Liu, X., Carey, V. J., Ventrelle, J., Johnson, K., Hollings, C. S., Bishop, L., Laranjo, N., Stubbs, B. J., Reilly, X., Agarwal, P., Zhang, S., Grodstein, F., Tangney, C. C., Holland, T. M., Aggarwal, N. T., Arfanakis, K., Morris, M. C., & Sacks, F. M. (2023). Trial of the MIND Diet for Prevention of Cognitive Decline in Older Persons. *The New England journal of medicine*, 389(7), 602–611. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302368>

[5] Yannakoulia, M., & Scarmeas, N. (2024). Diets. *The New England journal of medicine*, 390(22), 2098–2106. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2211889>

JAMA del 2 gennaio pubblica un editoriale che si pone la domanda: **“L’intelligenza artificiale generativa manterr  le sue promesse nell’ambito delle cure per la salute?”**   la stessa domanda di molti, da diverse prospettive. L’articolo per  si pone in una prospettiva limitata, in quanto valorizza il supporto che l’IA pu  dare a tutto il lavoro che circonda la cura, senza per  entrare direttamente sull’argomento. Riferisce di uno studio di McKinsey, secondo il quale l’introduzione dell’IA potrebbe portare al risparmio del 5-10% dei costi dell’assistenza sanitaria. Per  gli autori aggiungono che questi dati sono sottostimati se l’IA generativa

diventerà sempre più importante nel contribuire ai processi decisionali in clinica. Quindi, in sostanza, oggi l'IA è utile per facilitare le pratiche burocratiche, ma presto amplierà il suo ruolo anche in senso clinico stretto.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2812615>]

JAMA Neurology del 26 agosto ha valutato **se un evento cardiovascolare del coniuge è associato ad un aumento del rischio di demenza nel soggetto**. Il dato è particolarmente originale in un momento nel quale fioriscono gli studi sui fattori di rischio di alterazioni cognitive, con studi non sempre di adeguato valore. Lo studio, condotto su molte migliaia di individui, apre ad un'ampia discussione in particolare sui meccanismi che stanno alla base del fenomeno: il primo è un possibile effetto diretto dell'evento traumatico del coniuge, secondo, visto il rischio di mortalità dopo un evento cardiovascolare, il coniuge è rimasto solo, terzo i componenti della famiglia potrebbero aver cambiato stile di vita dopo la malattia, condizione che può aver rappresentato un fattore di rischio di demenza. Il lavoro è stimolante in senso generale, ma i dati richiederebbero ulteriori affinamenti.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2822648>]

JAGS di agosto interviene nel dibattito recente sull'**importanza della medicina geriatrica**, attualmente al centro di molti interventi, alcuni dei quali impostati al pessimismo circa il futuro ruolo di questa competenza. Lo studio indica la necessità di mettere a punto strumenti di valutazione più precisi per rilevare l'efficacia della pratica geriatrica, dato che va ben al di là della semplice conta del numero dei geriatri. Il lavoro suggerisce una metrica per valutare l'utilità del lavoro geriatrico, però non esce dall'ambiguità del fatto che una buona pratica di cura degli anziani fragili può essere praticata anche da medici competenti afferenti ad altre discipline. La discussione è senza fine e va avanti da molti anni: il vero successo della geriatria consiste nell'adozione della sua cultura e prassi anche da parte di altri specialisti? O è necessario un coinvolgimento diretto dei geriatri?

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.19143>]

Lancet del 31 agosto prende in esame le motivazioni della recente **decisione del governo cinese di aumentare l'età pensionabile**, portandola a 65 anni (attualmente la Cina ha la più bassa età pensionabile al mondo, 60 anni per gli uomini, 50-55 per le donne). L'editoriale è molto prudente nel discutere l'argomento, anche considerando che la Cina ha la più grande popolazione che lavora al mondo e che quindi le sue decisioni potrebbero essere di esempio anche per altre nazioni. L'editoriale si pone la domanda sulle conseguenze dell'innalzamento dell'età pensionabile sulla salute e se il sistema sociale e sanitario del paese sia pronto per questo cambiamento. Guardiamo tutti con attenzione a quanto avviene nel più grande paese del mondo, dove i fenomeni sociali si evolvono in maniera rapidissima sotto un governo che

decide in modo autocratico. [<https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2824%2901777-X/fulltext>]

