



Newsletter AIP - 30 gennaio 2026

n. 04/2026

Ho conosciuto una persona di 99 che ogni mattina percorre oltre 500 metri a piedi per andare a messa. È in ottime condizioni di salute, risponde senza incertezza durante il colloquio. Mi sono posto la domanda (banale e senza risposta) su quale sia il comportamento che ha facilitato un invecchiamento così sereno (rifiuto, perché stupidamente borghese il termine “di successo”). L’attività fisica (il percorso giornaliero a piedi), l’interazione vivace con il proprio ambiente (benché viva da sola, è immersa in un mondo di relazioni familiari), la vita regolare, la spiritualità? Non dobbiamo fare l’errore di calcolare in percentuale il peso dei diversi fattori; invece è doveroso identificare modalità per osservare e dare un valore ai fenomeni complessi e alle loro interazioni. In questa logica sono poco serie indicazioni di comportamenti come quelle fornite da molta pubblicistica, che semplifica, mentre la vita è fatta di pezzi che interagiscono tra loro (come indica la letteratura scientifica USA, “disentangling” i vari aspetti della vita è un’impresa senza senso). Su questa linea si pone anche la critica ai famosi 14 fattori indicati dalla Lancet Commission on Dementia, che sarebbero in grado nel loro insieme di prevenire il 45% del rischio di malattia.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- LEONE XIV e la Giornata Mondiale del Malato
- “Temperanza” di Gennaro Carillo (Il Mulino)
- “Il futuro è qui”: volume di Maggioli con le innovazioni possibili nelle RSA
- Il pronto soccorso dell’ospedale di Verona e gli anziani fragili

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’angolo di Mauro Colombo
- JAMA *Ophthalmology* e il rapporto funzione visiva e cadute
- JAMA *Int Med* e il condizionamento delle case di riposo nel grande caldo

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- I prossimi appuntamenti AIP e il programma del Congresso regionale del Lazio (Roma, 13 febbraio)

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Leone XIV ha inviato un messaggio sulla Giornata Mondiale del Malato che merita attenzione anche sul piano laico. “Desidero che il nostro stile di vita cristiana non manchi mai la dimensione

fraterna, 'samaritana', inclusiva, coraggiosa, impegnata e solidale, che ha la radice più intima nella nostra unione con Dio". In un altro passaggio cita Benedetto XVI: "La creatura umana, in quanto di natura spirituale, si realizza nelle relazioni interpersonali. Più le vive in modo autentico, più matura anche la propria identità personale. Non è isolandosi che l'uomo valorizza se stesso, ma ponendosi in relazione con gli altrui e con Dio".

-Mi è stato donato il volume **"Temperanza"** (Il Mulino) del professor **Gennaro Carillo**. Riporto la quarta di copertina: "Giudicata a torto una piccola virtù o addirittura un vizio, la temperanza è inattuale e rivoluzionaria". All'inizio l'autore scrive: "la temperanza richiama la misura: e i tempi, invece, elevano la dismisura e l'eccesso a valore". La temperanza ha grande valore anche nella clinica e nell'assistenza. L'autore ci indica la temperanza come la virtù che impedisce, anche sul piano politico, che le cose "accadano come accadono", "Per quanto caro possa esser il prezzo da pagare. Ma sarebbe peggio abbandonare la polis al suo destino e folle contemplarne il naufragio". Noi che per professione ci occupiamo della cura delle fragilità, e come cittadini, oltre che come operatori della salute, abbiamo la responsabilità dell'assistenza, cogliamo il significato di queste parole, che impediscono scelte diverse da quelle dell'impegno per una cura responsabile e generosa. Grazie al Prof. Carillo e al Mulino per un libro così importante anche per la nostra professione di cura.

-È stato presentato a Brescia il volume **"Il futuro è qui"** a cura di **Silvia De Rizzo** e **Adelaide Biondaro**, che raccoglie una serie di contributi riguardanti sperimentazioni attuate in RSA in diversi ambiti. La logica è diffondere negli ambienti delle residenze per anziani alcune idee innovative, sia per il loro valore intrinseco sia come messaggio rispetto alla possibilità di costruire progetti importanti per migliorare la qualità dell'assistenza. Un impegno culturalmente significativo, che sarà continuato con la strutturazione di un altro volume con nuove esperienze. Allego l'indice e riproduco la mia introduzione.

"Questo volume è stato ispirato da alcune idee (motivazioni) di fondo: la certezza del progresso che sta vivendo il mondo delle RSA ('il futuro è qui'), la speranza che deve caratterizzare chi lavora anche nelle situazioni più difficili, la convinzione dell'importanza delle RSA nello scenario delle cure all'anziano fragile, il dovere di ricercare sempre nuove modalità per migliorare le possibilità (qualità) di lavoro nelle residenze. Infine, la certezza che gli operatori di ogni livello delle RSA sono un gruppo sociale che esprime grande capacità, garantendo la qualità della vita degli ospiti nel senso più ampio. Per esercitare al meglio la loro professione (per prudenza non utilizzo il termine vocazione, anche se per molti il lavoro di cura si colloca nell'area delle nobili scelte personali, che possono essere innate, ma spesso anche il risultato di esperienze, di studi, di elaborazioni profonde e talvolta sofferte), devono poter lavorare in un ambiente in grado di valorizzarne l'impegno e i risultati, togliendo con determinazione ogni possibile ostacolo organizzativo, burocratico, psicologico, umano.

Chi ha scritto i vari capitoli di questo volume vive la speranza, non tanto o non solo come prospettiva a lungo termine, ma nella certezza che ogni azione compiuta nella giornata rappresenta un punto positivo nella ricerca di un miglioramento della vita nelle RSA e dei loro ospiti. Chi in un ambiente di per sé complesso non è in grado di esprimere un atteggiamento positivo rispetto al proprio lavoro, sarebbe opportuno si occupasse di altri settori della vita collettiva, meno esigenti sul piano della relazione. In altre parole, il pessimismo danneggia il lavoro di tutti i giorni, con un effetto che purtroppo è diffusivo (si potrebbe dire, in termini più incisivi, infettivo!). Solo la certezza di rappresentare un punto fermo nella marea di disposizioni, regole, inutili documentazioni burocratiche, dà la forza di andare avanti, avendo la certezza che, così, almeno una parte del lavoro

è salvato dall'ottusità dei sistemi ed è, quindi, a disposizione per migliorare la condizione delle cure nelle residenze per anziani.

Un secondo aspetto caratterizza questo volume. Gli autori sono convinti dell'importanza delle RSA per garantire una vita dignitosa agli anziani fragili e non autosufficienti. Tutti i dubbi sono leciti riguardo al livello di compromissione della salute che potrebbe permettere o meno di rimanere a casa, anche se supportati da un buon sistema di assistenza. Tuttavia, oltre un certo livello di compromissione somatica, di alterazione delle funzioni cognitive, in particolare se vissute in un ambiente abitativo inadeguato e in assenza di efficienti supporti informali, è doveroso allontanare ogni dubbio sulla congruità del ricovero. Doveroso in particolare per meglio accompagnare i famigliari, e talvolta anche l'ospite, attraverso percorsi psicologicamente faticosi. Di conseguenza si devono affrontare le problematiche della persona che risiede nella RSA con la certezza che questo è il posto migliore dove ricevere un'assistenza adeguata ad ogni livello, fruendo per di più di una visione che si fonda sull'idea di complessità come modello interpretativo della realtà umana e clinica. Infatti, nella gran parte delle RSA si pratica un modello di cura del bisogno che non è normalmente utilizzato in altre strutture sanitarie, anche a causa di ovvie differenze dei modelli di bisogno e cura. Questa modalità interpretativa della realtà della sofferenza è prima di tutto culturale, ma riversa le sue ricadute positive sull'insieme della vita del residente, perché ne permette l'accompagnamento e la cura, rispettando tutte le sue dimensioni.

Un terzo aspetto riguarda la qualità dell'assistenza. La realtà impone di mediare tra quello che il programmatore e l'operatore ritengono giusto e quello che tutti i giorni avviene. La centralità del paziente è spesso affermata solo in termini retorici, perché prevalgono le burocrazie, le pigrizie ripetitive, l'autoreferenzialità, la mancanza di attenzione all'individualità. È però doveroso avere la forza di accettare queste dinamiche, anche se inducono sofferenza in chi opera. Non è un invito a condividere le ingiustizie ma, anzi, a valorizzare l'impegno continuo per ridurle al massimo delle nostre possibilità concrete, senza le incertezze causate dal pessimismo. Un servizio degno del nostro tempo deve essere per definizione rispettoso della specificità sul piano dei bisogni, indotta dalle differenze della storia umana e clinica, dalla condizione del momento, dall'interpretazione soggettiva del proprio essere nel mondo. Anche se così divengono più difficili sul piano organizzativo e costosi sul piano economico, i servizi per le persone non autosufficienti devono tener presente che la vita in questi anni continua ad aumentare di durata; ciò non cancella le differenze interindividuali, come erroneamente taluno tende ancora a pensare, ma tendenzialmente le aumenta. E il tempo della vita si muove nello stesso senso.

Il quarto aspetto si collega al primo: l'impegno a migliorare la qualità del lavoro. Apparentemente potrebbe essere ritenuto un errore rispetto al compito di una RSA che è di garantire un alto livello di qualità della vita degli ospiti. Infatti, insistere sulla possibilità di svolgere un buon lavoro da parte degli operatori è, secondo una visione miope, affermazione autoreferenziale. Invece, qualsiasi dichiarazione sul risultato da raggiungere rischia di diventare vana predicazione se non si garantisce la qualità dell'ambiente di cura, cioè l'insieme di atti e di condizioni che permettono lo svolgimento del lavoro al massimo livello qualitativo. In questa prospettiva, la formazione di tutti gli operatori, per le singole professionalità e rispetto al lavoro di gruppo, deve diventare il fulcro dell'attività di una RSA, superando i problemi posti dalla disponibilità di tempo (motivazione troppo spesso addotta da chi ha una visione ristretta della qualità del lavoro e dei suoi obiettivi). Infine, oltre che permettere di creare gruppi di lavoro omogenei sul piano del metodo, e in grado di raggiungere risultati di valore, è doveroso garantire un ambiente dove le tensioni si smussano, i bisogni dei singoli sono al centro dall'attenzione e non relegati ai margini (la visione meschina -e profondamente errata- secondo la quale i problemi del singolo operatore non devono entrare nell'ambiente di lavoro). In questa direzione nella RSA si deve sperimentare una partecipazione verticale, oltre che orizzontale, alle eventuali situazioni critiche. Così è necessario disporre di quadri

intermedi attenti e capaci, evitando che le RSA siano gestite solo da un re (o da una regina), isolati e separati, che comunicano con editti tecnici, per lo più scarsamente ascoltati. Vi deve essere la rapida capacità di affrontare problematiche personali, aspetti organizzativi, criticità di ogni tipo senza incertezze, senza illudersi che il tempo lenisca ogni cosa. Nelle RSA il tempo ingigantisce, non lenisce, e crea situazioni dolorose per tutti, che tendono ad acuirsi. Ma l'intervento senza incertezze richiede coraggio, generosità, cuore. Il tutto nella logica di una 'pazienza determinata', cioè l'equilibrio tra quello che cerchiamo senza sosta di realizzare e il nostro atteggiamento sereno e fiducioso.

Il lettore si potrebbe forse meravigliare che fra motivazioni fondo di questo libro non venga richiamata l'esigenza di modificare aspetti importanti e 'strutturali' della vita delle RSA. Non ce ne siamo certo dimenticati, anche perché ogni giorno siamo coinvolti in dinamiche che hanno conseguenze gravi sull'organizzazione del sistema assistenziale. Siamo però convinti che in attesa di 'rivoluzioni', quantomeno incerte a causa della realtà politica (si veda il naufragio della legge 33/2023 che, seppure a costi invariati e quindi di fatto senza oneri economici per lo Stato, non ha prodotto nulla), il nostro lavoro deve continuare 'qui e ora', senza soste. Se si attendono 'premi' dall'alto del sistema burocratico, dovremo aspettare, rinunciando allo stesso tempo a migliorare oggi le piccole, grandi cose dell'assistenza al singolo anziano fragile; se, invece, il premio per noi viene dal basso, dalla soddisfazione di un anziano in famiglia e di un operatore, persone concrete e non numeri, che vivono dignitosamente nonostante i problemi, il vantaggio è duplice: per noi la soddisfazione di un lavoro compiuto, per loro una salute difesa al massimo del possibile e la serenità delle condizioni complessive di vita.

L'evoluzione tecnologica apporterà grandi benefici anche al lavoro di assistenza nelle RSA.

Oggi siamo sempre più spesso circondati da macchine che tendono a sostituirsi a noi in molte (sempre più numerose) funzioni tecniche. Siamo affascinati dai robot che simulano azioni che contribuiscono a interventi di cura in ambito chirurgico, ad organizzare i trasporti, a fare le pulizie degli ambienti, a consegnare i farmaci: ma dov'è la cura nelle loro azioni, che è prima di tutto autocoscienza di svolgere un compito che rende l'altro più sereno, in grado, quindi, di meglio affrontare le dinamiche non lievi della vita? I robot hanno l'autocoscienza, ad esempio, della differenza tra il trasportare un sacco di spazzatura o offrire un piatto di cibo ad un anziano disabile? Non vorrei essere aprioristicamente critico rispetto al progresso, ma ritengo che l'auspicato avanzamento nella funzione dei robot non sia all'interno delle nostre realistiche possibilità di prevedere il futuro. Recentemente uno degli organizzatori di un evento per mostrare le potenzialità dei robot ha dichiarato alla conclusione che i robot sono 'ancora stupidi', nonostante il grande impegno dei centri di ricerca e il contributo importante dell'intelligenza artificiale. Queste macchine, quindi, ancora per molto tempo non saranno in grado di essere realmente di supporto nel lavoro di cura, anche nelle sue espressioni apparentemente più semplici e 'fisiche', come quelle rivolte alle persone ricoverate in istituzioni di assistenza. Però non rinunciamo all'attenzione...

