

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Aspetti critici nello scenario dei servizi per l'anziano
- Una scoperta che suscita grandi speranze
- L'ageismo ecclesiastico
- Le comunità che conservano le memorie
- NYT*: Trump soffre per un disturbo cognitivo
- La visita a Osimo di una realtà assistenziale esemplare
- Un'infermiera al Pronto Soccorso

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Il contributo di grande interesse di Mauro Colombo
- Lancet Neurology*: la diagnosi in neurologia e la fragilità

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

- Il programma della 7° Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano

Colleghe, colleghi,

Di seguito potete leggere del materiale riguardante **due aspetti molto diversi tra loro**, ma convergenti verso l'impegno di rendere meno faticosa la vita dell'anziano fragile. Il primo riguarda una **revisione critica dello scenario nel quale ci muoviamo oggi**, utile per chi vuole collocare il proprio impegno in una prospettiva globale. Il secondo aspetto riguarda, invece, **alcuni dati recentemente pubblicati che sembrerebbero rivoluzionare la terapia dell'Alzheimer**.

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

La settimana scorsa ho tenuto un breve intervento per tracciare **le linee di scenario che, secondo me, caratterizzeranno i servizi per gli anziani nel prossimo futuro.**

Schematicamente in 7 punti:

- a) La crisi mondiale, accompagnata da guerre e violenze in molte regioni, rende instabile lo scenario; un punto certo è quindi l'aumento delle spese militari che, più o meno palesemente, avverrà a danno di quelle per il welfare. Tra queste è ben noto che quelle dedicate agli anziani sono parte rilevante. Gli inviti ad armarsi meglio contro l'aggressività russa sono particolarmente dolorosi, ma i diversi paesi non riusciranno a sottrarsi. Inoltre, vi sono rilevanti aspetti riguardo all'autonomia energetica; le nuove ipotizzate centrali nucleari richiederanno enormi investimenti.
- b) L'inverno demografico, caratterizzato da alcune situazioni peculiari, dominerà i prossimi decenni: 1. La riduzione generale delle nascite mentre, come recentemente confermato, l'incremento progressivo della speranza di vita non accenna a diminuire; il fenomeno non è modificabile, soprattutto per la progressiva riduzione delle donne in età fertile; 2. La riduzione avvenuta in questi anni del numero dei figli nelle famiglie di origine straniera; secondo alcuni analisti un po' avventati, avrebbero dovuto rimpiazzare i figli degli italiani, ma questo non avverrà; 3. Sbilanciamento geografico del numero dei nati, con una crisi più accentuata nelle regioni del sud; la conseguenza sarà l'aggravarsi dei sistemi di welfare in quelle regioni. Chi aiuterà gli anziani del nostro meridione? 4. Il 42% dei figli è nato fuori dal matrimonio: come si strutturerà l'assistenza in famiglia, quando questa realtà entrerà sempre più in un tunnel critico?
- c) La crisi della formazione di nuovi operatori: come sarà possibile attrarre alle attuali condizioni giovani intelligenti e generosi verso le professioni sanitarie e assistenziali? Il tutto è aggravato dalle incertezze dei legislatori, incapaci di indicare un futuro chiaro; vedasi la cosiddetta riforma degli accessi alla facoltà di medicina e le nuove proposte sugli infermieri prescrittori e gli infermieri assistenti. Sono indicazioni che non sono accompagnate da un vero impegno per la loro realizzazione
- d) La crisi di progetti innovativi nei settori più delicati dell'assistenza. Il livello di innovazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare e residenziale nelle sue varie forme è praticamente zero. Chi sta analizzando seriamente il fenomeno secondo il quale in tutti i servizi per anziani vi è un aumento progressivo e rilevante dei cittadini affetti da demenza? La burocrazia continua a stendere la sua cappa pesante, che reca solo danni e taglia le gambe a qualsiasi originalità innovativa.
- e) Le difficoltà economiche dei servizi residenziali sono destinate ad aggravarsi. Non vi è alcuna volontà politica di intervenire nel settore. La crisi di qualche anno fa, che per alcuni mesi diffuse idee malvage, non è ancora superata. Quelle critiche infondate, ma populistiche, rappresentano ancora un alibi per non finanziare le RSA e per non accompagnare le innovazioni che nascono dalla ricchezza delle realtà operative. Si deve inoltre osservare la

profonda debolezza culturale e operativa di chi dovrebbe rappresentare gli interessi del settore.

f) La mancanza di prospettive nell'adozione delle innovazioni tecnologiche. L'intelligenza artificiale sarà di grande utilità anche nei servizi per anziani, ma si deve procedere a processi di adozione complessi, che richiedono sensibilità tecnologica e umana. Il comportamento di Musk fa paura; dovremo davvero vendere la nostra libertà per seguire le regole del potere tecnologico-finanziario?

g) Infine, si deve controllare con determinazione e senza paura l'ageismo, che qui e là si intravede. Curarsi dei "poveri vecchi" sarebbe un'operazione inutile e uno spreco: senza alcun timore dobbiamo, invece, da una parte dimostrare l'utilità dei servizi per costruire una vita buona degli anziani fragili e, dall'altra, dimostrare che non un euro è sprecato per costruire comunità solidali, rispettose della libertà e dignità di ogni cittadino.

Come indicato nelle premesse, riporto alcuni **dati che sembrerebbero indicare l'apertura di strade per arrivare presto alla messa a punti di un farmaco in grado di curare la demenza di Alzheimer**. *The Economist* del 24 ottobre ha intitolato in copertina: "Non è solo per l'obesità. **Farmaci come Ozempic cambieranno il mondo**. Poiché diventeranno meno costosi, promettono di migliorare miliardi di vite". Il fatto rivoluzionario è che questi farmaci, oltre a trattare le malattie cardiovascolari e del rene, sono stati sperimentati anche per l'Alzheimer. Gli agonisti del recettore GLP-1 promettono di diventare uno dei farmaci di maggior successo della storia. Nei tre anni da quando semaglutide è stata approvata per il trattamento dell'obesità, è stata un enorme successo. *The Economist*: "Dopo decenni di cure "miracolose", ma di fatto inutili, questi farmaci funzionano". Hanno anche dato i primi segnali di funzionamento per ridurre il declino cognitivo nell'Alzheimer.

[<https://www.economist.com/leaders/2024/10/24/its-not-just-obesity-drugs-like-ozempic-will-change-the-world>] Nel numero appena apparso di *Alzheimer's & Dementia*, Wang e collaboratori hanno **dimostrato quanto di seguito riassunto**: 1. Semaglutide è associata con una riduzione del 40-70% del rischio di prima diagnosi di Alzheimer in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2. La riduzione è stata identificata in tutte le tipologie di pazienti, indipendentemente dall'obesità, dal genere e dall'età; 3. I dati ottenuti nel mondo reale evidenziano i potenziali benefici clinici della semaglutide nel mitigare l'inizio della malattia di Alzheimer e il suo sviluppo in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2. Chi scrive guarda con grandissima attenzione a questi dati; in mezzo a tante crisi una luce forte! Seguiremo l'evolversi degli studi e delle ricerche. [<https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.14313>]

Don Luigi di 85 è stato **estromesso dalla sua parrocchia**, con una decisione improvvisa e senza pietà. Era persona che teneva in modo perfetto la sua chiesa, celebrava liturgie accurate, era vicino ai parrocchiani nei momenti più delicati della vita. Ora un pezzo di carta

della burocrazia ecclesiastica, **vittima dell'ageismo**, ha cancellato tutto e don Luigi è stato privato della libertà di governare una parrocchia e della dignità di essere di aiuto alla sua gente. Finirà in una casa del clero, solo, forse con l'aiuto della preghiera, ma certamente senza la gioia di potere essere testimone concreto nella sua comunità della carità cristiana. Francesco predica l'attenzione e il rispetto verso i vecchi; forse allora dovrebbe convincere per primi i vescovi burocrati, poveri uomini privi di pensieri nobili.

**Le nostre comunità, quelle vere, conservano la memoria.** Sono rimasto particolarmente impressionato avendo letto su un settimanale il necrologio di una persona morta ormai da 57 anni. "La comunità lo ricorda con affetto nella Santa Messa di domenica". Il fatto stesso di rimanere stupito di questo evento indica che siamo disabituati a comunità che non dimenticano e conservano nel loro intimo il ricordo di chi è passato su quelle strade. Qualcuno potrebbe classificare come romanticismo fuori dalla storia questo mio richiamo, però ogni giorno verifichiamo i vantaggi di comunità generose, a cominciare dalla cura dedicata agli anziani. In occasione del ricordo liturgico dei defunti ritengo doveroso richiamare all'attenzione collettiva l'importanza sul piano civile del fatto che le comunità non dimentichino chi ha costruito il nostro mondo di oggi. Può essere ritenuto bello o brutto, ma certamente migliore di quelli del passato.

Dal *NYT* del 26 ottobre: **Trump soffre per un disturbo cognitivo?** Il più importante giornale del mondo descrive alcuni comportamenti del candidato alla presidenza USA che potrebbero indicare quantomeno una fragilità del sistema cognitivo. Abbiamo trattato malissimo Biden al momento in cui ha dovuto prendere le sue decisioni per il futuro e non vorrei che queste osservazioni sul suo avversario possano sembrare una sorta di atto banalmente riparativo. Il *NYT* è preciso nel riferire alcuni comportamenti: "confonde posti e nomi, armeggia con le parole, semplifica la struttura delle frasi, descrive recenti esperienze che non sono accadute, in pubblico è sempre più volgare, disinibito, minaccioso". Per ora, mi limito a sperare che questi timori sulla salute di Trump non diventino una preoccupazione per l'intera umanità.

Sono stato a **Osimo** a visitare la **casa di riposo Grimani Buttari**. Un'esperienza di grande significato, **un'organizzazione di alto livello**, ma soprattutto un'atmosfera serena, di efficienza, di impegno, di generosità, di rispetto assoluto verso gli ospiti. Sono stato invitato dal collega **Marco Montesi**, da moltissimi anni amico caro e partecipe alla vita di AIP; ho incontrato una presidente integrata con grande impegno nel suo compito, un direttore generale attento alla vita di tutti i giorni, ma allo stesso tempo all'innovazione e alla qualità degli operatori, un direttore medico preparato e profondamente coinvolto nel suo dovere di cura. Sono stato ad Osimo per festeggiare la consegna a tutti gli operatori del mio libro edito da Maggioli "Il ruolo dell'Oss nelle RSA. Responsabilità e centralità della figura degli Oss nell'assistenza agli anziani". Un fatto mi è sembrato straordinario: la figlia di un'ospite ha

finanziato l'acquisto del libro come segno di gratitudine verso gli operatori che lavorano per la madre. Un segno molto espressivo dell'atmosfera che segna l'ambiente di cura alla Grimani Buttari, generoso e intelligente. Potrebbe essere un esempio da diffondere!

Andrea Malaguti, direttore di *La Stampa*, ha scritto un editoriale nel quale descrive **l'accoglienza riservatagli al Pronto Soccorso delle Molinette da parte di un'infermiera** che il giornalista definisce: **“Delicata, pronta, lucida, competente. Un medico dell'anima, una professionista con un evidente senso del dovere”**. Malaguti confronta il comportamento dell'infermiera “malgrado tutto così magnificamente concentrata sui suoi compiti” con quello della politica, incapace di esprimersi con dignità e rispetto, mentre gli operatori sanitari “quel senso del dovere lo custodiscono, anonimi meravigliosi come l'infermiera delle Molinette”. Quante sono nel nostro mondo le persone nobili come l'infermiera della Molinette: a loro dobbiamo gratitudine e rispetto!

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

Con grande piacere riporto questo pezzo originale di **Mauro Colombo**.

“Ho avuto la fortuna di ascoltare la bellissima – credo non solo per me – **presentazione di Stefano Boffelli sull'apatia all'interno delle malattie neurocognitive**, durante il congresso della sezione lombarda di AIP, tenutosi a Mantova venerdì 18 ottobre. L'argomento, a mio avviso, non è né facile né al centro della attenzione, ma Stefano – stando perfettamente nei tempi – ha saputo scegliere ed illustrare con bravura parecchi estratti dalla letteratura: così, ho pensato fosse utile riportarne qualche stralcio, recuperando dalla carrellata delle diapositive # alcune bibliografie originali, per focalizzarmi – prendendo la questione ‘dalla coda’ - sull'aspetto verosimilmente di maggiore interesse pratico: il trattamento farmacologico.

Ma prima occorre fornire una spiegazione per la scelta dell'argomento di fondo. I motivi vengono indicati in due rassegne, del 2024 – scritta da Autori tutti italiani - [1] e del 2023, ad opera di Autori tutti greci [2]. In sintesi:

La prevalenza dell'apatia è particolarmente elevata in varie forme di demenza: 26 – 28 % nella malattia di Alzheimer, 28,6 – 91,7 % nella demenza vascolare, 29 – 97,5 % nella demenza associata al morbo di Parkinson (PD), 54,8 – 88 % nella demenza fronto-temporale [1].

L'apatia è stata associata al declino cognitivo e alla disabilità funzionale e si riscontra spesso nei pazienti con deterioramento cognitivo lieve (MCI), demenza e altri disturbi neurocognitivi sia nelle strutture residenziali che in comunità [2].

L'apatia aumenta il rischio di sviluppare una demenza di Alzheimer nelle persone con MCI; è persistente, con una prevalenza cumulativa del 48%, 74%, and 82% in stadi Clinical Dementia Rating (CDR) rispettivamente 0,5, 1 e 2 [3]; rispetto ai pazienti non apatici, l'apatia

persistente è fortemente associata a capacità funzionali più basse in osservazioni trasversali ed a declini funzionali più veloci, in prospettiva longitudinale, in ciascuno dei tre livelli di gravità sopra indicati, con andamento intermedio in caso di apatia intermittente [3]; resiste alla farmacoterapia, sembra silente, ma è disabilitante, causando morte ed ospedalizzazioni; guasta la qualità di vita dei pazienti ed accresce lo stress in chi assiste [2].

Inquadrando i trattamenti farmacologici a seconda della patologia dementigena, si ottengono in breve i seguenti risultati [2]:

- nelle forme a base alzheimeriane, gli inibitori delle acetilcolinesterasi [AChEI] \$, il ginkgo biloba \$ ed il metilfenidato \$ hanno fornito risultati favorevoli, a differenza della memantina e degli antidepressivi, mentre gli antipsicotici atipici non sono raccomandati per usi prolungati
- nelle forme associate a PD [compresa la demenza a corpi di Lewy], qualche beneficio è stato ottenuto con rotigotina, rivastigmina, IRL752 [piccola molecola che aumenta la trasmissione di noradrenalina, dopamina ed acetilcolina selettivamente in alcune aree corticali], e piribedil [stimolatore dei recettori dopaminergici D2 e D3]
- nelle demenze fronto-temporali qualche beneficio è stato riportato con la agomelatina

Attenzione! nella legenda in calce alla tabella riassuntiva di [2] da cui sono tratti i risultati sopra indicati, si specifica che solo i risultati contrassegnati con \$ derivano da studi randomizzati controllati multipli, con risultati replicati, e stime di effetto ragionevolmente alte [da moderato ad alto].

Vanno poi segnalate altre riserve:

- sul piano metodologico, nella maggior parte delle indagini esaminate, la apatia non costituiva l'oggetto primario di attenzione; la eterogeneità degli impianti di studio, le limitate dimensioni dei campioni, la scelta di differenti strumenti di valutazione ed un impreciso riporto dei risultati hanno ostacolato la conduzione di meta-analisi e la interpretazione dei dati
- a livello di contenuti, viene dichiarato apertamente che finora non è emerso alcun approccio standard o approvato, tanto che altrove era stato dichiarato che non esistono prove convincenti a favore di nessun farmaco
- non è noto come l'apatia risponda a un dato trattamento in diverse fasi della malattia e nei diversi processi neurodegenerativi

La rassegna 'narrativa' italiana [1] – oltre a denunciare una assenza di studi sul trattamento farmacologico della apatia nelle demenze vascolari – recita esplicitamente che 'nonostante un recente aumento dell'interesse della ricerca sull'apatia nella demenza, il numero degli studi randomizzati controllati per i trattamenti farmacologici è scarso'. L'attenzione è concentrata sul metilfenidato, che venne indagato nella ricerca 'ADMET 2', trattata su *JAMA Neurology* nel 2021. L'articolo originale [4], ricordata la alta prevalenza ed il peso – anche finanziario – della apatia, ha ribadito la mancanza di un trattamento approvato, indicando nel

metilfenidato uno dei composti catecolaminergici più studiati negli anziani. Questo primo studio randomizzato controllato con placebo in fase 3 ha reclutato 200 pazienti con demenza lieve – moderata [Mini Mental State Examination medio circa 18 / 30, compreso fra 10 e 28], nei quali coloro che appartenevano al braccio attivo avevano raggiunto una diminuzione dei sintomi di apatia misurati dal Neuropsychiatric Inventory [NPI] entro 2 mesi: diminuzione che è stata mantenuta per 6 mesi, a conferma dei risultati di 2 studi preliminari. La specificità degli effetti del metilfenidato sulla apatia viene sostenuta anche dalla constatazione che non sono invece stati rilevati effetti sugli altri sintomi neuropsichiatrici, né su funzioni esecutive ed altre capacità cognitive, o stress e qualità di vita dei parenti. L'editoriale di accompagnamento [5] inizia confrontando la maggiore attenzione attirata da sintomi quali la agitazione e le reazioni aggressive rispetto alla 'quieta' apatia, pur più prevalente, invalidante ed affliggente, sia per il paziente che per chi lo cura. Senza dimenticare che – in anziani apparentemente sani – l'apatia può rappresentare un araldo di un deterioramento cognitivo lieve incipiente. Ribaditi gli aspetti neuro-fisiopatologici e neuropatologici [vedi sotto per questi ultimi], a fronte della difficoltà a trattare l'apatia, in mancanza di farmacoterapie efficaci, una stima di effetto £ da lieve a moderata riveste importanza clinica per molti pazienti, e costituisce 'un importante punto di partenza'.

Anche un altro dei lavori più ampiamente richiamati da Stefano Boffelli [6] ribadisce che 'non esistono farmaci approvati dalla FDA [Food Drug Administration (l'ente regolatorio statunitense)] per l'apatia', aggiungendo che 'non esistono linee guida cliniche stabilite per il trattamento dell'apatia'.

È pur vero però che – in termini molto generali - l'apatia nella AD e nel PD risponde al potenziamento catecolaminergico e colinergico, coerentemente con studi neurobiologici e neurofisiologici centrati prevalentemente – ma non solo – sui sistemi a ricompensa. Non a caso, la pubblicazione 'seminale' di Levy e Dubois del 2006 era intitolata [tradotta] 'Apatia e la anatomia funzionale dei circuiti tra corteccia prefrontale e gangli della base' [7]. I risultati col metilfenidato si inquadrano in questa cornice [3,4,6]. In seguito – pur tra difficoltà ed incertezze - le ricerche sono progredite fino ad individuare le vie sottostanti alle diverse componenti e dimensioni della apatia: cognitiva - comportamentale, emotiva, sociale, [6,8]. I pazienti con AD con apatia hanno ottenuto risultati significativamente peggiori rispetto ai pazienti con AD senza apatia in diverse misure di funzionamento esecutivo, tra cui l'inibizione della risposta, la flessibilità cognitiva e l'attenzione sostenuta [6]. A livello di collegamento tra clinica e neuropatologia, la presenza e la gravità dell'apatia sono fortemente correlate allo stadio della demenza di Alzheimer ed ai biomarcatori neuropatologici della patologia amiloide e tau [8].

A conclusione di [2], Christos Theleritis e Collaboratori raccomandano 'una appropriata combinazione di interventi terapeutici medici, farmacologici e non-farmacologici', tra i quali – sia pure un po' in sordina – viene elencato anche il trattamento del dolore: esperienze a me prossime mi portano a non trascurare questo punto, peraltro ufficialmente dichiarato.

PS: nella consapevolezza della difficoltà ad affrontare la apatia, sicuramente i soci AIP ed in generale i lettori della newsletter sentono l'urgenza del miglioramento professionale distinguendosi da situazioni documentate quali:

-il misconoscimento del deterioramento cognitivo in centri sanitari certificati statunitensi – soprattutto a carico dei gruppi più socialmente svantaggiati – [9]

-il drammatico sottoutilizzo delle protesi acustiche nelle persone statunitensi con demenza, che ne fanno ricorso solo nel 22 % scarso dei casi [10]”.

# quasi tutte le diapositive del congresso di Mantova sono disponibili mediante il collegamento riportato nella newsletter AIP del venerdì 25 ottobre: in particolare, vi sono quelle di Stefano Boffelli

£ “Cohen d” = 0.365

[1] Parrotta, I., Cacciatore, S., D'Andrea, F., D'Anna, M., Giancaterino, G., Lazzaro, G., Arcara, G., & Manzo, N. (2024). Prevalence, treatment, and neural correlates of apathy in different forms of dementia: a narrative review. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 45(4), 1343–1376. <https://doi.org/10.1007/s10072-023-07197-7>

[2] Theleritis, C., Siarkos, K., Politis, A., Smyrnis, N., Papageorgiou, C., & Politis, A. M. (2023). A Systematic Review of Pharmacological Interventions for Apathy in Aging Neurocognitive Disorders. *Brain sciences*, 13(7), 1061. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071061>

[3] Grossman, H. T., Sano, M., Aloysi, A., Elder, G. A., Neugroschl, J., Schimming, C., Soleimani, L., & Zhu, C. W. (2022). Prevalent, persistent, and impairing: Longitudinal course and impact of apathy in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia* (Amsterdam, Netherlands), 13(1), e12169. <https://doi.org/10.1002/dad2.12169>

[4] Mintzer, J., Lanctôt, K. L., Scherer, R. W., Rosenberg, P. B., Herrmann, N., van Dyck, C. H., Padala, P. R., Brawman-Mintzer, O., Porsteinsson, A. P., Lerner, A. J., Craft, S., Levey, A. I., Burke, W., Perin, J., Shade, D., & ADMET 2 Research Group (2021). Effect of Methylphenidate on Apathy in Patients With Alzheimer Disease: The ADMET 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 78(11), 1324–1332. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.3356>

[5] Fredericks, C. Methylphenidate for Apathy in Alzheimer Disease—Why Should We Care? *JAMA Neurol.* 2021;78(11):1311-1313. doi:10.1001/jamaneurol.2021.2942

[6] Steffens, D. C., Fahed, M., Manning, K. J., & Wang, L. (2022). The neurobiology of apathy in depression and neurocognitive impairment in older adults: a review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological research. *Translational psychiatry*, 12(1), 525. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02292-3>

[7] Levy, R., & Dubois, B. (2006). Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cerebral cortex* (New York, N.Y.: 1991), 16(7), 916–928. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhj043>



- [8] Dolphin, H., Dyer, A. H., McHale, C., O'Dowd, S., & Kennelly, S. P. (2023). An Update on Apathy in Alzheimer's Disease. *Geriatrics* (Basel, Switzerland), 8(4), 75. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8040075>
- [9] Kulshreshtha, A., Parker, E. S., Fowler, N. R., Summanwar, D., Ben Miled, Z., Owora, A. H., Galvin, J. E., & Boustani, M. A. (2024). Prevalence of Unrecognized Cognitive Impairment in Federally Qualified Health Centers. *JAMA network open*, 7(10), e2440411. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.40411>
- [10] Nieman, C. L., Garcia Morales, E. E., Huang, A. R., Reed, N. S., Yasar, S., & Oh, E. S. (2024). Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use Among Persons Living With Dementia in the US. *JAMA network open*, 7(10), e2440400. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.40400>

*The Lancet Neurology* di novembre pubblica un editoriale che sembra quasi un invito: **“Guardare al di là della diagnosi neurologica: considerare la fragilità”**. Riporto alcuni passaggi del testo che sono autoesplicativi: “i neurologi, in particolare quelli dedicati ai pazienti con patologie neurocognitive, sono abituati a vedere persone in uno stato di debilitazione. Questa condizione è usualmente attribuita agli effetti di una malattia, unita al decondizionamento e ad una nutrizione inadeguata. I neurologi non tengono presente il concetto di fragilità come condizione correlata ma indipendente; al contrario, è chiara l’alta prevalenza di fragilità nelle persone affette da malattie neurodegenerative”. Una bella lezione e una grande soddisfazione per chi, come molti dei lettori, tutti giorni accudiscono persone fragili, dopo averli accuratamente caratterizzati.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00355-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00355-7/abstract)]

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

Accludo il programma della **7° Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano** che si terrà a Padova il 15 novembre. La qualità dei relatori indica che sarà una giornata di studio di grande livello alla quale tutti possono liberamente partecipare.

Un pensiero particolare a chi domani si soffermerà a ricordare i propri famigliari scomparsi.

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- OCSE: il futuro aumento delle spese per una popolazione che invecchia
- ISS: la frequenza delle cadute degli anziani
- Le tasse sono poche per mantenere il welfare
- La gamba sbagliata: un sorriso e le difficoltà di costruire una medicina di precisione
- La Corea: il paese con più persone sole e gli animali

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- L'angolo particolarmente interessante di Mauro Colombo
- JAMA Psychiatry*: antipsicotici e funzioni cognitive
- Lancet Neurology* e lo stigma nelle demenze
- JAMA*: la cognitività e il ritorno al lavoro dopo la diagnosi di cancro
- JAMDA*: la fragilità e le ospedalizzazioni evitabili

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

- Il congresso regionale ligure e le importanti diapositive presentate da Diego De Leo
- Congresso regionale AIP della Sezione Toscana (Pistoia, 22 novembre).
- Le sintesi delle motivazioni della vincita dei due premi AIP-Serpero

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

L'OCSE in un recente documento ha calcolato che **entro il 2050 le spese per l'assistenza gli anziani aumenteranno di 2.5 volte**. La Corea registrerà l'aumento più elevato di over 65 (4.4

punti percentuali), seguita dalla Grecia (2.2 punti) e dall'Italia (1.9 punti). Crescerà inoltre il rischio di povertà degli anziani costretti ad affrontare direttamente le spese per l'assistenza.

Il documento OCSE sostiene che politiche di invecchiamento in salute potrebbero avere un importante impatto sui costi del welfare. Certo, nessun atteggiamento pessimista a priori ci è concesso; ma come sarà possibile ottenere davvero in 25 anni un invecchiamento in condizioni di salute radicalmente migliori di quelle di oggi? Gli stili di vita salutari sono certamente importanti, ma una previsione onesta deve riconoscere che i risultati saranno modesti. È doveroso fare dichiarazioni veritiere rispetto al mito dell'invecchiamento attivo, che spesso nasconde interessi commerciali (rispetto a prodotti o atti costosi!). La vera speranza verrà prima di tutto dalla scienza; ad esempio, la scoperta di mezzi per prevenire e curare la Malattia di Alzheimer potrà portare ad un enorme riduzione dei costi dell'assistenza.

Accludo un pezzo di **Fabio Cembrani** che interviene **sulla tematica dei costi degli anziani non autosufficienti** con un contributo, come di consueto, di alto livello. Grazie a Fabio perché non manca mai di insegnarci aspetti importanti e concreti del nostro impegno.

### **L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato dei dati molto utili sulle cadute degli anziani.**

In particolare, il 21% degli over65 è caduto nei 12 mesi precedenti alla rilevazione, il 7% negli ultimi 30 giorni. Nel 64% dei casi la casa è il luogo dove avviene la caduta; sono più frequenti con l'avanzare dell'età, fra le donne e le persone con difficoltà economiche. Quattro intervistati su 10 ha paura di cadere, 6 su 10 tra chi ha già avuto una caduta. È estremamente preoccupante la rilevazione del fatto che solo il 12% degli operatori sanitari ha ricevuto nell'anno precedente indicazioni su come prevenire le cadute. In sintesi: a) il fenomeno cadute dell'anziano ha ancora un'enorme rilevanza, considerando anche i rischi di frattura, il conseguente intervento ortopedico, la riabilitazione: tutte tappe che provocano sofferenza all'anziano fragile; b) la paura di cadere è un aspetto poco considerato, ma che invece nella realtà limita pesantemente l'autonomia residua della persona anziana; 3) la povertà è una condizione che va rilevata con attenzione e analizzata come fattore di rischio (nella formazione degli operatori le condizioni generali di vita devono sempre essere al centro dell'attenzione, anche se, purtroppo, spesso sono sottolineati solo gli aspetti biologici); 4) la mancanza di formazione sulle cadute desta particolare preoccupazione. Peraltro, in molte RSA il timore delle cadute coinvolge pesantemente il personale, con la conseguenza negativa, se il timore non è razionale e i rischi non sono discussi all'interno dell'equipe di cura, di indurre un aumento fuori controllo delle contenzioni. Formalizzare nel singolo caso il punto di equilibrio tra rischio e beneficio non è sempre possibile.

Un dato recentemente pubblicato dal *Sole 24 Ore* desta preoccupazione. **Secondo il fisco 6.4 milioni di italiani pagano il 63.4% dell'Irpef.** Non interessano in questa sede i valori di tale sbilanciamento, né le cause. Però non è possibile negare una certa preoccupazione per il futuro, quando i costi dell'assistenza saliranno in modo rilevante (vedi le previsioni OCSE).

Una tassazione sempre più pesante su pochi cittadini, che dovranno assorbire anche l'aumento delle persone da assistere, potrebbe divenire insostenibile. Non sono un esperto di finanza pubblica, ma spero che la politica ritenga di dover gestire il futuro con saggezza ed equilibrio, evitando l'attuale cecità verso i problemi più gravi delle comunità.

La gamba sbagliata. Ho sempre creduto si trattasse di aneddoti per prendere in giro il sistema sanitario e... i medici. Invece è capitato anche a me. Una paziente dopo un intervento chirurgico al ginocchio ha voluto mostrarmi la lettera di dimissione dall'ospedale dove aveva subito l'atto operatorio. La gamba operata, secondo la lettera, era quella di sinistra, mentre ho constatato con stupore che in realtà era quella di destra. Ognuno di noi può fare errori, anche gravi, e quindi nessuna critica distruttiva, anche perché il fisiatra avrebbe subito identificato il ginocchio da riabilitare, senza nessun danno concreto. Diverso sarebbe stato se l'indicazione fosse stata data al chirurgo prima dell'intervento... **Quanto è difficile costruire sempre, nella realtà, una medicina di precisione!** L'unico danno, peraltro molto lieve, della vicenda: ho perso del tempo per convincere la paziente, donna colta e attenta, che l'errore non avrebbe provocato conseguenze negative e che il nostro sistema sanitario non si può giudicare da un singolo evento anche se grave.

La **Corea del sud** (di quella del nord si sa ben poco), **il paese con il tasso di fecondità più basso del mondo, ha un enorme numero di animali da compagnia**, che sono diventati parte integrante della vita di molti anziani soli. "È stato come un virus che ha infettato di gioia la mia vita. Noi eravamo una famiglia" ha dichiarato la signora Kim che ha vissuto con Dalkong per 13 anni. Sim Na-jeong ha dichiarato di indossare una giacca di 38 dollari, ma di averne comperata una da 130 dollari per Liam, cagnetta adottata da un rifugio quattro anni fa. La realtà della solitudine in Corea è drammatica: due quinti delle famiglie è composto da una persona sola; d'altra parte, una ogni 4 famiglie possiede un animale da compagnia. Due aspetti di interesse: la comparsa e la diffusione della solitudine è avvenuta in brevissimo tempo, in un paese tradizionalmente legata alla famiglia. Inoltre, di deve ricordare che in Corea, fino a poco tempo fa, erano diffusi gli allevamenti di cani con finalità alimentari umane. Un commento: quanto è difficile adeguarsi agli enormi cambiamenti degli stili di vita che stanno avvenendo con drammatica velocità. La medicina è al centro della sfida: deve dare attenzione a due aspetti in rapida evoluzione: il progresso tecnologico e il mutamento dei costumi. Non è sempre un compito facile, tendo conto che "la medicina siamo noi!"

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

Di seguito l'angolo di **Mauro Colombo**. Ritengo sia un importante approfondimento riguardo alla speranza che avevo sollevato nell'ultima newsletter circa le **possibilità di trattamenti**

**rivoluzionari dell'Alzheimer.** Assieme al dottor Colombo terremo l'attenzione mirata su questo tema e, allo stesso tempo, invitiamo i lettori interessati ad inviare i loro commenti.

“Nella newsletter del venerdì 1 novembre 2024, il prof. Trabucchi ha portato l'attenzione su un lavoro [1] che individua la Semaglutide come agente neuroprotettivo nei confronti della demenza di Alzheimer, nei portatori di diabete mellito di tipo 2. Gli aspetti essenziali della questione sono già stati adeguatamente riassunti da Marco Trabucchi: li riporto testualmente, per facilitare un tentativo di commento, col quale ritorno alla antica abitudine di ‘rifinire’ un nucleo solido.

1. Semaglutide è associata con una riduzione del 40-70% del rischio di prima diagnosi di Alzheimer in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2.
2. La riduzione è stata identificata in tutte le tipologie di pazienti, indipendentemente dall'obesità, dal genere e dall'età
3. I dati ottenuti nel mondo reale evidenziano i potenziali benefici clinici della Semaglutide nel mitigare l'inizio della malattia di Alzheimer e il suo sviluppo in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2.

Va premesso che da un certo tempo l'attenzione degli studiosi si è focalizzata sui rapporti fra farmaci antidiabetici e deterioramento cognitivo, con particolare attenzione alla metformina. Già le linee guida emesse dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del ‘riposizionamento’ di trattamenti farmacologici [quesito 16], controindicavano la metformina allo scopo specifico di rallentare la progressione della demenza o della sua sintomatologia dopo la diagnosi o la conversione da MCI a demenza. Un ‘angolo’ di un anno fa era proprio dedicato agli effetti sfavorevoli della cessazione – non legata a grave insufficienza renale – sulla incidenza di demenza, che veniva anticipata di 1 anno, a prescindere dal controllo glicemico. In quell'angolo veniva richiamata una meta-analisi che già nel 2018 attribuiva alla metformina la capacità di ridurre prevalenza ed incidenza della demenza.

In un ‘angolo’ estivo segnalavo come il rapporto *Lancet* 2024 sulla demenza richiamava il ruolo crescente assegnato al diabete mellito come fattore di rischio per la demenza. Nell'aggiornamento 2024 che Jeffrey Cummings e collaboratori dedicano allo sviluppo in corso dei farmaci per la malattia di Alzheimer figurano sia la metformina che la Semaglutide, ma con ruoli differenti. La prima è inquadrata come farmaco ad effetto metabolico in una ricerca che si concluderà nel 2026, mentre la seconda viene presentata come agente prevalentemente anti-infiammatorio in 3 trials: uno terminato a maggio 2024, gli altri due si chiuderanno a settembre 2025 [2].

Le premesse teoriche sul potenziale della Semaglutide {GLP-1RA [glucagon-like peptide-1 receptor agonist (agonisti del recettore del peptide-1 simile al glucagone)]} derivano dalla capacità di questa incretina di agire favorevolmente su vari e diversi fattori di rischio per la malattia di Alzheimer. In attesa dei risultati dei trials sopra citati, è stato condotto uno studio ‘di emulazione’ nel mondo reale, che ha adoperato le cartelle elettroniche di oltre 1 milione di

nuovi utilizzatori di farmaci per il diabete mellito di 2° tipo, scevri da demenza di Alzheimer. L'occorrenza di quest'ultima ha costituito il bersaglio di un confronto fra Semaglutide ed insulina, metformina, gliptine inibitrici della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4i), inibitori del co-trasportatore sodio/glucosio-2 (SGLT2i), solfonilurea, glitazoni tiazolidinedionici, ed altri GLP-1RA.

A sostegno del risultato epidemiologico stanno dati pre-clinici che riportano il potenziale della Semaglutide di ridurre la neurotossicità A $\beta$ -mediata, stimolare la autofagia, migliorare la capacità del cervello di utilizzare glucosio, diminuire placche A $\beta$  e grovigli tau. La discussione di [1] sottolinea la superiorità dei risultati della Semaglutide rispetto a SGLT2i, che pure supera la barriera emato-encefalica per esercitare effetti neuroprotettivi riducendo la neuroflogosi, lo stress ossidativo e la disfunzione mitocondriale, stimolando nel contempo fattori neurotrofici derivati dal cervello.

Questi stessi processi, verosimilmente collegati alla progressione della malattia di Alzheimer, possono venire influenzati dai GLP-1RA, dato che i recettori GLP-1 sono presenti su neuroni, astrociti e microglia. Ancora, agendo su tali recettori neuronali, la Semaglutide ha attenuato la severità dell'infiammazione poli-microbica e della neuroflogosi, nel roditore da laboratorio. L'effetto protettivo della Semaglutide nel ritardare la comparsa della demenza di Alzheimer – oltre a prescindere dalla perdita di peso – è risultato più che doppio nelle donne rispetto agli uomini, a conferma della importanza di tenere conto del sesso in questo genere di studi.

Sulla falsariga, una comunicazione alla ultima 'Alzheimer's Association International Conference' [30 luglio 2024], ha riportato risultati positivi con la Liraglutide: un analogo del peptide simil-glucagone 1 (GLP-1) che esercita sul cervello effetti simili a quelli della Semaglutide. In uno studio multicentrico randomizzato controllato con doppio cieco, che ha riguardato 204 partecipanti con demenza di Alzheimer da lieve a moderata – per i quali non si fa cenno di disturbi metabolici – i soggetti trattati con Liraglutide sono andati incontro, a distanza di 1 anno, ad una contrazione più lieve della materia grigia corticale complessiva, dei volumi frontali, parietali e temporali, ed ad un declino cognitivo più lento”.

\$ se è pur vero che il termine “demenza” [di Alzheimer] prevale, nell'articolo in qualche occasione viene adoperato il termine “malattia” [di Alzheimer], col rischio di creare confusione in una situazione per cui il dibattito semantico è vivace, come testimoniato anche da articoli recentissimi pubblicati su *JAMA* []

[1] Wang, W., Wang, Q., Qi, X., Gurney, M., Perry, G., Volkow, N. D., Davis, P. B., Kaelber, D. C., & Xu, R. (2024). Associations of semaglutide with first-time diagnosis of Alzheimer's disease in patients with type 2 diabetes: Target trial emulation using nationwide real-world data in the US. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 10.1002/alz.14313. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/alz.14313>

[2] Cummings J, Zhou Y, Lee G, Zhong K, Fonseca J, Cheng F. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2024. *Alzheimer's Dement*. 2024;10:e12465. <https://doi.org/10.1002/trc2.12465>

[3] Dubois, B., Villain, N., Schneider, L., Fox, N., Campbell, N., Galasko, D., Kivipelto, M., Jessen, F., Hanseeuw, B., Boada, M., Barkhof, F., Nordberg, A., Froelich, L., Waldemar, G., Frederiksen, K. S., Padovani, A., Planche, V., Rowe, C., Bejanin, A., Ibanez, A., ... Frisoni, G. B. (2024). Alzheimer Disease as a Clinical-Biological Construct-An International Working Group Recommendation. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2024.3770. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.3770>

[4] Petersen, R. C., Mormino, E., & Schneider, J. A. (2024). Alzheimer Disease-What's in a Name? *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2024.3766. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.3766>

*JAMA Psychiatry* di ottobre presenta una revisione sistematica di 68 studi che includono oltre 9000 partecipanti riguardante la **prescrizione di farmaci antipsicotici a pazienti affetti da schizofrenia**. Questi non sono certamente “cognitive enhancers”, ma a causa dei diversi profili di azione sui recettori differiscono rispetto ai loro effetti sulle funzioni cognitive. I dati indicano che la prima generazione di dopamino-antagonisti e la clozapina devono essere evitati. Un commento: non era necessario uno studio complesso per confermare le certezze di chi cura le persone anziane fragili!

[\[https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2825154\]](https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2825154)

*Lancet Neurology* di novembre presenta un editoriale di **denuncia sulla pervasività dello stigma correlato alle demenze**, insistendo sulla necessità di interventi mirati nei vari paesi e sullo studio delle modalità più efficaci per contrastare una tendenza che provoca molti danni alle persone affette da alterazioni cognitive e alle loro famiglie. Alzheimer's Disease International (ADI) ha diffuso recentemente dei dati ottimisti sulla riduzione dello stigma, avvenuta negli ultimi 5 anni. Però l'Annual Report di ADI riporta anche dati ottenuti in 155 paesi secondo i quali 3/4 degli operatori sanitari interrogati ritengono che la demenza sia un evento normale della vecchiaia. Peraltro, un terzo dei cittadini interrogati nell'indagine ritiene che le persone ammalate siano pericolose. Nel nostro paese negli ultimi 10-15 anni si è assistito ad un rilevante progresso delle conoscenze; vi sono però ancora alcune rilevanti zone dove il progresso deve ancora avvenire. Dovrebbero quindi entrare nel raggio d'azione di programmi educativi su larga scala, anche se non è chiaro come dovrebbero essere organizzati per ottenere risultati realmente efficaci.

[\[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00404-6/fulltext\]](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00404-6/fulltext)

*JAMA Network Open* del 19 agosto presenta uno studio sull'**effetto positivo rispetto alle funzioni cognitive del ritorno al lavoro**. Sono state seguite per due anni 178 donne affette da cancro della mammella, dimostrando che il ritorno al lavoro è associato a minore compromissione delle funzioni cognitive in vari domini. Il dato è particolarmente interessante,

perché indica l'importanza di un ritorno alla vita normale anche dopo eventi clinicamente rilevanti. Spetta al medico il compito non semplice di convincimento, ma per primo deve essere lui ad avere idee chiare!

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2822402>]

JAMDA di novembre analizza, attraverso uno studio longitudinale, la **correlazione positiva tra fragilità individuale e ospedalizzazione evitabile**. L'intervento continuo di servizi assistenziali e il monitoraggio dei gruppi particolarmente vulnerabili è in grado di ridurre la correlazione. Sembrano dati ovvi, che però nel caso dello studio si fondano su precise valutazioni statistiche. È doveroso considerare che ancora troppo poche realtà territoriali italiane sono in grado di intervenire in modo mirato e, di conseguenza, le ospedalizzazioni improprie degli anziani continuano ad essere diffuse, con le ben note conseguenze sull'autosufficienza (quante volte abbia sentito ripetere dai famigliari: "è entrato in ospedale con le sue gambe e ne è uscito in barella"). [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00647-9/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00647-9/fulltext)]

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

La settimana scorsa si è svolto a La Spezia, con successo di pubblico e culturale, il **Congresso regionale ligure di AIP**. Allego le diapositive presentate dal presidente De Leo; sono un utilissimo vademecum a disposizione di chi avvicina un paziente per impostare una cura.

Accludo il programma del **Congresso regionale AIP della Sezione Toscana** (Pistoia, 22 novembre).

Allego le relazioni che hanno motivato **l'assegnazione a due giovani ricercatori del premio Serpero-AIP**. Si tratta di argomenti di rilievo, che porteranno certamente a dati di ottimo livello scientifico.

Un saluto ed un augurio, uniti ad un ringraziamento per le colleghe e colleghi che in questi giorni hanno scritto invitandoci a mantenere la periodicità settimanale.

Marco Trabucchi

*Past President AIP*



***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- I servizi sanitari possono essere affidati ai gettonisti?
- Ancora sui centenari
- Anche i medici sono umani
- NYT* e il caregiving delle coppie non sposate
- Il ruolo dell'università nella cura dei fragili
- Un nobile discorso

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAGS* e le decisioni per l'eutanasia
- JAMDA*: Il caldo estremo nelle RSA
- JAMA Neurology*: estendere all'Alzheimer e al Parkinson il paradigma prionico

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

- Il convegno di Bolzano sulla solitudine dell'anziano
- 7° Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano
- XX Aging Brain (Napoli, 11-12 dicembre)

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

Stiamo vivendo una crisi sempre più drammatica, perché **i medici tendono ad abbandonare il servizio sanitario nazionale per scegliere le cooperative che garantiscono maggiori guadagni** e una migliore qualità dei servizi. Il fenomeno è ancora più rilevante tra i medici

sotto i 35 anni (un'indagine recente ha rilevato che circa il 50% dei più giovani sarebbe pronto a lasciare gli ospedali). Il governo aveva annunciato una stretta, che però non è stata applicata dalle Regioni e quindi sono ancora attivi i contratti a gettone in atto dal 9 maggio 2023. Ritengo inutile qualsiasi considerazione moralistica; invece, il problema è organizzativo, cioè la difficoltà di mantenere un'elevata qualità delle cure quando il rapporto di lavoro non è legato ad un contratto stabile. In particolare, in questo modo gli ammalati cronici non vengono accompagnati nel tempo e sono esposti a atti clinici senza stabilità e continuità; possono essere di ottimo livello tecnico, ma se non è seguita nel tempo, la persona ammalata rischia di perdere molti delle potenziali risposte ai suoi bisogni.

**I centenari (o, meglio, le centenarie perché sono quasi tutte donne, l'80%) sono in forte aumento** (dal 2023 a quest'anno sono cresciuti del 30%). Il fenomeno pone problemi rilevanti all'organizzazione sociale, e dell'assistenza in particolare, anche considerando che il 90enni sono quasi un milione. Perché questa tendenza davvero "esplosiva"? È ipotizzabile che il fenomeno possa essere attribuito a comportamenti salutari? È credibile che lo stile di vita sia migliorato in modo così significativo nello spazio di poco tempo? Quale bilanciamento va ricercato tra aspetti genetici e stili di vita? Le famose "blu zones" di Sardegna, Grecia, Costa Rica, California, Giappone sono caratterizzate da un equilibrio che è difficile da quantificare e che ancor oggi non è conosciuto. Su questo argomento è necessario ancora molto impegno; le banali indicazioni su dieta, attività fisica e vita comunitaria, per quanto importanti, non devono soddisfare la nostra curiosità, che è indirizzata alla definizione di fattori che realisticamente regoleranno in futuro l'evoluzione della nostra specie e della salute del singolo cittadino. Ma come?

Riporto un pezzo del **testo pubblicato in novembre da un medico** su *JAMA Neurology*: "La mia professione è privilegiata perché serve e aiuta gli altri. Però in questo servizio io rivendico il diritto di essere trattato con cortesia, compassione e rispetto come un essere umano. Io ho il diritto di dire no e non sono un cattivo medico se lo faccio. Questo atteggiamento mi aiuta ad essere un medico migliore, che valorizza la propria umanità. Dobbiamo far tornare l'umanità nella medicina per i pazienti e per noi stessi. Questo ci permette di ricordare l'importanza dell'umanità nella cura, ma anche che **-physicians are human too-!**"  
[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2825845>]

Il *New York Times* del 10 novembre ha pubblicato un articolo incisivo sulle problematiche collegate alle **prestazioni di caregiving all'interno delle coppie anziane non sposate**. Il pezzo sottolinea le difficoltà che si incontrano quando un compagno o una compagna vanno incontro a problemi di salute; presenta anche alcuni casi esemplari. "La malattia ci ha aperto gli occhi. Dobbiamo fare dei piani chiari quando non sono ancora comparsi i problemi di salute": questa dichiarazione di un cittadino coinvolto nel caregiving verso una persona che

non ha sposato è esplicativa. Nel matrimonio i patti sono chiari, nelle unioni libere devono invece essere costruiti. Queste considerazioni aprono uno scenario nuovo, con risvolti di pesante rilievo, perché l'intervento di caregiving familiare rischia di entrare ulteriormente in crisi nel prossimo futuro, con gravi problematiche organizzative e umane. È stato rilevato che nel 2023 in Italia il 42% dei bambini è nato fuori dal matrimonio, con conseguenze certe sulla futura organizzazione delle convivenze, anche se tutte da delineare nei loro contorni. Come da più parti si rileva, è necessario affrontare queste problematiche con determinazione e senza falsi pudori, per costruire nuove modalità di convivenza, che anche nelle nuove caratteristiche dello stare insieme delle coppie, permettano a chi ha bisogno di essere assistito adeguatamente. Come dovrà essere strutturata l'assistenza domiciliare? Vi sarà sempre maggior bisogno di residenze per anziani? Invece di risposte ideologiche, senza fondamento quantitativo, è necessario costruire risposte concrete, misurandone la praticabilità in termini economici, organizzativi e psicologici e tenendo in conto anche l'evoluzione dei costumi. [<https://www.nytimes.com/2024/11/10/health/elderly-unmarried-couples-caregiving.html>]

Quanto discusso nelle righe precedenti è accumulato dall'indicazione precisa che di fronte a pesanti incertezze rispetto al futuro **sarebbe necessario un impegno straordinario di studio e di ricerca**. Purtroppo, però, non sembra che, almeno nel nostro paese, vi sia un'adeguata volontà in questo senso; peraltro, anche nella maggior parte dei paesi occidentali l'impegno per un progresso che tenga conto della complessità della realtà umana non sembra adeguato alla crisi di oggi. Per questo ha destato particolare attenzione quanto detto da Papa Francesco in occasione dell'apertura dell'anno accademico della Pontificia Università Gregoriana. Il sapere universitario non nasce "da idee astratte, concepite solo a tavolino, ma dai travagli della storia concreta e dal contatto con la vita dei popoli, dall'ascolto delle domande nascoste, e dal grido che si leva dalla sofferenza dei poveri". Affermazioni nobili, che dovrebbero far pensare; invece, troppo spesso ci accontentiamo di gestire il presente, senza alcuna generosità intellettuale, sapendo che la vera innovazione espone a rischi, ma che spesso è l'unica risposta alla "sofferenza dei poveri" (e, per chi guarda lontano, anche alla nostra).