Lancet Neurology di settembre pubblica un editoriale di commento alla presentazione da parte dell'Alzheimer's Association Workgroup: **"Revised criteria for diagnosis and staging Alzheimer's disease"**. Nel 2018 i criteri NIA-AA hanno rappresentato un notevole progresso, in particolare per la standardizzazione metodologica degli studi clinici. I nuovi criteri accelereranno il progresso in questo senso, anche alla luce delle nuove terapie per l'Alzheimer che sono destinate ad arrivare "sooner than you think" (le virgolette sono dell'editoriale di *Lancet Neurology* e indicano un notevole ottimismo sullo sviluppo degli studi in questo campo da parte della redazione della rivista). [[https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00329-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(24)00329-6/fulltext)]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego il programma del **Convegno della Sezione Regionale AIP della Lombardia**. Mi permetto di sottolineare l'importanza della tematica.

Ringrazio quelli di voi che ogni tanto si ricordano di inviare un commento o un pensiero sulle tematiche presentate e sui lavori scientifici commentati. Sono di grande aiuto nell'impegno settimanale; sono quindi davvero grato a queste colleghe e colleghi. Debbo però anche dichiarare che per me il lavoro di selezione ed elaborazione, e i conseguenti vantaggi culturali e pratici, sono la più forte motivazione per continuare.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Govoni: “la letteratura biomedica non basta”
- Cembrani sulla violenza a danno di chi opera in sanità
- Lancet*: le inopportune divisioni sul lecanemab
- La presentazione di due volumi
- Rette nelle RSA delle persone affette da demenza

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto originale “angolo” di Mauro Colombo
- NYT*: rapamicina per vivere a lungo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- L'Alzheimer Fest a Melegnano

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Dedichiamo l'inizio della newsletter a due importanti contributi, il primo sul piano culturale del professor **Stefano Govoni**, dal titolo esplicativo: “**Le demenze: la letteratura biomedica non basta**”, il secondo di **Fabio Cembrani** sulla **violenza a danno di chi opera in ambito sanitario**. Due tematiche di grande rilievo, pur in campi diversi, trattati con grandissima competenza e cultura da due colleghi che hanno sentito il dovere di rispondere al mio appello per contribuire alla nostra newsletter.

Stefano Govoni: “La citazione di un articolo di Francesca Rigotti, “L'Alzheimer degli scrittori”, reperibile sul web (<https://www.doppiozero.com/lalzheimer-degli-scrittori>), all'interno di uno scambio di mail con il professor Trabucchi, ha avuto per conseguenza (gradita) il suo invito a scrivere un commento sulla newsletter di AIP. Non ho la cultura sufficiente per conoscere tutti gli scrittori che hanno perso la memoria e ne hanno scritto in prima persona e tutte le

biografie scritte da persone a loro prossime, per parentela o per amicizia, o che su questo tema hanno diretto film o documentari.

Il mio primo incontro con espressioni artistiche relative al decadimento patologico delle funzioni cognitive è stato il film *Iris - un amore vero* (2001), sulla storia di Iris Murdoch. Non mi sembra che al suo esordio questo film sia stato apprezzato a sufficienza in Italia, anche se poi è stato rivalutato, ma limitatamente a un ristretto pubblico colto, ma qui il mio giudizio è personale e “di pancia”. Io l’ho visto alla sua prima in Roma, più di vent’anni fa, e l’ho trovato da subito coinvolgente oltre che rigorosamente aderente alle informazioni note dalla letteratura scientifica di allora. Certo, è un film che mette a nudo la vita anche nei risvolti intimi di due persone non convenzionali ed è una visione dall’interno, dato che è basata su quanto scritto dal marito di Iris (John Bayley), anch’egli scrittore e saggista. È un film che racconta la realtà, senza happy end.