L'intelligenza artificiale, a sua volta, sarà in grado di 'preparare il terreno' all'intervento umano nei vari ambiti dove questo si esprime. Un 'preparare il terreno' molto utile se permetterà di conoscere le tappe della vita dalla persona che ci accingiamo a prendere in carico, in modo che l'intervento sia mirato, evitando perdite di tempo e indirizzi sbagliati. Ma questa preparazione non sarà mai in grado di indicare automaticamente la strada migliore per prestare una cura efficace. La scelta della modalità e dei contenuti sarà sempre lasciata a chi è in grado di costruire un progetto, fondato anche sul passato, ma soprattutto capace di comprendere il percorso futuro più vitale per la persona da prendere in cura. Un percorso costruito anche tenendo in conto la velocità con la quale l'AI avanza nel nostro mondo; l'efficienza però non può essere l'unica guida del progresso, sia nel campo dell'organizzazione sociale nel suo complesso (vedi le conseguenze negative che sta iniziando a provocare nel mondo del lavoro), sia rispetto alla condizione dell'individuo. Un futuro aperto,

quindi, nel quale giocheranno vari fattori. Ma riusciremo, come singoli individui esposti alle correnti di un mondo implacabile, a conservare la nostra scelta di servizio, quella di offrire cure adeguate a chi riteniamo abbia bisogno? Senza paura; con serenità e con determinazione è possibile continuare a offrire cure e attenzioni sempre più efficaci a chi ne ha bisogno, come gli ospiti delle RSA. Nei prossimi anni sarà doveroso mettere in atto da parte di chi vuole favorire il progresso tecnologico, anche nelle RSA, sperimentazioni serie, evitando passi avanti inutili e dannosi, ma anche, allo stesso tempo, col rischio di perdere il supporto del progresso. Sarebbe un atto di ageismo, malattia grave se colpisse il mondo delle RSA, che non è luogo per i conservatori e per gli egoisti; chi guarda immobile al passato perde molte occasioni. Forse alcune innovazioni hanno deluso chi ha cercato di impostarle, però guai a guardarsi indietro! L'intelligenza artificiale è il futuro; spetta a noi, nei vari luoghi di impegno, evitare di diventarne schiavi, riducendo le intime motivazioni che ci muovono e che l'IA non è in grado di percepire.

Infine, gli Autori dei capitoli del libro credono nella fraternità come legge che regola le relazioni in tutti i campi. Certo, contano la libertà e l'uguaglianza; però senza la fraternità questi due atteggiamenti non sono in grado di far esprimere le potenzialità di una vita, nella quale per tutti il legame è la regola che permette la costruzione di progetti. Nelle RSA la fraternità deve diventare nel prossimo futuro, seppure senza fretta, la regola che supera i conflitti tra categorie di operatori, residenti, famigliari, responsabili della gestione. Le difficoltà della cura la impongono come metodo irrinunciabile di relazione e di gestione.

Il volume è stato strutturato e realizzato grazie alla collaborazione paritaria tra le dottoresse Adelaide Biondaro, Direttore di ALTA VITA di Padova e la dottoressa Silvia De Rizzo, direttore di Villa Serena di Valdagno, con il contributo esterno del sottoscritto (però esterno non significa neutrale rispetto all'impegno delle due Autrici).

Una condizione serena e fattiva di interazione tra età, generi, culture, sensibilità, esperienze diverse. Fortunatamente, il mondo è davvero vario e il rispetto della complessità permette di raggiungere risultati che sono sempre superiori di quelli ottenibili con la somma delle singole caratteristiche e competenze.

A conclusione del libro riprendendo alcuni passi di 'La presenza pura' di Christian Bobin, che descrivono la cura nelle RSA con linguaggio poetico ineguagliabile: 'Vengo ogni due giorni (ndr: nella casa di riposo dove è ricoverato il padre). Mia madre è con me. Porta un sacchetto di plastica nel quale ha infilato la merenda di mio padre, il suo spuntino che non dimentica mai, assieme al cucchiaino che serve a imboccarlo, perché così distratto, cioè così attento a tutto quello che succede, da essere pronto a macchiarsi. Mia madre in quei momenti si iscrive nella discendenza di quelle donne che, fin dalla fondazione del mondo, forniscono alla vita il suo alimento di luminosità anche nelle tenebre'. Il ruolo della donna nella cura prestata nelle RSA non è mai stato adeguatamente descritto e onorato; vorrei dedicare queste righe proprio alle molte donne che sono la struttura portante, ad ogni livello di responsabilità, delle nostre istituzioni per anziani.

Ancora da Christian Bobin: 'Ciò che in noi è ferito chiede asilo alle più minute cose della terra e lo trova'; la cura nelle RSA è fatta di tante minute, grandi cose attivate dalla terra: attraverso il dono, la generosità, l'impegno divengono lenimento. I pavimenti delle nostre RSA sono una terra accogliente per chi ha scelto di lavorare bene con generosità e di innovare con determinazione".

-Il **pronto soccorso dell'ospedale di Verona** ha impostato un programma che **prevede un'attenzione particolare agli anziani fragili**. È argomento al quale AIP dedica da tempo interesse, perché nella vita dell'anziano fragile è un momento delicatissimo; purtroppo, in molti ospedali non si presta la dovuta attenzione a questa problematica, con conseguenze disastrose sulla salute del malato e sulle sue condizioni psicologiche, nonché quelle dei famigliari.

Di seguito alcune descrizioni del progetto da parte del collega **Ciro Paolillo** responsabile del servizio.

“Nel Pronto Soccorso di Borgo Trento a Verona la gestione dell'anziano fragile rappresenta una priorità clinica e organizzativa, costruita su un modello strutturato e coerente con i bisogni reali di questa popolazione. Una revisione degli accessi dell'ultimo trimestre ha evidenziato che all'incirca un terzo degli casi ha riguardato pazienti con età superiore ai 75 anni, spesso caratterizzati da disabilità, deficit sensoriali e fragilità clinica e sociale. La risposta non è stata solo quella di "fare prima", ma anche di prendersi cura dell'anziano e di rendere il percorso in Pronto Soccorso il meno traumatico possibile. Fin dall'accoglienza il paziente fragile viene riconosciuto e identificato, con l'attivazione di un percorso protetto dedicato. La valutazione sistematica precoce del rischio di delirium e di cadute permette l'attuazione di interventi tempestivi già in fase di post-triage. La presa in carico infermieristica anticipata, la correzione dei fattori precipitanti (dolore, ipossia, febbre), e il contatto con i caregiver rappresentano azioni semplici ma decisive. A parità di codice, il paziente fragile riceve una valutazione medica prioritaria, orientata alla ricerca delle priorità della persona, alla revisione della terapia domiciliare e alla definizione precoce del percorso clinico. Il trasferimento in un ambiente protetto, con riduzione degli stimoli, presenza del caregiver e monitoraggio cognitivo, completa il percorso. La gestione è rafforzata da un approccio multidisciplinare che integra medico ed infermiere di pronto soccorso, geriatra, psichiatra, assistente sociale, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, dimissioni protette o ricoveri appropriati, riducendo complicità e riospedalizzazioni”.

Allego inoltre le diapositive presentate da un infermiere ad un recente convegno sull'argomento.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Benché con qualche problema (temporaneo, fortunatamente!) di salute **Mauro Colombo** ha predisposto il pezzo che segue.

“Una sosta imprevista e non voluta mi ha costretto a disdire/modificare la partecipazione ad alcune attività della Fondazione Golgi Cenci in cui sono coinvolto, ed a modificare il contributo alla newsletter AIP. Ma cerco comunque – come diceva Franco Battiato – di ‘trovare l'alba dentro l'imbrunire’: magari, un ‘angolo’ ristretto può risultare più acuto ...

Mi è passata tra le mani una corrispondenza pubblicata in linea su *JAMA* il 14 gennaio 2026 * sulla ricerca ‘POINTER’, oggetto di un ‘angolo’ apparso sulla newsletter AIP n° 34 del 19 agosto 2025, e disponibile sul sito (per gli iscritti alla Associazione). In sintesi, lo studio [1] ha riportato che un **intervento strutturato multidisciplinare sullo stile di vita** ha portato a un **miglioramento maggiore nel funzionamento cognitivo nell'arco di 2 anni rispetto ad un intervento autoguidato**. Questo studio incisivo ha reclutato un campione rappresentativo di partecipanti dagli Stati Uniti e ha evidenziato il potenziale degli interventi multidisciplinari sullo stile di vita per ridurre il rischio di declino cognitivo e demenza. Riprendo dallo ‘angolo’ estivo che i risultati ricalcavano a livello qualitativo e quantitativo quelli degli studi di riferimento – quale ‘FINGER’ – e che l'intervento strutturato si è dimostrato particolarmente benefico per i partecipanti con le prestazioni cognitive iniziali meno brillanti, a prescindere dallo stato di portatore di APOE ε4, dal sesso, dall'età [sotto e sopra i 70 anni] e dalla salute cardiometabolica, rafforzandone l'applicabilità a una popolazione eterogenea a rischio. L'editoriale [2] che ha accompagnato l'articolo originale [1], sempre sul numero in linea del 28 luglio 2025 di *JAMA*, giocando sul termine ‘abbastanza’ poneva la questione del rapporto costo/beneficio.

Diverse sono invece le questioni avanzate nella corrispondenza.

Una prima lettera (scritta da neurologi e gerontologi clinici statunitensi) segnala che il disegno dello studio – come peraltro dichiarato dagli stessi Autori dell'articolo originale [1] e dall'editorialista [2] - ostacola la stima precisa dell'effetto dell'intervento in termini assoluti, in assenza di un vero gruppo di controllo, adducendo anche la possibile contaminazione da parte di un ‘effetto apprendimento’ sviluppato dai partecipanti rispetto ai test cognitivi. Gli Autori dell'articolo originale rispondono che

‘L'obiettivo era valutare il beneficio relativo di un intervento strutturato multi-dominio sullo stile di vita della durata di 2 anni rispetto a un intervento autoguidato. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti agli stessi test e allo stesso ordine di esecuzione, e l'ambiente di valutazione era identico per tutti i partecipanti. La componente randomizzata dello studio, per sua natura, neutralizza le potenziali differenze di gruppo negli effetti della pratica, il che consente di stimare il beneficio cognitivo relativo dell'intervento per un gruppo rispetto all'altro’. Oltre a precisare che laddove possibile sono state adoperate forme alternative dei medesimi test psicometrici ripetuti, gli Autori di [1] dichiarano che sono in corso ‘analisi aggiuntive di risultati esplorativi cognitivi e di altri aspetti della salute cerebrale, inclusi quelli meno sensibili agli effetti della pratica, come le immagini cerebrali strutturali e funzionali, le valutazioni periferiche e neuro-vascolari e l'ossimetria correlata al sonno, il movimento e i livelli di attività’, allo scopo di verificare ‘se gli effetti osservati dell'intervento sulla cognizione siano rispecchiati da cambiamenti nelle funzioni cerebrali e fisiologiche’.

La seconda lettera – stesa da neurologi statunitensi [università di Augusta (Georgia)] - invita a precisare il ruolo dei supplementi multivitaminici e multiminerali – molto comuni tra gli adulti statunitensi – visto che i risultati della indagine ‘COSMOS’ (cui due degli autori di [1] hanno preso parte) hanno dimostrato la capacità di questi prodotti di rallentare di 2 anni il declino cognitivo [2-4]. Ed in effetti, la squadra degli autori di [1] ha in corso approfondimenti al riguardo.

A questo punto, desidero anticipare una domanda che potrebbe sorgere nei lettori: perché dedicare un ‘angolo’ a questo scambio epistolare, che potrebbe sembrare una mera diatriba accademica? La risposta sta nel peso che da subito è stato assegnato ad [1] in termini di politica sanitaria [Trump/Kennedy permettendo ...]. La conferma viene da JAMA stesso, che, nel numero pubblicato in linea il 12 dicembre 2025 ha incluso [1] tra le ‘ricerche dell’anno’ [6], abbinando ‘POINTER’ al finlandese ‘FINGER’ con una punta di – qui legittimo, a mio avviso – orgoglio nazionale ... \$

*(doi: 10.1001/jama.2025.22631; doi: 10.1001/jama.2025.22634; doi: 10.1001/jama.2025.22637)”

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

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

[3] Baker, L. D., Manson, J. E., Rapp, S. R., Sesso, H. D., Gaussoin, S. A., Shumaker, S. A., & Espeland, M. A. (2023). Effects of cocoa extract and a multivitamin on cognitive function: A randomized clinical trial. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(4), 1308–1319. <https://doi.org/10.1002/alz.12767>

[4] Sachs, B. C., Williams, B. J., Gaussoin, S. A., Baker, L. D., Manson, J. E., Espeland, M. A., Sesso, H. D., Shumaker, S. A., Rapp, S. R., & COSMOS-Mind Research Group (2023). Impact of multivitamin-mineral and cocoa extract on incidence of mild cognitive impairment and dementia: Results from the Cocoa Supplement and Multivitamin Outcomes Study for the Mind (COSMOS-Mind). *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(11), 4863–4871. <https://doi.org/10.1002/alz.13078>

[5] Vyas, C. M., Manson, J. E., Sesso, H. D., Cook, N. R., Rist, P. M., Weinberg, A., Moorthy, M. V., Baker, L. D., Espeland, M. A., Yeung, L. K., Brickman, A. M., & Okereke, O. I. (2024). Effect of multivitamin-mineral supplementation versus placebo on cognitive function: results from the clinic subcohort of the COcoa Supplement and Multivitamin Outcomes Study (COSMOS) randomized clinical trial and meta-analysis of 3 cognitive studies within COSMOS. *The American journal of clinical nutrition*, 119(3), 692–701. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.12.011>

[6] Abbasi, J., Anderer, S., Rubin, R., & Schweitzer, K. (2026). Research of the Year 2025. *JAMA*, 335(2), 107–110. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.20503>

§ nella rubrica “Intervista” sul numero di gennaio 2026 di *Le Scienze* è pubblicato un articolo intitolato “Una rete transatlantica per salvare la ricerca”: vi campeggia una foto dove un manifestante oppositore della sciagurata § “MAGA” [(Make America Great Again): § opinione personale] inalbera un cartello con la scritta “Make America Think (pensa) Again (di nuovo)”

-*JAMA Ophthalmology* dell’11 dicembre pubblica un’investigazione originale sul ruolo dei **rischi casalinghi nell’associazione tra funzione visiva e cadute**. È un problema centrale dell’assistenza geriatrica, largamente discusso e frutto di innumerevoli progetti di intervento. Come dimostrato anche in altre occasioni, l’evento caduta ha una genesi complessa (rischi ambientali, funzione visiva, cognitività, supporto familiare); chi consiglia l’anziano e la sua famiglia deve suggerire i comportamenti più adeguati alla specificità della singola condizione. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/2842598>]

-*JAMA Internal Medicine* del 15 dicembre pubblica un’investigazione originale sull’**importanza del condizionamento delle case di riposo nei momenti di grande caldo**. Infatti, lo studio condotto su migliaia di morti dal 2020 al 2023 conferma l’importanza del condizionamento rispetto alla mortalità. Per quanto mi riguarda, ci tengo a sottolineare il fatto che una delle più importanti riviste cliniche al mondo dedica attenzione a tematiche estranee alla grande scienza, ma che sono di enorme importanza pratica nella vita delle persone fragili. [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2842680>]

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Grazie alla cortesia di Margherita Camporese riporto i principali appuntamenti del prossimo futuro:

-Dal 19 al 21 febbraio 2026 si terrà a Torino la **8° edizione del Congresso Nazionale AIP Giovani**. Il programma è consultabile al link <https://www.psicogeriatría.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>. Per le iscrizioni scrivere alla segreteria organizzativa: segreteria@pelagusofficia.it

-Il 27 febbraio 2026 si terrà a Genova il **Convegno regionale di AIP Liguria** dal titolo “Non chiederci la parola”. Programma e link per le iscrizioni sul nostro sito <https://www.psicogeriatría.it/evento/non-chieder-ci-la-parola/>

-Il **Congresso Nazionale AIP 2026** si terrà a Padova dal 26 al 28 marzo. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

-Allego inoltre il **programma del Congresso regionale del Lazio** che si terrà a Roma il 13 febbraio.

