

## Newsletter AIP - 30 dicembre 2025

n. 53/2025

*Finisce un anno e ne inizia un altro.*

*Nel 2025 abbiamo inviato 53 newsletter (una in più delle settimane, perché la presente dovrebbe essere la prima del 2026). Questa, peraltro, è ridotta nelle sue dimensioni per esigenze organizzative della segreteria GRG. Ritorneremo ai normali ritmi venerdì 9 gennaio.*

*La newsletter comporta un lavoro non facile, che molti apprezzano e a molti invece non importa... però siamo convinti che la quantità di informazioni e commenti che abbiamo pubblicato sia utile per chi è impegnato nella clinica, nell'assistenza e nella ricerca. Riteniamo, in particolare, di grande importanza il lavoro con i giovani e ringrazio chi ogni anno costruisce un evento nazionale a loro dedicato.*

Amiche, amici,

*BUON 2026!*

Ai nostri lettori e a tutti quelli che sono vicini all'AIP!

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Di seguito riassumo schematicamente in una sorta di decalogo le **caratteristiche del nostro impegno in AIP per il 2026** (non sono elencate in stretto ordine di importanza, però esprimono una visione condivisa):

1-Fedeltà senza deroghe al paziente

2-Impegno di studio senza soste, per essere sempre preparati ad affrontare le difficoltà e le crisi che il nostro lavoro impone

3-Fiducia nel progresso scientifico; la certezza di saper curare permette di collaborare con le innovazioni senza senso di inferiorità. L'intelligenza artificiale è al nostro servizio: un controllo che, però, non ci concede pigrizie intellettuali

4-Viviamo in un mondo complesso, che cerchiamo di comprendere nelle sue dinamiche, senza ricorrere a semplificazioni che non permettono di compiere interventi realmente efficaci

5-Impegno a ricercare sempre il modo migliore per curare, con prudenza, ma anche con coraggio. Le novità non ci fanno paura

6-Ottimismo fondato sulla certezza delle nostre personali capacità di lavoro e dell'impegno come Associazione. Il "qui e ora" che dona speranza

7-L'attenzione come caratteristica fondamentale del lavoro clinico e assistenziale. Un atteggiamento che permette di comprendere i bisogni dell'altro e che, allo stesso tempo, stimola i sensi di chi presta le cure (il ben noto rapporto tra generosità e vantaggi personali)

8-Ci occupiamo del mondo che ci circonda, consci che la cura si sviluppa all'interno di ambienti organizzati. Riteniamo, quindi, doveroso dedicare attenzione anche dell'organizzazione dei servizi, comprese le relative problematiche economiche

9-Ci occupiamo dei caregiver, le persone che oggi rendono possibile la nostra organizzazione sociale; senza questi "santi laici" le nostre comunità non potrebbero sopravvivere

10-Consideriamo un dovere primario la formazione dei colleghi e delle colleghe più giovani e riteniamo che il lavoro di equipe permetta uno scambio di informazioni molto utile per il nostro personale miglioramento professionale

11-Riteniamo doveroso porre al centro del lavoro dell'AIP la difesa e la valorizzazione degli operatori dei servizi, colleghe e colleghi spesso non adeguatamente valorizzati per il loro impegno negli ospedali, nella RSA, nei servizi del territorio. In questi giorni di festa inviamo loro un rispettoso augurio per il 2026

12-I poveri di salute, di cultura, di capacità di adattamento alle difficoltà della vita sono al centro del nostro lavoro e del nostro ruolo come cittadini. Riteniamo che un mondo senza fratellanza sia invivibile per tutti.

Nel decalogo avrebbe dovuto trovare posto anche la gentilezza, comportamento doveroso in ogni ruolo e funzione, in particolare quando si incontra e si accompagna una persona fragile. Ma è una caratteristica che dovrebbe essere di ogni atto umano e quindi non specificamente legata al nostro ruolo. Un aneddoto a proposito di gentilezza: un primario era solito ricevere dalle infermiere del reparto da lui diretto un saluto gentile: "Buon giorno, primario". Lo stesso primario, dopo il pensionamento, si è recato per esigenze personali in un altro reparto, dove ha incontrato una delle sue vecchie infermiere, che l'ha salutato così: "Ciao caro". C'è davvero di che dispiacersi: la gentilezza è morta!

-La **grazia concessa da Mattarella** al signor Franco Ceni, che uccise la moglie malata terminale dopo 50 anni di vita assieme, è stata la vittoria della pietà, che la legge non deve dimenticare, anche rispetto alla sua applicazione rigida. Ma la tragedia degli ultimi tempi della vita di alcuni nostri concittadini resta in tutta la sua drammaticità senza risposte. Ci poniamo una domanda: l'atto di pietoso omicidio si sarebbe stato evitato attraverso un'adeguata assistenza clinica e psicologica ai due coniugi? Qualsiasi sia la risposta, come operatori abbiamo terribili responsabilità!

-La **vicenda di Vittorio Sgarbi** ci sgomenta: è giusto, sul piano umano e giuridico, limitare la libertà di una persona solo per la denuncia di una figlia, che non ha competenze cliniche ed è mossa dal desiderio di proteggere il padre rispetto alla supposta prevaricazione di una altra persona? Dove va il rispetto delle scelte individuali e la nostra libertà? La depressione è una malattia che deve essere curata, ma non toglie le capacità di decidere sul futuro, in libertà. Fino a che punto, peraltro, si deve limitare l'autonomia individuale, anche nel timore di un suicidio? Se non si pongono paletti stabili all'invasione degli altri (con diversi ruoli e funzioni) nella nostra vita libera, i rischi sono molto elevati. Noi che, per professione, attraverso gli atti di cura ci occupiamo di creare libertà dal dolore, non possiamo essere complici di atti che non rispettano il diritto di tutti alla libertà.

-Il nostro collega **Enrico Mossello** ha inviato questa **osservazione attorno all'articolo di Paglia** su *Avvenire*, da me commentato nella newsletter del 19 dicembre.

"Caro Professore,

ho voluto leggere l'articolo di Vincenzo Paglia - che purtroppo non era allegato alla sua mail; credo si riferisse a questo su *Avvenire*.

Mi permetto una riflessione 'tagliata con l'accetta'. Mi pare che Monsignor Paglia pecchi di genericità, quando parla di modelli di assistenza alternativi alla RSA ('quello delle piccole convivenze, magari prendendosi in casa altri e di farlo con le dovute garanzie o, comunque, da inventare'). Purtroppo però non corrisponde alla mia (limitata) esperienza il fatto che, come lei dice 'la grandissima maggioranza delle RSA sono luoghi dove domina l'accoglienza, il rispetto della dignità e della libertà delle persone prese in cura'. Soprattutto per quanto riguarda la libertà. E c'è poi il tema delle risorse necessarie.

Personalmente, quando un familiare mi chiede indicazioni sulla RSA, la prima cosa che faccio è sostenere che nessuna struttura - nemmeno la migliore - può fornire un rapporto 1:1 tra assistenti e assistiti. Al contrario di quello che la maggioranza degli anziani con grave disabilità [di quelli stiamo parlando] riceve al domicilio - in qualche modo - grazie all'impegno delle famiglie, compreso il pagamento di colf e badanti. Questo spesso fa la differenza nella possibilità di personalizzare l'assistenza. Ridotta all'osso, nella mia esperienza l'alternativa è spesso tra badante e RSA. Di RSA si parla - giustamente - tanto. La mia sensazione è che invece il tema degli assistenti familiari resti sempre sullo sfondo, qualcosa che 'non esiste' nei servizi e di cui quindi non si può parlare: competenze necessarie, rapporto tra costi e qualità, rapporto con i servizi socio-sanitari 'formali'. Sarà il caso di farlo di più?"

Non mi permetto certo di commentare su un piano generale la mail di Enrico, così forte e credibile. Rispetto alle sue affermazioni aggiungo solo un aspetto: la RSA è aperta e funziona anche a Natale e a Capodanno, mentre l'assistenza a casa è spesso dipendente dalle circostanze. Di seguito un caso che mi è stato riferito ieri. La badante di un anziano è convivente, ma non lavora nel week end. In un week end durante le feste natalizie la sostituta non può lavorare, perché ammalata. Viene attivata l'agenzia che aveva l'impegno contrattuale a garantire una sostituzione in caso di malattia. Questa indica una badante, che però entra in servizio in nero, perché manca il tempo per la denuncia all'INPS. La famiglia decide di assumersi la responsabilità di assumere la badante sebbene in maniera irregolare.

-L'organizzazione della città si colloca in modo rilevante tra le **problematiche più critiche riguardanti la vita degli anziani**. La chiusura dei centri storici, senza alcuna finestra temporale di apertura, interessa un numero crescente di città. In questo modo di fatto si impedisce a molti cittadini con mobilità ridotta l'accesso al centro cittadino, dove si concentrano luoghi di svago, i negozi più vivaci, un'atmosfera di maggiore benessere, alcuni centri culturali, talvolta anche servizi indispensabili. Le scelte di alcune amministrazioni impediscono di fatto a molti cittadini di frequentare i luoghi più vivi e significativi della propria città. Non mi sembra sia un atto di civiltà, ma alcune amministrazioni non sono in grado di pensare a nulla se non alle chiusure. Altro che "città amiche degli anziani"! Una problematica simile riguarda i parcheggi nei centri cittadini; l'aumento delle tariffe e l'eliminazione dei parcheggi gratuiti induce sempre più gli anziani verso i centri commerciali, con il doppio effetto negativo: scomparsa dei negozi di prossimità e riduzioni dei rapporti umani, che sono favoriti dall'ambiente amico. I grandi centri commerciali diventano le nuove città degli anziani, con le pesanti conseguenze sulle dinamiche relazionali. Ma è questo quello che vogliamo per la nostra futura vita sociale?

-Nella Domenica del *Sole 24 ore* del 28 dicembre, **Gianfranco Ravasi riporta una frase di Leonardo Sciascia**: "Ad un certo punto della vita non è la speranza l'ultima a morire ma morire è l'ultima speranza". L'augurio che faccio a me stesso e ai nostri lettori in questo inizio del nuovo anno è che

mai una persona che si affida alle nostre cure possa trovare nella morte l'ultima speranza, perché siamo stati inadeguati nell'accompagnarlo nelle strade del dolore.

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

-Avevo chiesto al **dottor Colombo** solo quattro righe per rispettare il suo riposo festivo. Con grande generosità ha voluto ugualmente preparare il consueto contributo, peraltro particolarmente incisivo. Grazie, Mauro, a nome dei nostri lettori... più d'uno mi ha scritto che segue la newsletter per leggere i tuoi contributi...!

“Anche da risultati negativi si può trarre insegnamento: è il caso, per esempio, dalla **sperimentazione con un antivirale rispetto al rallentamento del declino cognitivo**, cui *JAMA* ha dedicato un articolo originale [1] ed un editoriale [2], pubblicati in rete il 17 dicembre 2025, e liberamente accessibili.

Parto dalle conclusioni dello studio 'VALAD' ('Valacyclovir Treatment of Alzheimer's Disease'), tradotte letteralmente: 'Il Valaciclovir non è stato efficace nel peggioramento cognitivo (esito primario) e non è raccomandato per il trattamento di individui con demenza di Alzheimer sintomatica precoce e sieropositività al Virus Herpes Simplex (HSV)'.

Ricostruendo lo studio, la premessa parte dal possibile coinvolgimento dei virus erpetici nello sviluppo della malattia di Alzheimer: da qui il tentativo di verificare se un trattamento antivirale consolidato possa aiutare a rallentare il declino cognitivo nei pazienti che ne sono affetti. Allo scopo, 120 persone sieropositive per HSV \* con deterioramento cognitivo lieve [mild cognitive impairment (MCI) #] o demenza di Alzheimer (AD) lieve # o moderata #, di età media 71,4 anni, 55% femmine, sono state arruolate presso 3 ambulatori per la memoria ed allocate 60 contro 60 a placebo o Valaciclovir (pro-farmaco dell'Aciclovir) in capsule titolate fino a 4 grammi / die. La batteria neuropsicologica prevedeva anche una valutazione intermedia alla 52° settimana.

Inaspettatamente, a distanza di 78 settimane, i 45 partecipanti che hanno terminato il ciclo hanno dimostrato un peggioramento significativo rispetto ai 48 corrispettivi del gruppo placebo, a livello cognitivo. Difatti la sottoscala ad 11 voci dello ADAS-Cog (obiettivo primario) è cresciuto (peggiore) di 10,86 punti [con intervallo di confidenza al 95% (CI 95%) = 8,8 – 12,91] nel gruppo Valaciclovir contro un aumento di 6,92 punti [con intervallo di confidenza al 95% (CI 95%) = 4,88 – 8,97] nel gruppo placebo, così da creare una differenza di 3,93 punti § [con intervallo di confidenza al 95% (CI 95%) = 1,03 – 6,83]. Non sono state riscontrate differenze fra i due gruppi rispetto ai livelli funzionali (obiettivo secondario), od in altri test cognitivi, come bene indicato nei grafici, o negli effetti avversi, peraltro di scarsa frequenza e rilevanza. Anche gli indicatori biologici (per amiloide, tau e neurodegenerazione) non hanno presentato differenze nelle traiettorie, per questo [1] che si pone come il primo studio clinico randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo di un farmaco antivirale antierpetico nei pazienti con AD, frutto di un nutrito numero di Autori tutti affiliati ad istituzioni statunitensi.

L'editoriale [2], scritto da un Autore della Mayo Clinic di Rochester, Minnesota, ha cercato di scendere più in profondità, per proporre una interpretazione dei risultati di [1], partendo da due formulazioni della ipotesi 'virale' della demenza di Alzheimer. In una formulazione, la malattia virale agisce precocemente come iniziatore della neurodegenerazione, che porta decenni dopo alla  $\beta$ -amiloidosi, alla taupatia o ad altre neuropatologie neurodegenerative. Nella seconda formulazione dell'ipotesi virale, i virus neurotropici contribuiscono ad accrescere la sintomatologia nelle persone con deficit cognitivo preesistente, dovuto ad Alzheimer o ad altri disturbi neurodegenerativi. Per quanto riguarda specificatamente gli herpes virus, l'ipotesi virale implica che il virus riattivato potrebbe interagire con la patobiologia dell'Alzheimer o potrebbe esercitare un'azione indipendente che accelera la neurodegenerazione cognitivamente rilevante nelle persone sintomatiche.

L'introduzione di [1] ricorda uno studio autoptico condotto su pazienti affetti da Alzheimer che ha dimostrato che il 90% delle placche amiloidi conteneva DNA dell'HSV-1 e che il 72% del DNA totale dell'HSV-1 nel cervello era associato a queste placche. La maggioranza degli anziani ha contratto una infezione da HSV nel corso della vita [1], al punto che in Svezia l'80% degli anziani presenta anticorpi IgG anti-HSV-1, ad indicare l'ubiquità nella popolazione di HSV-1, responsabile principalmente di eruzioni orali [2]. Gli studi epidemiologici riportati in introduzione da [1] – in parte ripresi nell'editoriale [2] - riportano una probabilità positiva ('odd ratio') compresa fra 1 e 3 per gli individui sieropositivi per HSV rispetto ai sieronegativi di sviluppare una demenza (di tipo Alzheimer o da tutte le cause a seconda del riferimento bibliografico). L'editoriale [2] sottolinea come la associazione non valga per le diagnosi amministrative di AD, rimarcando la necessità di una conferma mediante biomarcatori.