Pensando alla costituzione di un centro di documentazione sulle demenze, credo che valga la pena di raccogliere anche questo tipo di letteratura e produzione artistica che non è ancora stata esplorata da un punto di vista “scientifico”. Da ricercatore in ambito biomedico, quale sono, ho la precisa sensazione che gli scrittori e, in genere, chi sa fare riflessioni interiori, basate su una propria esperienza e ha la capacità dell’artista di indurre chi legge (o ascolta o vede) a una intensa partecipazione emotiva e affettiva, nota e annota dettagli che sicuramente a me (sono un osservatore molto distratto), ma spesso anche al medico attento, sfuggono.

Nei libri di Oliver Sacks, medico neurologo e scrittore, si assiste alla crasi dei due aspetti anche se spesso (di nuovo è una mia sensazione “di pancia”) Il medico Sacks limita la capacità dello scrittore Sacks di commuovere il lettore, ne esita una sorta di sfumatura “analitica” del caso clinico piuttosto che la condivisione umana di una storia in evoluzione.

Per farmi capire prendo a prestito le parole di un romanzo che sto leggendo. L’autore Murakami Haruki descrive la visita del protagonista del romanzo (un pittore ritrattista, il suo nome non viene mai menzionato, che racconta in prima persona) a un anziano e famoso pittore (Amada Tomohiko) in una casa di riposo in compagnia del figlio dello stesso (Masahiko), suo amico e compagno di studi. Trascrivo alcuni passaggi del libro.

“Amada continuava a tenere gli occhi voltati verso di me. Erano offuscati da un velo leggero come tulle, un velo che andava lentamente separando la vita dalla morte, strato su strato, destinato a diventare un pesante sipario e occultare tutto. – La casa di Odawara [di proprietà di Amada, ma abitata, al momento del racconto, dal protagonista] è magnifica, – dissi. – L’ideale per lavorare. Spero che non le dispiaccia, ma mi sono anche preso la libertà di ascoltare i suoi dischi. E una volta mi sono permesso di salire nel sottotetto. A quelle mie parole, per la prima volta le pupille del vecchio ebbero un lampo. Fu solo un attimo, nessuno se ne sarebbe accorto, a meno di fare molta attenzione. Io però non staccavo lo sguardo dai suoi occhi. Quella luce non mi sfuggì. Di sicuro la parola «sottotetto» aveva risvegliato

qualcosa nella sua memoria [lì Amada aveva nascosto un quadro pieno di significati e rimandi alla sua storia personale].

Io non staccavo lo sguardo dal volto di Amada, lui dal mio. Percepivo il lavoro della sua mente mentre cercava di imbastire il filo di un pensiero, di collegare fra loro quelle poche parole di cui ricordava il significato: gufo, sottotetto, deposito per i quadri... nelle condizioni in cui si trovava, non doveva essere facile, per lui. Per niente facile. Era come venir fuori dal fondo di un labirinto con gli occhi bendati. Ma sapeva che lo sforzo di ricostruire quel filo era necessario. Lo sentiva intensamente. Quanto a me, potevo solo osservare in silenzio la sua solitaria fatica.

- È strano, però, – proseguì Masahiko, – io posso raccontargli qualsiasi cosa, resta del tutto indifferente, e ora arrivi tu e non la smette di guardarti. Non potevo fare a meno di sentire, nel tono di Masahiko, una leggera gelosia. [...]” [1]

Dai brevi cenni biografici che ho letto su Murakami non emerge una storia di contiguità importante con una persona affetta da malattia di Alzheimer, tuttavia nei suoi romanzi lo scrittore esplora gli aspetti psicologici della memoria e si addentra nelle complesse relazioni personali e sociali tra vissuto, memoria del vissuto e realtà, spesso all'interno di un contesto onirico e surreale. Il libro e gli stralci che ho tratto non sono relativi a una storia strutturata della malattia da cui è affetto il vecchio e famoso pittore Amada, anzi si tratta di un romanzo piuttosto controverso. Eppure...la descrizione dell'intensità dello sguardo (“Quella luce non mi sfuggì”), la fatica percepita del ricordare di chi ha perso la memoria (“...potevo solo osservare in silenzio la sua solitaria fatica”), la competizione di chi è al letto per ottenere l'attenzione del malato, la reazione del figlio Masahiko (“io posso raccontargli qualsiasi cosa, resta del tutto indifferente, e ora arrivi tu e non la smette di guardarti.”) sono così veri!