Il consueto saluto del venerdì, assieme all’augurio di buon lavoro (venerdì prossimo iniziano le Olimpiadi, con la speranza che siano eventi di pace e di serenità),

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría



Newsletter AIP - 23 gennaio 2026

n. 03/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Approvato il ddl sui caregiver familiari
- La crescita della Cina ci fa paura?
- Guido Gori sull'identità della psicogeriatra
- La crisi delle nursing home americane e il tentativo di ridurre i finanziamenti

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto, ma mai banale contributo di Mauro Colombo
- Lancet Healthy Longevity* e i fattori di rischio di demenza
- JAGS e la complessità del trattamento farmacologico nell'anziano
- Giovanna Baraldi e Tiziano Vecchiato commentano l'articolo di *Lancet* sulla formazione

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Andrea Fabbo, direttore generale dell'ASL Ogliastro
- Le prossime attività di AIP

Amiche, amici,

Una dolorosa constatazione. Commentando la morte del padre Tony Dallara, la figlia ha dichiarato che negli ultimi giorni di vita le strutture assistenziali, invece di realizzare interventi adeguati alle sue condizioni di salute, continuavano a ripetere a proposito del padre: "Ha 89 anni". Purtroppo la cultura ageista anche in ambito sanitario continua ad essere diffusa, diffondendo dolore e ingiustizia. Come fare per contribuire a sradicare questa cultura tragica? Forse, invece di spendere il nostro tempo solo a discutere le finenze delle interpretazioni cliniche, dovremmo, anche come AIP, dedicare maggiore attenzione a dove e come vengono assistiti gli anziani fragili nelle diverse realtà del nostro paese. Per constatare che frequentemente sono sotto il livello di civiltà.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-“Dopo 10 anni in cui sono naufragate tante proposte di legge, finalmente il governo vara una norma per la dignità e il riconoscimento di tante persone che amano, che curano e non vogliono essere sostituite, ma affiancate in questo complesso compito di cura e di vita”. La dichiarazione del Ministro per le disabilità Alessandra Locatelli può essere letta in modo diverso, anche secondo la visione

politica di ciascuno, ma non vi è dubbio, come dichiarato dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che si tratta di una svolta storica, perché per la prima volta **i problemi dei caregiver sono posti all'attenzione della società nel suo complesso**. Adesso è il tempo per formulare proposte concrete, a partire dall'esigenza di un aumento del fondo, per evitare di dare riposte a pochi potenziali fruitori o, d'altra parte, limitando il contributo economico solo ad riconoscimento formale.

-*Lancet* del 17 gennaio presenta un editoriale dal titolo: **"L'aumento della ricerca in Cina. Un'opportunità globale"**. Il testo è molto positivo nel giudizio sulla grande nazione asiatica e ci associamo a questa valutazione. Anche nella prospettiva della decadenza degli USA in alcuni settori della ricerca a causa delle scelte di quel governo, poter contare, ad esempio sui temi della salute, sul supporto della Cina e della sua potenza economica e intellettuale è motivo di soddisfazione e di tranquillità per chi come noi crede nel progresso e nelle sue ricadute sul benessere. Ad esempio, a conferma dell'impegno cinese e della sua rapida crescita, nel 2000 il paese ha pubblicato, secondo il Web of Science Core Collection 26.200 papers, che nel 2024 sono diventati 878.300. Ci dobbiamo augurare che le problematiche politiche non interferiscano su una collaborazione intellettuale potenzialmente molto utile.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)00084-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)00084-X/fulltext)]

-**Guido Gori** ha scritto alcune osservazioni molto incisive sull'**identità complessa e polimorfa della psicogeriatrica**.

"È capitato recentemente che mi sia stata rivolta la domanda di cosa mi occupassi nella vita. Alla mia risposta 'sono un medico psicogeriatrica' la immediata reazione verbale del mio interlocutore è stata: 'Ah! Quello che cura la mente dei vecchi'.

Nel contesto in cui questa scenetta si è verificata ho accettato questa rapida associazione tra psicogeriatrica e cura, senza entrare in dettagli semantici o identitari. D'altra parte tutto quello che finisce in 'iatros' del greco antico si riferisce a qualcuno/qualcosa che guarisce o si prende cura dei mali. La guarigione è tema importante in una vasta gamma della letteratura, che sia una guarigione piena oppure lenta o difficile o parziale o miracolosa. A tale proposito anche nella Bibbia, sia nell'antico che nel nuovo testamento, si spazia dai miracoli che ripristinano la salute alle leggi che regolano la malattia, e da secoli quindi la guarigione è intrecciata con la fede e la volontà divina. Essere in via di guarigione o all'opposto esser inguaribile esprimono dimensioni esistenziali che si associano a condizioni emotive contrapposte molto intense, dalla esaltazione alla grave depressione. Per questo motivo non è facile descrivere il mio sentore di scetticismo inerente una così rapida associazione tra psicogeriatrica e cura o guarigione.

Ritengo che il lavoro psicogeriatrico vada al di là di quello che in medicina è denominato cura, e che una finalità terapeutica perseguita con eccessivo zelo possa compromettere l'obiettivo pluridimensionale della 'mission' psicogeriatrica, allo stesso modo in cui in altri campi (psicologia) si è parlato del rischio del 'furor curandi' (Bleger).

Magari il problema dipende da che tipo di guarigione si desidera ottenere: se il lavoro psicogeriatrico si prefigge una attenuazione o la scomparsa di una sofferenza, di una patologia che la sottende o piuttosto anche un cambiamento di usi e costumi, di abitudini, di modi di pensare, di valori attribuiti a certe funzioni e a certi aspetti. Ritengo che la psicogeriatrica sia una modalità di lavoro in ambito geriatrico che opera nel tentativo di sollecitare dei cambiamenti o di raggiungere degli obiettivi dai quali dipende a sua volta quell'obiettivo che denominiamo cura. Il lavoro psicogeriatrico dà sicuramente valore ai sintomi e al disagio di quella persona, ma allo stesso tempo, e diversamente dalla medicina tradizionale, anche a chi è quella persona, con chi vive, dove vive, quali sono le sue relazioni, i suoi desideri e paure, le sue capacità, i suoi limiti. La complessa relazione che si stabilisce

in ambito psicogeriatrico supera abbondantemente il fine terapeutico, tanto che mi piacerebbe attingere ad un concetto originariamente coniato in ambito psicologico, ed importarlo in campo psicogeriatrico, secondo cui la cura è un 'byproduct', cioè una sorta di prodotto secondario. (Glover) Certamente di fronte al novantenne che non esce di casa e passa la sua giornata in poltrona bisogna indagare le sue funzioni cardiocircolatorie e respiratorie, le sue capacità motorie, il suo assetto cognitivo e il suo tono dell'umore, se ha barriere architettoniche in casa ed extradomiciliari, con chi vive e chi, se esiste, lo aiuta. E in che cosa eventualmente deve essere aiutato perchè l'aiuto in ambito autocentrato, cioè sul corpo, in soggetti cognitivamente indenni o accettabili è così psicologicamente devastante che molti anziani riducono la quantità del loro agire per essere dipendenti il meno possibile. Magari scopriamo che quel soggetto ha una lieve dispnea, ha una artrosi delle anche, ha una instabilità posturale ma scopriamo che vuole stare in poltrona perchè vuole pensare a sé, tra sé e sé, desidera ricordare e rivisitare aspetti della sua vita, o forse desidera che qualcuno si fermi davanti a lui e lo ascolti, in quanto desideroso di liberarsi di pensieri che lo stanno affliggendo in questi ultimi anni della sua vita. Così può succedere che lo psicogeriatra si riveli il tessitore di una relazione, come può avvenire in una coppia, o tra amici, o tra un allievo e il maestro. Una relazione che funzioni da liberazione, oppure da riconquista di un ruolo di protagonismo, di risoluzione di fissazioni giovanili o adulte e che adesso migliori la conoscenza di se stessi.

Certo molte specialità mediche, seguendo il politically correct accademico oggi di gran moda, affermano di essere interessate alla persona e non solo alla malattia, di avere un approccio olistico e di far parte di un team multidisciplinare. A mio avviso però soltanto la multidisciplinarietà che è parte strutturale della Psicogeriatria ha reali componenti orientate verso l'ascolto e la relazione.

In sintesi il valore terapeutico curativo in psicogeriatria include, oltre al suo significato letterale e tradizionale di modifica in senso favorevole di sofferenze e impedimenti, anche quello di insegnamento da parte del professionista e di apprendimento da parte del paziente. È vero che insegnare etimologicamente indica 'incidere dei segni' ma l'apprendimento ha valore nel momento in cui coincide con insight, cioè quando una relazione psicogeriatrica ha prodotto delle modifiche consapevoli di certe organizzazioni interne da parte del paziente.

Ascoltare il paziente ma leggere anche tra le righe è un compito da cui la psicogeriatria non dovrebbe prescindere; è un lavoro spesso difficile, faticoso, impegnativo ma spesso, forse per gli stessi motivi, anche piacevole e gratificante".

-Il NYT del 26 gennaio riporta la notizia molto preoccupante che **il governo americano sta decidendo di ridurre le indicazioni riguardanti il livello minimo di staff nelle nursing homes**. Il progetto mira a cancellare le decisioni prese nel 2023 dall'amministrazione Biden, che indicava un minimo di 3.48 ore di cura da parte di infermieri e aiuto infermieri al giorno, assicurando allo stesso tempo la presenza nelle 24 ore di un infermiere. Si deve ricordare che la decisione del Medicare era stata bloccata da un ricorso al tribunale da parte dei gestori delle strutture; adesso le autorità hanno deciso un definitivo ritorno al passato, utilizzando come scusa anche un uso improprio dell'intelligenza artificiale. Perché mai Trump non ama i vecchi? Forse nella sua rozzezza intellettuale non ha ancora elaborato il proprio invecchiamento.

[\[https://www.nytimes.com/2026/01/17/health/nursing-homes-health-aides-medicare.html\]](https://www.nytimes.com/2026/01/17/health/nursing-homes-health-aides-medicare.html)

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-**Mauro Colombo** continua nella sua colta e informata discussione sui tempi di nostro maggiore interesse.

"In questi ultimi tempi, con l'avvio delle iniziative formative rivolte alle RSA § su sintomi comportamentali e psichici nella demenza, contenzioni e cadute, i contatti della Fondazione Golgi

Cenci con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – ente organizzatore - oltre che con i Colleghi geriatri modenesi – co-docenti – si sono fatti ancor più frequenti ed intensi del consueto. Un motivo in più, per quanto mi riguarda, per richiamare i commenti di Antonio Ancidoni pubblicati sulla newsletter ISS del lunedì 12 gennaio 2026 §, a proposito dei risultati della **osservazione prolungata a 36 mesi 'in aperto' dell'anticorpo monoclonale lecanemab**, per la cura del deterioramento cognitivo lieve (MCI) e della demenza di Alzheimer (AD) in fase precoce. L'articolo di riferimento [1], liberamente accessibile in rete, è stato pubblicato lo scorso dicembre su *Alzheimer's & Dementia*, ad opera di Autori affiliati alle università di Yale e di Harvard, abbinati a due ricercatori della ditta produttrice (Eisai Ltd.) §.

Per questo 'angolo', mi limiterò ai risultati in termini di efficacia, 'agganciandomi' ai termini impiegati da Ancidoni, per riportare impressioni del tutto personali, per le cui eventuali imprecisioni chiedo venia da subito, e volentieri accolgo rettificazioni. Segnalo da subito che il termine 'differenze minime clinicamente significative' [Minimal Clinically Important Differences (MCID)] non appare nel testo. Anche cercando bibliografia a ritroso, non sono sostanzialmente riuscito a trovare indicazioni che mi consentissero osservazioni al riguardo, nei confronti delle misure funzionali e di qualità di vita impiegate in [1], tutte sfere che comunque si sono giovate del trattamento. Va detto che il lavoro mirava con priorità alla tollerabilità e sicurezza del farmaco, come appare dal titolo.

L'obiettivo primario riferito alla efficacia riguardava il confronto tra chi era trattato con l'anticorpo (dall'inizio o dopo 18 mesi) e chi aveva ricevuto un placebo, oppure con un gruppo di controllo esterno #, in termini di Clinical Dementia Rating–Sum of Boxes (CDR-SB). In effetti, i soggetti trattati hanno presentato valori CDR-SB migliori (inferiori) a qualsiasi confronto, tanto che il lecanemab ritardava la progressione del declino nella cognitività durante i 36 mesi. Misurando le transizioni fra classi di CDR-SB [2], è stato ottenuto un rallentamento del 30 % nel tempo di declino. Ma le differenze medie in CDR-SB non superano lo 0,5 punti (a 18 mesi) o 1 punto (a 36 mesi), quando MCID è di 1 punto per MCI e 2 punti per la demenza di Alzheimer lieve [Muir]. Riguardo allo indicatore cognitivo ADAS-Cog14, le linee dei gruppi trattato / placebo (fino a 18 mesi) e trattato dall'inizio / prosecuzione 'OLE' [Open Label Extension (estensione in aperto): dal 18° al 36° mese] si separano rapidamente per poi proseguire separate. Ma le differenze medie si mantengono sempre vicine al valore di 1 punto, contro MCID (sempre in prospettiva di peggioramenti) di 2 – 3 punti per MCI e di 3 punti per AD lieve. L'indicatore funzionale ADCS MCI-ADL ha ricalcato le traiettorie di CDR-SB e ADAS-Cog14.

La qualità di vita è stata misurata anche mediante la QoL-AD [Quality of Life in Alzheimer's Disease (un questionario di 13 domande progettato per fornire una valutazione della qualità della vita dei pazienti con AD, con ciascuna delle 13 domande riportata su una scala da 1 a 4 - scarsa, discreta, buona o eccellente -). Il peggioramento nel tempo fra trattati e no a 18 mesi, come pure in 'OLE', differiva di non oltre 1 punto, sia nel giudizio dei pazienti che di chi li assisteva. In generale viene considerata rilevante una soglia di 3 punti (in un ambito tra 13 e 52, dove a punteggi più elevati corrisponde una migliore qualità di vita), ma è pur vero che tale stima è stata concepita in una prospettiva di miglioramento, mentre la terapia presa in considerazione qui mira a rallentare la progressione della malattia. Inoltre, ad aggiungere problematicità, nella esperienza con il solanezumab – altro anticorpo monoclonale da impiego precoce in AD - i tre punti superano il declino naturale della qualità della vita sia secondo l'autovalutazione che secondo il rapporto di chi assiste, come evidente nel gruppo placebo [4].