Tra gli eventi nobili di questi giorni -e non sono molti- riporto in allegato il **discorso del Presidente Biden**, nel quale **ha riconosciuto la vittoria elettorale del suo avversario**. Abbiamo tutti un grandissimo bisogno, in ogni campo, di respirare aria buona! Questo è un esempio.

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Mauro Colombo** è sempre straordinario, per la sua capacità di coniugare i fatti del presente con le suggestioni della letteratura scientifica. Anche in questo caso **non si smentisce con l'analisi su Trump (!)**.

“Condivido appieno le preoccupazioni espresse dal prof. Trabucchi nella newsletter del 1° novembre 2024 circa le possibili ripercussioni della vittoria elettorale di Donald Trump sulla salute mondiale, dato che nel giorno stesso del prossimo insediamento (20-1-15) è previsto il ritiro della firma statunitense dal trattato di Parigi sul clima, il cui cambiamento è reiteratamente ritenuto ‘una bufala’. Né i miei timori diminuiscono anche limitandomi agli aspetti socio-sanitari statunitensi, visti i precedenti dei rapporti con Anthony Fauci, nella pre-annunciata intenzione di affidare il settore a Ted Kennedy jr \$, £.

Proprio mentre Marco Trabucchi riportava in quella newsletter le perplessità sulle facoltà cognitive del presidente eletto rilevate dal New York Times, per come appaiono nella modalità di comunicazione sempre più ‘dark’ del personaggio §, nella mia posta elettronica trovo la segnalazione da parte del National Institute of Aging [statunitense ...] di un articolo – a libero accesso - che cade a fagiolo [1].

L'articolo – scritto da studiosi californiani [affiliati alle Università di Stanford e di San Francisco] e del Massachusetts @ - parte dalla considerazione della essenzialità del linguaggio sia nel riferire la anamnesi che nella esecuzione della maggior parte dei test neuropsicologici. Gli Autori si sono posti l'obiettivo di approfondire disturbi del linguaggio verbale - che sono manifesti in vari gradi del deterioramento cognitivo – in persone di varia età, cognitivamente integre, per le quali fossero disponibili sia valutazioni neuropsicologiche che neuro-immagini. In particolare, oltre alle tomografie ad emissioni di positroni [PET] per la  $\beta$  amiloide e la tau, venivano sfruttate le registrazioni audio della quota verbale dei test, condotti sui partecipanti alla ricerca longitudinale ‘Framingham Health Study’. Sono state seguite 3 domande di ricerca, chiedendosi se le caratteristiche dell'eloquio emerse – senza interferirvi - durante le prove di richiamo verbale differito di un racconto si correlassero:

1) ai punteggi nei test di memoria tradizionali #

2) allo stato relativo ad  $A\beta$  [secondo PET]

3) al carico tau regionale [secondo PET]

L'ipotesi di fondo era che specifici marcatori pre-definiti delle caratteristiche dell'eloquio:

a) potessero catturare informazioni ulteriori al di là dei classici punteggi ai test neuropsicologici, e

b) che si collegassero alle condizioni neuro-morfologiche.

Tra i partecipanti – di età compresa fra 32 e 75 anni – lo 8% che risultava  $A\beta$  + era più anziano e portatore di maggior carico regionale tau [PET entorinale, temporale e parietale inferiori, pre-cuneale (rilievo biologicamente plausibile)], ma non differiva significativamente nei punteggi

alle prove di richiamo verbale differito. Questi ultimi non erano correlati ai segnali tau. In sintesi i risultati legati direttamente all'eloquio:

Il tempo totale di enunciazione, il numero di pause tra un'enunciazione e l'altra, la velocità del parlato e la percentuale di parole uniche sono significativamente correlati con il punteggio al test di richiamo ritardato, spiegando però solo una quota della varianza piccola: compresa tra 2 e 15% [risposta alla domanda di ricerca 1)]

I gruppi A $\beta$ - e A $\beta$ + non differivano significativamente in nessuno dei cinque marcatori del linguaggio, senza influenza dei fattori demografici [risposta alla domanda di ricerca 2) ed alla ipotesi di fondo b)]

Pause più lunghe e frequenti tra un'enunciazione e l'altra, nonché una velocità di eloquio più lenta durante il richiamo mnemonico ritardato, sono state associate ad un aumento precoce del segnale tau nel lobo temporale mediale e nelle regioni neocorticali, anche dopo correzione per numerose covariate [risposta alla domanda di ricerca 3) ed alla ipotesi di fondo b)]

Il tempo di pausa tra un'enunciazione e l'altra e la velocità del parlato riflettono in modo più forte la velocità di elaborazione, mentre il numero di pause tra un'enunciazione e l'altra riflette la codifica della memoria e la memoria di lavoro [risposta alla ipotesi di fondo a)].

Quanto al mancato rapporto fra marcatori dell'eloquio e scolarizzazione, in discussione si afferma che la discrepanza con la letteratura – che invece lo sostiene – potrebbe dipendere da una differenza metodologica, dato che il medesimo marcatore può riflettere processi diversi a seconda del contesto. Per esempio, le pause che si producono descrivendo una immagine riflettono difficoltà lessicali e semantiche, mentre le pause che occorrono rievocando un evento possono dipendere da labilità nella memoria. La bibliografia che accompagna questo passaggio parla delle pause come di fenomeni 'compensatori' nella malattia di Alzheimer precoce [2].

In discussione, viene infine dichiarato che, nel complesso, i risultati suggeriscono che i modelli di linguaggio esplorati durante il richiamo mnemonico forniscono informazioni nuove non catturate dai test neuropsicologici tradizionali, che possono essere utili per comprendere modificazioni precoci nel segnale tau, rispondendo così alle ipotesi di fondo a) e b), e proponendo tale analisi del linguaggio come una modalità promettente per la individuazione precoce della malattia alzheimeriana”.

\$ il cui orientamento è definito “non convenzionale” dal “Washington Post” [entrambi – senatore e giornale – in odore di apostasia, secondo chi scrive, e non solo ...]

£ Le preoccupazioni sono condivise – direttamente negli Stati Uniti - da riviste quali *JAMA* [3,4], e – sull'altra sponda dell'Atlantico – *Lancet* [5,6]

§ Riporto, stralciando: “Dal *NYT* del 26 ottobre: Trump soffre per un disturbo cognitivo? Il più importante giornale del mondo descrive alcuni comportamenti del candidato alla presidenza USA che potrebbero indicare quantomeno una fragilità del sistema cognitivo” ... Il *NYT* è

preciso nel riferire alcuni comportamenti: “confonde posti e nomi, armeggia con le parole, semplifica la struttura delle frasi, descrive recenti esperienze che non sono accadute, in pubblico è sempre più volgare, disinibito, minaccioso”.

@ Dipartimento di anatomia e neurobiologia della Università di Boston: questa affiliazione mi stimola a ritornare sul disaccordo – che avevo già espresso in un “angolo” recente – sulla considerazione della anatomia come di una “scienza morta”

# le modalità delle analisi statistiche sono state scelte tenendo conto della inevitabile forte collinearità nei punteggi ai test [regressione “LASSO” (Least Absolute Shrinkage & Selection Operator)]

[1] Young, C. B., Smith, V., Karjadi, C., Grogan, S. M., Ang, T. F. A., Insel, P. S., Henderson, V. W., Sumner, M., Poston, K. L., Au, R., & Mormino, E. C. (2024). Speech patterns during memory recall relates to early tau burden across adulthood. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(4), 2552–2563. <https://doi.org/10.1002/alz.13731>

[2] Pistono, A., Pariente, J., Bézy, C., Lemesle, B., Le Men, J., & Jucla, M. (2019). What happens when nothing happens? An investigation of pauses as a compensatory mechanism in early Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 124, 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.018>

[3] Chen L. J. (2024). What Would a Trump Administration 2.0 Mean for Health Care Policy? *JAMA health forum*, 5(10), e244057. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2024.4057>

[4] Ayanian, J. Z., Kirch, M., Singer, D. C., Solway, E., Roberts, J. S., Box, N., & Kullgren, J. T. (2024). Leading Health-Related Concerns of Older Adults Before the 2024 Election. *JAMA*, 332(10), 838–841. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.14353>

[5] Horton R. (2024). Offline: In defence of Dr Fauci. *Lancet* (London, England), 403(10446), 2768. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01338-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01338-2)

[6] Jaffe S. (2024). Harris or Trump? Health in the US election. *Lancet* (London, England), 404(10464), 1715–1718. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02413-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02413-9)

**JAGS di ottobre pubblica uno studio sui fattori che influenzano la capacità decisionale dei soggetti affetti da demenza che hanno richiesto l'eutanasia o il suicidio assistito.**

L'argomento è particolarmente complesso e non sono disponibili modalità definitive per rilevare la capacità decisionale. L'articolo quindi si conclude con l'invito a studi e ricerche; di fronte questi interrogativi appare tutta la nostra debolezza sul piano culturale e della gestione come medici di eventi estremi.

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19218>

JAMDA di ottobre pubblica un lavoro sull'**impatto di eventi metereologici estremi sui risultati di salute dei residenti delle case di riposo americani**. I dati dimostrano che gli uragani sono associati all'aumentato rischio di mortalità. Il lavoro sottolinea che di fronte al rischio che in futuro questi eventi possano aumentare, e non solo gli uragani, sarebbe doveroso impostare ricerche che permettano di definire i rischi a lungo termine per la salute, assieme ai costi e all'analisi di potenziali differenze nell'organizzazione delle residenze per anziani, in particolare quelle scarsamente protettive.

[<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861024006522>]

Un punto di vista di *JAMA Neurology* di ottobre analizza l'attenzione che viene progressivamente dedicata ai **prioni come possibili cause di malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e la malattia di Parkinson**. Il punto di vista analizza l'importanza che in futuro la ricerca dedichi maggiore attenzione al ruolo dei prioni come possibili target di interventi farmacologici. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2822641>]

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

Si è tenuto a **Bolzano il Convegno “Nemica Solitudine”**, organizzato dalla locale sezione di AIP assieme ad Auser. È stato un evento molto significativo per la qualità delle relazioni e per il connubio tra la cultura clinica e scientifica e l'esperienza del mondo reale. Davvero importanti indicazioni per il nostro lavoro. A tal fine allego le diapositive presentate nell'occasione dal dottor Albert March, da sempre coordinatore di AIP in Sud Tirolo.

In questi giorni si tiene a **Padova il tradizionale convegno sulla solitudine dell'anziano in occasione del 15 novembre, la giornata nazionale**. Negli stessi giorni si svolge anche la riunione annuale del Consiglio direttivo di AIP. Ne riferiremo nella prossima newsletter.

Un invito particolare al **XX Aging Brain** di Napoli (11-12 dicembre), del quale allego il programma definitivo.

Un saluto cordiale,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Ricordo di Mariena Galetti Scassellati
- La nomina di Robert Kennedy: più un lutto che uno scandalo
- Il documento di AIP sull'approvazione di lecanemab da parte dell'Agenzia Europea dei Medicinali

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Il contributo di Mauro Colombo

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

- Il Consiglio Direttivo AIP tenutosi a Padova
- La 7° Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano: alcune diapositive
- Tiziano Vecchiato sulla povertà
- Presentazione del volume: "Il ruolo dell'OSS nelle RSA"

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

Ricordo con affetto e simpatia la signora **Mariena Galetti Scassellati**, da molti anni vicina alle nostre problematiche, persona generosa e aperta al futuro che, anche in età molto avanzata, ha conservato una grande visione prospettica attorno ai problemi delle cure dei cittadini fragili.

Trascrivo di seguito le righe di saluto scritte da Salvatore Rao, successore di Mariena alla Bottega del Possibile.

"Devo purtroppo informarvi che questa mattina presto Mariena ci ha lasciati, è deceduta intorno alle 6. Tutti noi sapevamo che questo sarebbe avvenuto date le sue condizioni di salute ma la notizia ci lascia un vuoto incolmabile, ci sentiamo impreparati a immaginare Bottega senza di lei, anche in quelle condizioni in cui si trovava da molto tempo. Mariena è



stata tanto e tutto per la nostra 'Bottega', e per molti di noi, è stata non solo la fondatrice, ma colei che ha sempre indicato il cammino fino a quando le sue forze lo hanno consentito. La ricordiamo con grande gratitudine, affetto, riconoscimento per quanto ci ha donato, insegnato, spronato a fare per alzare la soglia del possibile e per stare sempre a fianco di chi soffre e non ha voce. È stata ideatrice della cultura della domiciliarità per la quale ha dato tutta se stessa, questa sua scelta ha comportato dei sacrifici, costi pagati anche sul piano delle relazioni e affetti. Ma essendo stata per questo una profeta aveva consapevolezza anche della sua solitudine. Inutile dire che ci ha lasciato con il suo corpo, non con il suo spirito e anima, elementi questi che ci accompagneranno nel cammino che abbiamo il dovere di proseguire, anche per continuare ad essere nei suoi confronti riconoscente.

La piangiamo tutti, ma ci solleva che la sua sofferenza è terminata”.

La nomina di **Robert Kennedy jr. a futuro ministro della sanità** dell'amministrazione Trump è stata per me (ma anche per molti altri della mia generazione!) un vero lutto. Abbiamo infatti la memoria viva del padre Robert, persona aperta, coraggiosa, sorridente, devoto alla causa dei poveri e degli umili; il figlio è rigido, scuro, con le chiusure di chi è ideologico, e vuole imporre le proprie idee. Ha scritto un libro contro Antony Fauci, accusato di aver complottato con Bill Gates per imporre i vaccini anti Covid-19, ha dichiarato di aver ospitato nel suo cervello imprecisate realtà viventi, di essere stato dominato da impulsi sessuali selvaggi, di voler scuoiare un orsetto... L'organizzazione sanitaria del più importante paese del mondo nelle mani di una persona inaffidabile, con spunti chiaramente patologici. C'è solo la speranza che il Senato americano, composto da persone serie e affidabili anche tra i repubblicani, senta il dovere di non approvare la nomina. Lo stesso Trump potrebbe accorgersi di aver ecceduto, sull'onda dell'entusiasmo per la vittoria, con le nomine di persone quantomeno "strane". Kennedy guiderà l'Health and Human Services Department, che ha 80.000 dipendenti e un budget di 3 trilioni di dollari e che sovrintende ad importantissime agenzie come il National Institute of Health, la Food and Drug Administration, i Centers for Disease Control and Prevention. I giudizi di Kennedy su questioni come i vaccini, la sicurezza alimentare, i farmaci sono privi di ogni fondamento; il solo pensare che possa imporre alle agenzie che dipendono dal suo ministero questa interpretazione folle della realtà è motivo di angoscia. Sui vaccini, ad esempio, ha espresso giudizi senza appello ("Non c'è alcun vaccino sicuro né efficace"), mentre una persona seria avrebbe potuto esprimere qualche dubbio, invitando a ulteriori approfondimenti. L'accusa ai vaccini, che non ha il minimo fondamento né epidemiologico, né biologico, di causare l'autismo ha provocato enorme preoccupazione nelle famiglie americane. Così l'affermazione che l'AIDS non è provocato dal HIV. Ritornando al Covid-19, ricordiamo le dichiarazioni di Kennedy sul ruolo di ivermectina e dell'idrossiclorochina, molecole assolutamente inefficaci, che hanno però avuto l'effetto perverso di distogliere molti cittadini dalle vaccinazioni. In questa prospettiva si guarda con preoccupazione, per esempio, alle future ricerche dell'NIH sulle malattie infettive o sull'approvazione di nuovi farmaci da parte del FDA.

*Lancet* del 16 novembre pubblica un editoriale particolarmente preoccupato: “È tempo di più scienza, non di meno, ed è tempo perché sia difeso e promosso il suo valore. Per le istituzioni scientifiche e per i loro studiosi, in particolare quelli che operano all’interno dell’amministrazione Trump, la priorità è poter continuare il loro lavoro. Per generare evidenza. Per correggere la disinformazione. Per creare responsabilità. Gli scienziati delle agenzie federali che lavoreranno nella prossima amministrazione sono stati descritti come il più forte guardrail contro la peggiore politicizzazione della scienza. Il Covid-19 ha infatti dimostrato che scienziati esperti e capaci possono esercitare un’influenza positiva anche negli ambienti politici più difficili, adottando approcci aperti e non di parte. Saranno chiamati a comportarsi allo stesso modo anche nei prossimi 4 anni. Non sarà un compito facile, che richiede un forte pragmatismo, fiducia nel valore dei principi della scienza e una buona dose di coraggio”. Noi non siamo negli USA e fortunatamente abbiamo governanti più saggi; però, dovremmo anche noi avere il coraggio di assumere posizioni difficili se mai posizioni antiscientifiche dovessero farsi strada nel nostro Paese.

Allego il **documento di AIP a commento della recente decisione dell’Agenzia Europea dei Medicinali sul lecanemab**. Ringrazio Angelo Bianchetti per il lavoro compiuto a nome di tutto il Consiglio Direttivo AIP, con grande cultura e capacità di guardare avanti. Per dono quindi ad Angelo l’ultimo capoverso del testo da lui predisposto: francamente mi sembra eccessivamente ottimista! Però, sono altrettanto convinto che se sapremo gestire con prudenza e intelligenza l’introduzione sullo scenario italiano dei nuovi farmaci (penso anche all’aducanemab, che certamente seguirà la strada del lecanemab nei prossimi mesi) potremo trarne vantaggi per l’organizzazione complessiva del nostro sistema delle cure delle demenze dei prossimi anni. Sarà necessaria una regia forte, per evitare illusioni, sprechi, errori diagnostici e organizzativi: ma a chi affideremo l’indispensabile funzione di mettere a punto un’organizzazione complessa sul piano clinico e organizzativo? Occorrerà una fase di sperimentazione a livello nazionale, indispensabile per chiarire le modalità di somministrazione dei nuovi farmaci. Ovviamente questa regia dovrà essere sovraregionale, anche per intervenire di supporto dove la sperimentazione avesse messo in luce eventuali criticità. Solo se questa fase sarà accuratamente preparata, e i suoi risultati analizzati con attenzione, potremo arrivare a costruire una rete davvero utile per l’accesso alle nuove possibilità di terapia, in grado di governare la complessità determinata dagli aspetti di selezione dei candidati alla cura, di efficacia, di effetti indesiderati, combinati con gli aspetti organizzativi e economici.

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

Il consueto “angolo” di **Mauro Colombo**, dialettico con alcune mie affermazioni. A Mauro non sfugge nemmeno una riga di quanto legge....

“Nella newsletter del venerdì 15 novembre, il prof. Trabucchi biasimava ‘le banali indicazioni su dieta, attività fisica e vita comunitaria’. Raccogliendo l’invito, segnalo il più grande studio finora condotto per esaminare **i flavonoidi e il rischio di demenza** in una coorte prospettica ben caratterizzata con un lungo periodo di osservazione [#]. Il razionale della ricerca consiste nelle osservazioni secondo cui una maggiore aderenza alle diete a base vegetale è risultata associata a un rischio inferiore del 21% di sviluppare disturbi cognitivi e a un rischio inferiore del 40% di malattia di Alzheimer; diete ricche di cibi sani a base vegetale mostrano le associazioni più forti con un rischio inferiore di demenza. In particolare, i flavonoidi - un gruppo di composti polifenolici presenti in alimenti e bevande di origine vegetale, come frutta, verdura, tè, vino rosso e cioccolato fondente - sono stati associati anche a un minor rischio di demenza. Ci sono prove soprattutto che un maggiore consumo di bacche e tè è associato a un minor rischio di demenza e declino cognitivo.

Il lavoro è stato scritto da Autori affiliati ad Università di Regno Unito, Spagna, Danimarca, Australia, Austria, che hanno sfruttato la base di dati del Regno Unito, nel caso specifico riferita a quasi 122.000 persone, bilanciate fra i sessi, di età compresa fra 40 e 70 anni [media  $56,1 \pm 7,8$ ], reclutate tra il 2006 ed il 2010, seguite per  $9,2 \pm 1,5$  anni, durante i quali 882 partecipanti hanno sviluppato una qualche forma di demenza. La loro alimentazione – ed in particolare l’apporto di varie forme di flavonoidi – è stata valutata mediante un algoritmo validato, che ha prodotto un punteggio specifico per la quota di flavonoidi presenti nella dieta; i cibi inseriti in tale ‘dieta flavonoica’ [tè (sia bianco che nero), vino rosso, mele, bacche, uva, arance, pompelmi, peperoni dolci, cipolle e cioccolato fondente] assommavano allo 85% dell’apporto totale di flavonoidi.

Confrontando i soggetti posizionati nel 20% [‘quintile’] più alto del punteggio dietetico con quelli che nel 20% più basso, dopo aggiustamento per molte covariate  $\Sigma$ , si otteneva una riduzione complessiva del 28% [con intervallo di confidenza al 95% (95% CI) compreso fra 43 ed 11] nel rischio di sviluppare demenza. Tali riduzioni si ottenevano nei partecipanti a rischio genetico più elevato [portatori di apolipoproteina E (APOE) genotipo  $\epsilon 4$  od appartenenti al quintile più elevato di rischio poligenico per la malattia di Alzheimer]: riduzione del 43% (95% CI = 58 – 22), ed in quelli con sintomi depressivi: riduzione del 48% (95% CI = 67 – 19). La riduzione maggiore [38% (95% CI = 54 – 16)] veniva riscontrata fra i partecipanti che ogni giorno assumevano almeno 2 tra le quantità seguenti: 5 tazze di tè, 1 bicchiere di vino rosso, 1/2 porzione di frutta a bacca. La associazione inversa col rischio di demenza derivava dalle classi di flavonoidi per le quali tè, vino rosso e bacche forniscono gli apporti principali.

Nella introduzione e soprattutto nella discussione dell’articolo, vengono esaminati i significati biologici di tali ultimi tipi di alimenti. Le maggiori prove sono a favore dell’elemento ‘trainante’ sui risultati: il tè - in particolare grazie al suo contenuto in epicatechina – in studi precedenti aveva ottenuto da solo un effetto di freno rispetto allo sviluppo di demenza del 14%, pari alla metà della intera dieta flavonoica. I meccanismi neuroprotettivi di quest’ultima si possono esplicitare a vari livelli: neuroinfiammazione, flusso cerebrovascolare, barriera emato-encefalica, plasticità sinaptica. Viene ricordato che lo stato APOE pesa soprattutto per i

soggetti più giovani [con possibilità di controbilanciamento mediante un ricco apporto di frutta e verdura], mentre per quelli più anziani conta maggiormente il rischio poligenico. Quanto all'alcol – ed al vino rosso in particolare – la situazione è complessa, con risultati contrastanti. La depressione, infine, è in grado di attivare proprio quei meccanismi fisiopatologici che coincidono con i bersagli – già riportati - su cui agiscono i flavonoidi.

Va peraltro detto che la popolazione col punteggio dietetico migliore presentava contemporaneamente altre caratteristiche favorevoli, a livello per esempio di stato socio-economico e di istruzione, di complessione fisica, di abitudine all'esercizio [pur in presenza di una altissima % di presenza di sintomi depressivi, almeno a giudicare dalle tabelle (NdR)]. Da buoni inglesi, i partecipanti erano in ampia maggioranza buoni consumatori di tè: ma – nel paragrafo finale, sugli elementi di forza e debolezza della ricerca - viene affermato testualmente che 'Tuttavia, una valutazione valida delle associazioni tra esposizione e malattie non richiede che i partecipanti siano rappresentativi della popolazione generale'.

Comunque, ai fini delle indicazioni 'non banali' utili a fini preventivi, sottolineo due aspetti:

1. la ricerca, per la prima volta a quanto risaputo, indica che le associazioni osservate erano evidenti nei partecipanti ad alto rischio genetico di demenza e in quelli con fattori di rischio modificabili, tra cui depressione e ipertensione, ma non in quelli senza

2. l'utilità di un 'punteggio dietetico' per l'apporto in flavonoidi deriva anche dalla constatazione che le loro principali fonti alimentari coincidono in varie regioni del globo

E le covariate prese in considerazione sono molto numerose e varie per tipologia: oltre ai fattori socio-demografici, rientravano fumo, sonno, attività fisica, indice di massa corporea, anamnesi familiare di demenza e personale di ictus, stato post-menopausale, numero di farmaci e di malattie croniche compresenti. Modelli 'LASSO' [least absolute shrinkage and selection operator] sono stati adottati per tenere conto della collinearità. Le stime sull'effetto riguardo al rischio di sviluppare demenza è stato espresso – anche nelle tabelle e figure supplementari - mediante 'Adjusted Hazard Ratios' [AHR (rapporti di rischio aggiustati)]; in questo 'angolo', allo scopo di rendere meglio gli effetti neuroprotettivi, i risultati – coi relativi indici di confidenza – sono stati riportati come ribaltati: per esempio, 'una riduzione complessiva del 28% [con intervallo di confidenza al 95% (95% CI) compreso fra 43 ed 11] nel rischio di sviluppare demenza' nel testo originale appare – correttamente – come 'adjusted hazard ratio [AHR], 0.72; 95%CI, 0.57-0.89'. Infine, è stata condotta una serie di 'analisi di sensibilità', rivolgendosi a: ultra60enni; partecipanti con osservazione superiore a 5 anni [allo scopo di ridurre il rischio di 'causalità inversa']; con anamnesi patologica personale negativa per ictus; di etnia bianca ad elevato rischio genetico per demenza; residenti in aree di marcata deprivazione socio-economica e di scolarità, o sedentari; correggendo per apporti di alimenti noti per la capacità di influire sullo sviluppo di demenza [in entrambi i sensi (per esempio, carni rosse e lavorate, pesce grasso, caffè e cibi e bevande ricchi di zucchero)]

[#] Jennings, A., Thompson, A. S., Tresserra-Rimbau, A., O'Neill, J. K., Hill, C., Bondonno, N. P., Kühn, T., & Cassidy, A. (2024). Flavonoid-Rich Foods, Dementia Risk, and Interactions With

Genetic Risk, Hypertension, and Depression. *JAMA network open*, 7(9), e2434136. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.34136>

PS: mentre stavo per chiudere l'angolo e spedirlo a Trabucchi, collegandomi in diretta streaming al XVII convegno tenuto dall'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, ho seguito con interesse la presentazione della [prof.sa](#) Licia Iacoviello [IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo - NEUROMED, Pozzilli (IS)], intitolata 'Qualità della dieta, consumo di alimenti ultraprocessati e rischio di deterioramento cognitivo in malattie neurodegenerative'. L'argomento è troppo ampio – e stimolante – per venire riassunto nelle poche righe di una nota in margine: certamente, tornando alla raccomandazione di Marco Trabucchi, si tratta a mio avviso di rilievi 'non banali'.

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

La settimana scorsa si è tenuto a Padova il **Consiglio Direttivo della nostra Associazione**. È stato un evento molto partecipato, che ha visto una vivace discussione sulle principali problematiche sul futuro della nostra Associazione. L'unico limite è stata la disorganizzazione dei treni, che ha costretto molti colleghi ad arrivare in ritardo. Pare però che nessuno si preoccupi del disastro delle nostre ferrovie. Mi viene da pensare alla regina Maria Antonietta la quale, quando le fu detto che il popolo non aveva pane, pronunciò la frase famosa: "Dategli brioche". Oggi, il ministro italiano preposto alle ferrovie, invece di indicare le possibili vie d'uscita dal disastro, ha garantito che il ponte sullo stretto si farà! Si è giustamente ispirato alla grande Regina! Nei prossimi giorni il verbale del CD verrà pubblicato sul sito AIP.

Negli stessi giorni, sempre a Padova, si è celebrata la **7ª Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano**. Allego le diapositive che ho presentato; presto anche quelle degli altri oratori saranno rese disponibili; l'evento è stato di alto livello scientifico e culturale.

In un momento di particolare attenzione alle povertà, allego un **testo di Tiziano Vecchiato intitolato "La povertà, le povertà"**, certo di fare cosa gradita alle colleghe e ai colleghi. La povertà degli anziani deve essere uno degli ambiti di indagine e di analisi quanto prendiamo in carico una persona fragile, ma deve anche essere un argomento sul quale indirizzare primariamente la nostra attenzione e le nostre possibilità di intervento. Ringrazio Tiziano per la disponibilità e per la sua ben nota generosità culturale.

In questi giorni ho preso parte ad alcuni **eventi organizzati da RSA della Lombardia per la presentazione del mio libretto dedicato agli OSS** (allego copertina). Sono state occasioni di grande soddisfazione personale, perché ho potuto ancora una volta verificare la ricchezza dei mondi della residenzialità dell'anziano e la capacità di molti operatori di esercitare con

orgoglio ed efficacia i loro compiti professionali. Mi auguro che questi incontri possano moltiplicarsi; sono, infatti, momenti importanti per la valorizzazione di operatori in grado di poter affermare rivolti agli ospiti delle RSA: “Io non ti lascerò mai solo”.

Un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Aging Brain in an Aging Society
- Un altro candidato debole come ministro del welfare in USA
- Network per la non autosufficienza

***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA e il ruolo dell'FDA nel controllo dell'intelligenza artificiale in medicina
- Mayo Clinic e il "burden" delle malattie croniche
- JAMA Neurology: biomarker digitali nelle malattie neurodegenerative e cura delle demenze nella nuova era terapeutica

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

- Messina e la solitudine in ospedale
- Il XVII Convegno AIP-Triveneto e il progetto per le RSA
- Il Congresso Regionale AIP Toscana
- Guido Gori: un testo sulla "nonnità"
- Il programma del Congresso Regionale AIP Lazio 2025

Amiche, amici,

***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

Non è solo uno slogan efficace "**Aging Brain in an Aging Society**", ma una presa di coscienza della realtà nella quale assistiamo, caratterizzata da un continuo invecchiamento del cervello

(vedi le demenze, altre patologie e il continuo prolungamento della vita), che si accompagna al fenomeno dell'invecchiamento complessivo delle nostre comunità. L'AIP si sta impegnando per affrontare questa dialettica, sia culturalmente sia con il miglioramento delle possibilità di lavoro clinico e organizzativo. È una sfida faticosa e complessa: come impegnarsi per il mantenimento in salute del maggior numero possibile di cervelli, in maniera da poter affrontare in modo adeguato le straordinarie sfide poste dalla società che invecchia? Potrebbe sembrare una problematica circolare, impossibile da sbrogliare... invece è la sfida del nostro tempo! Non è certo questo il luogo per dettare un'agenda; desidero però rivolgere alle colleghe e ai colleghi più attenti un forte appello perchè pensino e cerchino di predisporre alcuni appunti di lavoro da pubblicare nella newsletter, in modo da prendere una posizione da parte di AIP. Un'AIP che non pensa è inutile, sia rispetto ai singoli cittadini fragili sia rispetto alle indicazioni da fornire alle comunità. Per questo faccio appello alle molte persone pensanti che oggi si rendono conto della crisi e dell'inadeguatezza delle nostre attenzioni come collettività. Occorre mettersi assieme ed elaborare strade per il futuro; purtroppo la politica non ha ancora capito che l'invecchiamento sarà il più drammatico problema dei prossimi anni. Noi non ci illudiamo di poterla sostituire, ma vogliamo almeno togliere l'alibi che nessuno l'aveva richiamata ai suoi doveri.

**Dai grandi problemi alle miserie della politica.** Trump ha designato come ministro dell'assistenza, cioè il responsabile di Medicaid e Medicare, il signor Mehmet Oz, personaggio televisivo che alcuni anni fa era finito sotto accusa per aver promosso una dieta miracolosa. In USA 150 milioni di poveri e di anziani dipenderanno per il proprio benessere da un personaggio ambiguo e privo di competenze. Speriamo che anche per Oz il Senato americano abbia il senso della dignità e non ne approvi la nomina presidenziale. D'altra parte, anche da noi non sembra che la scienza sia al centro di alcune scelte, a cominciare dalla recente, ridicola approvazione della legge sulla "mototerapia".

È in svolgimento in questi giorni **a Bologna il Forum della Non Autosufficienza**, evento di grande respiro che mette a punto una volta all'anno problemi, crisi, prospettive, nuovi modelli dell'organizzazione dei servizi per gli anziani. L'editore Maggioli, organizzatore dell'evento e ispiratore culturale, continua nel proprio meritorio impegno di diffusore di idee nuove; dobbiamo tutti essergli particolarmente grati.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

L'importante contributo di **Mauro Colombo** sul **rapporto tra fragilità e demenza**.

“Durante il dibattuto incontro del consiglio direttivo AIP, tenutosi a Padova il 15 e 16 novembre, il prof. Giuseppe Bellelli ha citato un articolo sui rapporti fra fragilità e demenza, pubblicato in linea 4 giorni prima da *JAMA Neurology* [1]. Motivo in più per dedicare un 'angolo'



a questo importante lavoro, che avevo 'inquadrato' ed iniziato ad evidenziare prima di partire, e che segnalo anche per la dotazione di una bibliografia di prim'ordine.

La ricerca si basa su alcune premesse di gerontologia bio-clinica:

-a qualsiasi età, la fragilità – non a caso definita da Linda Fried e Coll. come 'transizione da una sinfonia omeostatica alla cacofonia' [2] - è associata alla mortalità da tutte le cause più strettamente che i comuni indicatori laboratoristici di invecchiamento, così che ad una maggiore fragilità corrisponde una età biologica più avanzata [3,4]

-dati osservazionali accumulatisi da quasi 20 anni indicano coerentemente una maggiore occorrenza della demenza fra le persone più fragili

Un novero di Autori affiliati ad università di varie nazioni [Australia, Regno Unito, Canada, Stati Uniti, Austria, Italia (Marco Canevelli: Sapienza Università di Roma ed Istituto Superiore di Sanità)], considerati la modificabilità della fragilità e la lunga latenza pre-clinica della demenza di Alzheimer, hanno cercato di indagare le relazioni temporali tra fragilità ed incidenza di demenza, ponendosi 2 quesiti di ricerca:

1. quando sia possibile cogliere una accelerazione nell'accumulo di deficit che vanno a comporre la fragilità, a causa della demenza incombente
2. misurare la associazione tra fragilità e rischio di demenza, tenendo conto del periodo di accelerazione nella fragilità, precedente all'esordio della demenza

Per rispondere a queste domande, sono stati armonizzati i dati provenienti da 4 importanti studi longitudinali: lo 'English Longitudinal Study of Ageing' [ELSA], lo 'Health and Retirement Study' [HRS], il 'Rush Memory and Aging Project' [MAP], ed il 'National Alzheimer Coordinating Center' [NACC]. La agglomerazione di questi studi prospettivi di coorte ha portato a quasi 30 000 partecipanti, di ambo i sessi, di età media 71,6 ( $\pm 7,7$ ) anni, per un totale di 257 963 persone-anno di osservazione, durante la quale si sono verificati 3154 nuovi casi di demenza. Da dati clinici riportati ordinariamente, in termini di sintomi, segni disabilità e malattie, in ciascuno dei 4 studi era già stato calcolato un 'indice di fragilità' [secondo Kenneth Rockwood (co-Autore dello studio, e di tutte – meno due - le importanti voci bibliografiche qui riportate)]: per l'occasione, tali indici sono stati adattati rimuovendovi le voci più direttamente collegate alla cognitività. I partecipanti più vecchi ( $79 \pm 7$  anni) - appartenenti al MAP - erano quelli con indice di fragilità più elevato ( $0,19 \pm 0,09$ ) e che presentavano la incidenza di demenza più elevata.

I risultati ci dicono che:

-in ciascuna della 4 basi di dati, ciascun incremento di 0,1 punti nell'indice di fragilità [equivalente a 4-5 deficit aggiuntivi] si associava ad un maggiore rischio di demenza: il rapporto di rischio – differente per ciascuno dei 4 studi di coorte – era compreso fra 1,18 [con intervallo di confidenza al 95% esteso tra 1,13 e 1,24] e 1,73 [con intervallo di confidenza al 95% esteso tra 1,57 e 1,92]

-per la domanda di ricerca 1: negli anni precedenti l'esordio della demenza – od il termine della osservazione - i punteggi dell'indice di fragilità tendevano ad aumentare, con una accelerazione iniziata tra 4 e 9 anni prima della diagnosi

-per la domanda di ricerca 2: tale associazione si manteneva nelle fasi sia di accelerazione della fragilità che in quella precedente a tale impennata

-la robustezza dei risultati veniva confermata anche in diverse 'analisi di sensibilità', come per esempio nel caso in cui i punteggi dell'indice di fragilità calcolati prima del periodo di accelerazione della fragilità pre-demenza sono rimasti associati alla demenza incidente a un livello statisticamente significativo anche quando quel periodo è stato esteso di 2 anni

-la discussione del lavoro, pur nella dichiarata eterogeneità dei risultati, ne evidenzia punti salienti:

-oltre alla accelerazione, va sottolineato il grado elevato di fragilità che precede la demenza; tale fragilità è maggiore nelle donne

-i risultati si inquadrano nel contesto della lunga fase pre-clinica della demenza, che è accompagnata a cambiamenti in salute e funzionalità già riscontrabili, a livello di popolazione, a partire da 10 anni prima dell'esordio clinico della sindrome, come per esempio: un aumento nell'utilizzo di risorse sanitarie ed un calo nel coinvolgimento sociale [2 anni prima della diagnosi]; una accelerazione nel declino cognitivo [da 6 a 10 anni prima]; una crescita della sintomatologia depressiva [10 anni prima]

-la possibile ambivalenza del rapporto tra fragilità e demenza, nel doppio senso che da un lato vede la fragilità come conseguenza della neurodegenerazione progressiva, ma viceversa dall'altro lato pone la fragilità tra le cause della demenza, senza chiamare in causa, a questo livello, la causalità inversa. È noto da alcuni anni, infatti, - ancora per merito anche di Kenneth Rockwood - che la fragilità attenua il ruolo del carico neuropatologico e del rischio poligenico necessari per sviluppare demenza [5]. Inoltre, la fragilità può precipitare la demenza accelerando l'accumulo di cambiamenti correlati all'età alle strutture cerebrali. A sostegno di questa ipotesi, analisi trasversali di individui cognitivamente integri hanno collegato la fragilità con volumi cerebrali più piccoli e con una maggiore quota di neuropatologia vascolare.

Senza trascurare la concettualizzazione della fragilità come fenotipo – secondo il modello di Linda Fried [2] -, l'indice di fragilità si pone come strumento utile per identificare gli individui ad alto rischio di demenza, su cui applicare interventi di trattamento o di prevenzione. E questo punto riveste una importanza particolare, visto l'accumulo di prove sulla modificabilità della fragilità. Per esempio, l'attività fisica – forte determinante della fragilità - è stata associata a un rischio inferiore di demenza e a una migliore cognizione sia negli studi osservazionali che negli studi clinici randomizzati. Una revisione sistematica di 21 studi clinici randomizzati ha rilevato che gli interventi che comprendevano sia l'esercizio fisico svolto in sessioni di gruppo sia l'integrazione nutrizionale erano i più efficaci nel ridurre la fragilità [6].

Affrontare i fattori determinanti della fragilità, tra cui l'attività fisica e gli altri fattori modificabili correlati a livello sociale, fisico e sanitario, può quindi rappresentare una strategia per ridurre il rischio di sviluppare la sintomatologia clinica dovuta alla demenza [7]”.

[1] Ward, D. D., Flint, J. P., Littlejohns, T. J., Foote, I. F., Canevelli, M., Wallace, L. M. K., Gordon, E. H., Llewellyn, D. J., Ranson, J. M., Hubbard, R. E., Rockwood, K., & Stolz, E. (2024). Frailty Trajectories Preceding Dementia in the US and UK. *JAMA neurology*, e243774. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.3774>

[2] Fried, L. P., Cohen, A. A., Xue, Q. L., Walston, J., Bandeen-Roche, K., & Varadhan, R. (2021). The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nature aging*, 1(1), 36–46. <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00017-z>

[3] Howlett, S. E., Rutenberg, A. D., & Rockwood, K. (2021). The degree of frailty as a translational measure of health in aging. *Nature aging*, 1(8), 651–665. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00099-3>

[4] Blodgett, J. M., Pérez-Zepeda, M. U., Godin, J., Kehler, D. S., Andrew, M. K., Kirkland, S., Rockwood, K., & Theou, O. (2024). Prognostic accuracy of 70 individual frailty biomarkers in predicting mortality in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *GeroScience*, 46(3), 3061–3069. <https://doi.org/10.1007/s11357-023-01055-2>

[5] Wallace, L. M. K., Theou, O., Godin, J., Andrew, M. K., Bennett, D. A., & Rockwood, K. (2019). Investigation of frailty as a moderator of the relationship between neuropathology and dementia in Alzheimer's disease: a cross-sectional analysis of data from the Rush Memory and Aging Project. *The Lancet. Neurology*, 18(2), 177–184. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30371-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30371-5)

[6] Ciria, L. F., Román-Caballero, R., Vadillo, M. A., Holgado, D., Luque-Casado, A., Perakakis, P., & Sanabria, D. (2023). An umbrella review of randomized control trials on the effects of physical exercise on cognition. *Nature human behaviour*, 7(6), 928–941. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01554-4>

[7] Ward, D. D., Ranson, J. M., Wallace, L. M. K., Llewellyn, D. J., & Rockwood, K. (2022). Frailty, lifestyle, genetics and dementia risk. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 93(4), 343–350. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-327396>

JAMA di ottobre presenta la **posizione della Food and Drug Administration rispetto al ruolo dell'intelligenza artificiale nella cura e in generale nella biomedicina**. La FDA negli ultimi decenni ha svolto una funzione molto importante di controllo non burocratico, ma concreto dell'innovazione, della sua efficacia e sicurezza; adesso se è assunta questo nuovo importantissimo compito. Auspichiamo che così possa avvenire anche nel nostro paese da parte di qualche agenzia governativa.

[\[https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825146\]](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825146)

La rivista scientifica della *Mayo Clinic* di febbraio pubblica un interessante revisione dei **problemi posti dal burden delle malattie croniche in vari ambiti**. È una lettura che mi permetterei di suggerire ai giovani in formazione nelle professioni sanitarie e assistenziali. Si conclude con un invito serio allo studio delle nuove problematiche, rifuggendo dalle strade facili suggerite da un certo modo superficiale di fare medicina. Il futuro non sarà facile e solo chi si prepara ad affrontandolo con il coraggio dell'innovazione avrà la possibilità di sopravvivere. [[https://www.mcpiqojournal.org/article/S2542-4548\(23\)00057-7/fulltext](https://www.mcpiqojournal.org/article/S2542-4548(23)00057-7/fulltext)]

*JAMA Neurology* di ottobre presenta due importanti punti di vista sui **biomarker digitali nelle malattie neurodegenerative e sulle cure collaborative delle demenze nella nuova era terapeutica**. Sono argomenti posti dall'evoluzione della ricerca scientifica, che hanno ricadute pratiche concrete. La ricerca sui biomarker digitali si è concentrata sull'uso delle tecnologie di consumo (cellulari, smartwatches, tablets) per raccogliere attivamente o passivamente dati sul linguaggio, il sonno, il movimento degli occhi, l'attività muscolare, e oltre. Questi strumenti vengono ogni giorno maggiormente valorizzati come biomarker digitali e sono alla vigilia dell'adozione su larga scala. Il secondo punto di vista si pone, invece, l'obiettivo di costruire un modello integrato di approccio al paziente nel momento in cui l'affacciarsi di nuove prospettive terapeutiche pone l'obbligo di un sempre più efficace modalità e di cura, sia nelle fasi decisionali iniziali sia nel controllo dell'efficacia dei trattamenti farmacologici e non. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2824568>]

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

Il 15 novembre a **Messina** è stato realizzato un intervento molto incisivo per **lenire la solitudine degli anziani ricoverati in ospedale**. Un grazie particolare a Giorgio Basile, presidente dell'AIP siciliana, per questa iniziativa originale, in linea con l'impegno di tutta l'AIP per combattere la solitudine dell'anziano nei vari ambienti di vita e di cura. Di seguito riporto la descrizione dell'intervento.

“L'Ospedale nemico della solitudine.

Una iniziativa all'interno dell'AOU Policlinico di Messina, promossa dai professori Giorgio Basile (Geriatría), Anna Muscatello (Psichiatria) e Melania Mento (Psicologia).

I medici in formazione delle Scuole di specializzazione in Geriatria e Psichiatria e alcuni tirocinanti di Psicologia si sono recati giorno 15 novembre, giornata contro la solitudine dell'anziano, nei reparti di degenza del Policlinico di Messina per dare supporto, per ascoltare e stare insieme ai soggetti più anziani ricoverati, soprattutto quelli che non ricevevano visite. Per noi operatori sanitari è stato un momento significativo perché ci siamo accostati non da

medici o psicologi alla ricerca dei bisogni di salute, ma da semplici visitatori che hanno offerto ascolto e conforto alle persone anziane che per una patologia acuta si trovavano in ospedale. È stato un modo per ricordare il fenomeno della solitudine con un gesto semplice e senza retorica. Molti anziani sono stati piacevolmente sorpresi dal nostro interesse verso la loro condizione, con alcuni abbiamo discusso tenendoci per mano, altri hanno palesemente manifestato una condizione di solitudine percepita quando non oggettiva. Dall'epoca della pandemia da sars-cov2 nel nostro ospedale abbiamo chiuso l'accesso ai volontari nei reparti di degenza, questa nostra piccola esperienza ci induce a chiedere alla direzione aziendale di favorire la presenza delle associazioni di volontari e familiari di pazienti nelle aree di degenza per limitare il fenomeno della solitudine all'interno dell'ospedale.

Un segnale di solidarietà per rispondere, seppur in minima parte, ai bisogni degli anziani soli ma anche per sensibilizzare i futuri geriatri, psichiatri e psicologi su un tema di grande significato umano, sociale e clinico”.

Si è svolto nella settimana scorsa il **XVII Convegno AIP-Triveneto**, organizzato dal presidente Sergio Minervini, con una folta presenza di soci dalle Tre Venezie. In provincia di Trento è iniziata una sperimentazione dedicata alla costruzione di un portale per l'accreditamento e monitoraggio delle RSA della provincia. È un impegno di grande valore, volto a intervenire sulla qualità dell'assistenza nelle locali RSA, che sono numerose e da anni sono al centro di progetti per il miglioramento qualitativo dell'assistenza. Allego una bozza del progetto, che seguiremo con attenzione e grande interesse su questa newsletter, certo di andare incontro a tante realtà residenziali impegnate su percorsi di progresso.

Si è svolto con successo a Pistoia nei giorni scorsi il **Congresso Regionale AIP Toscana**, dal titolo: “Temi e toni della psicogeriatrica”. Mi permetto di sottolineare il valore della parola “toni”: il nostro lavoro deve essere caratterizzato da toni di sapienza, cura, attenzione, generosità, gentilezza; per la scelta di questo titolo così opportuno grazie e congratulazioni a Veronica Caleri, presidente della sezione toscana. Nel corso del congresso è stato donato agli iscritti all'AIP il volumetto, elegante anche dal punto di vista tipografico: “Proposta di AIP Toscana per un protocollo condiviso dai professionisti dei CDCD. La valutazione neuropsicologica nella diagnostica dei disturbi neurocognitivi”. È uno strumento utile, che potenzialmente costituisce un mezzo importante per facilitare il lavoro dei CDCD. Ritengo sia un esempio significativo di come le nostre realtà regionali possano svolgere azioni concrete di supporto al lavoro dei servizi per le demenze del loro territorio.

Guido Gori ha inviato il testo allegato sul **cambiamento dell'interpretazione della figura dei nonni avvenuto nei secoli**. È un contributo particolarmente utile nel nostro tempo, quando

sono in atto profondi cambiamenti della struttura sociale. Sarà salvata la “nonnità” come valore anche nella postmodernità?

Allego il programma del **Congresso Regionale AIP Lazio 2025** che si svolgerà a Roma il 14 febbraio, dedicato alla complessità delle demenze, con un sottotitolo particolarmente stimolante: “Dall’intelligenza artificiale al Caffè Alzheimer”. La nobiltà della psicogeriatrica è racchiusa in questo titolo: noi costruiamo un approccio alla complessità in modo da garantire nei vari momenti della cura il massimo della competenza clinica e del supporto tecnologico.

Un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*