La mia impressione è che la sensibilità dello scrittore e, più in generale, l'espressione artistica sia in grado di catturare e descrivere senza quei diaframmi culturali che la professione biomedica frappone, l'umanità che il malato fatica ad esprimere (“Era come venir fuori dal fondo di un labirinto con gli occhi bendati.”), quella luce che non ci deve sfuggire, aiutandoci a riconoscerla, in una fotografia, in un quadro, in uno scritto. Sono convinto che un centro documentazione sulle malattie della sfera cognitiva, come quello che sta nascendo a Mercato Saraceno grazie all'opera della fondazione Maratona Alzheimer e del suo “presidente motore” (Stefano Montalti) e da idee generate nel circuito di AIP, se attento a questi aspetti, possa offrire al ricercatore nuovi ed originali strumenti di indirizzo e interpretazione della ricerca”.

[1] Da: Murakami Haruki, L'assassinio del Commendatore. Libro secondo: Metafore che si trasformano (Italian Edition) (stralci da p. 215-217). EINAUDI. Kindle Edition.

Fabio Cembrani: “La violenza a danno di chi opera nel campo della salute è, nelle ultime settimane, ritornata prepotentemente agli onori del dibattito pubblico per tutta una serie di

ragioni e non solo per i più recenti drammatici eventi registrati dalla cronaca che sembrano aver convinto il nostro Ministro della salute a proporre l'ulteriore inasprimento delle sanzioni con la possibilità di procedere all'arresto in flagranza dell'eventuale aggressore. Mi chiedo se questa ulteriore azione (presuntivamente) correttiva sarà in grado di invertire il trend o se si tratta di un ennesimo provvedimento palliativo che, purtroppo, produrrà scarsissimi effetti. Penso che sarà così perché l'aggravio delle sanzioni non potrà essere un motore di contrasto a questa realtà che non è, come spesso qualcuno sembra voler far apparire, un esclusivo fenomeno italiano. Ce lo conferma l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) la quale ha stimato tra l'8% e il 38% il numero dei professionisti sanitari che hanno subito una violenza fisica nel corso della loro vita lavorativa e che si tratta di una triste realtà presente in tutti i Paesi del mondo, soprattutto in quelli più poveri ed a reddito basso.

Nel nostro Paese, nonostante l'esistenza di sistemi strutturati di segnalazione, i dati statistici esprimono solo parzialmente la reale entità del fenomeno come conferma l'esiguo numero di casi riportati nel 4° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella pubblicato sul sito del Ministero della salute in cui sono dichiarati solo 130 casi di violenza a danno di chi opera nel campo della cura. Quando la Sovrintendenza sanitaria centrale dell'INAIL ha documentato, nel quinquennio 2015-2019, quasi 11 mila casi di aggressione a danno del personale sanitario (quasi il 9% di tutti gli infortuni sul lavoro), avvenuti nelle strutture di diagnosi e cura (41%), nelle strutture di assistenza residenziale (31%) ed in quelle non residenziali (28%). I responsabili delle aggressioni, nel 90% dei casi, non sono stati i pazienti sottoposti alla cura ma i loro familiari o conoscenti. Vittime degli episodi di violenze sono soprattutto le donne (71% dei casi) mentre per entrambi i generi si rileva che il 23% dei casi interessa gli operatori sanitari di età anagrafica inferiore a 34 anni, il 39% quelli da 35 a 49 anni, il 37% da 50 a 64 anni e l'1% oltre i 64 anni. Oltre un terzo delle violenze riguarda gli infermieri e gli educatori professionali impegnati nei servizi educativi e riabilitativi dedicati ai minori, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, i carcerati, ai disabili, ai pazienti psichiatrici ed agli anziani ricoverati in struttura residenziale. Seguono, con il 29% dei casi, gli operatori socio-sanitari dei servizi sanitari e sociali e, con il 16%, le professioni qualificate occupate nei servizi personali, soprattutto gli operatori socio-assistenziali e gli assistenti-accompagnatori delle persone con disabilità. Meno rappresentati sono, invece, i medici vittime di violenza (3% dei casi) anche se questo dato è sottostimato per tutta una serie di questioni legate soprattutto all'obbligo assicurativo.