Sempre riguardo alla qualità di vita, una altra misura adottata è stata la L'EQ-5D-5L, che misura 5 dimensioni della salute (mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore o disagio e ansia o depressione) con 5 livelli di gravità per ciascuna dimensione (nessun problema, problemi lievi, problemi moderati, problemi gravi e impossibilità di svolgere le proprie attività o problemi estremi). Riportando i giudizi

su una scala ad analogo visivo tarata da 0 a 100 (indicativi rispettivamente del peggiore / migliore stato di salute immaginabile), le differenze medie tra i gruppi non superano i 2 punti.

Un aspetto a mio avviso meritorio della ricerca consiste nell'avere incluso fra gli esiti anche il carico assistenziale, i cui benefici sono stati misurati tramite lo strumento 'Zarit Burden Inventory', compilato su 22 domande da chi si prende cura del paziente. Mi domando quanto possa effettivamente possa venire alleviato il gravame per una differenza media di circa 2 punti, in una gamma da 0 ad 88, con spettri compresi fra 0 e 20 / 21 – 40 / 41 – 60 e 61 – 88, rispettivamente per gli scalini carico assistenziale minimo o nullo / da lieve a moderato / da moderato a grave / grave, dove un punteggio superiore alla soglia 24 - 26 identifica quelle persone di sostegno per le quali sarebbe indicato un approfondimento di indagine ed un eventuale intervento di supporto.

Un passaggio dell'articolo che mi ha particolarmente colpito sta nei risultati ottenuti dai partecipanti che all'inizio della sperimentazione presentavano una patologia tau scarsa o assente al rilievo con tomografia ad emissione di positroni (PET) o modesta patologia amiloide, rilevata con PET od al rapporto t-tau/A β (1-42). Queste sottopopolazioni rappresentano rispettivamente il 41 % (a) ed il 27 % (b) del campione totale. Il 59 % di chi si trovava nella condizione (a) ha mantenuto livelli stabili di CDR-SB, ed il 51 % è addirittura migliorato; è rimasto stabile il 46 % ed è migliorato il 33 % di chi si trovava nella condizione (b), sempre rispetto a CDR-SB.

A supporto dei risultati ottenuti – nei cui confronti valgono le remore metodologiche sollevate da Ancidoni nella newsletter ISS – stanno gli effetti biologici del lecanemab. Questo anticorpo si lega preferenzialmente alle specie solubili aggregate e diffusibili – accomunate sotto il termine di 'protofibrille' - che continuano a essere presenti e prodotte dopo la rimozione delle placche amiloidi. § anche tale iniziativa formativa è richiamata nella medesima newsletter ISS del 12-1-2026

§ l'articolo di JAMA – commentato nella precedente newsletter ISS, e nello 'angolo' apparso sulla newsletter AIP del 9 gennaio - era stato scritto da autori appartenenti tutti alla ditta produttrice (la statunitense Eli Lilly and Company), tranne uno".

[1] van Dyck, C. H., Sperling, R., Johnson, K., Dhadda, S., Kanekiyo, M., Li, D., Gee, M., Hersch, S., Irizarry, M., & Kramer, L. (2025). Long-term safety and efficacy of lecanemab in early Alzheimer's disease: Results from the clarity AD open-label extension study. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(12), e70905. <https://doi.org/10.1002/alz.70905>

[2] O'Bryant, S. E., Waring, S. C., Cullum, C. M., Hall, J., Lacritz, L., Massman, P. J., Lupo, P. J., Reisch, J. S., Doody, R., & Texas Alzheimer's Research Consortium (2008). Staging dementia using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes scores: a Texas Alzheimer's research consortium study. *Archives of neurology*, 65(8), 1091–1095. <https://doi.org/10.1001/archneur.65.8.1091>

[3] Muir, R. T., Hill, M. D., Black, S. E., & Smith, E. E. (2024). Minimal clinically important difference in Alzheimer's disease: Rapid review. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(5), 3352–3363. <https://doi.org/10.1002/alz.13770>

[4] Kahle-Wroblewski, K., Ye, W., Henley, D., Hake, A. M., Siemers, E., Chen, Y. F., & Liu-Seifert, H. (2016). Assessing quality of life in Alzheimer's disease: Implications for clinical trials. *Alzheimer's & dementia* (Amsterdam, Netherlands), 6, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2016.11.004>

-*Lancet Healthy Longevity* di dicembre pubblica uno studio norvegese retrospettivo di coorte sui **fattori potenzialmente prevenibili della demenza**, partendo dai 14 identificati dall'ormai famoso report del 2024 della Lancet Commission on Dementia. Secondo lo studio, i 14 fattori di Lancet possono prevenire oltre la metà dei casi di demenza. Aggiungendo a questi anche fattori correlati con la condizione maritale e occupazionale vi sarebbe un ulteriore aumento delle probabilità di prevenire la comparsa della malattia, in particolare nelle donne. Il lavoro ripete senza accenti critici quanto sostenuto nel Lancet Report del 2024; anzi i dati dello studio indicano che la frazione attribuibile alla popolazione è del 50.9%, quindi superiore al 45.3% indicato nel Lancet Report. La discussione su questa affermazione è ancora aperta; la sua importanza non è tanto il dato assoluto

della possibile quota prevenibile, ma nell'indicazione dei possibili ambiti rischio per l'individuo e le collettività.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(25\)00121-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(25)00121-7/fulltext)]

-JAGS di gennaio discute le **prospettive complesse del trattamento farmacologico dell'anziano**. La complessità è normalmente associata alla non aderenza, alle ospedalizzazioni, alla minore qualità della vita, misurata con il Medication Regimen Complexity Index (MRCI). Rispetto a questo strumento, lo studio identifica varie tematiche che possono influenzare la complessità del trattamento farmacologico nell'anziano, includendo nuovi fattori, tra i quali l'identificazione visiva, l'uso di aiuti, l'aspetto del packaging, la routine, le convinzioni del paziente. Gli autori commentano che sarebbe necessario includere i nuovi dati sulla complessità nell'uso dei farmaci nella valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti per le persone anziane.
[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70311?af=R>]

-**Giovanna Baraldi** commenta l'articolo di *Lancet* sulla formazione, che avevamo presentato nella newsletter della settimana scorsa. Concordo con Baraldi sull'enorme **importanza della formazione sul futuro dei sistemi di welfare**.

"Il recente articolo di *Lancet* sui risultati dell'indagine della Commissione Europea sul personale che opera nei servizi sanitari della UE, mette in luce ciò che da anni vediamo sul campo: la crisi della forza lavoro sanitaria non è un problema di numeri, ma di senso, riconoscimento e organizzazione. L'articolo propone una lettura sistemica di questo problema in Europa, superando l'interpretazione riduttiva che lo considera esclusivamente un problema di carenza numerica. Gli autori identificano una 'crisi' su modelli di lavoro, salute mentale, formazione, uguaglianza di genere e investimenti – che determina un progressivo indebolimento della capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Il punto di forza dell'analisi sta nel riconoscimento del legame strutturale tra condizioni di lavoro e sostenibilità dei sistemi. L'invecchiamento della forza lavoro, l'aumento dell'assenteismo e delle dimissioni, la migrazione internazionale e il burnout non sono fenomeni isolati, ma esiti prevedibili di politiche che per anni hanno sottovalutato il capitale umano sanitario.

Particolarmente rilevante è il richiamo alla crisi della salute mentale come fattore strategico: non più tema individuale o clinico, ma una variabile organizzativa capace di influenzare direttamente produttività, qualità delle cure e tenuta complessiva del sistema. Questo spostamento di prospettiva è coerente con l'evidenza che lo stress cronico, il sovraccarico e la scarsa protezione organizzativa accelerano i processi di uscita dal lavoro e riducono l'attrattività delle professioni sanitarie.

Come raccomandato dal rapporto dell'indagine, i Paesi possono intervenire nei seguenti modi: tolleranza zero verso la violenza, ripensare modelli e carichi di lavoro, utilizzare la salute mentale e il benessere come indicatori di performance delle organizzazioni, creare ambienti in cui il personale si senta libero di chiedere aiuto.

Ma il vero salto è smettere di pensare al benessere degli operatori come a un 'intervento di supporto' e iniziare a considerarlo una leva strutturale di governance.

Questa impostazione consente di spostare il dibattito da una logica emergenziale a una prospettiva di medio-lungo periodo, fondata su politiche integrate di pianificazione e gestione delle risorse umane.

In conclusione, l'articolo sottolinea come la protezione e la valorizzazione della forza lavoro sanitaria non rappresentino un costo, ma un investimento strategico per la resilienza dei sistemi sanitari europei. Il passaggio dalla 'crisi' al 'successo' richiede una scelta politica esplicita: considerare il capitale umano come infrastruttura, alla pari delle reti ospedaliere o delle tecnologie, e agire di conseguenza.

Per la mia esperienza le organizzazioni sanitarie non si rompono per mancanza di riforme, ma perché si spezza il patto di fiducia tra professionisti e le istituzioni che le governano.

Quando un sistema non è più percepito come giusto – nei carichi di lavoro, nei percorsi di carriera, nella gestione dei conflitti, nella sicurezza – andarsene diventa una scelta razionale, non un tradimento della vocazione. E la risposta non sta in una nuova riforma ma nella credibilità organizzativa, nella capacità di costruire organizzazioni che sappiano ascoltare in modo sistematico, dare feedback, rendere visibili i percorsi di crescita, proteggere chi lavora in prima linea, restituire dignità al lavoro di cura. E in tal modo garantire il futuro del SSN.

Nel nostro Paese purtroppo l'analisi sulla crisi del personale non è stata finora affrontata in modo organico per trovare e pianificare interventi appropriati e puntuali.

Ci auguriamo che questa importantissima indagine della Commissione Europea e i risultati emersi suggeriscano interventi immediati”.

-Anche **Tiziano Vecchiato** affronta la stessa tematica.

“Come sempre grazie a te e a quanti hanno contribuito a comporre l'ultima newsletter. Alla luce dei miei interessi ho apprezzato la riflessione sui **determinanti della attuale crisi del nostro sistema sanitario**. Sono sintetizzati dal testo ripreso da *Lancet* (6 ottobre) che entra nel merito della crisi della forza lavoro sanitaria. Lo fa in modo classico, cioè posizionando il problema a livello professionale. Lo documentano i risultati dell'indagine ‘Mental Health of Nurses and Doctors (MeND) per esplorare la salute mentale, il benessere e le condizioni di lavoro di medici e infermieri in 29 Paesi (Unione europea, Islanda e Norvegia) ... Si tratta del più ampio studio di questo tipo, con oltre dieci volte il numero di risposte rispetto all'ultima indagine, svolta durante la pandemia di COVID-19. I risultati sono preoccupanti: i disturbi di salute mentale sono altamente prevalenti sia tra i medici sia tra gli infermieri, con il 28–32% che riferisce sintomi depressivi compatibili con un disturbo depressivo maggiore e il 24% che riporta sintomi compatibili con un disturbo d'ansia. Circa il 13% – più di una persona su dieci – riferisce pensieri suicidari passivi (cioè il pensiero che sarebbe meglio essere morti o di farsi del male)’. Il testo prosegue nella newsletter e sintetizza gli ulteriori risultati.

Perché, dal mio punto di vista, è importante questo studio? Per quello che non considera e che meriterebbe una parallela riflessione. Documenta infatti le patologie personali e professionali mentre andrebbero ugualmente considerate le patologie organizzative, componendo il ‘micro’ con il ‘meso’ per mettere a fuoco i determinanti di una crisi che potrebbe rivelarsi irreversibile.

Circa 30 anni abbiamo cominciato a studiare il problema insieme con un gruppo di studiosi di psicologia del lavoro (Augusto Palmonari, Guido Sarchielli, Francesco Novara e altri esperti di area sanitaria e sociale). I risultati sono sintetizzati nel volume ‘Aziende, leggende e strategie. Gruppi di lavoro e servizi alle persone’ (ed. Fondazione Zancan 1997). Forse Francesco Novara non è noto al grande pubblico. A partire da 1974, ha diretto il centro di psicologia della Olivetti, dopo Cesare Musatti che lo ha fondato. Era un esperto di rango internazionale proprio nell'analisi delle patologie dei sistemi lavorativi, che da personali/professionali diventano patologie sistemiche, gestionali e organizzative. Tornando allo studio europeo, si può sostenere che è corretto e, nello stesso tempo, limitante studiare le sofferenze professionali, come se il problema si potesse affrontare solo a questo livello.

Condivido con te queste riflessioni perché, da alcuni anni abbiamo ripreso come fondazione Zancan a studiare questo problema, coinvolgendo studiosi e operatori con diversi livelli di responsabilità. Potrebbe essere di interesse anche per AIP, supponendo che un contributo fondamentale a possibili soluzioni possa venire dal ‘sapere clinico e organizzativo di chi opera nelle condizioni di elevata fragilità’ (cure di lungo periodo, perdita di funzioni vitali... e tutto il resto che in modo riduttivo viene ricondotto alla NA (Non Autosufficienza)).

Da un'area così complessa, chiamata ad operare ai limiti esistenziali, potrebbero venire indicazioni preziose. I ricercatori di soluzioni, infatti, direbbero: quello che funziona al limite ha maggiori probabilità di funzionare nei contesti organizzativi meno esposti alle sfide dei limiti esistenziali”.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il nostro collega **Andrea Fabbo** è stato nominato **direttore generale dell'ASL Ogliastro**. Assieme agli auguri di buon lavoro, facciamo sapere al nostro collega la nostra certezza che nel nuovo compito saprà portare tutta l'esperienza di lavoro maturata in questi anni, tra l'altro a Modena come responsabile del servizio demenze. Mi permetto di dire che si è occupato di questo settore come medico e come organizzatore di servizi, acquisendo un'esperienza unica: capacità clinica nei vari campi, dalla diagnosi alla riabilitazione, capacità organizzativa (come organizzare le innovazioni diagnostiche ai vari livelli e non solo), attenzione alla sofferenza delle famiglie e dei caregiver, gestione appropriata dei costi, in particolare quelli dei servizi innovativi.... Certamente, con questa esperienza Andrea sarà di grande aiuto alla crescita del sistema sanitario sardo. Auguri, carissimo Amico!

-I prezzi a tariffa ridotta per iscriversi al prossimo **Congresso Nazionale AIP** e ai **Corsi Precongressuali** sono stati prorogati fino al 26 gennaio. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/> Programma in allegato.