Quanto ai risultati, l'editorialista evidenzia come il tasso di completamento sia stato impressionante: 77,5% (93/120), tenendo conto che la ricerca è stata condotta durante la pandemia Covid-19. Ciononostante, in assenza di prove di beneficio – come esplicitato già dal titolo - sono stati rilevati inattesi effetti deleteri del Valaciclovir, che ammontavano a circa metà del declino cognitivo cui sono andati incontro i partecipanti non trattati. Ragionevolmente, se ne può trarre la conclusione che la riattivazione di HSV-1 non contribuisca a livello sintomatico alla AD. Per converso, indirettamente, 'lo studio VALAD dovrebbe riportare l'attenzione sui virus neurotropici alla precedente formulazione pre-sintomatica dell'ipotesi virale dell'AD ... l'infezione da un virus neurotropico potrebbe contribuire attraverso un percorso ancora sconosciuto ad accelerare la neurodegenerazione, direttamente o indirettamente, in alcuni individui'.

\* prevalentemente positive per IgG, indicative di contatto pregresso con HSV tipo 1 e tipo 2, con qualche partecipante positivo ad IgM, indicativo di contatto recente

# Stadio Clinical Dementia Rating scale (CDR) = 0,5 (MCI) / 1 (AD lieve) / 2 (AD moderata); conferme mediante tomografia ad emissione di positroni (PET) per amiloide, o liquido cerebrospinale positivo allo indice amiloide tau; Mini Mental State Examination (MMSE) compreso fra 18 e 28 / 30

§ per la sottoscala ad 11 voci dello ADAS-Cog, il cui punteggio è compreso fra 0 e 70 punti, dove a punteggi più alti corrisponde una peggiore prestazione cognitiva, un differenza di 3 punti indica la differenza minima clinicamente significativa (MCID)

[1] Devanand, D. P., Wisniewski, T., Razlighi, Q., Qian, M., Wei, R., Andrews, H. F., Acosta, E. P., Bell, K. L., Pelton, G. H., Deliyannides, D., Perrin, A. C., Caccappolo, E., Gershon, A. A., Prasad, K. M., Kreisl, W. C., Mintz, A., & Huey, E. D. (2025). Valacyclovir Treatment of Early Symptomatic Alzheimer Disease: The VALAD Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2521738. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.21738>

[2] Knopman D. S. (2025). Valacyclovir and Symptomatic Alzheimer Disease-No Evidence for Benefit. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.20795. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.20795>

PS) ringrazio i lettori che hanno in vario modo mostrato apprezzamenti per queste mie 'chiacchierate', o che le hanno semplicemente lette; ringrazio calorosamente il prof. Trabucchi per l'affetto ripetutamente espresso. Con questo 'angolo' chiudo il contributo per il 2025: arrivederci al 2026, coi miei migliori Auguri di Buon Anno".

Un rinnovato augurio di Buon 2026,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatria*

## Newsletter AIP - 23 dicembre 2025

n. 52/2025



*“Perché gli ospiti celesti dovevano apparire a quei pastori? Cosa c'era in loro in grado di attirare l'attenzione degli angeli e del Signore degli angeli? Quegli angeli erano istruiti, distinti o potenti? Erano particolarmente noti per pietà e doni?*

*Non si dice niente in grado di farci pensare una cosa del genere. Potremmo parlare sicuramente della fede che avevano, almeno alcuni di loro, perché a chi ha sarà dato, ma non c'è nulla che mostri che erano più santi e illuminati di altri bravi uomini dell'epoca, che attendevano la consolazione di Israele.*

*No, non c'è alcun motivo per supporre che fossero migliori degli uomini comuni nella loro situazione, semplici e timorosi di Dio, ma senza alcun grande tratto di pietà o radicate abitudini religiose.*

*Perché allora sono stati scelti? Per la loro povertà e oscurità. Dio onnipotente guarda con una sorta di amore speciale, o (come potremmo definirlo) affetto, gli umili... L'angelo è apparso a uomini di quel tipo per aprire la loro mente e insegnare loro a non essere abbattuti e in soggezione perché occupavano i gradini inferiori. È apparso per mostrare loro che Dio ha scelto i poveri in questo mondo perché siano eredi del Suo regno, e per rendere onore alla loro categoria.*

*‘Non temete’, ha detto, ‘perché io vi porto la buona notizia di una grande gioia che tutto il popolo avrà: Oggi, nella città di Davide, è nato per voi un Salvatore, che è il Cristo, il Signore’”.*

*John Henry Newman*

Questa newsletter esce in anticipo per ragioni organizzative e in forma ridotta, per rispettare i tempi di riposo della segreteria GRG, che ringrazio a nome di tutti per il lavoro svolto con competenza e dedizione.

*BUON NATALE!*

**“Se ci diamo una mano i miracoli si faranno e il giorno di Natale durerà tutto l’anno”.** (Gianni Rodari)

A tutte le amiche e agli amici che ci leggono, a coloro che ci hanno aiutato nella preparazione della newsletter, a quelli che hanno contribuito concretamente ai costi, a quelli che non consociamo personalmente, ma che sentiamo vicini: l’augurio più caloroso di buon Natale!

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

Di seguito un piccolo dono a chi ci segue: **la poesia di Diego Costaggiu**, carissimo collega sardo, che ringrazio per averci concesso di pubblicarla.

##### **“Fiori d’argento**

Sul ciglio incanutito  
dell'esistere,  
che ci resta,  
Amore mio?  
I ricordi incollati  
alle pareti del cuore,  
I giochi degli sguardi,  
quando le parole  
si confondono  
nel rumore del mondo,  
Gli oggetti condivisi,  
I giorni appesi ai muri,  
Le nostre gioventù  
conservate in soffitta,  
Le scritte autografate  
sui quaderni della vita,  
I fardelli ed i sogni  
abbandonati  
ai lati delle strade.  
Ora  
che siamo fiori recisi,  
Invecchiamo  
uno a fianco all'altro  
nel nostro vaso  
di cristallo.  
I colori  
un po' sbiaditi,  
le foglie accartocciate,  
le spine inoffensive,  
restano a testimoniare  
il racconto.  
Noi soli



siamo in grado  
di tradurlo in gesti.  
Per tutti gli altri  
siamo solo rose,  
a centrotavola,  
cui cercare  
di concedere  
una proroga”.

Tratta dalla raccolta di poesie ‘L’ultima pera è guasta’ di Diego Costaggu (Lulu edizioni, 2019).

-Riporto i consigli pubblicati da **La Rosa di Cassino APS** per **vivere le festività con maggiore serenità**. Sono indicazioni semplici, ma di grande utilità pratica in questi giorni:

1. Gli addobbi natalizi modificano l’aspetto degli ambienti. Per evitare un cambiamento troppo improvviso, è utile iniziarli poco alla volta, così da mantenere un senso di comunità e familiarità
2. Piccoli gesti, come appendere una decorazione in casa, possono favorire il senso di partecipazione e aiutano la persona ammalata a sentirsi inclusa nelle attività familiari
3. Creare uno spazio tranquillo durante le feste, dove la persona possa riposarsi, evitando il rischio di confusione
4. Mantenere il più possibile le abitudini, quelle che favoriscono sicurezza e tranquillità. Consumare i pasti agli orari abituali e mantenere i ritmi consueti della giornata. Se la persona desidera seguire le celebrazioni religiose, ma non è possibile farla uscire, le funzioni in TV possono rappresentare una buona alternativa
5. Nei pasti offrire porzioni moderate
6. Adattare le tradizioni alle esigenze del momento. È importante modificare l’organizzazione per favorire la serenità della persona con demenza e della famiglia
7. Informare familiari e parenti in anticipo, per evitare incomprensioni nelle fasi iniziali delle demenze, quando i cambiamenti non sono ancora evidenti
8. Prestare attenzione alle ore serali, quando la persona tende a confondersi più facilmente
9. Scegliere regali che richiamano ricordi positivi e piacevoli, che favoriscono la continuità con la storia personale
10. Facilitare il riconoscimento degli ospiti, per evitare il disorientamento degli ammalati

-**Gianluigi Perati**, medico di rilevante cultura ed esperienza, ha scritto le note che seguono rispetto alla dialettica sempre molto viva sul **significato delle residenze per le persone anziane fragili e ammalate**. Condivido in pieno quanto sostenuto dal collega e amico cremonese.

“Caro Professore

Le scrivo dalla nostra Fondazione che alla fine del secolo 19° è nata dalla lungimiranza del parroco del paese di San Bassano in provincia di Cremona ed è oggi ormai radicata nel territorio cremonese: accoglie persone fragili sia del mondo della disabilità psichica che geriatrica.

Sono note le molteplici esternazioni compiute da anni da Mons. Paglia in tema di RSA e, francamente, sarebbe ora che egli decidesse di approfondire meglio il mondo della geriatria residenziale e territoriale per evitare di esprimere pareri spesso inappropriati perché basati sulla non conoscenza delle nostre realtà.

Per esempio, se approfondisse il tema buttando lo sguardo al di fuori dell’Italia, potrebbe giungere a conoscere come viene gestita la cura degli anziani in Danimarca che, alcuni anni fa, aveva deciso di abolire gradualmente le residenze per anziani e che ora sta facendo marcia indietro avendo capito una cosa semplicissima ed incontrovertibile ovvero che le persone anziane gravemente disabili sia sotto il profilo cognitivo-comportamentale che motorio e funzionale non vivono meglio a casa



propria perché: 1°) è necessario avere competenze specifiche per sapere come gestire questi malati e non esistono i farmaci miracolosi che risolvono i problemi comportamentali, 2°) le reti famigliari di oggi non sono nelle maggioranze dei casi in grado di offrire assistenza continuativa nelle 24 ore, 3°) la rete territoriale di servizi a domicilio è assolutamente inadeguata per dare risposte concrete a questo tipo di malati ed alle loro famiglie 4°) i costi di una cura domiciliare sono decisamente maggiori ed inoltre si avvalgono di una rete sconosciuta e spesso “sfuggente” di badanti la cui formazione è tutta da valutare.

Gli esempi come la Danimarca, e gli studi epidemiologici nel mondo occidentale e in particolare in Italia, ci mostrano che nel prossimo futuro saranno da ampliare enormemente sia i servizi domiciliari ma anche quelli residenziali che, comunque, dovranno essere regolamentati da leggi nazionali per garantire requisiti di qualità precisi ovunque. E quindi basta con il considerare le RSA un servizio denso di considerazioni negative. In realtà in RSA si vive spesso molto bene e con tante considerazioni e idee delle persone anziane stesse che sono soddisfatte, assieme ai loro famigliari, di vivere la loro esistenza nel migliore modo possibile e ancora con passione e serenità nonostante i tanti limiti e fragilità”.

-In sintonia con le considerazioni di Perati, ho avuto notizia che la figlia di una signora ospite di una RSA, e scomparsa da poco, ha organizzato una **“festa” natalizia con gli operatori della struttura per ricordare assieme la mamma.**

-Certamente il mondo delle RSA racchiude tanto dolore, però l'associazione **“Un sorriso in più”** è convinta che anche piccoli gesti possono contribuire a rasserenare l'atmosfera. Grazie al supporto di tanti “nipoti”, sparsi in tutta Italia, **è infatti in grado di realizzare alcuni piccoli sogni degli anziani nelle RSA.** Quest'anno sarà presente in 500 strutture in tutto il paese, mentre nel 2024 sono stati 9.033 i desideri realizzati: piccole richieste, talvolta anche un po’ strane, che sono soprattutto domande di supporto per sconfiggere la solitudine. Le richieste sono diverse: libri, riviste, vestiti, ma anche, ad esempio, quella di incontrare un carabiniere per ricordare il padre che era nell'Arma. L'impresa dei “nipoti” ha anche il significato di combattere l'isolamento delle RSA e di convincere la popolazione in generale che non sono contenitori di dolore senza speranza, ma luoghi dove vivono nostri concittadini anziani, che provano le stesse nostre emozioni e hanno gli stessi nostri desideri.

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

Grazie, carissimo **Mauro Colombo**, perché rispetti questo impegno in modo esemplare.

Un augurio particolare di Buon Natale!

“Un angolo che spero i lettori della newsletter possano gradire, nel periodo natalizio, parlando di un lavoro – pubblicato nel 2025 sul *Journal of Alzheimer’s Disease* £ - che tratta di un progetto mirato alla **riduzione delle cadute da parte di pazienti anziani con deterioramento cognitivo**, ricoverati in ospedale [1]. Il progetto è stato condotto in un nosocomio rurale nella provincia canadese dell’Ontario, sotto la guida della prima Autrice (la professoressa Munira Sultana, che richiama le linee-guida mondiali sulla prevenzione delle cadute [2] £) e di una dirigente infermieristica con competenza geriatrica.

Le premesse alla ricerca-azione sono rilevanti e di varia natura, nella consapevolezza della gravità del problema:

I tassi di cadute ospedaliere variano da 3 a 16 cadute ogni 1000 giorni di degenza, con quote più elevate osservate nei reparti geriatrici e di riabilitazione

Circa il 30-50% di queste cadute provoca lesioni fisiche che vanno da contusioni e lacerazioni a fratture e persino alla morte

Cadere durante il ricovero ospedaliero può anche aggiungere stress emotivo al paziente, a chi si prende cura di lui e al personale sanitario

Gli infortuni correlati alle cadute gravano notevolmente sulle risorse ospedaliere e aumentano i costi del sistema sanitario, poiché i pazienti che cadono hanno una degenza ospedaliera più lunga rispetto a quelli che non cadono (mediamente di 10 giorni)

Gli ospedali mettono in atto misure preventive basate su allarmi e sistemi di monitoraggio (per esempio allarmi a letti e sedie, sensori, braccialetti), modificazioni ambientali (quali pavimenti liberi da ingombri, corrimani), valutazioni del rischio di caduta, revisioni delle terapie. Ma l'impatto di queste iniziative risulta essere modesto, anche secondo le linee-guida [2], ed una rassegna Cochrane {citata in bibliografia [voce 13 (peraltro datata al 2018)]}

Viceversa viene posto l'accento sul potenziale preventivo insito nella educazione di pazienti, personale e assistenti informali: i riferimenti bibliografici spaziano da Lancet ad un articolo [3] e che vede tra gli Autori la stessa Munira Sultana, e Joe Verghese, il neurologo che ha coniato, nel 2013, il concetto di "sindrome da rischio cognitivo motorio (MCR)": una condizione pre-clinica caratterizzata dalla co-occorrenza di disturbi cognitivi soggettivi e andatura lenta. Nelle conclusioni di tale articolo è stato dimostrato che il coinvolgimento degli assistenti informali nella pianificazione e nell'erogazione di interventi per ridurre le cadute aumenta l'aderenza dei soggetti con deficit cognitivo ai programmi di prevenzione delle cadute (la cui efficacia veniva dichiarata ancora da verificare).

La letteratura identifica diversi fattori abilitanti per un'efficace formazione sulla prevenzione delle cadute, tra cui la condivisione delle responsabilità per l'attuazione del programma, la definizione di obiettivi chiari per il personale, la dimostrazione dell'impatto del programma, il coinvolgimento dei familiari per rafforzare i messaggi, la designazione di "campioni delle cadute" per formare il personale e la messa a disposizione di risorse (come video e opuscoli) facilmente accessibili ai pazienti in ogni momento. Ciononostante, l'educazione non fa parte di tutte le linee-guida preventive sulle cadute; un altro ostacolo consiste nelle preoccupazioni sulla sostenibilità dei programmi preventivi ospedalieri, in termini di risorse umane, e di costi economici e sociali.

Il programma proposto in [1], destinato ad un sistema sanitario già sovraccarico e sotto-finanziato [sic! anche in Canada ... (ndr)] parte dall'inserimento nella formazione regolarmente dedicata agli infermieri di argomenti quali la Morse Fall Scale (soglia > 25 per indicare rischio di caduta), Confusion Assessment Method (CAM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e Time "Up & Go" test (TUG). Il "pacchetto" preventivo assemblava: 1) messa in guardia di assistenti formali ed informali e l'allertamento di allarmi al letto; 2) adeguamento della altezza del letto, dotato eventualmente di spondine, su indicazione medica; 3) individuazione di pazienti a rischio mediante contrassegni alle porte e braccialetti; 4) eliminazione di ingombri dagli ambienti; 5) educazione di pazienti ed assistenti; 6) segnalazione dei servizi disponibili.

Riunioni mensili dello staff estese ai pazienti permettevano non solo di seguire i progressi in atto del programma, ma anche di creare un clima collaborativo e di condivisione di responsabilità, premessa vantaggiosa per individuare barriere e facilitatori del progetto, modificandolo se del caso.

Al progetto – sviluppato dal gennaio al dicembre 2024 - hanno partecipato 113 figure del personale, che – mediante simulazioni di scenari - hanno identificato 1437 degenti a rischio di caduta (non ho trovato specificato su quanti ammessi), dei quali sono effettivamente caduti 136: 73 erano maschi, la loro età media era di 77 anni, 71 presentavano deterioramento cognitivo (MoCA =  $22 \pm 2$ ) e 5 demenza (circa 57% in totale), 47 confusione (CAM =  $72 \pm 3$ ) e 23 difficoltà alla mobilità (TUG =  $15 \pm 2$ ).

Il tasso di cadute era sceso da  $16,25 \pm 4,33$  cadute per 1000 giorni-letto nel 2023 a  $11,33 \pm 4,79$  nel 2024: una riduzione, come indicato in grafico, del 30% [ $- 4,92 \pm 6,33$  cadute per 1000 giorni-letto ( $p = 0,01$ ), con ampio intervallo di confidenza al 95% =  $0,89 - 8,93$ ]. Ne è risultato anche un risparmio

di 89.000 \$; al vantaggio economico va aggiunto quello “immateriale” di un miglioramento nel clima lavorativo.

Dalle riunioni mensili risultata che la maggior parte delle cadute avveniva in bagno o fuori dalla camera, ed in orari pomeridiani, ed era facilitata da confusione, incertezze di equilibrio e vagabondaggio [il ruolo delle spondine (mi) era meno chiaro]. Fortunatamente, solo 7 dei 136 episodi di caduta ha comportato danni che hanno costretto a prolungare la degenza. Dalle medesime riunioni sono emersi – oltre alla conferma della opportunità di impiegare braccialetti colorati con cui contrassegnare i pazienti a rischio – altri punti critici: scarsità di personale in servizio in orario pomeridiano; mancata consapevolezza o coinvolgimento dei familiari nel programma preventivo; necessità di una revisione ampia della farmacoterapia potenzialmente responsabile di cadute. A distanza di 6 mesi dall’avvio del programma, erano state applicate 2 misure: adozione dei braccialetti colorati, e supporto da personale di sorveglianza pomeridiana per i degenti con vagabondaggio.

In discussione, gli Autori di [1] raccomandano prudenza nell’interpretazione di dati così ottimistici come il calo del 30% nelle cadute, stante la ampiezza dell’intervallo di confidenza. Peraltro, le lesioni correlate alle cadute sono ancora riportate in letteratura come la principale diagnosi di riammissioni in ospedale, cui contribuiscono anche disabilità, malattie croniche, limitazioni funzionali, e deterioramento cognitivo. Viene anche ricordata la “sindrome post-caduta”, col suo gravame in ansia, depressione, calo in attività.

Quanto alla opportunità di riconsiderare le prescrizioni farmacologiche, valgono due considerazioni, sostenute dalla letteratura (riportata in bibliografia):

- il rischio di cadute e di infortuni correlati alle cadute che portano al ricovero ospedaliero è praticamente doppio nei pazienti anziani che assumono sedativi-ipnotici

- per converso, simmetricamente, la consulenza farmacologica condotta dal farmacista potrebbe ridurre le riammissioni ospedaliere del 48,3%.

PS) trafficando per questo “angolo” mi sono imbattuto in un articolo £ che prometteva bene, a partire dal titolo e dalla sottolineatura in introduzione del ruolo critico giocato dagli infermieri nella prevenzione delle cadute verso i residenti di strutture per anziani; per giunta, l’articolo – pubblicato anch’esso nel 2025 – si riferiva alla medesima area geografica (l’Ontario) [4]. Ma procedendo nella lettura sono stati presentati risultati esplicitamente contro-intuitivi, per nulla motivati né quantomeno discussi: una delusione, nel tentativo di arricchire il contributo

£ tutti i 4 articoli citati sono liberamente accessibili in rete (ho recuperato [3] gratuitamente – sono figure ... - in ResearchGate)”.

[1] Sultana, M., Taylor, C., McPhee, D., Chandler, A., Hyde, H., Yekinni, I., Sayeed, N., & Bessey, M. (2025). Reducing falls in inpatient older adults: Quality improvement initiative. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 107(1), 86–91. <https://doi.org/10.1177/13872877251360031>

[2] Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., Freiburger, E., ... Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

[3] Sultana, M., Alexander, N., Pierucini-Faria, F., Hunter, S. W., Kamkar, N., Speechley, M. R., Son, S., Verghese, J., Montero-Odasso, M., & Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2023). Involvement of Informal Caregivers in Preventing Falls in Older Adults with Cognitive Impairment: A Rapid Review. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 92(3), 741–750. <https://doi.org/10.3233/JAD-221142>

[4] Rietze, L., Heale, R., Gorham, R., & Akomah, A. (2025). Factors Associated With Falls Among Residents Living in Long-Term Care Homes in Ontario. *International journal of older people nursing*, 20(4), e70035. <https://doi.org/10.1111/opn.70035>

-In questi giorni si è tenuto nella bellissima Napoli il **70° Congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**. Un evento di grande successo, con moltissimi partecipanti. Il titolo del congresso è stato: **“Liberi e longevi”**, sintesi perfetta della strategia della geriatria, impegnata nel garantire una longevità in salute, allo stesso tempo valorizzando al massimo la libertà dei cittadini, indipendentemente dalla loro condizione di salute. La SIGG ha compiuto una scelta coraggiosa collocando il congresso in una sede universitaria situata nel rione di Scampia. Sono certo che il presidente Dario Leosco ha preso questa decisione per testimoniare che gli impegni di cura sono più forti di qualsiasi limitazione ambientale. Peraltro, il congresso si è svolto serenamente, senza alcun ostacolo. Grazie, davvero, a tutti i colleghi della SIGG.

Un rinnovato augurio natalizio,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatria*

## Newsletter AIP - 19 dicembre 2025

n. 51/2025

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Un commento alla posizione di mons. Paglia sulle RSA
- Fabio Cembrani: "Tempo di crisi, tempo di opportunità"
- Stefano Crooke: "Perché a me?"
- Manuela Berardinelli: "Nessuno nasce per essere solo"
- I direttori d'orchestra non invecchiano

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

- Il contributo di Mauro Colombo
- Lancet Healthy Longevity* sul rapporto tra dolore e capacità intrinseca
- JAGS: declino funzionale dopo un trauma nelle persone affette da demenza
- The *Lancet* Commission e il futuro del sistema sanitario ucraino

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

- I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Di seguito un mio commento ad un articolo di **monsignor Paglia** che prospetta un **ruolo secondario delle RSA nello scenario dei servizi alle persone anziane**. Sarei soddisfatto se a questo tema volessero contribuire i lettori con responsabilità più o meno dirette di impegno nelle RSA.

Mi pongo nella prospettiva dei 25 anni: le dinamiche demografiche, scientifiche, cliniche, economico-organizzative saranno completamente rivoluzionate rispetto ad oggi e realisticamente non possiamo prevedere come sarà la nostra convivenza, dominata da processi in velocissima evoluzione. E' quindi il nostro tempo al centro delle preoccupazioni e delle incertezze (e delle critiche formulate da Paglia).

Certamente oggi la struttura della rete dei servizi per l'anziano non autosufficiente è inadeguata: centinaia di migliaia di famiglie vivono in condizione di grave sofferenza, sia sul piano psicologico

che organizzativo, perché non ricevono aiuto e supporto se non da parenti, conoscenti e da qualche generosa associazione di volontariato (vedi l'esempio della Comunità di Sant'Egidio). L'assistenza domiciliare, come indicano i dati governativi, oggi non copre se non una piccolissima parte del bisogno, con presenze spesso poco più che formali. Ha ragione mons. Paglia nel sostenere l'esigenza di un drastico aumento di questo servizio. Mi permetto però di sottolineare la difficoltà pratiche dell'organizzazione sul territorio dell'assistenza a casa; una massiccia utilizzazione dell'intelligenza artificiale porterà certamente qualche vantaggio, però resterà sempre un'impresa complessa. L'esempio precario dell'organizzazione delle case di comunità, che vive oggi un momento di crisi, non è una buona premessa; i servizi diffusi nel territorio sono sempre imprese di difficile realizzazione e l'attivazione di reti efficienti (quanto spreco della parola "reti"! ) è spesso aleatoria. Non si deve poi dimenticare che una seria assistenza domiciliare, parametrata sulle specifiche esigenze clinico-assistenziali del singolo cittadino che vi ricorre, comporta costi elevati, perché impone di fornire nelle case quello che è necessario per l'assistenza medico-infermieristica, per l'igiene, l'alimentazione, l'accompagnamento della famiglia (il più delle volte di un solo caregiver) e delle sue esigenze. Queste sono sia pratiche sia generate dalle ansie e dalle preoccupazioni rispetto a situazioni che possono cambiare nel giro di pochissimo tempo (penso alle tragiche notti senza sonno dell'assistenza, tra incertezze, paure, interrogativi senza risposta). Talvolta il ricorso al pronto soccorso dell'ospedale dove si trova sempre una luce accesa, una risposta ai timori, è la soluzione umanamente più appropriata (chi critica il sovraffollamento dei pronto soccorso dovrebbe sperimentare la solitudine provocata dalla responsabilità verso un proprio caro, nel momento in cui presenta comportamenti clinici incomprensibili per chi non è un tecnico della salute).

Su questa parte delle indicazioni organizzative suggerite di mons. Paglia concordo, anche se senza illusioni sulla possibilità concreta di realizzare in tempi brevi un sistema che copra almeno in parte il bisogno.

Non posso però evitare di ricordare che in alcune situazione di crisi la RSA rappresenta la risposta più appropriata. Concordo con Paglia che spesso il ricovero in una istituzione è causa di contrasti nelle famiglie, di lacerazioni, di sensi di colpa; però, quando l'instabilità clinica e la perdita dell'autosufficienza hanno raggiunto un alto livello di gravità è indispensabile il ricorso ad una struttura assistenziale (classificate come RSA o con altre definizioni burocratiche). Altrimenti, e ciò oggi capita spesso per la scarsa disponibilità di posti nelle strutture, il caregiver vive in situazioni disperate, con un carico di fatica fisica e di sofferenza psichica indicibili, anche a causa della sensazione di non essere in grado di fornire al proprio caro adeguate risposte. In questi casi la decisione di accompagnarlo in RSA si carica di incertezze, tra il convincimento della propria inadeguatezza e il dolore dell'allontanamento della casa, condivisa spesso per decenni. Inoltre, l'anziano portatore di alcune gravi malattie rischia di non ricevere a casa le cure appropriate, che richiedono il costante controllo dell'evoluzione dei sintomi e dell'efficacia o meno delle terapie adottate.

L'ingresso in una RSA è sempre un momento terribile (penso ai volti dei coniugi e dei figli al momento di accompagnare il proprio caro per un ricovero quando, dopo le dovute procedure e la sistemazione delle poche cose portate da casa, si chiude la porta...). Dietro quella porta si trovano disponibilità, attenzione, elevate capacità assistenziali; talvolta si creano legami affettivi profondi (mi ha impressionato in alcune circostanze la partecipazione dolente di qualche operatore ai funerali di un ospite: la fine di un legame pieno di significati). Oggi le RSA sono in difficoltà per trovare operatori adeguati per compiti assistenziali difficili; la problematica riguarda aspetti economici e normativi, ma anche la mancanza di progettualità allargata sulla formazione degli operatori (mi si permetta di definire scandaloso il pagamento di una tassa di iscrizione ai corsi di formazione!).

Infine, desidero espormi in prima persona, con la mia personale esperienza, nel affermare che la grandissima maggioranza delle RSA sono luoghi dove domina l'accoglienza, il rispetto della dignità

e della libertà delle persone prese in cura, qualsiasi sia la loro condizione (oggi la grande maggioranza degli ospiti soffre per una compromissione delle funzioni cognitive, condizione che richiede competenza e una grande quantità di apertura a relazioni non superficiali). In questa prospettiva ritengo profondamente ingiusto enfatizzare le poche realtà dove domina la mancanza di rispetto, talvolta la violenza: è un'offesa alle decine di migliaia di operatori che ogni giorno, anche nella notte di Natale, proteggono gli ospiti e consolano le loro sofferenze.

-Riporto un contributo natalizio di **Fabio Cembrani** su **“Tempo di crisi, tempo di opportunità”**.

“Il nostro è un tempo di crisi, di rapidissimi cambi di passo, di straordinarie trasformazioni e di profonde transizioni.

Quella demografica è sotto gli occhi di tutti. I dati previsionali dell'ISTAT confermano che l'Italia sarà un Paese sempre meno popolato, più anziano e più solo. Di fatto lo è già, perché il saldo tra la mortalità generale ed i nuovi nati è negativo (-281 mila nel 2024) e la previsione è quella di un ulteriore calo negli anni a venire. Gli attuali 58,9 milioni di abitanti diventeranno 58 milioni nel 2030, 54,7 milioni nel 2050 e 45,8 milioni nel 2080; con una perdita, in poco più di 50 anni, di 13 milioni di abitanti che interesserà soprattutto il Sud e con una riduzione che si velocizzerà nel tempo. Questa riduzione, se non interverranno fattori oggi imprevedibili, non sarà controbilanciata dai flussi migratori già influenzati dalla perdita di attrattività economico-occupazionale del nostro Paese e dalla instabilità geopolitica internazionale.

All'inverno demografico provocato dal calo delle nascite (-2.6% registrato nel 2024 rispetto all'anno precedente) si assocerà l'ulteriore invecchiamento della popolazione con gli over-65enni (attualmente il 24% della popolazione) che, entro il 2050, saliranno al 35% e con una parallela drastica riduzione della quota di quella in età lavorativa che passerà dall'attuale 63% al 54%; con uno squilibrio generazionale che, già oggi, solleva tutta una serie di interrogativi sulla sostenibilità del sistema previdenziale, sulle tenuta del nostro sistema di welfare e sulla disponibilità di forza lavoro. La transizione demografica in corso modificherà, inevitabilmente, anche la struttura delle famiglie italiane perché le coppie con figli continueranno a diminuire mentre aumenterà il numero delle coppie senza figli che, nel 2050, potrebbero costituire il 21% dei nuclei familiari con parallelo aumento di quelli composti da una sola persona che si stima supereranno il 41%.

In estrema sintesi, l'Italia del futuro sarà un Paese meno popolato, sempre più vecchio e anche più solo anche se questi indicatori non devono essere interpretati come una nefasta profezia. Ogni transizione, quando responsabilmente accompagnata, è occasione di opportunità per il benessere collettivo e per l'inclusione sociale. Per sfruttare le occasioni trasformandole in rampe di lancio prima che esse si trasformino in pericolosissimi baratri occorrono però scelte politiche coraggiose che ancora non si intravedono all'orizzonte: necessario è così ripensare le politiche a sostegno delle famiglie, l'organizzazione del lavoro, il sistema sanitario, quello previdenziale e, soprattutto, quello assistenziale. Ammettendo, prima di tutto, che i cambiamenti in corso non sono una trasformazione ma una transizione i cui germi vengono da lontano se è vero -come è vero- che già negli anni '80 del secolo scorso il CENSIS annunciava la comparsa all'orizzonte di quella ‘emergenza grigia’ con cui si è soliti caratterizzare metaforicamente l'invecchiamento della popolazione il quale, dopo il boom demografico del dopoguerra, pone l'Italia, dopo il solo Giappone, ai vertici dei Paesi con la presenza di più anziani. Le transizioni non devono così mai spaventare anche se di esse occorre cogliere la sostanza per decidere e agire. Per accompagnare la crescita della popolazione anziana occorre così avviare percorsi di active ageing andando oltre la semplice attività fisica per consentire alle persone di restare coinvolte nel mercato del lavoro con compiti naturalmente adatti alla loro età per non dilatare il già drammatico fenomeno della mortalità sul lavoro e per accompagnare i lavoratori verso una quiescenza in salute e senza usura. Considerazioni analoghe vanno poi fatte per le attività di prevenzione, di diagnosi e cura e di assistenza della popolazione anziana di cui deve essere



migliorata la qualità di vita e delle relazioni sociali. Perché la solitudine è un'epidemia silenziosa già presente anche nel nostro Paese che tutte le evidenze scientifiche disponibili documentano essere responsabile dell'insorgenza di molte malattie, anche della demenza.

Ri-orientare le politiche a sostegno delle famiglie italiane senza pensare a quelle occupazionali e agli anziani è un errore che non dobbiamo commettere. Un incremento delle nascite nel breve periodo non risolve, infatti, né l'invecchiamento della popolazione né l'esigenza di aumentare la forza lavoro visto che i nati tra il 2024 e il 2027 si troverebbero ancora in età scolare quando il sistema registrerà il picco della transizione demografica. Oltre a stabilizzare la spesa previdenziale ciò che occorre è, soprattutto, razionalizzare la spesa assistenziale che da troppo tempo genera debito pubblico e sottrae risorse ad investimenti e sviluppo. Dinanzi alla più grande transizione demografica di tutti i tempi serve così una riforma complessiva dell'assistenza perché dal 2008, quando la sua spesa ammontava a 73 miliardi di Euro/anno, gli oneri a carico dello Stato sono più che raddoppiati, con un tasso di crescita annuo tre volte superiore a quello destinato alla spesa pensionistica. Anche se spendiamo male perché il numero dei poveri continua ad aumentare (quelle in povertà assoluta, che erano 2,11 milioni nel 2008, sono salite a 5,7 milioni nel 2025) così come quello delle persone che non hanno la capienza economica per potersi curare. Cosicché la distribuzione dei sussidi a piè di lista, al posto di strumenti e di servizi in grado di far uscire dalla condizione di bisogno le nostre famiglie, non favorisce certo la soddisfazione dei bisogni delle persone più deboli e vulnerabili. Gli insufficienti scarsi controlli incentivano, a loro volta, il lavoro nero e il sommerso (l'INPS ammette che oltre la metà delle persone impegnate nell'assistenza degli anziani lavorino in nero) generando uno tra i tassi occupazionali peggiori in Europa. C'è così bisogno di una riforma urgente dell'assistenza perché la sua spesa non può continuare a crescere senza una parallela contribuzione aggiuntiva, perché i diversi interventi assistenziali si sono sommati e stratificati a pioggia nel tempo senza che nessuno ne abbia mai previsto il riordino (se non con le sperimentazioni in corso di discutibilissima utilità) e per l'inefficienza della macchina organizzativa ancora sprovvista di una banca dati centralizzata condivisa tra i diversi enti erogatori (Stato, Regioni, Comuni, comunità) che potrebbe non solo semplificare la vita ai cittadini ma soprattutto far da freno alla facile aggirabilità dell'ISEE. Quello che occorre fare senza perdere ulteriore tempo prezioso è così disincagliarsi dall'assuefazione registrata verso l'assistenzialismo di Stato e da quelle misure di sostegno del reddito finite impropriamente nel capitolo di spesa delle pensioni. Non sarà semplice farlo ma restare inermi agli input provenienti dalla transizione demografica in corso sarebbe un gravissimo errore politico che renderà ancora meno equo il nostro sistema fiscale, che incentiverà il lavoro irregolare, che non ammodernerà di certo il nostro sistema produttivo, che non inciderà sull'organizzazione del lavoro e che scardinerà definitivamente la tenuta del nostro sistema di welfare".

-**Stefano Crooke** mi ha inviato questo simpatico e realistico commento al mio testo sulla **persona con demenza che riceve la Comunione**. "La volevo ringraziare per la newsletter che è sempre molto stimolante. Mi ha molto colpito l'episodio della Signora che riceveva la Comunione ed aveva mostrato, in tale occasione, una straordinaria lucidità e fede. Sappiamo bene, infatti, che sono frequenti le fluttuazioni in questi Pazienti.

Ricordo che quando dirigevo una RSA, avevo un paziente affetto da un disturbo neurocognitivo maggiore, di grado severo con BSPD. Ogni tanto lo accompagnavo in caffetteria a prendere un caffè d'orzo. Anche lui era afasico. Un giorno, mentre gli parlavo mi guardò e disse: "perché a me?"

Mi lasciò senza parole e... senza risposta. Ma gli feci una carezza e lui sorrise.

Buon Santo Natale Professore a Lei ed a tutti gli eccellenti redattori in primis al Prof. Mauro Colombo.

Auguro anche un Sereno e Proficuo 2026".

-**Manuela Berardinelli** ha inviato questo bellissimo pezzo: **“Nessuno nasce per essere solo”**.

“Viviamo in un’epoca sempre più connessa digitalmente, abbiamo amici sui social, gruppi Whatsapp, chat, messaggi, che apparentemente ci mettono continuamente in relazione, eppure, viviamo una profonda solitudine nei contatti e negli affetti.

La solitudine non è scegliere di stare da soli, è sentirsi come se fossimo invisibili.

A volte persino quando siamo insieme ad altre persone.

Nessuno nasce per essere solo.

E’ indispensabile per ciascuno di noi sentirsi parte di qualcosa, l’appartenenza è un sentimento di cui non si può fare a meno.

Gaber diceva: ‘L'appartenenza non è un insieme casuale di persone, non è il consenso a un'apparente aggregazione. L'appartenenza è avere gli altri dentro di sé’.

E avere gli altri dentro di sé ha un solo nome: Comunità.

Non è un concetto astratto.

Ne’ tanto meno un’utopia.

Riconoscersi dentro una Comunità è l’elemento essenziale per dare senso e valore alla propria esistenza.

Da anni come Alzheimer Uniti Italia stiamo promuovendo, in tante città del Paese, un percorso verso la riscoperta della Comunità, con il Progetto con la P maiuscola della Città amica della persona con demenza.

Non è un semplice progetto, ma un cambio di mentalità.

Un modo di porsi differente verso la fragilità.

La costruzione di una rete che non ha scadenza, perché è un percorso personale, che ci auguriamo possa divenire uno stile di vita ovunque, una Comunità reale che accoglie, comprende, supporta, abbraccia e sostiene la persona fragile.

Affinché la Comunità sia reale e non un’utopia occorrono azioni, iniziative, per sensibilizzare e diffondere il principio che porta a toccare con mano il valore assoluto dell’appartenenza.

La liturgia della Città amica rientra a pieno titolo in questo grande puzzle di costruzione della Comunità.

Come ormai ogni anno nella mia città, Macerata, il Vescovo Mons. Nazareno Marconi, ha celebrato la Liturgia della Città amica, è stata molto più di una messa: è stato un abbraccio collettivo.

Un abbraccio grande, caldo, sincero, di una chiesa gremita che ha scelto di stringersi attorno alla fragilità, trasformandola in forza e in comunione.

Il coro – meraviglioso - formato da persone affette da demenza che cantavano unitamente al resto dei partecipanti, ha riempito lo spazio e le anime con un entusiasmo puro, capace di sciogliere ogni distanza.

Le loro voci, imperfette e preziose, hanno ricordato a tutti noi che la luce interiore non si spegne, nemmeno quando la memoria si affievolisce.

E allora?

E allora torniamo a casa con un invito nel cuore: accogliere ogni giorno la fragilità, la nostra e quella degli altri, non come un limite, ma come un luogo in cui può nascere tenerezza, verità e legami più profondi.

Perché è proprio lì, dove pensiamo di essere più deboli, che spesso scopriamo la parte più luminosa dell’umanità”.

-**I direttori d’orchestra non invecchiano.**

Come mi scrive Mauro Colombo, che oltre ad essere un grande medico e studioso, è anche un musicofilo, “Jordi Saval in forma smagliante a 84 anni ha condotto i Berliner Philharmoniker verso

musiche barocche non proprio al centro del loro repertorio (Rameau, Gluck)". Ha aggiunto che "Zubin Mehta, prossimo ai 90 anni e poco mobile, ha fatto volare l'orchestra del maggio musicale fiorentino con l'ultimo capolavoro concertistico di Mozart (K 622, scritto agli sgoccioli, con un guizzo di vitalità preterminale, per il suo amico clarinettista Anton Stadler)".

Mi permetto di aggiungere, pur assolutamente privo di cultura musicale, che Riccardo Chailly di 72 anni ha ripreso a dirigere alla Scala, nonostante fosse stato colpito da un malore, dopo pochissimi giorni di riposo.

La musica mantiene giovani? Ma quale tipo di musica? I direttori hanno maggiori responsabilità e quindi vivono più a lungo?

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

-Il consueto angolo di **Mauro Colombo**, come sempre sul pezzo.

"Batto il ferro finché è caldo. Non perché – almeno mi auguro - in preda a turbe ossessive compulsive (sempre che i Colleghi in Fondazione non me ne celino la diagnosi per delicatezza), ma perché incalzato dalla letteratura. Infatti, mentre avevo ormai completato la scrittura dello scorso 'angolo' #, JAMA pubblica in linea il 5 dicembre una intervista che una sua editrice – Rita Rubin – conduce a vari esperti riguardo ai **test ematici per la malattia di Alzheimer** resi disponibili in ambito di cure primarie ai medici statunitensi [1]. Ne riporto i passaggi principali, sorvolando sulle personalità intervistate: il testo integrale è liberamente disponibile in rete, nella rubrica 'News & Analysis'.

L'ente regolatorio statunitense [Food and Drug Administration (FDA)] ha infatti approvato due test ematici: uno – ad ottobre - destinato ai medici delle cure primarie, l'altro – a maggio - riservato agli specialisti. Il primo è stato prodotto dalla Roche - Elecsys insieme alla Eli Lilly (la ditta produttrice dell'anticorpo monoclonale donanemab), ed è mirato alla tau fosforilata in posizione 181 plasmatica (p-tau 181). Il secondo test – quello riservato agli specialisti, sviluppato da Lumipulse – rileva il rapporto fra la tau fosforilata in posizione 217 plasmatica (p-tau 217) e la  $\beta$ -Amiloide 1-42. Entrambi richiedono una prescrizione, e sono destinati esclusivamente alla valutazione dei pazienti con lieve deterioramento cognitivo o demenza precoce, di età di almeno 55 anni, non di quelli con capacità cognitive normali.

Sul mercato sono presenti anche altri test, per i quali la FDA ha indicato 'discrezionalità nell'applicazione': possono venire venduti direttamente al consumatore con normale cognitivà, magari attratto da una pubblicità piuttosto capziosa [giudizio mio, derivato dalle frasi riportate tra virgolette nell'intervista]. E qui gli esperti sollevano problemi di due ordini:

-il livello di competenza dei medici, di fronte a test che almeno per ora non sono in grado di predire quale persona cognitivamente integra sia destinata a sviluppare una demenza di Alzheimer

-la necessità di ricordare che il test è concepito per escludere la presenza di placche amiloidi, non per diagnosticare una malattia di Alzheimer, specialmente se impiegato da solo.

Nel paragrafo successivo, il pezzo ripercorre il tragitto concettuale diagnostico ['dal cervello al sangue'] per i pazienti sintomatici che ha portato dai riscontri autoptici alle tomografie ad emissione di positroni (PET) ed alle analisi sul liquido cerebrospinale

Dei due test approvati dalla FDA, quello di Lumipulse presenta due soglie: coloro che ottengono un punteggio superiore alla soglia più alta hanno la patologia dell'Alzheimer; coloro che ottengono un punteggio inferiore alla soglia più bassa, no; i risultati compresi tra le due soglie sono indeterminati. Quello di Elecsys, a differenza del precedente, è progettato solo per escludere la malattia di Alzheimer, non anche per diagnosticarla; viene però considerato meno affidabile del test di Lumipulse, tanto che la ditta produttrice ha in programma di sostituirlo. In un trial clinico multicentrico, che ha annoverato 300 partecipanti, il suo valore predittivo negativo [VPN (la probabilità che una persona con un risultato negativo non abbia realmente la patologia di Alzheimer)] è stato di circa il 98% in una popolazione con malattia precoce e bassa prevalenza, come

quella riscontrata in un contesto di assistenza primaria. Ma il valore predittivo positivo (VPP) del test, ovvero la probabilità che una persona con un risultato positivo abbia effettivamente la malattia, era solo del 22% circa. Il VPP di un test è in genere inferiore al suo VNP in una popolazione in cui la malattia non è comune, come nel caso dei pazienti di assistenza primaria e del morbo di Alzheimer. D'altra parte gli esperti sostengono che in ambito di cure primarie abbia più senso un test capace di escludere una malattia.

L'articolo passa poi a chiedersi 'perché effettuare un test'. Ma di fronte agli interrogativi degli assistiti circa il loro futuro, al presente mancano le possibilità di prevedere la velocità con cui una persona degenererà e come sarà il futuro della sua malattia. A dispetto di quanto affermato dalle ditte presenti sul mercato, condurre test su soggetti asintomatici, a prescindere dalla familiarità, 'non andrebbe fatto', fintanto che non sia completamente chiarito il potere predittivo su persone completamente asintomatiche.

Un altro elemento di cautela è portato dalla vicenda della Semaglutide. Due trials in fase 3 hanno dato risultati deludenti per questo agonista del recettore del peptide-1 simile al glucagone (GLP-1): sebbene il trattamento con semaglutide orale abbia migliorato i biomarcatori correlati alla malattia di Alzheimer in entrambi gli studi, ciò non si è tradotto in un ritardo della progressione della malattia. L'ultimo paragrafo della intervista nel titolo pone la domanda su cosa fare di fronte ad un risultato negativo piuttosto che positivo. La preoccupazione riguarda i medici di base §, che non dispongono di linee guida per la pratica clinica su come utilizzare i test del sangue per i biomarcatori dell'Alzheimer e su cosa dire ai pazienti al riguardo, rischiando, letteralmente, di 'volare alla cieca'. Peraltro, le linee guida edite la scorsa estate da parte della Associazione Alzheimer sono destinate agli specialisti.

L'ultimo esperto intervistato è un neuropsicologo della Vanderbilt University a Nashville, Tennessee, primo autore di una rassegna che ha esplorato le sfide e le lezioni apprese rispetto alla rivelazione dei risultati dei test sui biomarcatori ematici [2]. Nell'intervista si dichiara preoccupato soprattutto dalla eventualità di risultati positivi, che possono essere ancora più difficili da gestire rispetto a quelli negativi, considerando che il VPP nell'assistenza primaria può essere così basso che molti risultati positivi sono destinati ad essere falsi. Da qui la necessità di formare adeguatamente i medici di base §, cui si rivolgeranno fatalmente le masse di assistiti che gli specialisti non potrebbero affrontare, trasformando una crisi da minaccia ad opportunità [2].

# angolo dedicato ad una meta-analisi sulla tau fosforilata in posizione 217 plasmatica (p-tau 217) e sul carico amiloide in anziani senza deterioramento cognitivo, con relativo editoriale che chiamava in causa addirittura il Santo Gral, su *JAMA Neurology*

§ le premure verso i medici delle cure primarie valgono tanto più alla luce di una recente indagine, apparsa in rete tra le 'Notizie mediche in breve' di *JAMA* il 12 dicembre [3], compiuta fra marzo e settembre 2025 su circa 11 000 medici di base distribuiti in 8 paesi. Il 43% di loro negli USA, ed il 38% in Canada e Nuova Zelanda si dichiarano esauriti, ma anche le situazioni in Svezia ed in Svizzera riportano quote di rilevanti di 'burnout'. Va sottolineato come a questa severa condizione contribuiscono non solo i sovraccarichi di lavoro amministrativo, ma anche problematiche relative al rapporto con gli assistiti".

[1] Rubin R. (2025). Alzheimer Disease Blood Test Cleared for Primary Care, but Questions Remain About Its Use. *JAMA*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.21573>

[2] Bolton, C. J., Rostamzadeh, A., Chin, N., Fowler, N. R., Heidebrink, J., Rahman-Fillipiak, A., Romano, R. R., 3rd, Clark, L. R., & Advisory Group on Risk Evidence Education in Dementia (AGREEDementia) (2025). Disclosure of Alzheimer's disease blood-based biomarker results in a primary care setting: Opportunities and challenges. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 12(9), 100310. <https://doi.org/10.1016/j.tjpad.2025.100310>

[3] Pant S. (2025). Primary Care Physician Burnout Highest in US. *JAMA*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.20020>

-*Lancet Healthy Longevity* ha pubblicato un lavoro, primo firmatario **Federico Bellelli**, molto interessante sul **rapporto tra dolore e la capacità intrinseca dell'individuo**. L'infiammazione è centrale nella biologia del dolore e evidenze longitudinali indicano che il dolore può amplificare l'attività infiammatoria nel tempo. Il lavoro valuta l'effetto modulatore sull'associazione dell'invecchiamento infiammatorio. L'associazione pesa sulla vitalità, sulla funzione locomotoria, sulla condizione psicologica, con un effetto presente, riguardo a quest'ultima associazione, anche per livelli di dolore moderato. Il lavoro è stato prodotto a Tolosa dal gruppo di **Bruno Vellas**, vecchio amico dell'Italia; il primo autore è invece una nostra vecchia conoscenza... ma non per merito suo! E' figlio di Giuseppe Bellelli, presidente eletto della SIGG. Buon sangue non mente, si potrebbe dire; nel caso di Federico, peraltro, il "sangue" è arricchito anche da quello della mamma, anche lei un grande medico. [[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(25\)00117-5/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(25)00117-5/fulltext?rss=yes)]

-*JAGS* di dicembre pubblica uno studio condotto su 3210 ultra 65enni, nel quale si dimostra che gli **anziani affetti da una demenza dopo un evento traumatico subiscono nuove limitazioni delle ADL** in confronto con i pari età con funzioni cognitive preservate. E' significativamente più elevato anche il rischio di ricorrere alle strutture residenziali. Lo studio, benché i risultati siano intuitivi, induce a concentrare una particolare attenzione alle persone con demenza che hanno subito un trauma; infatti, rappresenta sempre un turning point nella loro vita. E' peraltro importante valutare l'importanza di condizioni socioeconomiche nell'effetto del trauma, al fine di impostare interventi con una visione ampia sulle condizioni dell'ammalato. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70242?af=R>]

-*Lancet* del 13 dicembre pubblica un editoriale della *Lancet Commission on the Future of Ukraine's Health System*. Il testo esprime un giudizio molto positivo sui progressi compiuti dalla sanità di quel paese prima dell'aggressione russa e si dice fiducioso che dopo l'auspicata fine della guerra il paese sarà in grado di mobilitare le grandi risorse intellettuali di cui dispone per continuare sulla strada di un sistema sempre più efficiente, in grado "to serve as a model to other countries in Europe". Un augurio al quale ci associamo. L'Ucraina sta mostrando in guerra un forza e un coraggio straordinari, premessa ad una ricostruzione che porrà il paese tra i più avanzati del nostro continente, contro chi vorrebbe trascinarla con le armi verso una condizione di miseria e di sottosviluppo. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02375-X/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02375-X/fulltext?rss=yes)]

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

-È aperta la **Campagna iscrizioni AIP 2026**. In allegato le istruzioni per iscriversi ad AIP o rinnovare la propria quota.

-In allegato il programma di un ciclo di incontri di **formazione online** promossi dall'**Osservatorio Demenze** in collaborazione con **l'ASL di Modena e la Fondazione Golgi-Cenci** per il **personale di CRA/RSA**. Iscrizioni al link <https://www.demenze.it/it-schede-10098-formazione-online-per-professionisti-delle-rsa>

-Fino al 18 gennaio 2026 è possibile iscriversi al prossimo **Congresso Nazionale AIP** e ai **Corsi Precongressuali** con prezzo Early bird. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro,  
Marco Trabucchi  
*Associazione Italiana di Psicogeriatría*

## Newsletter AIP - 12 dicembre 2025

n. 50/2025

*-Durante la messa celebrata in una RSA, una signora di 87 anni, affetta da una demenza di Alzheimer caratterizzata da gravissima compromissione delle funzioni cognitive e afasia, ha ricevuto la comunione. La figlia, che l'aveva accompagnata al rito, come tutte le settimane da quando la signora vive nella struttura, le ha offerto un bicchiere d'acqua per facilitare l'ingestione della particola. La signora allontana il bicchiere e dice in dialetto bresciano: "Non sarò mica il Signore a strozzarmi". Questo episodio è un forte insegnamento sul piano umano e clinico, in particolare conferma che "L'Alzheimer non cancella la vita". Nonostante le apparenze, nel profondo delle persone ammalate resta un legame con la vita, che non può essere trascurato, come se la malattia cancellasse con un velo di silenzio ogni possibilità di contatto con la realtà. Ne deriva un'indicazione per caratterizzare il rapporto con il malato, che deve tener conto di una sensibilità da rispettare, nonostante le apparenze. L'episodio ricorda anche l'impegno dei caregiver; sono stati costretti, pur con grande sofferenza, ad accompagnare il proprio caro in una residenza, a causa dell'impossibilità di garantirgli una vita buona nel proprio domicilio. Però il legame di affetto, che si esprime in aiuto nelle vicende di ogni giorno e nell'accompagnamento senza risparmio di fatica, non finisce, come nel caso descritto. Talvolta sembra di poter dire che il legame diventa ancora più forte.*

*-Domani è Santa Lucia, in alcune regioni una festa della gioia per tanti bambini. Penso con commozione alla partecipazione dei nonni a questi momenti di serenità, soprattutto a coloro che invece guardano con dolore alle difficoltà delle loro famiglie.*

*-Questa newsletter è la numero 50 del 2025.*

*Un traguardo, con la coscienza di aver svolto un compito importante a favore della nostra AIP.*

*Molti ci leggono, molti altri no, pochissimi ci inviano contributi: così è la vita... il dovere compiuto è più importante dei riconoscimenti!*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Presentazione di "Invecchiare non fa paura" di Anna Della Moretta e Renzo Rozzini

-“Sergio. Una storia sulla demenza”

-Cesare Pastarini: La strategia della dolcezza

-Ancora una tragedia del “dopo di noi”

-Fiorenza de Bernardi: la prima pilota di aereo

-Il NYT e la politica sanitaria del governo americano

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

- L'angolo di Mauro Colombo sul "Santo Gral dei biomarcatori"
- Colombo ci ha permesso di riprodurre un pezzo pubblicato su Facebook riguardante la disputa sulla sospensione dei trattamenti contro l'ipertensione
- JAMDA e l'ospedalizzazione degli ospiti delle nursing homes
- JAGS e il punto sullo screening del delirium
- Un contributo della professoressa Erika Borella sulla stimolazione cognitiva

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

- Il congresso di Palermo sulla longevità
- I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Accludo i commenti di **Anna della Moretta** e **Renzo Rozzini** alla presentazione del libro: **"Invecchiare non fa paura"**. Inoltre allego anche la breve recensione comparsa sul *Corriere della Sera*.

-Ho ricevuto in dono il volume **"Sergio. Una storia sulla demenza"** (Dutch) di Davide Mecozzi e Dick Kits. È un fumetto molto accurato sul piano grafico (l'illustratore è appunto Davide Mecozzi), che esplora **le sfide e le emozioni associate alla demenza** con una narrazione semplice e piacevole. Attraverso il racconto di situazioni quotidiane e l'uso di immagini che lasciano trasparire le emozioni, il libro mostra la realtà delle persone coinvolte e pone l'accento su empatia e comprensione. Dal mio punto di vista è una lettura utile a tutti, anche per chi non è direttamente coinvolto; fa infatti capire le dinamiche umane e cliniche che accompagnano le demenze.

-**Cesare Pastarini: "La strategia della dolcezza"** (CN edizioni). È la storia della cura di una malattia progressiva e inguaribile che trova sollievo nella constatazione che ogni persona è curabile. È il viaggio nella memoria di un uomo di 50 anni che deve fare i conti con la memoria del padre ammalato. Un testo lieve e duro allo stesso tempo, che aiuta a comprendere la fatica del caregiving.

-Una signora di 78 anni si è tolta la vita, perché dopo la morte del marito non riusciva più a sopportare il peso della figlia disabile 47enne. Viveva con angoscia il pensiero dell'assistenza dopo la sua morte (ennesimo caso di **"dopo di noi" che si conclude con una tragedia**). La raccolta della storia della famiglia descrive una situazione di protezione sociale (da parte dei servizi) e affettiva da parte di vicini e parenti. Cosa è avvenuto, quindi, nel cuore anziano della signora Lucia? Non lo sapremo mai, perché troppo spesso il dolore in queste circostanze non ha una voce che può essere compresa.

-È morta a 97 anni **Fiorenza de Bernardi**, la **prima pilota di aerei di linea**. La ricordo in questo tempo di olimpiadi Milano Cortina, perché ha avuto il coraggio di volare sulla rotta aerea Milano-Cortina, quando l'atterraggio nell'aeroporto in mezzo alle montagne era un atto di grande capacità professionale (la linea è stata poi cancellata e Fiammes è stato chiuso). Oggi non è più un evento raro la guida dei grandi aerei di linea da parte delle donne, però Fiorenza de Bernardi ha rotto un



tabù, grazie alla sua capacità tecnica e al suo coraggio. E, poi, si può aggiungere che probabilmente il coraggio (espressione di progettualità realizzata) è un elisir di lunga vita!

-*The New York Times* del 2 dicembre scrive a proposito delle scelte del **governo americano**: “Il silenzioso cambiamento delle politiche governative dimostra che **non crede nei progressi a lungo termine indotti dalla scienza**”. Nel 2025 ha ridotto del 22% i grant competitivi del National Institute of Health. In questi giorni abbiamo ricevuto la notizia che una commissione ha deciso di togliere l'obbligatorietà della vaccinazione per l'epatite B nei bambini. I danni provocati dall'ignoranza della politica sono enormi; peraltro, talvolta, trovano la servile accondiscendenza di chi invece che al bene comune pensa alla carriera.

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

-Di seguito il contributo di **Mauro Colombo**, molto importante perché fa il punto sul **ruolo di p-tau 217 e le sue potenzialità cliniche**.

“Per questo ‘angolo’ avevo in mente tutt’altro, ma quando è apparso su *JAMA Neurology* un editoriale che nel titolo portava il Santo Gral ho subito cambiato idea. L’editoriale [1] fa riferimento ad un articolo originale [2] consistente in una meta-analisi sulla tau fosforilata in posizione 217 plasmatica (p-tau 217) e sul carico amiloide in anziani senza deterioramento cognitivo.

Parto da una sintesi di quest’ultimo [2], frutto di Autori prevalentemente affiliati ad università statunitensi, con aggiunta di uno dalla Svezia (Göteborg) e dal Brasile (Porto Alegre), cominciando dalla segnalazione che l’ente regolatore statunitense [Federal Drug Administration (FDA)] ha recentemente approvato due test ematici per p-tau 217, limitandone e raccomandandone l’uso nell’ambito di un iter diagnostico finalizzato alla diagnosi di malattia di Alzheimer (AD) clinicamente sintomatica. La letteratura soggetta a meta-analisi (18 lavori a partire da 532), condotta secondo metodica ‘PRISMA’ (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses), ha portato ad indagare 7834 soggetti cognitivamente integri, di cui 2533 positivi (età  $70,9 \pm 6,1$  anni), e 5301 negativi (età  $68,2 \pm 7$  anni), alla tomografia a positroni (PET) per amiloide, adoperata come ‘regola aurea’ (‘gold standard’) per categorizzarli. I due test ematici hanno potuto separare i due gruppi con una stima di effetto [Hedges  $g = 1,5$  (intervallo di confidenza al 95% =  $1,33 - 1,68$ )] ed accuratezza [AUC (Area sotto la curva) =  $0,87$  (intervallo di confidenza al 95% =  $0,85 - 0,9$ )] elevate. La stima di effetto si è mantenuta costantemente alta anche nelle analisi di sottogruppo; viceversa è stata rilevata una notevole eterogeneità nei risultati [ $I^2 = 90\%$  (intervallo di confidenza al 95% =  $86\% - 93\%$ )], a complicare la interpretazione del risultato sulla stima di effetto.

Mentre sono in corso trial clinici di prevenzione secondaria su soggetti asintomatici – uno dei quali mirato specificatamente sulla tau fosforilata -, la FDA ha pubblicato nel 2024 raccomandazioni per l’uso in contesti clinici di test ematici per AD, individuando 3 livelli di ‘certezza’ [le virgolette sono mie (ndr)]: confermativo, indagine preliminare ad elevata / bassa specificità, ognuno comunque con sensibilità del 90%.

Dimostratosi superiore ad altri test ematici, quello per p-tau 217 è verosimilmente destinato a diventare lo standard per lo screening di AD; il test per p-tau 217 sembra inoltre in grado di individuare gli individui asintomatici destinati a peggiorare verso il deterioramento cognitivo lieve, e di tracciare la progressione della malattia. A testimonianza indiretta di questa prospettiva sta la rapida e recente impennata del numero di pubblicazioni reperibili in PubMed su p-tau 217: da 9 nel 2020 a 485 nel settembre 2025.

L’editoriale [1] - scritto da un Autore affiliato al dipartimento di psichiatria, comportamento umano e neurobiologia della università della California ad Irvine - comincia con un esplicito apprezzamento per [2]. Dopo di che, parte una serie di considerazioni critiche, a partire dall’ammonimento ad abbinare laboratorio e clinica: i test ematici si intendono per uso clinico – diagnostico, ricordando

due recenti autorevoli prese di posizione contrarie al loro uso su persone asintomatiche, fintanto che non esisterà una terapia efficace nel ritardare la comparsa di sintomi [3,4]. I progressi nella conoscenza – che si spera possano continuare, se supportati da finanziamenti – devono andare di pari passo con ‘piani di attuazione ben concepiti, sforzi continui per osservare gli impatti nel mondo reale e il rischio di uso improprio. La p-tau217 plasmatica sarà un vantaggio per la cura degli individui con deterioramento cognitivo; l'uso in individui senza deterioramento cognitivo (la popolazione nella meta-analisi) è più complesso. Persistono preoccupazioni riguardo all'erogazione ottimale della diagnosi, ai requisiti e all'onere del sistema sanitario, all'inadeguatezza delle tutele legali e allo stigma nei confronti dell'Alzheimer’ (ho riportato la traduzione letterale). A ciò si affiancano problemi strettamente tecnici, ed altri legati al contesto concreto, oltre che – sul piano biologico - ad una correlazione solo parziale con la patologia amiloide, sia in vivo che all’esame necroscopico. Ma la annotazione più rilevante – quella che in effetti mi sarei aspettato – consiste nella mancata equivalenza fra le elevate stime di effetto nelle differenze in concentrazioni di p-tau 217 tra gruppi (in soggetti cognitivamente integri), e la accuratezza necessaria per un test clinico. Se anche presso pazienti con deterioramento cognitivo, rimane un 20% di casi con risultato ‘indeterminato’ – così da doversi ricorrere all’abbinamento con un secondo biomarcatore – non è dato sapere quanto spesso una situazione del genere si possa ripetere in una popolazione scevra da declino cognitivo. Va ancora definita una soglia ottimale {non esplicitamente indicata in [2], che la richiama indirettamente mediante una voce bibliografica su *Nature Medicine*, cui ha contribuito anche la esperienza bresciana [5]}, mentre – in termini di potere predittivo - sappiamo che una bassa prevalenza comporta una alta quota di falsi positivi, secondo una regola statistica generale.

Ciò che però preoccupa maggiormente l’editorialista è il rischio concreto [anche dalle nostre parti (ndr)] di un uso commerciale del test: senza mezzi termini, viene adoperato il verbo ‘to lure’, che si traduce con ‘adescare’. Tra l’altro, un flusso massiccio di anziani senza deterioramento cognitivo, alla ricerca di una interpretazione del test, metterebbe in imbarazzo chi non ne è preparato, sovraccaricando in seconda istanza gli esperti.

Comunque, l’editorialista conclude positivamente il suo pezzo – di cui riporto la traduzione letterale -dichiarando che ‘Il settore offre grandi opportunità, ma necessita di un piano solido per l'introduzione efficace e responsabile di questo biomarcatore come strumento di screening negli individui senza deficit cognitivi ... Saranno necessari investimenti continui nella ricerca per sostenere l'attuale ritmo di progresso nella lotta per affrontare la salute pubblica dell'Alzheimer e dei disturbi correlati. Diverse pietre miliari chiave sono chiaramente in vista e saranno essenziali per l'implementazione etica di nuovi potenti strumenti’”.

[1] Grill J. D. (2025). Blood Tests for Alzheimer Disease-What to Do With the Holy Grail. *JAMA neurology*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.4726>

[2] Malek-Ahmadi, M., Sharma, S., Stipho, F., Denking, M., Singh, A., Brum, W. S., & Ashton, N. J. (2025). Plasma Phosphorylated Tau 217 and Amyloid Burden in Older Adults Without Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. *JAMA neurology*, e254721. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.4721>

[3] Jack, C. R., Jr, Andrews, J. S., Beach, T. G., Buracchio, T., Dunn, B., Graf, A., Hansson, O., Ho, C., Jagust, W., McDade, E., Molinuevo, J. L., Okonkwo, O. C., Pani, L., Rafii, M. S., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., Sperling, R., Teunissen, C. E., & Carrillo, M. C. (2024). Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(8), 5143–5169. <https://doi.org/10.1002/alz.13859>

[4] 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*, 81(12), 1304–1311. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.3770>

[5] Palmqvist, S., Warmenhoven, N., Anastasi, F., Pilotto, A., Janelidze, S., Tideman, P., Stomrud, E., Mattsson-Carlsson, N., Smith, R., Ossenkoppele, R., Tan, K., Ditttrich, A., Skoog, I., Zetterberg, H., Quaresima, V., Tolassi, C., Höglund, K., Brugnoli, D., Puig-Pijoan, A., Fernández-Lebrero, A., ... Hansson, O. (2025). Plasma phospho-tau217 for Alzheimer's disease diagnosis in primary and secondary care using a fully automated platform. *Nature medicine*, 31(6), 2036–2043. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03622-w>

-Sono grato al nostro carissimo amico **Mauro Colombo** per averci autorizzato a riprodurre il testo uscito su Facebook qualche tempo fa riguardante i **trattamenti ipotensivi**.

“Mentre i due satrapi (russo e cinese) citati dal Prof. Trabucchi nella newsletter AIP sproloquiano di longevità prolungata dal ricambio di organi, incuriosendo il loro sodale nordcoreano, *il New England Journal of Medicine* si occupa di ben più gravi condizioni. Il ministero della salute francese ha sostenuto una ricerca pragmatica finalizzata ad investigare gli effetti di una riduzione progressiva secondo protocollo di farmaci ipotensivi, confrontata rispetto alle cure usuali, in residenti in strutture ultra80enni, fragili, con pressione sistolica inferiore a 130 mmHg, che assumevano almeno 2 ipotensivi.

Queste le premesse dello studio [#], in sintesi:

- diversi studi osservazionali hanno rilevato che tra i pazienti con fragilità, un basso regime pressorio è associato a un aumento della morbilità e mortalità cardiovascolare, in particolare in coloro che ricevono un trattamento antipertensivo

- in uno studio del 2023 che ha arruolato ospiti di case di cura di almeno 80 anni con ipertensione, la mortalità per tutte le cause tra i partecipanti con una pressione arteriosa sistolica inferiore a 130 mm Hg che assumevano più di un farmaco antipertensivo era doppia rispetto a quella degli altri ospiti

- le recenti linee guida europee sulla gestione dell'ipertensione sottolineano la necessità di adattare le strategie terapeutiche in base al livello di fragilità e di considerare una graduale riduzione del trattamento antipertensivo nei pazienti con pressione bassa

- tuttavia, le prove sul bilancio tra i benefici e i rischi dell'interruzione dei farmaci ipotensivi negli anziani sono limitate: da qui la indicazione ad effettuare ricerche come quella in questione.

Alla fine di una osservazione della durata mediana di 38 mesi, il numero di farmaci ipotensivi assunti è sceso da  $2,6 \pm 0,7$  a  $1,5 \pm 1,1$  nei 528 residenti assegnati al gruppo di intervento, e da  $2,5 \pm 0,7$  a  $2 \pm 1,1$  nei 520 appartenenti al gruppo di controllo. Non è stata riscontrata nessuna differenza né di mortalità da tutte le cause [esito primario] né in effetti collaterali tra i due gruppi. L'assenza di differenza in obiettivo primario si è mantenuta anche stratificando i confronti in base all'età [sopra / sotto 90 anni], ai livelli di pressione sistolica di partenza ( $< 105$  / tra 105 e 115 /  $> 115$  mmHg), alla presenza di scompenso emodinamico cronico, o dei livelli di fragilità.

A questo punto secondo me conviene dare alcuni ragguagli sulle caratteristiche dei residenti protagonisti della sperimentazione, bilanciate nei due gruppi: si tratta di 90enni, per 4/5 donne, con pressioni arteriose basali di  $114 \pm 11$  mmHg, Mini Mental State Examination  $13,4 \pm 10 / 30$ , mediamente dipendenti per metà dei gesti di base della vita quotidiana, poco o nulla prestanti fisicamente (punteggi quasi a fondo scala – sfavorevole – alla Short Physical Performance Battery), sarcopenici [forza media della stretta di mano  $12 \pm 6,8$  kg (soglia inferiore per le donne 17 – 21 kg / per gli uomini 29 – 32 kg)]; quanto alla fragilità, il 30% è classificato mediante Clinical Frailty Scale come vulnerabile o lievemente fragile, il 22% come moderatamente fragile, il 38,5% come severamente o molto severamente fragile (nessuno come terminale); assumevano  $6,7 \pm 3$  altri farmaci concomitanti.

In questo contesto, ho condiviso con Antonio Guaita – che ringrazio per avermi segnalato l'articolo – il quesito di fondo: ma perché venivano trattati con ipotensivi?

PS) per imparzialità riguardo alle balordaggini, segnalo come la controparte statunitense – quella che afferma di avere chiuso 7 guerre in 7 mesi e rifatto grande gli USA – sostiene che il cambiamento

climatico sia la più grande truffa mai perpetrata al mondo (discorso alle Nazioni Unite del 23 settembre 2025), e - da buon ostetrico / algologo / psichiatra – propone alle donne in gravidanza di sostituire il paracetamolo, che sarebbe causa di autismo nel nascituro [Radio 3 Scienza del 23 settembre 2025 (consultabile sul sito RAI)]. Sono un poco preoccupato per il ‘nuovo ordine mondiale’ che tali personaggi vorrebbero imporre”.

[#] Benetos, A., Gautier, S., Freminet, A., Metz, A., Labat, C., Georgiopoulos, I., Bertin-Hugault, F., Beuscart, J. B., Hanon, O., Karcher, P., Manckoundia, P., Novella, J. L., Diallo, A., Vicaud, E., Rossignol, P., & RETREAT-FRAIL Study Group (2025). Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents. *The New England journal of medicine*, 10.1056/NEJMoa2508157. Advance online publication. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2508157>

-JAMDA ha recentemente pubblicato un lavoro sulle esperienze vissute durante **l’ospedalizzazione da parte di persone affette da disturbi cognitivi, ospiti delle nursing homes americane**. Sono stati analizzati 10.195 pazienti di età media di 84 anni, 61% donne, con una durata media di permanenza di 5 anni. Gli ospiti hanno sofferto durante la permanenza in ospedale di condizioni stressanti; la maggior parte non disponeva di disposizioni *do-not-resuscitate*, mentre erano rari i trasferimenti in hospice o alle cure palliative. Inoltre hanno sofferto di delirium, portavano un catetere, ricevevano farmaci neuropsichiatrici. Il lavoro si conclude con l’indicazione di informare sempre ospiti e famiglia prima del trasferimento in ospedale, in modo da ottenere il consenso circa i potenziali benefici e i certi rischi dell’ospedalizzazione. È una problematica da affrontare con attenzione, per evitare che i parenti interpretino come una rinuncia alle cure un consiglio che è invece dettato da prudenza e dalla conoscenza dei gravi possibili rischi conseguenti all’ospedalizzazione di persone anziane molto fragili, come sono gli ospiti delle nursing homes USA. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(25\)00539-0/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(25)00539-0/fulltext)]

-JAGS del 4 dicembre pubblica una breve nota di **Edward Marcantonio**, uno dei più importanti studiosi del delirium, di supporto all’introduzione di specifici **strumenti di valutazione per il riconoscimento del delirium nei dipartimenti di emergenza**, al fine di migliorare la possibilità di successo delle cure. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.70236>]

In Italia, grazie all’impegno del gruppo di lavoro AIP sul delirium, organizzato e diretto dal professor **Giuseppe Bellelli**, in questi anni abbiamo assistito a rilevanti progressi nella diagnosi e cura del delirium. Auguri carissimo Geppo!

-La professoressa **Erika Borella** ha inviato la presentazione del lavoro uscito su *Frontiers in Psychology* riguardante la **stimolazione cognitiva**.

“Terapia di Stimolazione Cognitiva e solitudine nelle persone con demenza lieve-moderata.

La Terapia di Stimolazione Cognitiva (Cognitive Stimulation Therapy, CST) è un intervento psicosociale con solide evidenze di efficacia e raccomandato per sostenere il funzionamento cognitivo, contrastare i disturbi psicologici e comportamentali e favorire la qualità di vita nelle persone con demenza. Lo studio pubblicato, parte di un più ampio progetto multicentrico, ha esaminato, per la prima volta, se la solitudine sociale ed emotiva possano essere contrastate grazie alla CST in persone con demenza lieve-moderata. È stato indagato, inoltre, il ruolo del livello della solitudine sociale ed emotiva (prima della CST) nell’influencare i benefici cognitivi, comportamentali, psicologici e legati alla qualità di vita promossi dall’intervento. Sono state coinvolte 115 persone con demenza lieve e moderata, suddivise tra un gruppo coinvolto nella CST ed uno di controllo -attivo-. I risultati hanno evidenziato una diminuzione della solitudine emotiva, nel breve termine, solo nel gruppo che ha preso parte alla CST. Non sono stati, invece, trovati cambiamenti significativi per la solitudine sociale. È inoltre emerso come i livelli iniziali di solitudine modulino i benefici dell’intervento: livelli più bassi di solitudine sociale sono associati ad una maggiore riduzione dei

sintomi depressivi, mentre livelli più elevati di solitudine emotiva sono risultati essere relati a miglioramenti più marcati della qualità di vita, sia nel breve che nel lungo termine. Un approccio centrato sulla persona che integra stimolazione cognitiva e interazione sociale, aspetti peculiari della CST, sembrerebbe ridurre la solitudine emotiva, quindi la percezione di non avere relazioni intime e profonde soddisfacenti. Includere le diverse componenti della solitudine nella progettazione e valutazione di efficacia di interventi psicosociali per la demenza apre nuove prospettive di ricerca di base e applicativa”.

Autori: Riccardo Domenicucci, Elena Carbone, Federica Piras, Erika Borella

Link all'articolo: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1656626>

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

-Il 5-6 dicembre si è tenuto a **Palermo** un convegno dal titolo altamente espressivo: **“La longevità. Sacca della memoria di quel che è stato e di quel che sarà”**, presieduto dal professor **Mario Barbagallo** e diretto scientificamente dalla dottoressa **Laura Vernuccio**.

Un evento di alto valore scientifico e clinico, che ha visto la partecipazione attiva di molti giovani, in un bellissimo ambiente storico. Nell’ascoltare le relazioni mi sono ricordato di quello che si diceva già negli anni ’80 e ’90, cioè che il congresso della SIGG siciliana faceva concorrenza per qualità del programma al congresso nazionale della stessa SIGG! Una sensazione che ho avuto anche in questa occasione: la cultura geriatrica siciliana è di un livello molto alto. Auguro al presidente dell’AIP Sicilia Giorgio Basile e alla presidente eletta Laura Vernuccio di accompagnare la nostra Associazione a livello regionale e nazionale verso traguardi sempre più alti. Grazie per il vostro impegno intellettuale e umano!

-**Campagna iscrizioni 2026**: Dal 15 dicembre sarà possibile effettuare l'iscrizione ad AIP per l'anno 2026.

-Ricordiamo che fino al 18 gennaio 2026 è possibile iscriversi al prossimo **Congresso Nazionale AIP** e ai **Corsi Precongressuali** con prezzo Early bird. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

Un cordiale saluto,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatrica*

## Newsletter AIP - 5 dicembre 2025

n. 49/2025

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Ricordo di Angelo Ceretti, collega intelligente e generoso
- Federica Falzone: un convegno su Biblioterapia e Medical Humanities
- Maria Letizia Terranova e la forza della mente
- Ancora sulle differenze nord-sud
- Notizie dall'ISS
- Sull'attenzione nella vita e nella clinica

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

- L'angolo sempre interessante, e soprattutto preciso, di Mauro Colombo
- Lancet Healthy Longevity* e "la cura oltre i caregiver"
- NEJM* e la riduzione dei trattamenti antipertensivi nelle NH

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

- Congresso Nazionale AIP 2026
- I prossimi appuntamenti AIP
- Congresso regionale AIP Liguria 2026

*Ornella Vanoni a 87 anni aveva scritto "Un sorriso dentro al pianto". Riporto alcuni versi particolarmente significativi: "Io sono tutto l'amore che ho dato/ Tutto l'amore incondizionato/L'imbarazzo dietro al vanto/Un sorriso dentro al pianto/Io sono tutto l'amore che ho dato". Nessun commento, solo il pensiero che non vi è età per riconoscere il valore di una vita donata.*

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Ringrazio **Antonio Guaita** per il **ricordo di Angelo Ceretti**, amico carissimo, che ci ha accompagnato in questi anni con l'esempio di medico impegnato in vari ambiti nella difesa della dignità delle persone deboli. Grazie Antonio anche per aver descritto l'atmosfera del vostro Istituto, che è stato

per molti anni ed è ancora un punto di riferimento alto per chi si occupa delle persone anziane fragili.

“Caro Marco,

È con dolore che comunico la morte del nostro collega e amico Arcangelo Ceretti, scomparso all'età di 75 anni. Angelo, come tutti lo chiamavano, è stato un grande amico dell'AIP, cui partecipò fin dagli inizi. Laureato in medicina e poi specializzato in Geriatria, e successivamente in Statistica sanitaria all'Università di Pavia, fu in quegli anni figlio del suo tempo e attivamente impegnato nel movimento studentesco. Dopo la laurea iniziò a lavorare presso l'Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrasso, ma Ceretti ha vissuto molte vite e tutte significative. Nel suo lavoro all'Istituto Golgi di Abbiategrasso, città in cui si era trasferito, contribuì alla nascita e all'organizzazione dei consultori geriatrici, all'attività dell'ospedale diurno, della riabilitazione geriatrica e si occupò della cura della demenza. Per qualche anno direttore sanitario della residenza sanitaria assistenziale Sandro Pertini di Garbagnate, ritornò poi come direttore medico all'Istituto Golgi.

Ceretti fu anche sindaco della città di Abbiategrasso per due mandati dal 1994 (candidato di una alleanza di sinistra) al 2002, e poi eletto in consiglio comunale dal 2012 al 2017, da tutti ricordato per la amabilità dei rapporti sia con gli amici che con gli oppositori, e per la concretezza del suo contributo alla guida della città, in cui era, con la sua bicicletta una presenza molto popolare. Dal pensionamento si è attivamente coinvolto nel centro di ricerca sull'invecchiamento cerebrale e le demenze della Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso, essendone il direttore sanitario. Era anche un amante e studioso della natura, coltivava l'orto e teneva le api. Nella doppia veste di psicogeriatra e di coltivatore portò avanti per alcuni anni un progetto di collaborazione con il liceo Bachelet di Abbiategrasso, organizzando con gli studenti coltivazioni e raccolte di angurie e zucche, istruendoli anche sulle proprietà nutrizionali di questi prodotti. Infatti il suo campo di ricerca e di studio era soprattutto l'alimentazione e la sua influenza sull'invecchiamento e l'attività cerebrale. Ma ha dato anche un sostegno importante alla 'Banca del cervello' della Fondazione, sempre attivamente presente agli espianti. Martedì 23 ad Abbiategrasso è stato proclamato il lutto cittadino e vi è stata una cerimonia funebre e di ricordo, con le bandiere del comune portate da un picchetto d'onore delle guardie municipali, alla presenza di un pubblico talmente numeroso da non poter essere contenuto tutto nella sala convegni del convento dell'Annunziata pur assai capiente (convento per altro recuperato grazie alla sua opera di sindaco).

Questo il comunicato dell'amministrazione comunale: 'L'amministrazione comunale di Abbiategrasso è profondamente addolorata per la scomparsa del dottor Arcangelo Ceretti, medico geriatra e figura di spicco della nostra comunità. Caro dottor Ceretti, la tua dedizione e il tuo impegno instancabile al servizio della nostra città, come sindaco dal 1994 al 2002 e come punto di riferimento per molti, saranno sempre ricordati con profonda gratitudine. La tua attività nella Fondazione Golgi Cenci e il tuo impegno nel volontariato hanno lasciato un segno indelebile nella nostra comunità'.

Ma fra le molte sue vite, non possiamo non parlare della nostra amicizia personale, amico di una vita per me, ma anche per chi lo ha conosciuto dopo, pur da molti anni, come Mauro Colombo e anche per te che ne hai sempre apprezzato l'impegno e la saggezza.

Mi sorprende a pensare a tutti questi anni vissuti insieme e al fatto che, pur discutendo e condividendo tutto con lui, successi e insuccessi, non abbiamo mai avuto screzi o momenti di dissenso. Forse solo uno: giocava tutti mercoledì una partita di pallone con una squadra di amici. Si riteneva un ottimo centro mediano, ma non lo era! Ma non ho mai pensato di doverglielo dire”.

-Di seguito l'accurato report della dottoressa **Federica Falzone** di un convegno che si è recentemente svolto a Verona dal titolo **“Biblioterapia e Medical Humanities”**. Ritengo sia un nuovo approccio



alle tematiche della cura, al quale dobbiamo dare attenzione come possibile modalità di intervento, agendo, come sempre, con spirito critico, ma anche con curiosità e apertura al nuovo.

“La definizione di biblioterapia comprende l'utilizzo creativo e ragionato dei libri per raggiungere obiettivi grazie alla guida o all'intervento di un facilitatore.

Già nel 1916 viene utilizzato questo termine e oggi la principale suddivisione può essere così riassunta: biblioterapia clinica è utilizzata da figure professionali quali medici, psichiatri e psicologi, operatori sanitari e biblioterapia dello sviluppo svolta da insegnanti, bibliotecari, counselor, filosofi, educatori e da tutti coloro che rientrano nell'ambito delle scienze umane.

Per riassumere i contenuti trattati durante il convegno internazionale di 'Biblioterapia e Medical Humanities' tenutosi a Verona il 20 Novembre, potrei partire dalle definizioni condivise, dalla storia della disciplina, potrei fare riferimento alla letteratura scientifica in crescita o alle esperienze virtuose, ma è esemplificativo descrivere la partecipazione emotiva dei presenti. È stata tangibile la passione dei professionisti di cura e lettori, lettori e professionisti di cura, custodi di storie tra le pagine, corsie, nelle stanze, tra gli scaffali, negli studi. In quella sala riecheggiava il dipinto di Arcimboldo 'Il bibliotecario' e trapelava il desiderio di 'essere' presenti, l'assoluta necessità di partecipare.

Le parole di Marco Dalla Valle, maggiore esponente in Italia della Biblioterapia, sintetizzano i punti salienti del metodo e l'approccio: la biblioterapia è un percorso esperienziale che ci trasforma, implica l'uso della letteratura come cura e mezzo di crescita.

La letteratura ha sempre avuto una valenza consolatoria. D'altronde la prima Biblioteca d'Egitto aveva affisso all'ingresso la dicitura 'Farmacia dell'anima' ma quando parliamo di biblioterapia si fa riferimento a un lavoro per obiettivi e il materiale narrativo diviene il mezzo. È dunque un libro scelto con il principio della cura sartoriale sempre citata dal Professor M. Trabucchi e che è pilastro formativo.

Durante il convegno non è mancata l'attenzione all'arte che cura: l'arte in tutte le sue forme e sfumature riesce a intrecciarsi e a dare vigore agli interventi di biblioterapia.

Quest'ultima, infatti, si può legare alla musica, alla pittura, alla danza in perfetta sintonia con il rapporto OMS 2019 'Il valore delle arti sul ben-essere e salute'.

Degni di nota gli interventi di Chiara Cipolat Mis in riferimento alle biblioteche ospedaliere; di Paola Perfetti che si occupa di poesiaterapia con l'anziano fragile in quanto il contenuto poetico ha in sé una dimensione temporale che non necessita di sviluppi tipici di una cronostoria e di un'emotività attuale che rimane anche in presenza di malattie neurodegenerative (l'esperienza condotta presso 'Il Paese Ritrovato' è stata accompagnata da video-testimonianza). Vanno menzionati anche gli interventi di Maria Buccolo che definisce gli albi illustrati come spazio delle possibilità e di Stefano Ratti che ha parlato della cura e della graphic medicine, ambito in grande espansione.

Non sono mancati gli interventi di professionisti attivi in Inghilterra e in Finlandia dove la biblioterapia ha un riconoscimento ufficiale mentre in Italia stiamo ancora strutturando percorsi specifici.

La creatività è il ponte di connessione tra ordine e caos, razionalità ed emotività che guida gli interventi e i programmi descritti.

La lettura, inoltre, comporta notevoli benefici (rilassamento, empowerment di competenze sociali, emotive, sviluppo dell'empatia, dell'umorismo ecc.) ed è di supporto allo sviluppo dello sguardo di complessità (tema ampiamente trattato in ambito psicogeriatrico nei convegni AIP).

L'interesse mostrato dal Professor Trabucchi che ha scelto di avvicinarsi a questo evento è riflesso del desiderio di coniugare discipline differenti che possono produrre maggiori effetti sulla costruzione del benessere per caregiver, anziani, operatori.

Siamo storie attraversati da storie lette, ascoltate, vissute e non vissute e gli anziani sono storie compiute che meritano dignità, ruolo, valorizzazione. Cos'è la fragilità, la diagnosi, il trauma se non

un evento dentro una storia di vita che necessita una riorganizzazione narrativa per mettere in equilibrio limiti, risorse, possibilità? E se il libro diventasse mezzo di relazione e di costruzione condivisa di scenari possibili?

Mi permetto di aggiungere una piccola nota personale: ognuno di noi sceglie l'approccio metodologico e lo definisce in base alle proprie caratteristiche oltre a modellarlo su ogni singolo paziente-persona che incontra con il suo modo di sentire e la sua storia. Ho sempre condiviso l'idea, citando Polster, che 'ogni vita è un romanzo', ho sempre sentito i colloqui come un contesto spazio-temporale in cui si rivela e rielabora un frammento narrativo di una complessa storia, ho sempre riconosciuto la possibilità di utilizzare l'arte in tutte le sue declinazioni come fattore di promozione di benessere, salute, bellezza e ho sempre individuato e sostenuto con fermezza che le biblioteche sono e possiedono tutti i connotati per essere luoghi di benessere, setting per interventi, incontri, laboratori, per lo svolgimento di gruppi e attività finalizzate al sostegno psicologico così come avvenuto nell'attività dei gruppi di lettura per il sostegno ai caregiver.

La promozione del benessere può avvenire attraverso l'arte e la cultura. L'arte può essere metafora e mezzo all'interno dei percorsi individuali e di gruppo ancorando la persona a un nuovo modo di vedere, esperire, vivere".

-La collega [Maria Letizia Terranova](#) mi ha inviato la mail che segue, che si colloca nell'ambito della discussione che si è svolta su questa newsletter riguardante [il ruolo della mente nel determinare il momento della morte](#). Una problematica di grande fascino e umanissima.

"Caro Marco, erano i primi di settembre quando ci siamo scambiati alcuni messaggi, io avevo letto un tuo intervento sul *Corriere* a proposito della morte 'rimandata' di Papa Francesco, un evento che io ho osservato più volte (ti avevo segnalato anche il caso di Ambrosetti, Forum di Cernobbio). Nonostante i tanti studi, mi sembra che ci siano ancora molte zone d'ombra sul cervello, i suoi comportamenti e gli effetti sulla nostra fisiologia.

A proposito di comportamenti inaspettati, ci sono le tante testimonianze di sopravvissuti ad arresti cardiaci o a coma che riportano di attività cerebrali anomale. Mentre queste affermazioni possono essere inficiate da sensazioni e ricordi confusi, un forte aumento di attività cerebrale durante il 'near-death period' è stata invece misurata in un paziente che ha avuto un arresto cardiaco mentre veniva sottoposto a EEG.

Leggere questo nel 2022 mi aveva fatto tornare in mente ciò che mi avevano raccontato 2 persone (serie, affidabili), che si erano trovate ambedue in condizioni di forte pericolo, alle quali non pensavano di sopravvivere. La prima, una mia amica (all'epoca del fatto circa 35 anni) ha pensato di morire in seguito allo scoppio di una gomma in autostrada, auto a 120 km/h ha fatto testa/coda. Il secondo, un mio collega fisico, si è trovato in aereo preso nel vortice di una tromba d'aria in fase di atterraggio, in una picchiata che si è risolta solo a pochi km dal suolo (tutti i passeggeri sono stati poi supportati da un team di psicologi).

In ambedue i casi, pochi secondi (anzi, direi frazione di secondo) e il cervello cosa fa? Tutti e 2 mi hanno raccontato di avere visto passare 'davanti agli occhi' con precisione tutta la loro vita. Quando la mia amica mi ha raccontato la brutta avventura, finita fortunatamente senza danni, e mi ha detto della valanga di ricordi, non le ho dato molta attenzione, per la verità ho pensato che esagerasse un po', fosse rimasta un po' traumatizzata. Ma poi nel 2021 il collega fisico mi ha raccontato 'esattamente' la stessa cosa, con le stesse parole, e questo mi ha portato a ripensare al racconto della mia amica. Hanno avuto anche loro una anomala attività cerebrale? Ma nel loro caso il cervello non stava morendo, loro erano vivi. È possibile che il cervello 'temesse' di morire e si comportasse come in una near-death experience? A te nessuno ha mai raccontato qualcosa di simile?

Tutto questo non è ovviamente legato alla Psicogeriatria, ma fa certamente parte della zona d'ombra che circonda il comportamento del nostro encefalo. Regolazione della durata della vita, visioni, miracoli .... Altro che Intelligenza Artificiale!!!!

Un'altra coincidenza interessante: la nonna del nuovo Governatore del Veneto. Alberto Stefani. Nonna Paola, 84 anni, domenica 23 era andata a votare per il nipote, si era poi sentita male la notte tra domenica e lunedì ed è morta il 26 mattina. Poche ore dopo Il nipote ha ricordato, durante la conferenza stampa, quanto la nonna ci tenesse a lui e alla sua vittoria”.

-Sempre con grande dispiacere riporto i risultati di uno studio Agenas che mettono in luce le **persistenti differenze tra le Regioni del nostro paese**. Nessun compiacimento, ma solo preoccupazione per il futuro. Il dato rilevato è molto serio: in media le degenze ospedaliere negli ospedali del sud costano di più rispetto al nord. Vi sono grandi variabilità, ma il trend è preciso. Sarebbe superficiale qualsiasi commento, se non è diretto a identificare le ragioni di queste macroscopiche differenze. Così sarebbe scorretto attribuire le differenze al malaffare o alle degenerazioni della politica. Il nodo è la gestione e quindi è necessario partire dalla formazione di nuovi quadri dirigenziali in ambito sanitario colti, attenti al progresso tecnologico e alle realtà sociali, capaci di accompagnare con coraggio il cambiamento. In grado, tra l'altro, di capire che se la spesa ospedaliera consuma una parte eccessiva dei finanziamenti per la sanità, la medicina territoriale ne subisce le pesanti conseguenze. In questo modo non si raggiungerà mai l'equilibrio necessario per affrontare la sfida delle malattie croniche.

-Riporto il **riassunto predisposto da Antonio Guaita** (grazie!) tratto dalla **newsletter della commissione demenze dell'Istituto Superiore di Sanità**.

“Nel XII numero della Newsletter viene proposta una riflessione sul tema dell'autismo e della demenza. Si tratta di due ambiti patologici che richiedono un approfondimento in termini di sanità pubblica, sia per gli adulti autistici che raggiungono un'età a rischio di demenza, sia per le persone con un tratto autistico non riconosciuto in età evolutiva che giungono all'età adulta con un problema cognitivo.

Successivamente viene presentato un aggiornamento sullo stato di avanzamento dei progetti regionali del Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, con particolare riferimento alla valutazione delle relazioni intermedie necessaria per l'erogazione del secondo rateo. In generale, la complessità legata all'ideazione e alla realizzazione di tali progetti non risulta adeguatamente supportata dal sistema amministrativo, ad esempio per quanto concerne la pubblicazione dei bandi per l'assunzione del personale, con conseguenti ritardi di entità variabile rispetto ai cronoprogrammi previsti. Si sta quindi profilando la richiesta di una proroga al Ministero.

Il contributo successivo riguarda il post-convegno dei CDCD, svoltosi presso l'Istituto Superiore di Sanità il 27 e 28 novembre u.s. La questione emersa prepotentemente è la mancanza di un finanziamento strutturale del Piano Nazionale delle Demenze nella Legge di Bilancio attualmente in discussione in Parlamento.

Nella rubrica dedicata alla letteratura scientifica viene proposta una riflessione sull'articolo appena pubblicato relativo alla survey nazionale sui centri diurni, condotta nell'ambito del Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026 (Matascioli F, Lorenzini P, Giaquinto F, Vaccaro R, Salvi E, Carnevale G, Locuratolo N, Vanacore N, Bacigalupo I; Permanent Table of the National Dementia Plan Study Group; DCCs Study Group. A National Survey of Day Care Centers Hosting People With Dementia in Italy. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2025 Nov;40(11):e70172. doi: 10.1002/gps.70172. PMID: 41287243; PMCID: PMC12644971.)

Infine, nell'ultima rubrica, si anticipa il pacchetto formativo dell'Osservatorio Demenze per il 2026 che qui riportiamo:

IX Corso 'Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze' – dal 9 al 13 febbraio 2026  
IV Corso 'Il ruolo dei professionisti socio-sanitari nella gestione integrata e presa in carico della persona con demenza nella fase moderata-grave di malattia' – dal 2 al 4 marzo 2026  
IV Corso 'Familiari delle persone con demenza' – 9 marzo 2026  
V Corso 'Demenza e migranti' – 13 e 14 aprile 2026  
XXI Corso 'Epidemiologia clinica delle demenze' – dal 19 al 23 ottobre 2026".

-**L'attenzione** è una dote, ma anche un dovere, nella vita e ancor più **quando si svolgono funzioni di assistenza**. L'attenzione è espressione di un amore sincero, che viene vissuto come momento di speranza da chi lo riceve. "Qui e ora" l'attenzione è il segnale d'inizio di un percorso assieme, una luce nella vita di molte persone che non si sentono amate ("Tu conti per me, ho capito il tuo dolore, ti accompagnerò con una attenzione senza soste e senza dimenticanze"). Anche verso chi è anziano, e spesso si sente trascurato, l'attenzione cancella il rischio che questi possa considerarsi uno "scarto" (la nobile frase di Papa Francesco!).

L'attenzione non è solo una caratteristica del singolo individuo, ma deve essere anche l'espressione di comunità che vedono i bisogni e si propongono di affrontarli al meglio, facendosene carico. In questa prospettiva si pone la problematica della formazione dei cittadini oltre che, in particolare, di chi ha specifiche responsabilità di accompagnamento e di cura. L'attenzione rappresenta la modalità che apre la strada alle competenze tecniche e professionali; l'educazione deve far comprendere, in particolare ai più giovani, che attenzione e preparazione operativa sono due gemelle che non si possono separare.

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

-Di seguito riporto il contributo di **Mauro Colombo**. Questa volta è una cortese e amichevole, ma forte, "spazzolata" nei miei riguardi sull'argomento **prevenzione dell'Alzheimer**. Grazie Mauro! Ancora una volta prego i lettori di esprimere la propria posizione sull'argomento, inviando un commento per la pubblicazione sulla nostra newsletter

"Nella newsletter di venerdì 21 novembre 2025 il Prof. Trabucchi ha ricapitolato un editoriale di *Nature Medicine* – liberamente accessibile in rete mediante il collegamento riportato -, dedicato a possibilità e dubbi sulla prevenzione della demenza. Riporto testualmente la sintesi pubblicata sulla newsletter:

'*Nature Medicine* ha pubblicato un testo critico riguardo alle affermazioni più frequenti sulla possibilità di prevenire la demenza. Infatti, sostiene che vi sia bisogno di maggiore evidenza scientifica rispetto alle affermazioni popolari, secondo le quali se si adottasse un insieme di pratiche si potrebbe ridurre del 45% il rischio di demenza. Però tali affermazioni per rilevarne la loro effettiva importanza devono essere confermate attraverso studi randomizzati e controllati; infatti, le informazioni disponibili fino ad oggi indicano risultati incerti, che pongono gravi interrogativi sulla possibilità di costruire fondati progetti preventivi evidence-based. L'editoriale di *Nature Medicine* rappresenta un punto fermo rispetto alla programmazione di interventi che rischiano di essere inefficaci; infatti, ed è particolarmente importante, sono necessari più dati su come gli ambienti fisici, sociali e culturali possano modificare l'efficacia degli eventuali specifici interventi. Secondo *Nature*, puntualizzare in modo più corretto le strategie preventive è non solo un imperativo etico, ma anche indispensabile per ottenere un reale impatto sulla vita degli atti preventivi. La medicina non deve mai farsi dominare dall'imprecisione e non promettere risultati privi dei necessari fondamenti basati sull'evidenza scientifica. In questo ambito, un certo pressapochismo rischia di danneggiare gli studi seri, che si vanno sempre più diffondendo sul tema della demenze. [<https://www.nature.com/articles/s41591-025-03552-7>]'

Ferma restando la piena adesione alle considerazioni generali sullo 'imperativo etico' insito nell'approccio scientifico, che chiudono l'editoriale, nel mio piccolo, propongo ai lettori per questo 'angolo' poche brevi considerazioni:

Trattandosi di un editoriale breve (1 pagina), la bibliografia – pur coprendo un lasso di tempo piuttosto ampio - non può che essere puramente indicativa; ma pur tenendo conto di ciò mi sembra sbilanciata verso le esperienze negative o comunque poco favorevoli: per esempio, a proposito della dieta mediterranea, non viene citato lo studio 'PREDIMED', che – sia pure dopo alcune ritrattazioni e correzioni - ha riportato risultati di rilievo: non solo in termini di infarto miocardico, ictus e mortalità cardiovascolare, ma anche sulla cognitività, espressa attraverso un indicatore composito. Difatti un articolo dedicato alle ricadute cognitive dell'intervento concludeva così: 'Nella popolazione anziana, una dieta mediterranea integrata con olio d'oliva o frutta secca può contrastare il declino cognitivo legato all'età' [1].

L'editoriale di *Nature Medicine* – pubblicato in linea il 19 febbraio 2025 - affianca agli interventi di prevenzione della demenza quelli sul miglioramento cognitivo, riportando indirettamente – mediante una voce bibliografica del 2018 [n° 7] mancati miglioramenti cognitivi a 24 mesi dalla ricerca 'AgingWell', così da suggerire che l'intervento non sia stato sufficientemente mirato o intenso. Ma una analisi secondaria – pubblicata a luglio del 2024 [2] - del medesimo studio randomizzato controllato ha ottenuto una riduzione nel punteggio 'LIBRA', indicativa di un ridotto rischio di demenza. LIBRA sottolinea il ruolo dei fattori di rischio vascolari, metabolici e legati allo stile di vita per la demenza, ambiti presi di mira dall'intervento 'AgeWell.de'. Ed in effetti, gli effetti benefici su LIBRA sono stati dovuti principalmente a cambiamenti nella dieta e nella pressione sanguigna. L'inclusione dei punteggi di rischio di demenza come risultati nei rispettivi studi è stata suggerita come un approccio [surrogato (ndr)] promettente, soprattutto perché gli interventi sullo stile di vita richiedono periodi di tempo piuttosto lunghi per produrre cambiamenti nella funzione cognitiva. Tra l'altro, le analisi a posteriori di FINGER hanno dimostrato che l'intervento ha ridotto i punteggi totali LIBRA [2].

Ritornando alla prevenzione del declino cognitivo in persone cognitivamente integre, una rassegna sistematica con meta-analisi parte dalla constatazione che parecchi interventi basati sulla modificazione degli stili di vita risultano efficaci, in particolare la combinazione di esercizio fisico ed allenamento cognitivo; la questione semmai sta nella individuazione della combinazione di tipo e numero di domini da chiamare in causa. Conto di riprendere in futuro questo articolo, pubblicato a settembre 2025 su *Lancet Healthy Longevity* [3] e liberamente accessibile in rete. Rispetto agli interventi multi-dominio, le cui difficoltà di implementazione vengono apertamente dichiarate, i risultati del classico studio finlandese 'FINGER' – esplicitamente citato sia nei suoi risultati favorevoli che negli insuccessi delle repliche in Francia ed in Giappone – sono stati comunque ritenuti dalla comunità scientifica sufficienti per promuovere, alla fine del decennio scorso, l'iniziativa World-Wide FINGERS [WW-FINGERS (<https://alz.org/wwfingers>)], allo scopo di indagare l'intervento multi-dominio in altre popolazioni e in diversi contesti culturali e geografici [4]. All'interno di questa rete, sono previsti in diversi Paesi nuovi studi di tipo FINGER con metodologia di base condivisa, ma con adattamenti specifici alla cultura locale e al contesto. L'iniziativa WW-FINGERS facilita le collaborazioni internazionali, fornisce una piattaforma per testare strategie multidisciplinari per prevenire il deterioramento cognitivo e la demenza e mira a generare prove scientifiche di alta qualità a supporto della salute pubblica e del processo decisionale clinico. Inoltre, la rete WW-FINGERS può supportare l'implementazione di strategie preventive e la traduzione in pratica dei risultati della ricerca.

Un ulteriore rilievo concerne i risultati favorevoli citati nell'editoriale di *Nature Medicine* a proposito dello studio 'SMARRT': un intervento personalizzato e multi-dominio che ha ottenuto un miglioramento nel punteggio cognitivo composito dopo 2 anni, a cui avevo dedicato un 'angolo'

nell'estate 2024. Al riguardo, trovo opportuno sottolineare (maggiormente) il ruolo della motivazione conseguente alla scelta condivisa tra sperimentatore e partecipante sugli specifici stili di vita che si è voluto modificare.

Infine, la successione delle date delle pubblicazioni ha ovviamente impedito all'editorialista di prendere in considerazione lo studio 'POINTER' – cui avevo dedicato un 'angolo' questa estate – che ha ottenuto, attraverso un intervento fortemente strutturato, risultati persino superiori a quelli di FINGER, sia pure al prezzo di un impegno cospicuo. In quello studio erano stati conseguiti risultati rimarchevoli anche nel gruppo 'autoguidato' – che non si può definire propriamente un gruppo 'di controllo' – tanto che un editoriale concludeva comunque affermando che 'da una prospettiva pragmatica - clinica e di salute pubblica - il messaggio chiave di US POINTER potrebbe essere che anche cambiamenti relativamente modesti nello stile di vita possono supportare la salute cognitiva nelle popolazioni anziane'. Sia l'articolo originale [5] che l'editoriale [6] erano apparsi su *JAMA*: entrambi sono liberamente accessibili in rete. Comunque, vale la pena di segnalare che *Nature Medicine* ha iniziato l'editoriale rimarcando che 'Con opzioni curative limitate disponibili, affrontare questi fattori di rischio modificabili rimane la strategia più praticabile per frenare l'incidenza crescente della demenza'''.

[1] Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M. Á., Martínez-Lapiscina, E. H., Fitó, M., Pérez-Heras, A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., & Ros, E. (2015). Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 175(7), 1094–1103. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1668>

[2] Zülke, A. E., Pabst, A., Lupp, M., Oey, A., Weise, S., Fankhänel, T., Kosilek, R. P., Schillok, H., Brettschneider, C., Czock, D., Wiese, B., Thyrian, J. R., Hoffmann, W., Frese, T., Gensichen, J., König, H. H., Kaduszkiewicz, H., & Riedel-Heller, S. G. (2024). Effects of a multidomain intervention against cognitive decline on dementia risk profiles - Results from the AgeWell.de trial. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(8), 5684–5694. <https://doi.org/10.1002/alz.14097>

[3] Mendes, A. J., Ribaldi, F., Sayin, O., Khachvani, G., Mulargia, R., Volpara, G., Remoli, G., Nench, U., Gianonni-Luza, S., Cappa, S., & Frisoni, G. B. (2025). Single-domain and multidomain lifestyle interventions for the prevention of cognitive decline in older adults who are cognitively unimpaired: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Healthy longevity*, 6(9), 100762. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100762>

[4] Rosenberg, A., Mangialasche, F., Ngandu, T., Solomon, A., & Kivipelto, M. (2020). Multidomain Interventions to Prevent Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Dementia: From FINGER to World-Wide FINGERS. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 7(1), 29–36. <https://doi.org/10.14283/jpad.2019.41>

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

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

Nota bibliografica: anche [1], [2] e [4] sono liberamente accessibili in rete; al più, in alcuni casi, occorre registrarsi gratuitamente

-***Lancet Healthy Longevity*** di ottobre intitola così un editoriale: **“La cura oltre i caregiver: un più ampio spettro di supporti sociali per gli anziani”**. Mi è parso un intervento inutile, perché nessuno si permetterebbe di affermare che il lavoro prezioso dei caregiver (“the hidden army of family, friends, neighbours who form the foundation of healthy aging”) non debba essere accompagnato e supportato da interventi operati da servizi pubblici, con vari livelli di intensità, a seconda della pesantezza delle condizioni di salute e di autonomia della persona da assistere. L'autore dell'editoriale è Shahmir H Ali, di Singapore; è quindi naturale per lui insistere perché nella sua città-

stato in velocissima evoluzione non si trascurino i servizi per gli anziani, superando la tradizione familistica. Forse, ce lo auguriamo, dovendo incominciare da zero, a Singapore sarà più facile costruire strategie “effective, scalable, and equitable across varied context” rispetto a quanto possiamo fare noi. Però dobbiamo abbandonare qualsiasi supponenza e guardare con interesse a quello che possiamo imparare anche lontano da casa nostra. [<https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568%2825%2900101-1/fulltext>]

- **NEJM** del 29 agosto pubblica un lavoro nel quale si dimostra **l'inutilità sul piano clinico** (valori pressori, mortalità ed effetti avversi) **della riduzione dei trattamenti antipertensivi** effettuata in oltre 1000 residenti in diverse delle nursing americane. Il dato è di interesse generale, oltre che per gli specifici risultati. Infatti, ci insegna che è importante analizzare le condizioni di ogni persona anziana ospite di una residenza prima di intraprendere procedimenti generalizzati di deprescribing. È una “moda” da adottare con prudenza e preparazione clinica, per evitare da una parte la comparsa di problematiche cliniche e dall'altra la perdita di tempo sul piano realizzativo. Spero che il professor Mauro Colombo voglia esprimere il suo prezioso giudizio anche se questa mia ennesima presa di posizione un po'... controcorrente! [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2508157>]

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

-Allego il save the date del prossimo **Congresso Nazionale AIP**. Sarà un'occasione importante per condividere e discutere problematiche scientifiche di grande importanza per il nostro lavoro, ma anche rinforzare i rapporti fra di noi che crediamo in un certo stile nella cura delle persone anziane fragili.

- Oggi e domani si tiene **a Palermo il Congresso Nazionale “La Longevità, sacca della memoria di quel che è stato e di quel che sarà”**. Il programma è consultabile al link <https://bit.ly/Palermo-5-6-12>

- Fino al 18 gennaio 2026 è possibile iscriversi al prossimo **Congresso Nazionale AIP** e ai **Corsi Precongressuali** con prezzo Early Bird. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

- **Campagna iscrizioni 2026**: Dal 15 dicembre sarà possibile effettuare l'iscrizione ad AIP per l'anno 2026.

-Allego il programma del **Congresso regionale AIP Liguria 2026**, dal titolo “Non chiederci la parola. Ciò che non siamo e non vogliamo della demenza”.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,  
Marco Trabucchi  
*Associazione Italiana di Psicogeriatría*