La violenza a danno di chi opera nel campo della cura è, così una tristissima realtà non circoscritta ai Pronto Soccorso ospedalieri, che non riguarda i soli medici e le cui cause sono molto complesse come confermano tutti i dati di letteratura. Tra esse, gli inaccettabili tempi di sosta negli ambulatori ed in Pronto Soccorso, i ritardi diagnostici, la spersonalizzazione della relazione di cura, l'eccesso di burocrazia inutile, l'obsolescenza e la precarietà dei luoghi della cura, la drammatica delegittimazione di tutte le professioni sanitarie, la rabbia spesso provocata dalla solitudine in cui sono lasciate le famiglie che si dedicano all'assistenza degli anziani, l'attenzione data dai management aziendali alla sola efficienza performante e, soprattutto, la scarsità delle risorse umane adibite ai servizi di diagnosi e

cura. Occorre segnalarlo perché tra qualche settimana il dibattito politico si concentrerà sulla legge di Bilancio per il 2025 e perché all'appello previsto dalla manovra finanziaria sembrano ancora mancare una decina di miliardi di Euro. E non vorrei che, ancora una volta, la sanità pubblica possa diventare la vittima sacrificale. Dio non voglia che la spettacolarizzazione degli episodi di violenza a danno dei sanitari registrata in queste ultime settimane ed i correttivi di rigore proposti dal Ministro della salute siano uno stratagemma per confondere il nostro sguardo che deve restare concentrato sui reali problemi che sta affrontando il nostro Paese ricordando che la nostra spesa sanitaria resta tra le più basse di quelle registrate dai Paesi dell'OCSE (2.609 euro pro capite a fronte di 3.159 euro della media europea). Perché non vorrei che l'inasprimento delle sanzioni previste a carico di chi aggredisce il personale di assistenza e cura, pur calmierando in qualche modo le ansie dei professionisti, possa fungere da schermo protettivo utile a legittimare il non incremento del numero delle risorse umane dedicate alla cura e a far da scudo alla responsabilità datoriale dei direttori generali delle Aziende sanitarie a cui le norme vigenti già affidano l'obbligo di predisporre specifici piani di contenimento anche di questo rischio”.

Lancet del 21 settembre pubblica un editoriale che ha il significato di **un appello al mondo degli studiosi della malattia di Alzheimer perché non si approfondiscano le divisioni attorno al lecanemab**, l'ultimo della serie dei nuovi farmaci per la malattia. “I media che descrivono il lecanemab come una “wonder drug” non sono corretti. Ma è doveroso riconoscere che lo sviluppo del primo farmaco disease-modifying è un grande momento per la scienza e per la società. Il campo dell'Alzheimer si trova in una condizione fluida, che non è certo riflessa dalle decisioni binarie delle autorità regolatorie”. Penso si tratti di una posizione saggia, che condividiamo in pieno; le decisioni delle autorità regolatorie sono necessarie, ma non devono sminuire l'importanza dei progressi scientifici anche in ambito farmacologico.
[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02075-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02075-0/fulltext)]