-Dal 19 al 21 febbraio 2026 si terrà a Torino la **8° edizione del Congresso Nazionale AIP Giovani**. Il programma è consultabile al link <https://www.psicogeriatría.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>. Per le iscrizioni scrivere alla segreteria organizzativa: segreteria@pelagusofficia.it

-Il 27 febbraio 2026 si terrà a Genova il **Convegno Regionale di AIP Liguria dal titolo "Non chiederci la parola"**. Programma e link per le iscrizioni sul nostro sito <https://www.psicogeriatría.it/evento/non-chieder-ci-la-parola/>

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo a doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un caro saluto e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría



Newsletter AIP - 16 gennaio 2026

n. 02/2026

La newsletter esce in ritardo a causa di problemi tecnici. Ci scusiamo con i lettori e ringraziamo chi si è preoccupato per questo ritardo.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Giovanna Baraldi, Paolo Benanti e l'IA
- Il contributo di Fabio Cembrani sul suicidio assistito
- Lo "scandalo" della diagnosi di demenza

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- Angelo Bianchetti e LATE
- Lancet* e la preparazione degli operatori sanitari

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Aggiornamenti sulle molte attività della nostra Associazione

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-L'*Avvenire* di domenica 11 gennaio scorso ha pubblicato una **riflessione di Padre Paolo Benanti** dal titolo: **"L'IA entra nella sanità personale – Curare non è solo calcolare"**.

"Fino ad oggi l'IA in sanità è stata coinvolta solo per fare interrogazioni generiche come quelle che si fanno a un motore di ricerca. Con il lancio di strumenti come ChatGPT Health si apre una svolta che Benanti definisce 'epocale e potenzialmente inquietante'. I cittadini possono caricare cartelle cliniche, collegare dispositivi indossabili (smartwatch, sensori) e far analizzare all'IA dati sanitari personali sensibili. Non si tratta più di semplici domande generiche, ma di una vera fusione tra dati personali sulla salute e intelligenza artificiale. Perché è una svolta epocale? Perché c'è un conflitto profondo tra come funziona l'IA e ciò che la Medicina richiede. L'Intelligenza Artificiale calcola la risposta più probabile basandosi su grandi quantità di testi; non dà risposte certe ma sceglie la risposta più probabile in base ai dati disponibili. Large Language Models (LLM) costruiscono contenuti plausibili sul piano statistico ma non ragionano come un medico che deve dare risposte

precise, verificabili, basate su fatti certi e non probabilità. In Medicina, un errore nel riassunto clinico o una cattiva interpretazione di un esame, possono causare danni anche irreparabili al paziente (la cosiddetta iatrogenesi digitale). Inoltre, chi non è esperto può percepire l'IA come autorevole sul piano medico, facendo pericolose autodiagnosi o terapie 'fai-da-te' senza supervisione critica. Un altro aspetto da considerare riguarda i problemi di privacy e controllo dei dati sanitari che vengono caricati su piattaforme private: questo implica concentrare enormi quantità di informazioni sensibili in poche mani. Anche se oggi le aziende promettono protezione e rispetto delle norme, le politiche sulla privacy possono cambiare nel tempo e il rischio è quello di perdere il controllo sui propri dati biologici. Ma esiste un altro rischio importante, che si creino nuove disuguaglianze. Se questi strumenti saranno accessibili solo pagando, si potrà creare una sanità a due velocità: chi può permettersi un 'assistente digitale' evoluto e chi, invece, può accedere solo ai servizi sanitari tradizionali, peraltro sempre più in difficoltà. Infine c'è il pericolo di incrinare la relazione medico-paziente. La Medicina non è solo numeri e parametri. È ascolto, competenza, conoscenza, esperienza, capacità, empatia e tanto altro. Se l'IA si mette tra medico e paziente, il rischio è ridurre il paziente a un insieme di dati e trasformare il medico in un semplice controllore di risultati automatici. Curare non significa solo 'calcolare' ma significa assumersi responsabilità e prendersi cura della persona. L' IA in sanità deve essere veramente 'intelligente'; non solo fare calcoli velocemente, elaborare enormi quantità di dati, eseguire miliardi di calcoli, trovare correlazioni e probabilità. La conclusione di Benanti è che l'Intelligenza Artificiale in sanità non va rifiutata per principio, ma nemmeno accettata senza spirito critico. E' indispensabile e urgente una nuova etica per stabilire cosa può fare l'IA in Medicina e cosa deve restare responsabilità umana. Comunità scientifica, legislatori e società civile devono vigilare affinché la tecnologia sia uno strumento al servizio dell'uomo, non il suo sostituto.

Giovanna Baraldi”.

-Segnalo un importante contributo dell'amico **Fabio Cembrani** attorno alla delicatissima vicenda del **suicidio assistito**.

“Sul n. 3/2025 di Corti Supreme e salute (consultabile gratuitamente online) diretta dal Prof. Renato Balduzzi è stato appena pubblicato il saggio dell'amico e collega Fabio Cembrani con le sue 'Notazioni medico-legali intorno alla sentenza della Corte costituzionale n. 66 del 2025 e ai casi clinici ad essa sottesi'. Al di là degli aspetti prettamente giuridici, tutti vertenti sul fine della vita e sulla opzione riservata alla persona di potersi da essa prematuramente congedare con l'aiuto del medico, mi preme segnalarlo perché l'attivismo della Corte ha questa volta toccato un tema di straordinario rilievo per chi di noi ha ancora a cuore la difesa delle persone più fragili e vulnerabili. L'esigenza che rileva la Corte è quella di contrastare le derive sociali e/o culturali che possono indurre le persone malate a scelte suicide con pressioni sociali su di loro esercitate in maniera più o meno diretta. Con due moniti rivolti al Parlamento: quello di normare finalmente la materia del fine vita e quello di promuovere il diritto ad una 'seria assistenza medica' (punto 7.1 del Considerato in diritto). Non solo con la 'concreta messa a disposizione di un percorso di cure palliative' ma garantendo 'adequate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa', ivi compresa la messa 'a disposizione delle persone con malattie inguaribili di tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettano loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri' ed il prendersi realmente carico 'di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi' perché 'la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona la scelta della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morire'.

È la prima volta che i Giudici costituzionali rivolgono questo preciso monito al legislatore anche se fatico a capire le ragioni del perché gli stessi non abbiano piena contezza dei ritardi che continuano a caratterizzare tutti i percorsi dell'assistenza domiciliare nonostante i chiari obiettivi indicati dalla Missione 5 e dalla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Le riforme annunciate che avrebbero dovuto rivedere (e semplificare) il riconoscimento della disabilità sono, infatti, ancora in fase sperimentale e, per quello che riguarda le persone anziane non autosufficienti, le deleghe parlamentari sono state tradite e sotto-finanziate dal Governo che ha preferito puntare sul ponte dello stretto e sul riarmo militare voluto dall'America piuttosto che sulla non autosufficienza; l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che pur ha aumentato il numero delle persone over65enni assunte in carico dal servizio, è oggi in grado di garantire una media di 14 ore/anno di assistenza infermieristica; delle 660 Case di Comunità avviate solo 46 sono quelle che a fine d'anno garantivano la presenza medica e infermieristica sulle 24 ore; le famiglie, quando possono, sono costrette a fare i conti con la carenza di personale adibito all'assistenza e a confrontarsi con il nuovo fenomeno del 'caro-badanti' che ha costretto molti anziani alla vendita in comodato d'uso delle loro abitazioni; mancano molti posti letto nelle RSA italiane con disuguaglianze territoriali davvero imbarazzanti che penalizzano soprattutto le nostre regioni del Sud. Non mi è dato sapere se i supremi Giudici siano o meno a conoscenza di questa drammatica situazione anche se il coraggio di aver voluto lanciare questo preciso monito al legislatore deve essere apprezzato e segnalato”.

-Riporto una comunicazione dal Friuli Venezia Giulia sul [trattamento riservato ai cittadini affetti da demenza](#).

“Gentile Direttore,

Le scrivo per chiedere ospitalità sulle pagine di Il Piccolo per una lettera aperta che nasce dall'indignazione, ma soprattutto dalla responsabilità professionale e civile.

Siamo all'inizio del 2026 e, nonostante decenni di ricerca scientifica, formazione e linee guida, nel nostro sistema sanitario continua a verificarsi qualcosa di profondamente inaccettabile: l'etichetta 'demenza' viene ancora usata come un alibi per smettere di curare, di indagare, di vedere la persona.

Qualche settimana fa una donna anziana nella nostra regione ha ricevuto una diagnosi di 'demenza senile'. Una definizione che la letteratura scientifica internazionale considera superata, imprecisa e priva di valore clinico. La cosiddetta 'demenza senile' non è una diagnosi: non descrive una patologia specifica, non orienta le cure, non aiuta a comprendere i bisogni della persona. Eppure, continua a essere utilizzata.

Dopo una caduta domestica, questa donna ha mostrato un peggioramento improvviso e drammatico: insonnia totale, agitazione, comportamenti mai presentatisi prima. La badante ha abbandonato il lavoro. Le figlie hanno cercato di supplire come potevano. In poche settimane, sono stati effettuati tre accessi al pronto soccorso tramite il 112.

Tre ricoveri.

Tre sedazioni pesanti.

Tre dimissioni.

La risposta è stata sempre la stessa:

‘Ha una demenza. Cosa vi aspettavate? Gestitela’.

Nessuna indagine approfondita. Nessuna diagnosi differenziale. Nessuna reale presa in carico.

Solo al quarto accesso, grazie all'insistenza delle figlie — disperate, ma determinate — è stata finalmente eseguita una TAC. L'esito: un ematoma subdurale. Intervento neurochirurgico urgente in un altro ospedale. Oggi l'esito è incerto.

Ma una cosa è certa: giorni di sofferenza evitabili, un peggioramento che forse avrebbe potuto essere limitato, una qualità di vita sottratta non solo a questa donna, ma anche alle sue figlie.

Questo non è un episodio isolato. È il risultato di una cultura che confonde la demenza con una condanna definitiva, che smette di interrogarsi, che non distingue tra demenza e delirium, che non considera più la persona come degna di attenzione clinica completa.

È ageismo sanitario.

È abbandono clinico.

È una violazione silenziosa del diritto alla cura.

La demenza non sospende la medicina.

Non annulla il diritto agli esami.

Non giustifica la rinuncia a guardare, pensare, approfondire.

Eppure, ancora oggi, se una persona anziana con demenza peggiora — soprattutto durante i periodi festivi, quando i servizi sono ridotti — troppo spesso viene semplicemente rimandata a casa, sedata, consegnata alla disperazione dei familiari.

Questa lettera non è contro i singoli operatori, spesso stanchi e schiacciati da un sistema inefficiente. È contro un modello che continua a tollerare le etichette al posto delle persone, la semplificazione al posto della responsabilità.

Se non denunciato tutto questo pubblicamente, continuerà ad accadere.

E continueremo a perdere, uno dopo l'altro, i diritti delle persone più fragili.

Confidando nella sensibilità e nel ruolo civile dell'informazione locale, chiedo che questa voce trovi spazio. Non per polemica, ma per giustizia.

Con stima,

Annapaola Prestia”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto intervento di **Mauro Colombo**. Anche se poca cosa di fronte al dono settimanale della sua cultura, a nome dei lettori gli inviamo un augurio per San Mauro (15 gennaio). Un santo importante, perché discepolo di San benedetto da Norcia, il protettore dell'Europa.

“Torno su un argomento clinico, per questo ‘angolo di – post – san Mauro’§ : un **confronto fra trazodone ed antipsicotici per il trattamento del delirium** in ultra65enni dopo la dimissione ospedaliera, pubblicato in rete a fine 2025 su *Lancet Healthy Longevity* – dove è liberamente accessibile – ad opera di Autori di Boston, Massachusetts [1].

L'articolo inizia ricordando che il delirium può persistere anche per mesi, in anziani ospedalizzati. E se le linee guida insistono opportunamente sulle manovre curative non-farmacologiche, le linee guida della associazione degli psichiatri americani, oltre che i criteri Beers aggiornati dagli esperti della società dei geriatri americani, ‘riservano il trattamento farmacologico (ad esempio, farmaci antipsicotici e benzodiazepine) nei casi in cui le strategie di de-prescrizione falliscono, i fattori che contribuiscono al delirium sono stati affrontati e i disturbi neuropsichiatrici causano significativo disagio o rappresentano un rischio di danno per i pazienti o per gli altri’.

Il trazodone – dotato di effetti sedativi a basse dosi, ed anti-depressivi ad alte dosi – può porsi come una alternativa più sicura rispetto agli antipsicotici, gravati da molteplici e differenti effetti collaterali. Ma – a conferma della scarsità di confronti diretti fra queste due classi di farmaci in caso di delirium in soggetti anziani – viene indicato solo uno studio pubblicato nel 2018, condotto in una struttura di cure a lungo termine per persone con demenza, che riporta una riduzione relativa (25 %) della mortalità [2].

Utilizzando un impianto di emulazione di sperimentazione, gli Autori hanno simulato uno studio clinico ipotetico che confrontava l'uso di trazodone con farmaci antipsicotici dopo la dimissione tra adulti anziani di età pari o superiore a 65 anni affetti da delirium durante il ricovero ospedaliero.

Sono stati inclusi pazienti scevri da malattie psichiatriche cui era stato prescritto trazodone od un antipsicotico (quetiapina, olanzapina o risperidone) entro 30 giorni dalla dimissione, a motivo di delirium. Le massime dosi ammesse pre-specificate erano 300 mg per il trazodone e la quetiapina, 3 mg per il risperidone e 10 mg per la olanzapina. A partire da due basi di dati statunitensi, 11.678 pazienti sono stati allocati al gruppo trattato con trazodone, 29.590 al gruppo trattato con antipsicotici. Particolare attenzione è stata dedicata alle tecniche statistiche # per bilanciare quanto più possibile le caratteristiche dei due gruppi, costituiti da persone di 81 anni di età media, con lieve prevalenza maschile, problematiche cardiovascolari (24 %), genito-urinarie (12 %), infettivologiche (14 %), di traumi ed intossicazioni (10 %), e fragilità (valore medio di 0,29 ad un indice pressoché sovrapponibile – anche sul piano numerico – al classico ‘Frailty Index’) [3].

I pazienti trattati con trazodone hanno presentato tassi inferiori di ri-ospedalizzazioni, ri-ammissioni per delirium, infezioni urinarie, e mortalità da tutte le cause; non hanno invece trovato vantaggi su cadute, polmoniti ed ictus. La riduzione del rischio di ri-ospedalizzazioni valeva nei confronti del risperidone e della olanzapina, non della quetiapina. Non è stata osservata differenza nel rischio di nuovo ricovero ospedaliero tra i gruppi di studio tra gli adulti di età pari o superiore a 80 anni. La presenza di demenza così come l’accesso in reparto di cure intensive non modificavano i risultati. Lo stesso vale per analisi di sensibilità che hanno escluso pazienti ri-ospedalizzati od ammessi in strutture riabilitative durante il lasso di tempo compreso fra la dimissione ospedaliera e la prima prescrizione di trazodone od antipsicotico.