In questi giorni è stato presentato a Brescia **“Pagine di Alzheimer”**, un volume che riporta alcuni degli **articoli sull'Alzheimer comparsi nel corso di 30 anni sul *Giornale di Brescia***. È stata una festa che avrebbe potuto essere nostalgica, ma che, invece, ha dimostrato come fra noi vi sia ancora grande impegno verso le persone ammalate di Alzheimer e le loro famiglie. Riporto un pezzo della postfazione al libro scritta da Michele Farina: “Non so se esitano studi al riguardo, ma la mia impressione è che i ragazzi di oggi guardino ai vecchi come fonte di ispirazione, con curiosità e rispetto. Sono spesso gli adulti, coloro che hanno in mano le leve del potere (e la borsa dei soldi) a dimenticare chi dimentica, a fare finta di niente, a mostrare la faccia dura con i più fragili. Come cantano i trentenni Pinguini Tattici Nucleari, nella canzone Ricordi, che è già un piccolo classico: “Penso che questa notte presto finirà/lo ti terrò la mano e tu tienimi l'anima/E pure se non sai chi sono non lasciarla mai”. Notte dopo notte, pagina dopo pagina, c'è chi non lascia mai la mano delle persone che magari non

sanno chi sono, ma caparbiamente ci tengono l'anima. Uscendo dalla lettura di questo libro, io ci credo ancora di più".

Nella settimana si è svolta anche la presentazione del volume **“Daranno ancora frutti”**, edito da Paoline, dedicato ai **religiosi e alle religiose che invecchiano**. L'evento è stato il primo di un corso che si svolgerà nelle prossime settimane, rivolto a chi assiste suore e frati fragili nelle infermerie dei diversi ordini religiosi. L'assistenza rivolta a loro deve seguire le regole generali valide per tutte le pratiche assistenziali, con attenzioni specifiche al vissuto di persone che hanno dedicato la vita al servizio degli altri; il loro pensionamento è un momento particolarmente delicato e gli operatori devono rapportarsi agli assistiti con grande attenzione, rispettando la specificità di vite originali.

In settimana si è svolto alla Camera dei Deputati un convegno dedicato al **problema delle rette nelle RSA delle persone affette da demenza**. Alcuni recenti pronunciamenti di tribunali, i quali impongono alle RSA di restituire ai famigliari l'ammontare di denaro pagato per l'ospitalità data a cittadini affetti da demenza, hanno suscitato preoccupazione e apprensione. Il convegno ha sottolineato l'importanza che la politica dedichi attenzione alla problematica, per evitare incertezze nella vita delle RSA.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Ho chiesto a **Mauro Colombo** di inviarmi una sua foto al tavolo di lavoro, con alle spalle la frase di George Bernard Shaw che ritengo sia una fondamentale indicazione di percorso per il nostro lavoro.

Di seguito il tradizionale “angolo” di Mauro, che ritorna sul tema del **rapporto salute e condizioni socio-economiche**.

“Quanto un adeguato approccio statistico conti nella analisi dei dati e nella interpretazione dei risultati lo indica, a mio avviso, un articolo pubblicato in rete questa estate su *Lancet Healthy Longevity*, a proposito dei rapporti fra stato socio-economico, isolamento sociale e depressione [1]. Infatti, sinora i modelli di indagine hanno preso in considerazione i primi due elementi – separatamente od insieme – come covariate o come moderatori rispetto al terzo fattore, inteso come esito. Ancora, le casistiche adoperate erano relativamente modeste, a fronte di un problema di estrema rilevanza: la depressione riguarda infatti tra 1/4 ad 1/3 degli ultra60enni, dove costituisce un importante carico di morbosità e mortalità, a livello planetario, con maggiore prevalenza nelle regioni a basso o medio reddito.

Allo scopo di migliorare le nostre conoscenze su come stato socio-economico, isolamento sociale e depressione siano collegati fra di loro, un gruppo di 6 studiosi affiliati ad istituzioni cinesi ha sfruttato informazioni a livello di popolazione di 5 coorti rappresentativi della

rispettive nazioni, relative a 24 paesi, che hanno adottato protocolli di studio e periodi di osservazione simili, fornendo dati di qualità. Lo Health and Retirement Study (HRS) statunitense, lo English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) britannico, lo Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) europeo, il China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) cinese, ed il Mexican Health and Ageing Study (MHAS) messicano assommano ad oltre 60.000 partecipanti, equamente ripartiti fra aree ad alto e basso reddito. Lo stato socio-economico è stato stimato mediante un indice composito, basato su reddito, scolarità ed occupazione, come già adottato da altri Autori cinesi per uno studio sulla incidenza della demenza a varie età, pubblicato sulla medesima rivista [2]. Veniva conteggiato il numero di attività sociali in cui ciascun partecipante era coinvolto, secondo una variabile continua; chi svolgeva almeno una attività sociale veniva classificato come socialmente attivo in una discriminazione per categorie. La solitudine soggettiva veniva stimata mediante la apposita scala elaborata e rivista dalla Università di Los Angeles [R-UCLA], ponendo al livello 4 la soglia per la somma dei punteggi a 3 domande con risposte graduate fra 0 e 3; veniva impiegata anche una discriminazione dicotomica per risposta sì/no riferita all'essersi sentito solo durante l'ultima settimana.

Al termine di una osservazione la cui durata mediana era di 5 anni, oltre 20.000 persone sono andate incontro a depressione – rilevata mediante CES-D o EURO-D [strumenti fortemente correlati] – secondo una incidenza cumulativa pari a 7,2 ogni 100 persone-anno, con intervallo di confidenza al 95% tra 4,4 e 10. I tassi inferiori sono stati rilevati nella indagine statunitense, quelli più elevati nella ricerca messicana, con rapporto di rischio [HR (Hazard Ratio)] rispettivamente di 3,8 e 11,9 ogni 100 persone-anno. Rispetto a chi si trovava in stato socio-economico elevato, un basso stato socio-economico costituiva un fattore di rischio per depressione indipendente, e “robusto” rispetto alla introduzione di età e solitudine come covariate, anche tenendo conto del decesso come rischio competitivo. Il valore di 1,34 per lo HR si pone appena al di sopra per la soglia della rilevanza, secondo un riferimento bibliografico statistico [3].

Curiosamente, una analisi di sottogruppo ha individuato nei maschi di età compresa tra 60 e 69 anni, non soli e socialmente attivi, i soggetti in cui un basso stato socio-economico aveva un effetto più pronunciato sulla depressione. Prendendo come paragone le persone non sole, attive ed in alto livello socio-economico, quelle con tutte le 3 condizioni opposte presentavano un HR aggiustato pari a 2,45, con intervallo di confidenza al 95% tra 2,08 e 2,82. In una figura le cui caselle mostravano colori via via più saturi, venivano indicati gli HR crescenti per le varie combinazioni di categorie dicotomiche per stato socio-economico, attività e solitudine. Ma il risultato verosimilmente più singolare sta nell'esito della analisi di mediazione, dato che le attività sociali ed il senso di solitudine mediavano solamente una piccola proporzione della associazione fra stato socio-economico e depressione: rispettivamente, il 6,12% [con intervallo di confidenza al 95% tra 1,14 e 28,45] ed il 5,54% [con intervallo di confidenza al 95% tra 0,71 e 27,62].

Nella discussione, il risultato contro-intuitivo sulla esposizione a rischio di depressione nei soggetti in basso stato socio-economico, ma socialmente attivi e non soli, viene affrontato – anche alla luce di teorie psicologiche [teoria “dello stress” e della “tensione strutturale”] – ipotizzando situazioni sfumate ed ambivalenti. Per esempio, cattive connessioni sociali possono tornare più dannose della solitudine; oppure, lo stato civile di singolo [celibe(/nubile), vedovo, divorziato] o la condizione di vivere da solo può essere oggetto di tutele economiche pubbliche, capaci di attenuare il peso dello stato socio-economico.

Come rimarcato anche dall’editoriale [4] di commento ad [1], i risultati della ricerca – anche in vista di ulteriori ricerche future analoghe – possono venire interpretati anche tramite il confronto fra culture: quella più individualistica occidentale [non a caso alcune particolari interazioni statistiche tra solitudine, attività sociali e stato socio-economico si realizzano solo in tali contesti], e quella più comunitaria, orientale.