In discussione sono state avanzate alcune ipotesi interpretative dei risultati. Il rischio relativamente maggiore di ri-ospedalizzazioni da delirium può essere attribuito al carico anti-colinergico elevato di quetiapina ed olanzapina, che costituivano la ampia maggioranza di questo sottogruppo (86 %). Gli antipsicotici possono influire negativamente sull’apparato genito-urinario sia a livello centrale (mediante effetti serotoninergici e dopaminergici) che periferico (mediante effetti α 1-adrenergici ed anticolinergici).

Una opportuna considerazione è stata riportata nella sessione di analisi dei limiti del lavoro, là dove si sottolinea che il delirium è spesso sottodiagnosticato e sotto registrato nei dati amministrative, quindi lo studio potrebbe aver catturato principalmente casi di delirium grave o iperattivo. Questa limitazione dovrebbe essere considerata quando si interpreta la rilevanza di questi risultati per coloro che presentano delirium meno grave o ipoattivo.

PS) Gli stessi Autori di [2] – con sovrapposizione quasi totale – hanno comparato effetti avversi tra zopiclone e trazodone in strutture di ricovero per anziani nella provincia canadese dell’Ontario. A differenza delle campagne che invitavano a ridurre le prescrizioni in antipsicotici e benzodiazepine, a vantaggio del trazodone (passato dal 7,7 % al 21,3 % dal 2002 al 2013), non altrettanto successo è stato ottenuto con i farmaci sedativo – ipnotici non benzodiazepinici, tipo zopiclone e zolpidem. In generale, il ricorso alle contenzioni nelle residenze è del 32 % per le forme chimiche e del 33 % per quelle fisiche. Gli Autori canadesi hanno voluto perciò paragonare direttamente trazodone e zopiclone, in un contesto dove peraltro il termine ‘delirium’ non appariva. In più di 3.000 residenti di età media $85,7 \pm 7,4$ anni, 3/5 femmine, 4/5 con demenza, i due neurofarmaci sono risultati equivalenti quanto a danni da cadute, fratture osteoporotiche e mortalità da tutte le cause [4]

Nota statistica: L’aggiustamento per un gran numero di covariate accertate dai dati amministrativi sanitari dei pazienti può migliorare il controllo dei fattori confondenti, poiché queste variabili possono collettivamente rappresentare indirettamente fattori non osservati. Allo scopo, è stata adottata una correzione mediante il ‘punteggio di propensione ad alta dimensionalità’ [5]

[1] Yang, C. T., Wilkins, J. M., Pritchard, K. T., Chen, Q., Liu, X., Kim, D. H., & Lin, K. J. (2025). Safety outcomes of trazodone versus antipsychotics for delirium after hospital admission in adults aged 65 years and older: a nationwide cohort study using a target trial emulation framework. *The lancet. Healthy longevity*, 6(12), 100804. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100804>

[2] Watt, J. A., Gomes, T., Bronskill, S. E., Huang, A., Austin, P. C., Ho, J. M., & Straus, S. E. (2018). Comparative risk of harm associated with trazodone or atypical antipsychotic use in older adults with dementia: a retrospective cohort study. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(47), E1376–E1383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180551>

[3] Sison, S. D. M., Shi, S. M., Oh, G., Jeong, S., McCarthy, E. P., & Kim, D. H. (2024). Claims-Based Frailty Index and Its Relationship With Commonly Used Clinical Frailty Measures. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 79(7), glae094. <https://doi.org/10.1093/gerona/glae094>

[4] Watt, J. A., Bronskill, S. E., Lin, M., Youngson, E., Ho, J., Hemmelgarn, B., Straus, S. E., & Gruneir, A. (2023). Comparative Risk of Harm Associated with Zopiclone or Trazodone Use in Nursing Home Residents: a Retrospective Cohort Study in Alberta, Canada. *Canadian geriatrics journal: CGJ*, 26(1), 9–22. <https://doi.org/10.5770/cgj.26.622>

[5] Schneeweiss, S., Rassen, J. A., Glynn, R. J., Avorn, J., Mogun, H., & Brookhart, M. A. (2009). High-dimensional propensity score adjustment in studies of treatment effects using health care claims data. *Epidemiology* (Cambridge, Mass.), 20(4), 512–522. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181a663cc>

§ d'altronde, se san Mauro, per obbedienza – come vuole la tradizione ufficiosa –, riuscì a camminare sull'acqua – sia pure inconsapevolmente – posso bene festeggiare l'onomastico offrendo un nuovo contributo”.

-Ho chiesto alla cortesia di **Angelo Bianchetti** di aggiornarci su **LETE**, la forma di demenza di recente caratterizzazione.

“La LATE (acronimo di Limbic-predominant Age-related TDP-43 Encephalopathy) è una forma di demenza identificata relativamente di recente (la definizione ufficiale risale al 2019) che colpisce prevalentemente le persone molto anziane, in genere sopra gli 80 anni. L'interesse verso questa malattia è in aumento perchè fino al 2019 molti di questi casi venivano semplicemente classificati come "Alzheimer atipico" o "demenza senile generica". La scoperta della proteina TDP-43 come responsabile ha permesso di "isolare" questa particolare forma di demenza.

Sul piano clinico gli elementi essenziali sono

- Esordio Tardivo: si manifesta quasi esclusivamente nella fascia d'età più avanzata (80+).
- Sintomi Amnestici: Il sintomo principale è la perdita della memoria a breve termine. I pazienti hanno difficoltà a ricordare eventi recenti o nuove informazioni.
- Progressione più lenta: In genere, il declino cognitivo nella LATE è più graduale e lento rispetto all'Alzheimer a esordio precoce.
- Patogenesi: Mentre l'Alzheimer è causato dall'accumulo delle proteine beta-amiloide e tau, la LATE è causata dal deposito anomalo di una proteina chiamata TDP-43. La proteina TDP-43 si accumula inizialmente nel sistema limbico, per poi diffondersi ad altre aree.

La caratteristica distintiva della LATE è il suo legame strettissimo con l'età avanzata. La prevalenza cresce esponenzialmente dopo gli 80 anni:

- Sotto i 75 anni: È molto meno comune, il che la distingue nettamente dall'Alzheimer "classico", che può esordire anche più precocemente.
- Oltre gli 80 anni: Gli studi suggeriscono che oltre il 25% delle persone in questa fascia d'età presenti segni di patologia LATE nel cervello.
- Oltre gli 85-90 anni: In questa popolazione, la prevalenza sale drasticamente, interessando circa una persona su tre (33-40%).

Uno dei dati più significativi riguarda il fatto che la LATE raramente si presenta da sola. Spesso si associa alla neuropatologia tipica della malattia di Alzheimer:

- Circa il 50% delle persone con una diagnosi patologica di Alzheimer presenta anche alterazioni da LATE (proteina TDP-43).
- Quando entrambe le patologie sono presenti, il declino cognitivo è significativamente più rapido e grave rispetto a chi ha una sola delle due malattie.

- Le modificazioni neuropatologiche tipiche della LATE sono presenti in circa il 40% dei soggetti anziani analizzati (Nelson, P.T. et al, *Acta Neuropathol* 144, 27–44; 2022).
- Nelle donne, la prevalenza sembra essere leggermente superiore rispetto agli uomini nelle fasce d'età più avanzate (oltre i 90 anni).

Un recente lavoro di Wolk et al. (*Alzheimer's & Dementia*, 2025 Jan;21(1):e14202) stabilisce i primi criteri clinici per diagnosticare la LATE durante la vita del paziente, superando il limite della diagnosi "solo post-mortem".

I criteri sono strutturati per distinguere se la LATE è la causa principale del declino o se agisce in concomitanza con l'Alzheimer (AD).

1. Sindrome Clinica Centrale (Core Syndrome)

Per sospettare la LATE, il paziente deve presentare:

- **Profilo Amnestico Progressivo:** Perdita della memoria episodica (fatti recenti, appuntamenti) che peggiora nel tempo.
- **Esordio Tardivo:** Generalmente in individui di età pari o superiore a 75 anni.
- **Corso Indolente:** Una progressione dei sintomi che è solitamente più lenta rispetto all'Alzheimer tipico (se la LATE è isolata).
- **Risparmio relativo di altri domini:** Nelle fasi iniziali, le funzioni esecutive, il linguaggio e le capacità visuo-spaziali sono meno colpite rispetto alla memoria.

2. Livelli di Certezza Diagnostica

I nuovi criteri definiscono due categorie principali basate sull'uso dei biomarcatori:

LATE Probabile

Si diagnostica quando la LATE è considerata il driver primario dei sintomi. I requisiti includono:

1. Presenza della sindrome amnestica sopra descritta.
2. Biomarcatori dell'amiloide negativi (PET amiloide o liquor/sangue che escludono l'Alzheimer).
3. Evidenza radiologica di atrofia ippocampale severa (spesso sproporzionata rispetto al declino cognitivo globale).

LATE Possibile

Si diagnostica in due scenari:

- **Scenario A:** Il paziente ha la sindrome clinica, ma i biomarcatori (amiloide/tau) non sono disponibili.
- **Scenario B (Co-patologia):** Il paziente è positivo ai biomarcatori dell'Alzheimer, ma presenta caratteristiche che suggeriscono la presenza aggiuntiva di LATE, come:
 - Atrofia ippocampale molto più grave di quanto ci si aspetterebbe dal solo carico di proteina Tau.
 - Un declino della memoria particolarmente rapido (l'unione di AD e LATE accelera i sintomi).

3. Caratteristiche di Supporto (Supportive Features)

I criteri di Wolk et al. enfatizzano l'importanza del neuroimaging e di nuovi test:

- **MRI (Risonanza Magnetica):** Atrofia del lobo temporale mediale che progredisce in modo asimmetrico.
- **FDG-PET:** Ipometabolismo localizzato nel sistema limbico con risparmio relativo della corteccia parietale (tipicamente colpita nell'AD).
- **Sclerosi Ippocampale:** Segni radiologici di perdita cellulare specifica nell'ippocampo.

Criterio	LATE Probabile	LATE Possibile
Età	≥ 75 anni	≥ 75 anni
Sintomi	Amnesia isolata/predominante	Amnesia (anche in quadro multi-dominio)
Amiloide (PET/CSF)	Negativa	Positiva o Non disponibile
Neuroimaging	Atrofia ippocampale marcata	Atrofia sproporzionata alla Tau

Perché questi criteri cambiano tutto?

Prima di questa pubblicazione, un paziente di 85 anni con perdita di memoria e PET amiloide negativa era spesso un "enigma clinico". Oggi, grazie al lavoro di Wolk e colleghi, quel paziente può ricevere una diagnosi di LATE Probabile, permettendo ai medici di evitare trattamenti inutili (come i nuovi farmaci anti-amiloide) e di fornire una prognosi più accurata.

Ecco una proposta di sintesi strutturata per un aggiornamento professionale rivolto a una platea di medici, che integra le recenti evidenze del 2025 e il dibattito scientifico attuale.

LATE: La Nuova Frontiera della Diagnosi Differenziale nelle Demenze dell'Anziano

Per decenni abbiamo operato sotto il paradigma che la demenza amnestica nell'anziano fosse quasi esclusivamente sinonimo di Malattia di Alzheimer (AD). Tuttavia, l'evidenza neuropatologica e i recenti fallimenti clinici di alcune terapie anti-amiloide hanno imposto un cambio di rotta. La LATE (Limbic-predominant Age-related TDP-43 Encephalopathy) emerge oggi non come una variante, ma come una entità nosologica distinta, caratterizzata dall'accumulo della proteina TDP-43 anziché di amiloide e tau.

L'interesse riflette una realtà epidemiologica ineludibile: la LATE è la "demenza dei grandi anziani". Gli studi autoptici confermano che oltre il 25-35% dei soggetti sopra gli 85 anni presenta depositi di TDP-43. Ignorare questa patologia significa incorrere in frequenti errori diagnostici, specialmente in quella popolazione "ultra-old" dove la LATE è spesso la causa primaria di declino cognitivo o agisce come co-patologia aggravante l'AD.

La recente pubblicazione dei criteri clinici per la diagnosi in vivo (Wolk et al. *Alzheimer's & Dementia*, 2025) rappresenta una novità di rilievo. I punti cardine per il sospetto clinico includono:

1. Profilo Amnestico "Alzheimer-like": Una perdita progressiva della memoria episodica, ma con una progressione generalmente più lenta (indolente) e un relativo risparmio iniziale delle funzioni visuo-spaziali e del linguaggio.
2. L'età come marker: Il sospetto deve essere massimo nei pazienti over 75-80.
3. Il ruolo dei Biomarcatori: La diagnosi di LATE Probabile si pone oggi nel paziente amnestico che risulta negativo ai biomarcatori dell'amiloide (PET o liquor). Se il paziente è positivo all'amiloide ma presenta un'atrofia ippocampale sproporzionata, si parla di LATE Possibile (co-patologia).

4. Neuroimaging: La risonanza magnetica mostra un'atrofia marcata e spesso asimmetrica del sistema limbico e dell'ippocampo, che funge da "red flag" quando non correlata a un carico di Tau significativo.

Il riconoscimento della LATE ha un impatto diretto sulla gestione del paziente:

- Gestione delle aspettative: La LATE ha spesso una progressione più lenta, permettendo una pianificazione diversa dell'assistenza rispetto a un AD aggressivo.
- Appropriatezza prescrittiva: Evita il ricorso a farmaci anti-amiloide che risulterebbero inefficaci e potenzialmente dannosi in assenza di target proteico specifico.
- Ricerca: Sposta il focus sullo sviluppo di molecole capaci di modulare la proteina TDP-43, aprendo la strada a una medicina di precisione per la quarta età.

La LATE rappresenta il "pezzo mancante" nel puzzle della demenza senile, spinge i medici e i ricercatori a superare il monolitismo diagnostico dell'Alzheimer e integrare l'uso dei biomarcatori e dell'imaging avanzato per identificare correttamente questi pazienti, garantendo loro una prognosi accurata e un percorso terapeutico personalizzato.

-*Lancet* del 6 ottobre discute il tema della **crisi della forza lavoro sanitaria**.

L'Europa sta affrontando una crisi della forza lavoro sanitaria, come descritto nel nostro rapporto Time to Act.¹ Nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari, i Paesi faticano a trattenere personale sufficiente e a reclutare nuove risorse per rispondere ai crescenti bisogni della popolazione. L'aumento dell'abbandono della professione è il risultato dell'invecchiamento della forza lavoro, della migrazione internazionale e di condizioni di lavoro non sicure, nonché del loro impatto sulla salute mentale.

Sebbene l'impatto delle condizioni di lavoro non sicure sulla salute mentale e sul benessere sia ben noto,² esistono pochi dati sulle sfide specifiche affrontate da medici e infermieri europei. Per questo, nell'ottobre 2024, nell'ambito di un accordo di contributo con la Commissione europea, abbiamo condotto l'indagine Mental Health of Nurses and Doctors (MeND) per esplorare la salute mentale, il benessere e le condizioni di lavoro di medici e infermieri in 29 Paesi (Unione europea, Islanda e Norvegia); su 122.048 risposte ricevute, 90.171 sono risultate valide. Si tratta del più ampio studio di questo tipo, con oltre dieci volte il numero di risposte rispetto all'ultima indagine, svolta durante la pandemia di COVID-19.³

I risultati sono preoccupanti: i disturbi di salute mentale sono altamente prevalenti sia tra i medici sia tra gli infermieri, con il 28–32% che riferisce sintomi depressivi compatibili con un disturbo depressivo maggiore e il 24% che riporta sintomi compatibili con un disturbo d'ansia. Circa il 13% – più di una persona su dieci – riferisce pensieri suicidari passivi (cioè il pensiero che sarebbe meglio essere morti o di farsi del male).

Per quanto riguarda le condizioni di lavoro, oltre la metà dei rispondenti ha dichiarato di aver subito qualche forma di violenza, dalla gestione della rabbia di pazienti o familiari (71%) al bullismo (32%), alle minacce violente (35%), alla violenza fisica (15%) e alle molestie sessuali (12%). Questi tassi sono costantemente elevati in tutti i Paesi. L'esposizione alla violenza ha avuto un impatto chiaramente negativo sulla salute mentale: il 48% di coloro che hanno subito bullismo presentava sintomi depressivi, rispetto al 22% di chi non ne era stato esposto.

Anche i lunghi orari di lavoro e i turni incidono pesantemente: la salute mentale peggiora all'aumentare delle ore lavorate (il 25% di chi lavora 31–40 ore a settimana riporta depressione, contro il 40% di chi lavora 70 ore). Tra coloro che svolgono turni notturni più di una volta alla settimana, il 40% riferisce depressione.

Queste criticità stanno già avendo effetti sui sistemi sanitari: oltre il 40% dei medici e degli infermieri con sintomi depressivi ha riferito almeno un periodo di malattia nell'ultimo anno (contro il 15% di chi non presenta tali sintomi) e il 34% dichiara l'intenzione di lasciare il proprio lavoro (contro il

17%). Nel tempo, ciò potrebbe tradursi in meno operatori, tempi di attesa più lunghi, carichi di lavoro maggiori e personale ancora più stressato: una spirale che rischia di mettere ulteriormente sotto pressione i sistemi sanitari europei e che richiede un'azione immediata.

Come raccomandato dal rapporto dell'indagine, i Paesi possono intervenire nei seguenti modi:

- Tolleranza zero verso la violenza, integrando e comunicando in ogni luogo di lavoro in Europa i sistemi di supporto. Gli operatori sanitari devono poter lavorare in sicurezza.
- Ripensare modalità di lavoro e carichi, scoraggiando culture in cui gli straordinari sono imposti senza controllo da parte del personale e senza un'equa retribuzione.⁴
- Ruolo centrale dei manager nel cambiare queste culture e nel proteggere il personale. Per garantire responsabilità, la salute mentale e il benessere del personale dovrebbero diventare indicatori chiave di performance delle organizzazioni.
- I dirigenti possono inoltre contribuire a ridurre lo stigma e a creare ambienti in cui il personale si senta libero di chiedere aiuto: l'accesso al supporto per la salute mentale deve essere un diritto garantito.

I progressi su queste azioni dovrebbero essere monitorati regolarmente per mantenere alta la motivazione e individuare nuovi bisogni. Una raccolta sistematica dei dati attraverso MeND sarà uno strumento prezioso a questo scopo. Risolvere la crisi della forza lavoro in Europa richiede un approccio complessivo alla fidelizzazione e al reclutamento, come delineato nei sei pilastri del Framework for Action on the Health and Care Workforce^{5,6}, insieme a un impegno coordinato per ripensare il sostegno alla salute mentale dentro e fuori i luoghi di lavoro, come indicato nel European Framework for Action on Mental Health 2021–2025.⁷

L'indagine MeND chiarisce che proteggere la salute mentale della forza lavoro sanitaria europea non è solo un imperativo morale, ma un investimento in sistemi sanitari resilienti, affidabili e di alta qualità. Questo è un momento cruciale per trasformare i luoghi di lavoro in ambienti in cui gli operatori si sentano al sicuro, valorizzati e sostenuti: condizioni che favoriscono la realizzazione professionale e una migliore assistenza.

Proteggere chi si prende cura di noi è la strada più sicura per proteggere la salute di tutti”.

1. World Health Organization Regional Office for Europe. Health and care workforce in Europe: time to act. World Health Organization Regional Office for Europe; 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/362379>[Google Scholar]
2. WHO guidelines on mental health at work. 1st ed. World Health Organization; Geneva: 2022. [PubMed] [Google Scholar]
3. Pan American Health Organization. Pan American Health Organization; Washington, DC: 2022. The COVID-19 Health care workers Study (HEROES): regional report from the Americas.https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55972/PAHONMHMHCVID19220001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y[Google Scholar]
4. Aust B., Leduc C., Cresswell-Smith J., et al. The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2024;97:485–522. doi: 10.1007/s00420-024-02065-z. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Seventy-third regional committee for Europe: Astana, 24–26 October 2023: framework for action on the health and care workforce in the WHO European region 2023–2030. 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/372563>
6. Azzopardi-Muscat N., Zapata T., Kluge H. Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;35 doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100765. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European framework for action on mental health 2021–2025. World Health Organization Regional Office for Europe; 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/352549>[Google Scholar].

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Riporto le indicazioni ricevute con la consueta precisione dalla dottoressa Margherita Camporese sulle **prossime attività di AIP**.

Dal 19 al 21 febbraio 2026 si terrà a Torino la 8° edizione del **Congresso Nazionale AIP Giovani**. Il programma è consultabile al link <https://www.psicogeriatra.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>. Per le iscrizioni scrivere alla segreteria organizzativa: segreteria@pelagusofficia.it

Il 27 febbraio 2026 si terrà a Genova il **Convegno Regionale di AIP Liguria** dal titolo "Non chiederci la parola". Programma in allegato ed iscrizioni al link <https://aristea.online/events/aip Liguria>

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/>

Ricordiamo che è aperta la **CAMPAGNA ISCRIZIONI AIP 2026**. In allegato le istruzioni per iscriversi ad AIP o rinnovare la propria quota.

-Allego il programma dell'incontro di presentazione del volume: **"Le RSA strutture indispensabili per il benessere della comunità"**, che si terrà a Brescia il 21 gennaio.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra



Newsletter AIP - 9 gennaio 2026

n. 01/2026

“Non abbiate paura”

È l'invito che ho ricevuto qualche giorno fa da un vecchio professore, al quale esprimevo la preoccupazione per il futuro della nostra professione e dell'impegno a favore delle persone anziane fragili. Trasmetto il messaggio ai nostri lettori: viviamo in tempo di crisi, ma cerchiamo il più possibile di esercitare il coraggio. La paura impedisce la cura!

Grazie alle colleghe e ai colleghi che in questi giorni di fine anno ci hanno protetti con il loro lavoro negli ospedali, mentre noi eravamo impegnati nelle feste di fine anno. Un esempio che mi ha personalmente coinvolto: mia nipote, chirurgo plastico, è stata di guardia a Niguarda nella notte di Capodanno, quando il bisogno di cure per le ustioni e le ferite è molto grande. Poi, senza aver nemmeno avuto il tempo per riposarsi dopo la guardia, è stata inviata da Bertolaso con una collega, due infermieri e una psicologa all'ospedale di Losanna e Berna per parlare con i parenti e per organizzare, qualora fosse clinicamente possibile, il trasporto in Italia dei ragazzi feriti. Grazie a lei e a tutti i medici, infermieri, operatori socio-sanitari, psicologi, operatori delle sale chirurgiche che hanno lavorato in questi giorni, spesso con grandi sacrifici.

A loro associo colleghe e colleghi impegnati nelle RSA. Per molti la soddisfazione di un lavoro fatto bene e la coscienza di svolgere un servizio indispensabile, anche se talvolta dimenticato, ha cancellato la fatica e la tristezza per la lontananza dalle famiglie durante le feste. A loro la gratitudine dei cittadini, che hanno affidato i propri cari a mani sicure e caritatevoli; a loro la nostra riconoscenza perché tengono alta la dignità e la nobiltà delle professioni di cura.

Infine: “No health without peace”. L'editoriale di Lancet del 3 gennaio, chiamatomi anche dalla collega Lia Lunardelli. Si conclude così: “Peace is not adjacent to health. It is fundamental”.

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Sono passati 40 anni dalla realizzazione della ricerca **“La condizione dei 70-75enni del centro storico di Brescia”**. Sir Martin Roth, il grande studioso, che fu antesignano degli studi epidemiologici dell’anziano, scrisse nell’introduzione alla ricerca: “In occasione della mia recente lezione a Brescia ho potuto studiare i dati dell’indagine condotta da Angelo Bianchetti e dai suoi collaboratori sui 70-75enni del centro storico di Brescia. Sono rimasto sorpreso dall’accuratezza dell’analisi e soprattutto dall’omogeneità dei risultati, pur nell’indubbia specificità, rispetto alle grandi indagini epidemiologiche di Göteborg e di Londra. La vita dell’uomo non subisce necessariamente l’insulto del tempo, purché la persona scelga di restare attaccata al destino segnato dalla natura e non si faccia cogliere dalla volontà di rinuncia e dallo scoramento. La convivenza civile ha grandi responsabilità: deve garantire a chi invecchia le condizioni ottimali perché il piano della natura possa svilupparsi nel modo più armonico. Su questa linea le rilevazioni serie hanno grande significato per predisporre interventi razionali e mirati”. Come si può capire da questo testo, la geriatria italiana è non da adesso antesignana di studi e ricerche cliniche, epidemiologiche e biologiche all’avanguardia nel mondo. Cerchiamo di onorare questa nobile storia!

-Il **nuovo presidente della Regione Veneto** inizia il suo incarico con il piede giusto (alcuni ricorderanno che il giorno stesso della sua elezione si era recato in visita ad una casa di riposo). Ha deciso di predisporre una delibera di giunta per **portare negli edifici popolari un assistente che aiuti i residenti anziani**. La Regione garantirebbe loro l’alloggio e verrebbero pagati da 7-8 famiglie, che hanno esigenze di supporto solo in particolari condizioni; per loro la certezza di un punto di riferimento è fattore di tranquillità. Con curiosità seguiremo la stesura del testo della delibera.

-Il *New York Times* del 3 gennaio pubblica un articolo nel quale riporta la notizia che **Trump** assume ogni giorno una dose elevata di aspirina, nonostante le indicazioni dei medici. Una dimostrazione della protervia del presidente, che di fatto **con il suo comportamento nega il valore della scienza in ambito medico**. Lo stesso comportamento che ispira le decisioni del ministro della salute Kenned. Si ha l’impressione di un mondo in mano a personaggi privi di etica, senza nessuna regola logica, sia sul piano scientifico che umano... Di fronte a questi atteggiamenti possiamo solo pensare al messaggio che apre questa newsletter: “Non abbiate paura”.

-Lo stesso giorno il *NYT* pubblica una **testimonianza molto incisiva di una figlia di fronte alla malattia della mamma**. “Mia mamma spesso mi chiedeva: ‘Siamo su una barca?’ ‘No, mamma, siamo in un luogo asciutto’. Con il passare del tempo, la malattia ha approfondito una distanza tra noi; la mamma viveva in un altro mondo. Fu solo più tardi che capii che mia mamma stava descrivendo una deriva che lei percepiva, ma che non era in grado di articolare. La ricerca ha dimostrato che le persone affette da demenza spesso utilizzano metafore per comunicare esperienze nel loro disperato tentativo di rimanere collegati. Possono sostituire una parola convenzionale con parole inattese o inventare parole e frasi... c’è qualche cosa di magico nel loro comportamento”. Ritengo sia da sottolineare il fatto che il più importante quotidiano del

mondo dedica attenzione alle persone affette da demenze, e al nostro impegno per un'interpretazione umana e rispettosa dei loro comportamenti.

-Riporto la [recensione](#) del mio libro **“Invecchiare non fa paura”** (San Paolo) predisposta dalla [dottorssa Federica Falzone](#).



“La copertina arancione del nuovo testo di Marco Trabucchi ha accompagnato i miei ultimi giorni del 2025 e al di là del titolo ‘Invecchiare non fa paura’, che rimanda a una specifica fase di vita, in questo libro ci sono riflessioni per gli uomini e le donne di tutte le età, persone e cittadini. Questo nuovo testo è un dialogo con il lettore, tra le righe c’è il medico, il Professore, l’uomo con esperienza e anima.

La Gentilezza apre le porte e ci accompagna in questo percorso di presa di coscienza dello stato attuale e con gentilezza seguiamo il percorso delineato dalle parole di conoscenza e vita dell’autore.

Le varie considerazioni e riflessioni si sviluppano intorno al concetto di salute come ‘vicenda complessa che vede in campo molti fattori tra loro interagenti’ ma soprattutto sottolineano l’importanza di contribuire alle condizioni che permettano all’anziano di definire e occupare un ruolo nella collettività.

In questa trattazione, viene dato ampio margine ai luoghi, le luci illuminano le città come spazi di vita e possibilità.

‘Oggi, nonostante affermazioni retoriche, le città non sono amiche degli anziani. I grandi cambiamenti urbanistici non ne hanno tenuto in considerazione i bisogni’.

‘Gli anziani devono poter vivere in un ambiente accogliente, sicuro, dove trovare servizi adeguati ed accessibili. Non è sempre così: allora bisogna intervenire non con la presunzione di cambiamenti rapidi e incisivi, ma con la continua proposizione di momenti che mettano al centro l’amicizia, la convivialità, il rapporto sereno, la sicurezza, l’accompagnamento nelle difficoltà. Puntare sulla cortesia e sul vicinato può trasformare la città da luogo alienante, anonimo, confuso, pericoloso in uno dove sia a poco a poco recuperabile la dignità della persona attraverso la ricchezza di rapporti cortesi e gentili’.

Il Professore crede e invita a un'operatività concreta che parte da piccoli gesti, piccole realtà, non in strutturati e ambiziosi progetti distanti dal reale afflato di una quotidianità, dai bisogni dell'individuo 'vero'.

La partecipazione attiva va stimolata e incoraggiata perchè può divenire, come evidenziano le parole di Leo Nahon riportate in queste ricche pagine, 'antidoto al decadimento. Il noi partecipa, l'io si chiude e si ammala'.

Ne consegue che la relazione è fulcro centrale di benessere, l'intersoggettività permette di valorizzare la soggettività. I legami vanno ricostruiti per dare senso alla vita.

'Una vita caratterizzata da legami forti permette di vivere più a lungo. L'amore vince sulla malattia, sul dolore, il significato dato alla propria vita è più forte del dato biologico. [...] Vivere bene, con gli altri e per gli altri, induce a vivere più a lungo in salute'.

Come sopra anticipato, questi snodi tematici possono essere generalizzati e applicati ad ogni persona per la sua personale esistenza, per il suo movimento di tassello tra i tasselli da cittadino impegnato.

Nel libro si alternano liste di buoni consigli e buone pratiche, indicazioni per la prevenzione e la promozione ufficialmente riconosciute dalla comunità scientifica e considerazioni consapevoli delle consuete modalità della società di percepire l'anziano e dell'anziano di percepire se stesso, di valutare e maneggiare la sua storia.

'Per invecchiare bene è doveroso evitare qualsiasi nostalgia del passato, sentimento che nell'anziano si riduce al ricordo di situazioni irripetibili, spesso non così serene come vengono sognate. Anche a livello sociale non è razionale ritornare ai bei tempi [...]. È importante allontanare questi falsi pensieri, per evitare che inquinino la volontà di costruire per sé un futuro migliore'.

In questo dialogo tra scienza, coscienza, anima gentile che si cimenta a essere parte del mondo, in alcuni passaggi possiamo sentire la voce empatica dell'autore consapevole dei rispecchiamenti che possono emergere.

'Posso immaginare un certo sgomento del lettore che ci ha seguito in questa descrizione [...]. Sono pagine difficili, il cui scopo non è quello di creare angoscia, ma di formare una coscienza per affrontare con intelligenza il tempo che passa e costruire un futuro possibile'.

Il Professore ci riporta allo sguardo umano e alla letteratura scientifica su cui porre attenzione per essere sempre più ancorati alla interconnessione di ambiente, storia di vita, fragilità, società come spazio di benessere realizzabile, rete di relazioni.

'Il cervello è un organo delicatissimo, sensibile agli eventi che lo colpiscono, da quelli psicologici, alle condizioni di vita e dell'ambiente, alle relazioni. Va quindi preservato con cura, per evitare i danni che il tempo potrebbe arrecare'.

Relazione, unicità della storia di vita, ottimismo, gentilezza, curiosità: temi cari agli scritti del Professore, sempre 'nella sua borsa' durante conferenze e corsi di formazione; tornano non per mero attaccamento ai nuclei descritti ma per universalità di principi applicabili nei contesti e nei setting di cura così come nella quotidiana esistenza.

Il Professore dedica righe alla connessione intergenerazionale che reputo fondamentale in una società 'sana' e all'importanza di un tempo che non corre avanti o che rimane incastrato tra il passato e i ricordi.

Citando Ferrarotti aggiunge e dà vigore al suo pensiero 'la vecchiaia mi ha tratto in salvo, mi ha insegnato a muovermi stando fermo; non solo a vedere, ma vedere e, allo stesso tempo, guardare, osservare, scrutare, interpretare, comprendere, contemplare. Non per afferrare, secondo i dettami di una cultura predatoria, ma per comprendere e amare'.

Mentre leggo 'Invecchiare non fa paura' un libro si collega, un libro proposto da una persona che sta elaborando i suoi vissuti con me nello spazio psicologico di cinquanta minuti. Camminiamo insieme nella sua narrazione e lo facciamo su 'vascelli di carta', attraverso i libri come avviene con la biblioterapia. Questo testo è stato proposto da chi mi stava di fronte, è una pubblicazione di Mario Calabrese e fili di seta collegano i due autori.

Mario Calabresi si sofferma sul concetto di tempo e sui percorsi personali, descrivendo esempi virtuosi e semplici, biografie degne di essere ascoltate per lo straordinario ordinario.

Mario Calabresi mette in relazione l'ansia della velocità e delle aspettative dei giovani e la saggezza del tempo di chi ha vissuto molto dentro scelte, tagli buoni, essenziale che resta, relazioni coltivate e mantenute. Riaffiorano così le parole del Professor Trabucchi che ci invita a ripensare all'incontro tra generazioni come vantaggioso, possibile, sano, costruttivo.

Descrivendo l'incontro con Fabio Clauser, che ha centocinque anni di vita - la maggior parte condivisi con la moglie Vian- e ha istituito la riserva naturale integrale a tutela del bosco di Sasso Fratino, rimane colpito e pieno di stupore per la dignità che emerge dalla cura degli abiti, per la scelta di scrivere al computer, di fotografare la quercia dalla finestra che muta al mutare delle stagioni, per la gentilezza dell'accoglienza, la storia che desidera trasmettere senza vanto ma per connessione e intreccio di vite.

Gli chiedo di cosa sia più orgoglioso 'di avere protetto l'antichità di quei boschi, di avere salvato cose che sono irripetibili, il tempo è la cosa più preziosa che li caratterizza'.

Sento di ringraziare il Professor Trabucchi che con questo libro ha descritto lo stato dell'arte ma soprattutto ha acceso lampioni sulla strada di ciascun lettore per immaginare piccoli passi, progetti possibili così da rendere i luoghi e gli scambi terreni fertili per far emergere le unicità. Grazie Professore per aver ricordato in queste pagine l'importanza dell'interconnessione relazionale tra persone e cittadini, per aver posto enfasi alla sicurezza e il benessere che può nascere e restare vivido".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo con la sua grande generosità e intelligenza ha deciso di continuare la preziosa collaborazione alla newsletter anche nel 2026. Lo ringrazio moltissimo, perché i suoi pezzi sono la struttura centrale della nostro intervento settimanale.

"Proseguono le indagini sugli **effetti biologici e clinici degli anticorpi monoclonali rivolti verso la β amiloide**; mentre comincio a trovare in letteratura chiarimenti sugli effetti a distanza di 3 anni o più dall'inizio della somministrazione, *JAMA Neurology* ad ottobre 2025 ha pubblicato un articolo sul donanemab [1], i cui autori appartengono tutti alla ditta produttrice (la statunitense Eli Lilly and Company, Indianapolis, Indiana), salvo uno (David S. Knopman) che è affiliato Mayo Clinic (Rochester, Minnesota), ed è l'autore dell'editoriale pubblicato in rete il 17 dicembre 2025 da *JAMA* sullo studio 'VALAD', oggetto dello 'angolo' contenuto nella newsletter del 30 dicembre 2025 #.

La premessa da cui parte [1] consiste nella incoerenza dei risultati osservati quando sono stati correlati direttamente i cambiamenti amiloidi post-trattamento con le valutazioni cliniche e dei biomarcatori. Perciò, [1] intende valutare la correlazione dei livelli di amiloide post-trattamento con donanemab con gli esiti clinici e i biomarcatori nella demenza e nella malattia di Alzheimer (AD).

È stata quindi condotta una analisi esplorativa a posteriori sui dati della ricerca randomizzata e controllata con placebo 'TRAILBLAZER-ALZ 2', condotta fra giugno 2020 ed aprile 2023 in 277 centri universitari / ospedalieri situati in 8 paesi. Sono stati presi in considerazione 8240

partecipanti di età compresa tra 60 e 85 anni con AD sintomatica iniziale con patologia amiloide e tau sulla base di immagini di tomografia a emissione di positroni (PET). Di costoro, 6504 partecipanti sono stati esclusi principalmente a causa di una patologia amiloide o tau inadeguata. Alla fine, la analisi dei dati è stata eseguita su 1582 persone di età media $72,9 \pm 6,2$ anni, 56,9% femmine: 816 allocate nel gruppo placebo, e 766 nel gruppo donanemab (700 mg per le prime 3 dosi e 1400 mg in seguito, per via endovenosa, ogni 4 settimane fino a 72 settimane), con risultati valutati fino a 76 settimane. Dalla tabella, risulta che i valori basali erano $104,3 / 146 (\pm 13,9)$ per la 'integrated Alzheimer's Disease Rating Scale (iADRS)' [2] e $3,9 / 18 \pm 2$ per la Clinical Dementia Rating–Sum of Boxes (CDR-SB), quest'ultima corrispondente ad uno stadio di 'demenza molto lieve' [3]. La 'integrated Alzheimer's Disease Rating Scale (iADRS)' combina i punteggi di 2 misure ampiamente accettate, rispettivamente per i piani cognitivo e funzionale: la Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale [(ADAS-Cog): ambito 0 – 90] e l'Alzheimer's Disease Cooperative Study – instrumental Activities of Daily Living [(ADCS-iADL): ambito 0 -56]; i punteggi di iADRS possono variare da 0 a 146, dove valori più bassi indicano prestazioni peggiori. Quali biomarcatori plasmatici sono stati presi in considerazione la tau 217 fosforilata (p-tau217), la p-tau181, la proteina acida fibrillare gliale (GFAP) ed i neurofilamenti a catena leggera (NfL). I partecipanti sono stati classificati in 10 gruppi (decili) in base ai valori di PET amiloide più bassi osservati dopo il trattamento. In discussione, verrà sottolineato come tale procedura abbia massimizzato la dimensione del campione includendo tutti i partecipanti randomizzati, anche quelli che non hanno completato l'intero studio di 76 settimane. Gli esiti clinici e biologici sono stati misurati allo scadere della 76° settimana (vedi nota statistico-metodologica in calce).

Come chiaramente illustrato in 6 grafici, in questi partecipanti con AD sintomatico precoce, un carico amiloide inferiore a seguito del trattamento è stato correlato ad un declino cognitivo e funzionale più lento. Similmente, un carico amiloide inferiore a seguito del trattamento è stato correlato a diminuzioni più spiccate nei biomarcatori. Per tutte le correlazioni, l'indice 'R²' – che misura la quota di variazione dovuta alla correlazione – è molto elevato: si va da un minimo di 0,73 (per iADRS) ad un massimo di 0,88 (per p-tau181), passando per 0,87 (sia per CDR-SB che per GFAP); fa eccezione la correlazione con NfL, che non è risultata statisticamente significativa. I risultati sono stati sostanzialmente confermati anche suddividendo i partecipanti per decili, come sopra indicato. Non ho trovato traccia – neppure nei supplementi all'articolo - di correlazioni tra gli indicatori cognitivi e funzionali coi biomarcatori (ndr).

In discussione è stato sottolineato come l'approccio della suddivisione dei partecipanti per decili di valore amiloide PET ottenuto grazie al trattamento abbia consentito una valutazione più granulare dei risultati clinici nell'ambito dello spettro di riduzione dell'amiloide, mitigando al contempo gli effetti confondenti della variabilità della valutazione clinica. A tale maggiore raffinatezza della analisi ha contribuito anche il confronto con soggetti assegnati al placebo, che ha consentito di espandere l'ambito di valori di PET amiloide ottenuti a fine trattamento, visto anche che a quella scadenza la maggior parte dei partecipanti trattati con donanemab ha raggiunto livelli minimi di amiloide.

Il livello post-trattamento più basso riflette l'effetto massimo del trattamento, poiché i livelli di amiloide tendevano a stabilizzarsi una volta raggiunti i livelli di eliminazione, con un rimbalzo minimo nel resto dello studio. Poiché la stessa entità di riduzione dell'amiloide può verificarsi in partecipanti con diversi livelli basali di amiloide, analizzare i livelli di amiloide post-trattamento, piuttosto che le variazioni rispetto al basale, è stato giudicato come un approccio più appropriato. Il declino nei livelli dei biomarcatori tendeva a stabilizzarsi nei decili più bassi di

PET amiloide ottenuti a fine trattamento. Questa osservazione potrebbe suggerire che, oltre alla patologia amiloide, anche altri processi patologici, come la tau, abbiano contribuito ai livelli di questi biomarcatori §.

Gli elevati valori R2 rilevati nelle correlazioni sono stati attribuiti come il risultato di questo approccio analitico raffinato, così da rendere improbabile che siano gonfiati artificialmente. Nonostante i benefici riportati a livello di studio, a livello individuale, la traiettoria clinica – come palesemente illustrato nei ‘grafici a spaghetti’ contenuti nel supplemento sui risultati – variava sensibilmente sia tra soggetti che per il singolo partecipante nel tempo, probabilmente a causa di queste ulteriori influenze patologiche §.

Nota statistica-metodologica [anche all’Epifania! sic...]: è stato impiegato un modello statistico misto per variabili ripetute, che ha compreso tra le covariate l’età e la eventuale assunzione di farmaci inibitori dell’acetilcolinesterasi o di memantina. Il valore medio stimato delle modificazioni negli esiti clinici e biologici è stato poi sottoposto ad una correlazione semplice con il livello amiloide PET minimo conseguito dopo il ciclo con donanemab.

dove il prof. Trabucchi si è superato: non solo, per necessità editoriali legati al calendario delle vacanze, ha costruito un anno di 53 settimane, ma ha anche stilato ‘una sorta di decalogo le caratteristiche del nostro impegno in AIP per il 2026’ composto di 12 (anziché 10) punti, a parte il richiamo alla gentilezza, che vale sempre e per tutti, o almeno così dovrebbe essere...”

[1] Lu, M., Kim, M. J., Collins, E. C., Shcherbinin, S., Ellinwood, A. K., Yokoi, Y., Brooks, D. A., Hansson, O., Knopman, D. S., Sims, J. R., & Mintun, M. A. (2025). Posttreatment Amyloid Levels and Clinical Outcomes Following Donanemab for Early Symptomatic Alzheimer Disease: A Secondary Analysis of the TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 82(12), 1251–1256. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.3869>

[2] Wessels, A. M., Siemers, E. R., Yu, P., Andersen, S. W., Holdridge, K. C., Sims, J. R., Sundell, K., Stern, Y., Rentz, D. M., Dubois, B., Jones, R. W., Cummings, J., & Aisen, P. S. (2015). A Combined Measure of Cognition and Function for Clinical Trials: The Integrated Alzheimer's Disease Rating Scale (iADRS). *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 2(4), 227–241. <https://doi.org/10.14283/jpad.2015.82>

[3] O'Bryant, S. E., Waring, S. C., Cullum, C. M., Hall, J., Lacritz, L., Massman, P. J., Lupo, P. J., Reisch, J. S., Doody, R., & Texas Alzheimer's Research Consortium (2008). Staging dementia using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes scores: a Texas Alzheimer's research consortium study. *Archives of neurology*, 65(8), 1091–1095. <https://doi.org/10.1001/archneur.65.8.1091>

Un caro augurio per il 2026,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Con l'anno nuovo mi permetto di chiedere un supporto per la predisposizione della newsletter. Grazie a chi comprende le nostre esigenze. Modalità di versamento: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.