In conclusione, al di là del suggerimento a tenere contemporaneamente in considerazione le dimensioni sociale [nei suoi vari assi], economica ed affettiva, i risultati dello studio portano a proporre interventi mirati simultaneamente allo stato socio-economico, alle attività sociali ed alla solitudine. La realizzazione di simili interventi richiede la collaborazione tra diverse agenzie: sistemi di sicurezza sociale e sanitaria, gruppi sociali ricreativi, addestramento alle tecnologie della comunicazione. È urgentemente richiesta la concertazione tra infrastrutture comunitarie sociali e professionali capaci di erogare servizi di alta qualità per la cura delle persone anziane, con particolare attenzione per quelle più sfavorite in termini di stato socio-economico e sole.

In vista della nostra 'giornata della solitudine' del 15 novembre, a Padova, mi sembra un messaggio forte e chiaro".

[1] Wang, Y., Liu, M., Yang, F., Chen, H., Wang, Y., & Liu, J. (2024). The associations of socioeconomic status, social activities, and loneliness with depressive symptoms in adults aged 50 years and older across 24 countries: findings from five prospective cohort studies. *The Lancet. Healthy longevity*, 100618. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.07.001>

[2] Li, R., Li, R., Xie, J., Chen, J., Liu, S., Pan, A., & Liu, G. (2023). Associations of socioeconomic status and healthy lifestyle with incident early-onset and late-onset dementia: a prospective cohort study. *The Lancet. Healthy longevity*, 4(12), e693–e702. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00211-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00211-8)

[3] Azuero A. (2016). A note on the magnitude of hazard ratios. *Cancer*, 122(8), 1298–1299. <https://doi.org/10.1002/cncr.29924>

[4] Zwar L. (2024). Psychosocial pathways linking differences in socioeconomic status to symptoms of depression. *The Lancet. Healthy longevity*, S2666-7568(24)00142-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.07.009>

NYT del 24 settembre pubblica un articolo intitolato: **“Gli entusiasti dell’anti-aging assumono una pillola per allungare la loro vita. Funziona?”** Il testo non prende posizione sui rischi e l’eventuale beneficio indotto dalla rapamicina, un farmaco immunosoppressore, assunto off-label. Però lo spazio riservato all’argomento testimonia la confusione troppo diffusa sul tema del ringiovanimento. La modernità induce comportamenti contraddittori: no ai vaccini, sì alle molecole arbitrariamente assunte per vivere a lungo!

[<https://www.nytimes.com/2024/09/24/well/live/rapamycin-aging-longevity-benefits-risks.html>]

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Lo scorso week end sono stato a **Melegnano** per l’**Alzheimer Fest**. Un ambiente festoso e vivace. Guaita, Cappa e il sottoscritto hanno discusso sotto la guida di Ripamonti, direttore del Corriere Salute, delle prossime prospettive terapeutiche per la malattia di Alzheimer e dei fattori di rischio della malattia. Ne è derivato un quadro che ha riaffermato la complessità delle dinamiche che caratterizzano la malattia e i relativi rischi. Chi si affida alle semplificazioni di Google rischia di non capire nulla della realtà clinica complessa che caratterizza la vita delle persone colpite dalla malattia. Come ha scritto Ripamonti sulle pagine che dirige: “Casomai il medico si faccia aiutare pure lui, se lo ritiene, dall’intelligenza artificiale (secondo una recente indagine in Gran Bretagna vi ricorre un dottore su 5); rispetto ai cittadini ha senz’altro più anticorpi culturali”.

Mi permetto di citare **una frase di Papa Francesco**, pronunciata domenica scorsa, che ha un grandissimo significato al di fuori della valenza religiosa: “Il vero potere non sta nel dominio dei più forti, ma nella cura dei più deboli”. Potrebbe essere lo slogan fondante della nostra Associazione; più miglioriamo sul piano scientifico e operativo, e quindi di fatto acquisiamo potere, più dobbiamo dedicarlo alla cura degli anziani fragili.

Allego una **pagina del Corriere della Sera** di domenica 22 settembre, pubblicata in **occasione della Giornata Mondiale dell’Alzheimer**.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP