

## Newsletter AIP – 29 maggio 2026

n. 21/2026

*Lunedì 25 maggio è stata pubblicata l'enciclica di Papa Leone XIV Magnifica Humanitas. Personalmente non ho la competenza per un'adeguata presentazione del testo. Nel prossimo numero spero di poter presentare commenti all'altezza della problematica discussa dall'enciclica, che inizia con queste frasi: "La magnifica umanità creata da Dio si trova oggi di fronte ad una scelta decisiva: innalzare una nuova torre di Babele o edificare la città dove Dio e l'umanità abitano insieme. Ogni generazione riceve in eredità il compito di dare forma al proprio tempo: di far maturare la storia come luogo in cui la dignità di ogni persona sia custodita, la giustizia promossa e la fraternità resa possibile. Ma su ogni epoca incombe il rischio di costruire un mondo disumano e più ingiusto".*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Il sogno dell'America di Bob Kennedy nel libro di Postiglione
- “La cura” di Concita De Gregorio
- Linee guida per un ospedale “dementia friendly”
- Una buona notizia: nuovi geriatri per il Veneto
- I sacrifici del caregiving
- Festival dell'Economia di Trento e l'attenzione agli anziani
- Fabio Cembrani e i nuovi provvedimenti governativi sull'autosufficienza

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

- Il “dono settimanale” che Mauro Colombo fa ai nostri lettori. Sono sinceramente ammirato, oltre che ovviamente molto grato, per i contributi sempre precisi e documentati di Mauro al nostro lavoro, con un impegno settimanale gravoso e preciso. Grazie, Mauro!
- Luca Rozzini e la guida dell'automobile

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

- AIP summer school

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Prendo **dal bel libro recente di Venanzio Postiglione** (Le dieci parole tradite, Solferino) **la frase di Robert Kennedy** pronunciata per commemorare Martin Luther King. “Ciò di cui abbiamo bisogno negli Stati Uniti non è odio, non è violenza e rifiuto della legge, ma è amore, saggezza e compassione gli uni verso gli altri”. Ritengo che fare confronti con l'attualità sarebbe facile e disperante, però è doveroso ricordare che il Paese che molti di noi hanno tanto amato e dove si sono formati non è

quello di oggi. Postiglione commenta: “Bob continua ad usare quel termine, *compassion*, lo stesso del buon Samaritano, nei suoi ultimi discorsi. Vuol dire soffrire assieme, sentire assieme, con la radice *pathos* che accumuna tutti gli esseri viventi”. Con tantissima nostalgia!

-“La cura” di **Concita De Gregorio** (Einaudi) **si inserisce nell’attuale filone letterario che esprime attenzione ai vissuti di malattia e agli interventi di cura**. Riporto dalla copertina: “Alla fine di una lunghissima disciplina di terapia e rigore qualche cosa devo aver capito meglio. Forse, azzardo: siccome il dolore arriva da solo e comunque arriva sempre, non ne serve altro. Al contrario. Serve bellezza, per affrontare tutto questo dolore. Servono leggerezza, un poco di allegria. Il carburante per viaggiare nel buio”. Nei ringraziamenti in fondo al libro, l’autrice si rivolge ad “Angelina, mia adorata Jolie. La frittata di carote è terribile, hai ragione. L’abbiamo mangiata ridendo, perché eravamo assieme. L’amore è cura”. Le parole insieme, amore, compassione (vedi Bob) sono quelle che devono risuonare nel dolore, per lenirlo.

-**Alzheimer Italia** ha steso, attraverso la consulenza di egregi colleghi di grande cultura ed esperienza, un documento sul ruolo degli ospedali nelle comunità dementia friendly. È una tappa che ancora mancava nella costruzione di **documenti operativi che permettano alle comunità di diventare “amiche della demenza” nelle varie espressioni delle realtà dove vivono i nostri concittadini ammalati e le loro famiglie**. Gli ospedali sono luoghi dove la sofferenza si concentra; il documento di Alzheimer Italia spero possa diventare un manifesto operativo in tutte le realtà; contribuirà certamente a diminuire il rischio aggiuntivo di dolore in chi ha una funzione cognitiva compromessa. Un documento che mi impegno personalmente a diffondere in AIP.

**Di seguito riporto la presentazione del progetto scritta da Mario Possenti**, direttore generale di Alzheimer Italia. Desidero ringraziarlo per un progetto del quale sentivamo la necessità nello scenario delle cure più adeguate da fornire alle persone affette da demenza.

“Chi lavora nei reparti queste storie le conosce dall'interno. Io le sento raccontare dalle famiglie, e si somigliano tutte: una persona con demenza entra in ospedale per una frattura o una polmonite, e ne esce peggiorata in un modo che con la ragione del ricovero non c'entra. Delirium, cadute, un declino che accelera. A volte una contenzione che, a guardarla bene, non era servita a niente. Non è sfortuna. È quello che succede quando un'organizzazione costruita attorno al paziente che ricorda, capisce e collabora si trova davanti qualcuno che non risponde a quel profilo. E non è una scoperta: la letteratura su questo è solida e tutt'altro che recente. Quello che colpisce è semmai che gli ospedali italiani, nella gran parte dei casi, siano rimasti gli stessi. La formazione sulla fragilità cognitiva è ancora affidata alla sensibilità del singolo operatore. Gli strumenti condivisi sono pochi. E il sistema, nel modo in cui conta i ricoveri e li finanzia, si comporta come se questi pazienti non portassero con sé una complessità in più.

Da questo, parte il progetto Dementia Friendly Hospital di Federazione Alzheimer Italia, e da questo nascono le Linee di indirizzo che pubblichiamo questa settimana. Le ha scritte un gruppo di lavoro che ha messo insieme geriatri e neurologi attivi in diverse realtà ospedaliere italiane, insieme a Mauro Colombo e Antonio Guaita della Fondazione Golgi Cenci. Noi c'eravamo come rappresentanti delle famiglie, e lo dico perché conta: il punto di vista di chi assiste, in queste pagine, ha pesato. L'idea di fondo è semplice, e volutamente non specialistica. Un ospedale dementia friendly non è un reparto dedicato. È una struttura che riconosce la fragilità cognitiva nel momento in cui il paziente arriva, e che da lì in poi adatta gli spazi, i tempi, il modo di entrare in relazione con lui. Le Linee di indirizzo lo traducono in un percorso operativo in otto tappe, con indicatori di monitoraggio e strumenti costruiti insieme a operatori e caregiver. Ma non sono un punto d'arrivo. Le pensiamo come un modello vivo, da mettere alla prova e correggere mentre lo si applica. Alcuni ospedali stanno già lavorando in questa direzione, e nelle prossime settimane apriremo un tavolo

multiprofessionale con un grande ospedale del Nord Italia, proprio per curare il passaggio più difficile: tradurre le indicazioni in azioni concrete, reparto per reparto.

Che tutto questo prenda piede in un grande policlinico o in un ospedale di provincia non dipende dalle dimensioni. Dipende dalla disponibilità di chi ci lavora a credere nel progetto e a mettere in conto un cambiamento vero. È la parte che un documento non può garantire.

E nemmeno un'associazione, da sola, può garantirla. Perché un modello così smetta di essere la virtù di qualche reparto e diventi pratica ordinaria servono scelte di sistema. È il nodo politico vero, e merita un discorso a parte.

[ <https://www.alzheimer.it/dementia-friendly-hospital/> ]

-**Sergio Minervini** ha inviato la nota che segue riguardante il bando della regione Veneto per assumere 11 nuovi geriatri. Risposta che dimostra **una realistica attenzione per l'invecchiamento sempre più marcato della popolazione**; colloco questa notizia vicino alla precedente sugli ospedali dementia friendly. La presenza di medici formati per la cura delle fragilità è la migliore garanzia di rispetto dei nostri concittadini particolarmente bisognosi di cure specifiche e complesse.

“Carissimo Professore,

nonostante operi attualmente in Trentino — dove oggi l’aspettativa di vita media alla nascita è di 85 anni e gli over 65 rappresentano ormai un quarto della popolazione — desidero sottoporre alla tua attenzione e a quella del tuo vasto pubblico una notizia di particolare rilievo riguardante la Regione Veneto, mia terra d’origine.

Nel 2025 l'indice di vecchiaia in Veneto ha raggiunto quota 212 (rispetto al 155 di dieci anni fa), confermando il progressivo invecchiamento della popolazione regionale. In territori come quello dell'Aulss 4 Veneto Orientale, tale indice è stimato a 230, superando la media regionale.

In questo scenario, è in fase di avvio la nuova UOC Geriatria, volta a offrire risposte specializzate attraverso un modello di collaborazione strutturata tra reparti ospedalieri e territorio, garantendo la continuità delle cure. Sarà inoltre introdotto un Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), integrato con quello già esistente della UOC Neurologia, per rispondere alle esigenze delle oltre 93.000 persone affette da demenza in Veneto.

L'apertura di una nuova UOC di Geriatria in risposta all'invecchiamento della popolazione e all'incremento della fragilità senile rappresenta un segnale positivo e incoraggiante per la programmazione sanitaria futura.

A tal proposito, segnalo la pubblicazione del bando per la copertura di 11 posti di Geriatria, di cui 4 presso l'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, proprio in occasione dell'apertura del nuovo reparto dell'Ospedale di Portogruaro, diretto dalla dott.ssa Alessandra Lombardi.

Il bando è disponibile sul sito di Azienda Zero ([www.azero.veneto.it](http://www.azero.veneto.it)). Le candidature possono essere inviate entro le ore 18:00 del 18 giugno 2026 tramite il portale:

<http://azero.veneto.concorsismart.it/>

Nella speranza che sempre più colleghi possano appassionarsi alla cura delle persone anziane, colgo l'occasione per trasmettere ai tuoi lettori un messaggio di positività e ottimismo.”

-**Una notizia mi ha fatto pensare. Una donna di 75 è morta a Milano travolta da un automobilista ubriaco.** Alfonsa Curiale veniva da Jeppolo Giancaxio, in provincia di Agrigento, e si era temporaneamente trasferita al nord per assistere una sorella ricoverata in ospedale. È l’ennesimo sacrificio del caregiving, che racchiude generosità, disponibilità, resistenza alla fatica. Prima ancora di considerare la mancanza di servizi di assistenza, è doveroso onorare la signora Alfonsa e la sua dedizione. Nel ricordarla la collego le molte centinaia di migliaia di nostri concittadini (prevalentemente cittadine) che dedicano la vita ai parenti bisognosi di aiuto. Due considerazioni a lato. La prima: quando arriverà una legge seria ed adeguatamente finanziata per supportare

economicamente chi dedica la sua vita agli altri, con enormi sacrifici che spesso portano anche ad un impoverimento personale? Fino ad ora solo parole. La seconda: nella recente presentazione dell'ultimo rapporto Istat è stata denunciata la drammatica semplificazione delle reti famigliari. L'assistenza ai genitori anziani si scarica su spalle sempre più sole. Scrive Avvenire: "Se chi ha fratelli riesce a condividere i carichi di cura nel 37.9% dei casi, tra i figli unici questa rete di aiuto crolla ad appena il 21.2%". Mi permetto di insistere: dov'è la politica (di ogni colore), il cui scopo principale sarebbe proteggere le persone fragili e sole?

-In questi giorni si è svolto a **Trento il Festival dell'Economia**. Centinaia di importanti incontri, seminari, conferenze. **Ha destato una certa perplessità che in tutto quel movimento l'invecchiamento della popolazione e le sue conseguenze sulla vita collettiva non siano stati trattati in maniera adeguata.** Una sorta di cecità voluta o l'incapacità culturale di capire dove si trovano i nodi del nostro futuro? In quella sede il professor Dionigi ha rivolto ai giovani un invito: "Impegnatevi in politica, fatelo con passione e orgoglio, non solo per affermare voi stessi. Fatelo anche per una sorta di pietas verso di noi, che non ce l'abbiamo fatta a lasciarvi un mondo migliore. Noi che abbiamo vendemmiato più che seminato". Penso che l'invito di Dionigi vada bene anche per noi, che per scelta e per professione ci stiamo occupando della vita degli anziani, in particolare di quelli più fragili. Infatti, non siamo stati in grado di seminare e realizzare adeguatamente per garantire loro un futuro migliore. Anche la nostra AIP deve assumersi pesanti responsabilità in questo ambito. Abbiamo ritenuto che occuparci di specifiche malattie, tema peraltro di primaria importanza, esaurisse la nostra responsabilità; l'abbiamo fatto con competenza e serietà. Ora, però, è il tempo di assumerci responsabilità più ampie, per dimostrare la nostra capacità di essere attenti ai problemi più vivi, per proporre interventi seri ed efficaci. Chi dovrebbe svolgere questa funzione, se non le nostre società scientifiche? Sempre al festival di Trento Giovanni Allevi ha parlato di "Abitare la speranza. Quando la musica attraversa il dolore e apre all'infinito". Narrava dei suoi concerti con i bambini oncologici; ci piacerebbe che portasse la sua splendida musica anche nelle nostre RSA...

-**Fabio Cembrani ha elaborato alcuni importanti aspetti critici dei recenti provvedimenti governativi sulla non autosufficienza.** È un contributo di valore ad una problematica che purtroppo non sembra interessare a molti.

"Il 18 marzo 2026 la Conferenza unificata Stato-Regioni ed Enti locali ha licenziato il Piano nazionale per la non-autosufficienza (PNNA) 2025-2027 e lo ha fatto a distanza di 15 mesi dalla scadenza del precedente, con un ritardo solo in parte giustificabile ammettendo le difficoltà incontrate nel trovare un accordo sui criteri di ripartizione dei fondi. Si tratta di un corposo documento di programmazione politica, di non semplice lettura, di oltre 90 pagine precedute da una introduzione nella quale si dà subito atto che i destinatari del PNNA 2025-2027 sono le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino ai 70 anni di età ed alla quale fanno poi seguito 9 capitoli suddivisi, a loro volta, in 30 distinti paragrafi. La sua messa in rete, assieme alla bozza del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per la sua adozione, ha suscitato un'ampia serie di commenti nei quali è stata evidenziata la difficile convergenza storica in cui è stato costretto ad inserirsi il nuovo PNNA essendo in atto la radicale trasformazione del nostro sistema di *welfare* non ancora però giunta in dirittura d'arrivo viste le sperimentazioni in corso. Se ciò può in qualche modo farci comprendere le difficoltà incontrate dai suoi redattori i quali hanno dovuto fare i conti con i mobili scenari in cui si sta ancora muovendo l'accertamento della disabilità e della non autosufficienza, la sensazione che emerge dalla sua lettura è quella di un amaro *déjà-vu* ripetutamente sperimentato nel passato, ogni qual volta i roboanti annunci politici sono stati poi traditi nella loro applicazione pratica. Non tanto per il ritardo della sua approvazione quanto, per le

poche relazioni virtuose che si colgono nella ricerca di quelle che sono i suoi punti di contatto con le recenti riforme della disabilità e della non autosufficienza e per le davvero modeste risorse messe in campo: il nuovo PNNA 2025-2027 potrà, infatti, contare, nel suo complesso, su 982 milioni di Euro del 2025 (rispetto ai 913 milioni del 2024), 934 milioni per il 2026 e 1,1 miliardi per il 2027, per un totale di poco più di tre miliardi di Euro per l'intera durata di questa nuova fase programmatica. Questi indicatori macro-economici non devono però ingannare: il modesto incremento finanziario non è l'effetto di alcun investimento aggiuntivo ma l'esito finale delle diverse manovre di bilancio che hanno trasferito sul nuovo PNNA i 300 milioni di Euro stanziati per i LEPS riservati agli anziani e i 60 milioni di Euro del Fondo Caregiver Familiare, fondo che è stato completamente azzerato per il 2027. Dunque, nessun maggiore investimento perché le risorse economiche sono state attratte da altri capitoli di spesa senza intervenire su quegli altri investimenti che meritavano di essere rimodulati al ribasso (si pensi, ad es., alla spesa per il riarmo militare) visto che il suo modesto incremento deriva dalla trans-locazione di risorse destinate ad altro.

La triste realtà è che, anche modernizzando quelle vetuste categorie concettuali messe definitivamente nel dimenticatoio dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (pienamente ratificata dal nostro Paese), sono davvero molte le resistenze che si incontrano ogni qual volta il nostro Paese decide di modificare la realtà, foss'anche per le spinte corporative che si sono anche questa volta opposte a quella sostanziale omogeneizzazione della disabilità per renderla finalmente indipendente dalle sue variabili etiologiche-categoriali. Come è, purtroppo, accaduto altre volte, anche se la più grande pecca del nostro sistema di *welfare* era, oltre alla frammentazione della disabilità, la delega dell'assistenza fatta per lo più gravare (anche nei relativi costi stimati in oltre 13 miliardi di Euro/anno) sulle famiglie delle persone non autosufficienti visto che poco più di 385 mila solo quelle istituzionalizzate a tempo pieno e che, tre su quattro di esse, sono persone anziane. Anche se quelle ampie difettosità sono purtroppo destinate a restare vitali vista l'esiguità delle risorse messe in campo e la discutibilissima (stravagante) idea di scomporre e differenziare il *cluster* della non autosufficienza sulla base dell'età anagrafica delle persone; con la conseguenza che avremmo persone non autosufficienti over-80enni, persone disabili infra70enni anche non autosufficienti e persone non autosufficienti di età superiore ai 70 ma non superiore agli 80 anni di età con diversificati livelli di bisogno. Le quali, come sembra emergere dalla lettura del nuovo PNNA 2025-2027, potranno accedere a regimi di tutela differenziati anche sulla base dei loro indicatori economici (ISEE) e che saranno riconosciuti tali sulla base di quei nuovi criteri valutativi annunciati dal Piano stesso ma che dobbiamo ancora attendere nella loro declinazione finale per dare un giudizio sul come le tutele impresse sulla carta potranno o meno trasformarsi in diritti effettivamente esigibili. Spero davvero di sbagliare ma la mia convinzione è che le riforme a gran voce annunciate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e riprese dai roboanti proclami politici saranno un'altra opera incompiuta e che i bisogni reali delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie resteranno un'altra volta inascoltati".

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

"Dopo la parentesi di un 'angolo' eterodosso – una sorta di interlocuzione indiretta con lettori della newsletter – torno ad argomenti e modalità più consueti, che per giunta mi offrono una ulteriore conferma della 'serendipità'. Durante la riunione telematica del Consiglio Direttivo AIP, tenutasi lunedì 11 maggio pomeriggio, il Presidente Diego De Leo ha accolto con esplicito favore la proposta – provenuta da più voci – di parlare di longevità durante il prossimo congresso nazionale. 4 giorni prima, *JAMA Network Open* aveva pubblicato un articolo che mette in collegamento biomarcatori, funzione cognitiva e mortalità in centenari [1]. **I centenari offrono una opportunità importante per studiare la neurobiologia dell'invecchiamento, visto che "la demenza legata a queste patologie** [beta-amiloide e proteina tau fosforilata (ndr)] sembra meno prevalente tra gli individui più anziani,

suggerendo che potrebbero emergere meccanismi neurodegenerativi alternativi. In particolare, alcuni centenari preservano la funzione cognitiva nonostante un sostanziale deposito di beta-amiloide e tau fosforilata, o mantengono la funzione esecutiva, soprattutto in contesti socialmente rilevanti, nonostante i deficit rilevati dai test convenzionali. Queste osservazioni evidenziano la necessità di nuovi marcatori per caratterizzare meglio l'invecchiamento neuronale nelle popolazioni ultracentenarie.”

La proteina beta-amiloide e la proteina tau fosforilata in posizione 181 sono marcatori ben consolidati per l'insorgenza, la gravità e la prognosi della malattia di Alzheimer. Sono inoltre associate alla demenza di qualsiasi causa. Al contrario, i neurofilamenti a catena leggera (NfL) sono riconosciuti come un marker di declino cognitivo nelle demenze non di Alzheimer e in condizioni quali danni vascolari, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e delirium. Negli anziani senza demenza, è stato anche riportato che le concentrazioni della proteina tau fosforilata e della NfL nel sangue sono associate alla funzione cognitiva. Ma le segnalazioni sui biomarcatori associati alla funzione cognitiva nei centenari rimangono estremamente limitate. All'argomento avevo dedicato un 'angolo', pubblicato nella newsletter del venerdì 10 ottobre 2025, centrato su un articolo di *JAMA Neurology* [2]. In estrema sintesi, ne derivava che l'accumulo di patologia A $\beta$  nel cervello dei centenari non è una conseguenza benigna dell'invecchiamento; la situazione però era molto più intricata, con particolare riguardo alla polipatologia <sup>5</sup>.

Gli Autori di [1] – tutti affiliati ad istituzioni giapponesi – menzionano un lavoro che sottolinea il particolare profilo cognitivo esibito dai centenari [3]. Ne avevo fatto riferimento in un altro 'angolo', di poco successivo - uscito con la newsletter del 24 ottobre 2025 - a quello cui avevo fatto cenno prima \*: ne riporto passaggi essenziali. “... i punteggi totali del MMSE hanno continuato a diminuire in funzione dell'età dopo i 100 anni nel gruppo senza APOE  $\epsilon$ 4, ma non sono diminuiti significativamente nei centenari con un alto livello di istruzione oltre i 100 anni”. “Riguardo alle voci specifiche del MMSE che possono distinguere i centenari dai pazienti AD, le voci “nominare” (orologio e matita) ed “comando triplice in sequenza” (prenda questo foglio con la mano destra / lo pieghi a metà / lo butti per terra”) risultano preservati nei centenari, mentre le voci “registrazione dei 3 nomi” (casa / pane / gatto), ‘nominare’ e la esecuzione della istruzione scritta (‘chiuda gli occhi’) risultano conservate nei pazienti AD”.

Dopo neuropatologia e cognitivtà, il terzo argomento in questione su [1] riguarda la mortalità, a proposito della quale viene ricordato uno studio condotto su 135 centenari che ha rilevato che i livelli plasmatici di NfL in età avanzata erano associati alla mortalità in misura uguale o maggiore rispetto alle scale multi-item precedentemente descritte per la funzione cognitiva o fisica.

Da queste premesse, la opportunità di condurre quello che secondo gli Autori di [1] è il primo studio ad esaminare come i marcatori neurodegenerativi ematici siano simultaneamente associati alla cognizione e alla mortalità nella stessa coorte.

Allo scopo si è fatto riferimento allo studio dei centenari di Tokyo ed a quello dei semi-supercentenari giapponesi (di età superiore ai 105 anni), per un totale di 495 partecipanti. I marcatori sono stati dosati sul plasma grazie a metodiche immunologiche ultrasensibili; la cognitivtà mediante il Mini Mental State Examination (MMSE) e la Clinical Dementia Rating scale (CDR). Previa trasformazione logaritmica e standardizzazione in punteggi z delle concentrazioni ematiche, le associazioni tra i biomarcatori e la funzione cognitiva di base sono state valutate utilizzando modelli di regressione lineare multipla. Sono stati costruiti tre modelli con aggiustamenti sequenziali per potenziali fattori confondenti. Il rischio di mortalità è stato valutato utilizzando modelli di rischio proporzionale di Cox aggiustati per covariate demografiche e cliniche.

4/5 del campione era costituito da donne; l'età media era di 104  $\pm$  3 anni; 466 partecipanti (95,5 %) sono mancati durante i 17 anni di osservazione longitudinale. Rapporti A $\beta$ 42/40 più bassi e livelli di

Nfl più elevati erano associati significativamente ed indipendentemente a peggiori punteggi MMSE. Livelli più elevati di NfL sono stati inoltre associati a un aumento della mortalità.

In discussione, gli Autori di [1] ricordano come Nfl possa costituire un predittore di sviluppo di deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)] in anziani cognitivamente integri, e come non pochi centenari accumulino patologia amiloide e proteina tau fosforilata senza mostrare demenza, ponendo così i tassi in Nfl come riflessi di tale eterogeneità neuropatologica, marcando il declino cognitivo durante un lungo processo di esposizione alla neurodegenerazione. Il fatto che p-tau 181 non sia risultato correlato con la cognitività in questa coorte di centenari contribuisce al dibattito sul ruolo della patologia amiloide e tau, verosimilmente coinvolte nelle fasi iniziali della malattia di Alzheimer, e suggerisce che i centenari possano presentare diversi modelli di processi neurodegenerativi.

Riguardo alla mortalità, la concentrazione in NfL sembrava esserle più fortemente associata rispetto all'A $\beta$  o alla p-tau181, suggerendo che il danno neuronale non specifico, come riflesso dalla NfL, potrebbe rappresentare meglio le fasi terminali dell'invecchiamento cognitivo. Peraltro, la concentrazione in NfL è stata associata a fattori sistemici come l'indice di massa corporea (BMI) e le malattie cardiovascolari, così come ad altri marcatori sistemici di salute, quali la filtrazione glomerulare, la albuminemia e la emoglobinemia: tutti elementi che influiscono sulla longevità, nell'ambito di quelle interazioni sistemiche complesse che coinvolgono infiammazione cronica, stato nutrizionale e funzionalità renale. Tutte queste osservazioni rafforzano l'idea che NfL funga da indicatore generale della salute nell'organismo che invecchia. Il fatto che la patologia amiloide e la p-tau 181 siano meno strettamente associate alla mortalità rispetto a Nfl suggerisce che la patologia non-amiloide- $\beta$  o la patologia sistemica che influenza la neurodegenerazione, piuttosto che la patologia amiloide- $\beta$  stessa, possano svolgere un ruolo più significativo nella morbilità e mortalità dei centenari, a sostenere ancora le recenti scoperte che mostrano un modello distinto di declino cognitivo nei centenari rispetto ai pazienti con malattia di Alzheimer.

Del resto, occorre sempre tenere conto che le comorbidità <sup>§</sup> aumentano con l'avanzare dell'età. "Quasi nessuno presenta una sola patologia cerebrale all'età di 80 anni", afferma il neurologo David Wolk dell'Università della Pennsylvania, in un articolo a libero accesso, uscito su *Science* il 14 maggio, segnalato dalla 'Unità Statistica' della Fondazione (Michele Rossi) [4]."

[1] Shikimoto, R., Sasaki, T., Abe, Y., Tai, K., Hirose, N., Okano, H., & Arai, Y. (2026). Biomarkers, Cognitive Function, and Mortality in Centenarians. *JAMA network open*, 9(5), e2611335. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.11335>

[2] Rohde, S. K., Luimes, M. C., Lorenz, L. M. C., Fierro-Hernández, P., Rozemuller, A. J. M., Hulsman, M., Zhang, M., Graat, M. J. I., van der Hoorn, M. E., Daatselaar, D. A. H., Scheltens, P., Richardson, T. E., Walker, J. M., Sikkes, S. A. M., Hoozemans, J. J. M., & Holstege, H. (2025). Amyloid-Beta Pathology and Cognitive Performance in Centenarians. *JAMA neurology*, 82(8), 837–847. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.1734>

[3] Nishimoto, Y., Sasaki, T., Abe, Y., Hara, N., Miyashita, A., Konishi, M., Eguchi, Y., Ito, D., Hirose, N., Mimura, M., Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative, Ikeuchi, T., Okano, H., & Arai, Y. (2025). Distinct patterns of cognitive traits in extreme old age and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(4), e70155. <https://doi.org/10.1002/alz.70155>

[4] Smith J. E. (2026). Dementia studies come to grips with overlapping diseases. *Science* (New York, N.Y.), 392(6799), 675–676. <https://doi.org/10.1126/science.aei8223>

\* Al riguardo, mi scuso con i lettori per la seguente 'correzione postuma': nell'angolo uscito con la newsletter del 24 ottobre 2025, avevo inserito una voce bibliografica errata; anche allora avrei dovuto inserire la voce che corrisponde all'attuale [3]. A parziale discolpa, segnalo che la voce

riportata allora – come [2] - faceva parte della bibliografia (voce 50) dell'articolo qui indicato come [3]. In quella occasione, al posto della attuale [3], avevo erroneamente inserito “Zhang, M., Ganz, A. B., Rohde, S., Lorenz, L., Rozemuller, A. J. M., van Vliet, K., Graat, M., Sikkes, S. A. M., Reinders, M. J. T., Scheltens, P., Hulsman, M., Hoozemans, J. J. M., & Holstege, H. (2023). The correlation between neuropathology levels and cognitive performance in centenarians. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 19(11), 5036–5047. <https://doi.org/10.1002/alz.13087>”, che in realtà indagava il rapporto fra substrato neuropatologico associato alla neurodegenerazione e prestazioni cognitive nei centenari dello studio olandese 100-plus

**-Il Professor Luca Rozzini** ha avuto la cortesia di intervenire con un contributo molto qualificato nella **discussione attorno alla modalità per verificare l'idoneità alla guida.**

Grazie per il contributo carissimo Luca che affronta con responsabilità una tematica di grande delicatezza umana e clinica.

“A distanza di quindici anni, il confronto tra il nostro lavoro del 2012 (The impact of cognitive deficit on self-reported car crashes in ultra-octogenarian population: data of an Italian population-based study, <https://doi.org/10.1002/gps.3857>), e il più recente studio pubblicato nel 2026 sul *Journal of the American Geriatrics Society* induce una riflessione non solo scientifica, ma anche civile. I problemi sono rimasti sostanzialmente gli stessi: come riconoscere il conducente anziano fragile, come proteggerlo senza privarlo ingiustamente dell'autonomia, come tutelare la sicurezza collettiva senza trasformare la valutazione in un atto burocratico o punitivo.

Già nel 2012 avevamo mostrato che la guida non dipende da una singola funzione, ma dall'integrazione di memoria, attenzione, flessibilità mentale, rapidità di elaborazione, capacità esecutive e giudizio. In particolare, il Trail Making Test B e la prova di memoria di racconto breve risultavano associati al rischio di incidente nel follow-up, suggerendo l'utilità di una batteria semplice, standardizzata, somministrabile in circa trenta minuti da personale esperto. Non era una proposta visionaria; era il tentativo, nato dalla pratica clinica, di costruire un percorso minimo, ordinato e riproducibile.

Il lavoro del 2026 conferma, con strumenti metodologici più robusti, che il nodo resta irrisolto. Una parte rilevante dei conducenti coinvolti successivamente in incidenti non aveva riferito alcuna difficoltà alla valutazione iniziale: il cosiddetto rischio 'silente' o non riconosciuto. Questo dato è decisivo: il problema non è soltanto misurare una prestazione cognitiva, ma comprendere il paziente nella sua globalità, inclusa la sua capacità di riconoscere il limite, compensare, ridurre l'esposizione al rischio e accettare una regolazione della propria autonomia.

Per questo non credo che la risposta debba essere cercata primariamente in valutazioni ipercomplesse, simulatori sofisticati, Vienna Test o batterie tecnologicamente seducenti. Possono essere utili in casi selezionati, ma non sostituiscono una visione clinica ordinata. Il rischio è costruire una Babilonia valutativa, nella quale aumentano le prove ma non cresce la chiarezza decisionale. Serve invece un percorso nazionale semplice: anamnesi, storia di incidenti o infrazioni, farmaci, comorbilità, autonomia funzionale, memoria, attenzione, funzioni esecutive, capacità visuospatiali, insight e giudizio clinico complessivo.

La constatazione più amara riguarda l'assenza di una vera regia istituzionale. Dopo quindici anni, mancano ancora direttive nazionali omogenee su chi debba valutare, con quali strumenti minimi, con quali responsabilità e con quali criteri condivisi. Il Ministero dei Trasporti ha saputo occuparsi di monopattini elettrici e targhe, ma non ha ancora prodotto uno standard nazionale serio per la valutazione della guida nell'anziano cognitivamente fragile. È un paradosso amministrativo e culturale.

Il punto, quindi, non è che mancassero le evidenze. Il punto è che le evidenze non sono diventate sistema. Il lavoro di allora non anticipava il futuro: descriveva un bisogno già presente. Il lavoro di

oggi dimostra che quel bisogno è ancora lì, quasi intatto, in attesa che la medicina, la neuropsicologia e le istituzioni trovino finalmente un linguaggio comune. Forse serve davvero meno Babilonia e più Gerusalemme.”

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

- Dal 18 al 21 giugno p.v. si terrà a Portici (NA) la Summer School di AIP. Un evento rivolto a giovani medici, psicologi, specializzandi e professionisti che operano nell'ambito della Psicogeriatría. Il corso dà diritto a 19 crediti E.C.M. Programma ed info al link:

<https://www.psicogeriatría.it/evento/aip-summer-school-3/>

*-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al 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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Il cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro  
Marco Trabucchi  
Associazione Italiana di Psicogeriatría

## Newsletter AIP – 22 maggio 2026

n. 20/2026

*I mezzi di comunicazione continuano a spigarci che le problematiche demografiche saranno la principale criticità del nostro futuro. A questa denuncia nessuno risponde. La politica si trastulla con altre tematiche, senza attenzione almeno ad alcuni degli aspetti più delicati della nostra organizzazione sociale.*

*Schematicamente.*

*Primo: le scelte sull'immigrazione sono ridicole, non solo per il loro substrato ideologico malato, ma soprattutto perché non si analizza il ruolo dell'immigrazione rispetto all'equilibrio dei conti pubblici nel prossimo futuro (le pensioni) e alle esigenze delle imprese.*

*Secondo: povertà e diseguaglianze regionali non interessano: così continueremo ad avere vecchi malati (e quindi costosi sul piano del bilancio dello stato e anche su quello del rispetto della dignità dei cittadini), perché curati male, in particolare in alcune zone del nostro paese, e incapaci per ragioni economico- sociali di identificare e ricevere seri programmi di assistenza.*

*Terzo: la retorica della prevenzione, che dovrebbe garantire un invecchiamento in salute, si incrocia con una medicina territoriale inadeguata (l'attuale discussione riguarda gli operatori, ma mai i risultati che ci si dovrebbero attendere sui quali strutturare gli interventi organizzativi).*

*Possiamo avere qualche speranza di una gestione seria del principale problema per il futuro delle nostre comunità? Come potrebbero, tra l'altro, i giovani guardare serenamente al loro futuro, se capiscono che noi siamo incapaci di gestire il futuro a lungo termine?*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Benettollo, Crooke, Bernabei e "l'anziano"
- Mattarella: l'importanza degli infermieri e la nostra gratitudine
- "La nuova frontiera della longevità"
- Ruolo degli interventi assistiti con gli animali: l'impegno di VETeris

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAGS: l'anziano e il giudizio sulla propria capacità di guida
- JAMA: inquinamento e demenze
- Lancet Neurology e la resilienza cognitiva durante l'invecchiamento

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

- La scuola estiva AIP
- Congresso Interregionale AIP Piemonte-Valle d'Aosta

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Mentre la newsletter è in chiusura ricevo notizie sulle torture inflitte ai nostri connazionali in missione di pace. Non vorrei ritornare ai tempi delle cannoniere, ma se il governo avesse fatto accompagnare la flottiglia da una fregata della nostra Marina Militare l'esercito israeliano avrebbe tenuto comportamenti meno incivili. Ne avrebbe ricevuto giovamento anche il nome di Israele.

**-Ricevo e pubblico con piacere queste righe di Pier Paolo Benettollo di commento ai recenti interventi di Crooke e Bernabei.** Allego anche il nobilissimo e altrettanto famoso, testo di Bobbio. "Ho letto con interesse e simpatia l'intervento di Stefano Crooke a commento dell'articolo di Roberto Bernabei. Naturalmente sono d'accordo con loro, e penso che molto si possa e debba fare nella nostra società, anche consentendo a chi lo desidera davvero di continuare a lavorare, visto fra l'altro che complessivamente di lavoratori ce ne sono e ce ne saranno davvero pochi: qualche semplice calcolo su dati ISTAT mostra ad esempio che - almeno qui nel nord-est - le persone con 20-24 anni sono il 28% in meno di quelle con 60-64: non è solo che il lavoro dell'infermiere o dell'OSS è poco attrattivo perché faticoso e mal pagato... è che mancano giovani per rimpiazzare i pensionandi in tutte le professioni e anche se da domani tutte le donne iniziassero a fare 3-4 figli ci vorrebbero almeno 20-25 anni perché questi iniziassero a lavorare... ma questo è un altro discorso. Da parte mia volevo riflettere con voi che - pur condividendo la sostanza del discorso - sotto sotto cercare un nome nuovo per non chiamare "anziano" chi compie 65 anni non ci fa uscire dal recinto di uno stigma pervasivo e pesante. È vero, forse è una battaglia persa, dobbiamo arrenderci al fatto che essere chiamato anziano può essere un'offesa o una commiserazione, ma mai un complimento. Eppure mi fa piacere riutilizzare anche qui un articolo di Norberto Bobbio che ho letto 30 anni fa, e da allora ho sempre tenuto a portata di mano e usato tante volte nei piccoli incontri che ho fatto qua e là. *"Parlare di "anziano", a me pare quasi un eufemismo: io sono, nell'accezione più corretta del termine, un vecchio. Da qualche tempo mi pare che anche una parola come "vecchio" sia per me sin troppo blanda. Mi sento ogni giorno più, "stravecchio" (Norberto Bobbio).* Da quella volta io ho sempre preferito usare il termine "vecchio" a quello di "anziano".

Ecco il testo integrale di Norberto Bobbio:

"Parlare di 'anziano', a me pare quasi un eufemismo: io sono, nell'accezione più corretta del termine, un vecchio. Da qualche tempo mi pare che anche una parola come 'vecchio' sia per me sin troppo blanda.

Mi sento ogni giorno più, 'stravecchio'.

Ormai la vecchiaia ha allungato la sua durata rispetto alle generazioni precedenti. Credo che ormai occorra, come già avviene nei documenti internazionali, distinguere gli anziani dai molto anziani, ovvero aggiungere alle fasi della vita una quarta età dopo la terza. Una volta si era vecchi a sessanta, settanta anni.

Io ne ho quasi novanta. Se penso al tempo dei miei anni sessanta e settanta mi pare un'altra stagione della mia vita, molto diversa da quella in cui mi trovo a vivere in questi ultimi anni.

Soprattutto in questi ultimi mesi in cui mi vado accorgendo che le mie forze fisiche e purtroppo anche quelle mentali vanno diminuendo giorno dopo giorno e cresce in me l'impressione, non triste, ma soltanto rassegnata,

di essere arrivato ormai alla fine del lungo viaggio, cominciato all'inizio del secolo e arrivato quasi alle soglie del secolo nuovo. Mi domando se rispetto anche alla vita media di oggi, novanta anni non siano persino un po' troppi. Siccome continuo a guardarmi attorno, a seguire i progressi vertiginosi

della scienza e dei suoi effetti nell'invenzione di sempre nuove tecniche di comunicazione fra tutti gli uomini viventi sulla terra di cui non riesco più a impossessarmi come fanno con grande facilità i giovani, e afferrare quanto grande sia la trasformazione del mondo, ho spesso l'impressione di essere un sopravvissuto. La caratteristica della tarda vecchiaia è quella del rallentamento di ogni moto nel fare e nel pensare, che comporta una certa fatica di vivere, nonostante che la volontà di vivere e di continuare a osservare quel che accade intorno a me non sia venuta mai meno.

Sono in parte ancora autosufficiente. Ma non del tutto. Ho bisogno continuamente di un aiuto, soprattutto per quel che riguarda i piccoli ma necessari movimenti quotidiani. Non posso più fare tutto da me.

Pertanto sono nella condizione di capire e di apprezzare quale sia il grande valore dell'abitare insieme'.

Ho la grande fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi. Vivo fra le cose che mi sono da anni familiari. Siedo al mio tavolo di lavoro, dove ritrovo ogni giorno le mie carte, il libro che avevo cominciato a leggere, la mia vecchia penna stilografica, ormai quasi un oggetto da museo, persino il solito tagliacarte, che mi fu donato molti anni fa dai miei allievi con le loro firme, il blocchetto di appunti, la pagina che ho cominciato a scrivere, le ultime lettere cui devo rispondere.

Non sono solo. Nel senso più autentico della parola, io vivo ogni giorno la straordinaria e meravigliosa esperienza del vivere insieme. Insieme ogni ora, quasi direi ogni minuto, prima di tutto con mia moglie.

Non so se le persone più giovani si rendano conto sino in fondo di cosa vuol dire 'insieme' quando questo 'insieme' dura da più di cinquant'anni.

È in questa casa che mi vengono a trovare i miei figli, i miei nipoti, i miei amici. Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza. Tanto più essenziale questo spazio perché è quanto è rimasto dello spazio della grande città in cui vivo e le cui strade ho percorso migliaia di volte, del più vasto spazio dei luoghi che ho frequentato nei miei viaggi intorno al mondo. I pochi passi che riesco ancora a fare, seppure con un po' di fatica, da una stanza all'altra, sono ormai diventati l'unico viaggio della mia vita, ma sono ad ogni modo sempre il mio spazio.

Guai se dovessi un giorno o l'altro andarmene di qui e dovermi conquistare uno spazio nuovo.

La propria casa dà sicurezza. Ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal trovarti fuori in un mondo che ormai, chiuso tra quattro pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi quanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove ti troveresti spaesato, perderesti la tua stessa identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri.

Nonostante i miei malanni, trovo conforto nel restare qui dove sono, tra le persone che mi sono care, vedere gli stessi volti di sempre, continuare le mie vecchie abitudini."

**-Mi ha** particolarmente **colpito il discorso del nostro Presidente** in occasione di un incontro per la Giornata Internazionale dell'infermiere, organizzato da Fnopi. Ne riporto alcuni passi, toccati da Mattarella in un discorso non formale: **"Le infermiere e gli infermieri raccolti nelle associazioni nazionali costituiscono un vero e proprio esercito del bene.** Non esito a paragonare a gesti eroici quelli compiuti dai vostri colleghi a Gaza, dove un sistema sanitario già fragile è stato demolito, distrutto. Tengo anche a ricordare in particolare il contributo decisivo e l'appassionata dedizione che vi ha contraddistinto in occasione dell'epidemia da Covid: drammatica, lunga emergenza che voi avete vissuto con sacrifici immani e con diverse vittime e che qualcuno cerca di derubricare a

poco più di una leggera influenza (...) In questa giornata desidero doverosamente ribadire la gratitudine della Repubblica per ciò che avete fatto” (...). “Non dovrebbe esservi neppure bisogno di ricordare che il necessario radicamento dei servizi di cura non può tollerare disparità tra i territori, a partire dalle aree interne dell’Italia: sarebbe come a dire un diritto alla salute diseguale per i cittadini”. Non è opportuno aggiungere nulla, **se non ribadire la nostra gratitudine come cittadini e come operatori della sanità** per i nostri colleghi; confidiamo peraltro che il loro ruolo nei processi di cura possa essere sempre più valorizzato, anche sul piano regolamentare.

[<https://www.ilsole24ore.com/art/mattarella-infermieri-esercito-bene-evitare-che-giovani-adano-all-estero-AIFDSv1C> ]

-I mezzi di comunicazione insistono sulla “**nuova frontiera della longevità**” e sui **vantaggi** che questa porta **all’economia globale**. E così proliferano strutture e servizi dediti alla longevità, con approcci multidisciplinari che uniscono diagnostica avanzata, trattamenti medicali autodefiniti innovativi, spa e mindfulness. Lungi da un giudizio moralistico, esprimo la preoccupazione per questa enorme quantità di denaro speso illudendosi di costruire una vecchiaia-non vecchiaia senza problemi. Così si sottrae denaro a investimenti di sicura efficacia: città accoglienti, riduzione della solitudine, protezione dei più fragili, servizi sanitari e assistenziali più diffusi e capaci di dare risposte reali alla sofferenza. Qualcuno potrebbe definire veterocomunista (!) questa posizione, ma ritengo che nelle difficoltà umane ed economiche del nostro tempo evitare sprechi inutili non sia una posizione politica, ma solo una legittima preoccupazione e una dimostrazione di responsabilità per il futuro delle nostre comunità.

- Un articolo pubblicato su “**I luoghi della cura**” racconta **l’esperienza dell’associazione VETeris sul ruolo degli animali per il benessere degli anziani**. È un ambito di notevole rilievo pratico, che riceverà notevole impulso da un approccio scientifico come quello che caratterizza la nuova Associazione. È importante che la prassi diffusa di lavorare con gli animali possa consolidare in modo sempre più adeguato le proprie basi scientifiche.

[<https://www.luoqicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2026/04/interventi-assistiti-con-gli-animali-e-benessere-in-eta-anziana-lesperienza-dellassociazione-veteris/> ]

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

-Ringrazio, come sempre, **Mauro Colombo** per i contributi originali che ci fornisce ogni settimana, ma anche per come segue e **commenta quanto pubblicato sulla nostra newsletter**. “Sono contento che gli ‘angoli’ recenti abbiano suscitato reazioni tra i colleghi, specie geriatri, come quando si sollevano piccole onde lanciando sassi: mi è sempre piaciuto fare rimbalzare sulla superficie del (‘mio’) mare [ligure (ponentino)] pietre opportunamente scelte. Ecco le questioni della – apparente – discordia:

I Questione degli anticorpi monoclonali per il trattamento della malattia di Alzheimer, per i quali ci ha già pensato la revisione Cochrane 2026 a ‘seppellirli’; incidentalmente, noto che degli 11 Autori, 9 sono italiani ed altrettanti operano in istituzioni italiane. Segnalo che la revisione si arresta ai risultati delle osservazioni a termine relativamente breve: risultati scoraggianti, nonostante i toni con cui altrove sono stati presentati inizialmente, tanto da provocare un arretramento di ditte produttrici e di laboratori di ricerca. Però stanno uscendo altri prodotti più ‘avanzati’ in questo settore, dove intanto attendo - sempre che non siano usciti senza che me ne accorgessi - i risultati a lungo termine. Per quel poco che ho visionato a quest’ultimo riguardo, persino uno studioso attento e ‘prudente’ [eufemismo per scettico, specie tenendo conto del suo ruolo in salute pubblica]

come Nicola Vanacore invita anche nei webinar dell'Istituto Superiore di Sanità ad impiegare statistiche più adatte a misurare gli effetti [1]. È pur vero che c'è anche chi richiama la espressione attribuita all'economista e premio Nobel Ronald Coase: 'Se torturi i dati abbastanza a lungo, confesseranno qualsiasi cosa'. Sarei tentato di citare Ludwig Wittgenstein quando, nei 'Quaderni 1914–1916', diceva che 'l'esperienza decide se l'enunciato sia vero o falso, ma non il senso di esso'. Il filosofo austriaco era un logico, capace di simili astrazioni mentre il mondo era sconvolto dalla 'inutile carneficina': ma pur sempre gli articoli seri esplicitano sia le tesi da vagliare che le ipotesi che ne costituiscono il razionale, come mi sforzo di evidenziare almeno nella maggior parte degli 'angoli'. In ogni caso, la mia personale opinione – critica – sugli anticorpi monoclonali appare evidente, per quello che vale, anche nella presentazione che ho tenuto venerdì 27 marzo 2026 alle ore 17 nella sala Palladio del palazzo congressi di Padova, durante il congresso AIP #. Piuttosto, segnalo – soprattutto per il suo valore metodologico, apprezzato anche da Colleghi dichiaratamente scettici sui monoclonali – la critica che 3 Autori londinesi e cantabrigiana hanno scritto il 2 maggio su *Lancet* [2]. Due Autori con affiliazioni multiple (Tel Aviv, San Francisco, San Paolo) si ponevano, 2 anni fa, il dubbio se la malattia di Alzheimer fosse 'una' malattia [3]. Riporto la traduzione di uno stralcio del riassunto: 'Mancano prove conclusive della tossicità dell'amiloide- $\beta$ , i meccanismi che portano all'accumulo di placche e grovigli neurofibrillari sono sconosciuti e la rimozione dell'amiloide- $\beta$  non ha arrestato la neurodegenerazione. Quindi, la domanda rimane: stiamo facendo progressi verso una soluzione? La complessità dell'Alzheimer è sottolineata da numerosi fattori di rischio genetici e ambientali e da diverse presentazioni cliniche, il che suggerisce che l'Alzheimer sia più simile a una sindrome che a una malattia tradizionale, con la sua manifestazione patologica che rappresenta una convergenza di vie patogenetiche. Pertanto, una soluzione richiede un approccio multiforme piuttosto che una singola 'soluzione miracolosa'. Un migliore riconoscimento e classificazione delle condizioni che convergono nell'accumulo di placche e grovigli neurofibrillari e il loro trattamento richiedono l'uso simultaneo di molteplici strategie.'

Il Questione della biologia delle malattie neurodegenerative, che travalica senz'altro il binomio di placche amiloidi e grovigli neurofibrillari, per investire verosimilmente specifiche alterazioni ultrastrutturali, magari con la possibilità che un nucleo patogeno comune possa sostenere estrinsecazioni fenotipiche cliniche differenti. Sono perfettamente d'accordo sul fatto che le neurodegenerazioni costituiscano un problema almeno molto complicato, se non molto complesso [rispettando i relativi significati semantici dei termini]. Credo di averne dato testimonianza diretta in più di un 'angolo', in particolare quello pubblicato nella newsletter del 9 febbraio 2024, dove mi rifacevo in particolare ad una rassegna scritta da 2 studiosi dell'Università di Chieti [Alberto Granzotto e Stefano Sensi], dal titolo carico di significati: 'C'era una volta, la ipotesi della cascata amiloide', corredata – in 4 pagine – da 40 voci bibliografiche [4]. Tra le altre annotazioni, la rassegna ricordava la multi-patologia tipica dei cervelli nelle età più avanzate, che è stata confermata anche nelle rilevazioni compiute nella banca del cervello della Fondazione Golgi Cenci. Fondazione che, poi, è impegnata nella ricerca ad esplorare percorsi diversi e lontani rispetto ai bersagli dei monoclonali. Proprio all'interno della Fondazione stanno circolando in queste settimane due articoli [5,6] – di cui il secondo [6] è la voce bibliografica n° 15 del primo [5] – due articoli che non provo nemmeno a trattare negli 'angoli', per il rischio di banalizzarli. Preferisco limitarmi ad apprezzare il vasto affresco dipinto da Stefano Boffelli. Ma provo a suggerire un ambito di ricerca potenzialmente fecondo, riprendendo un 'angolo' uscito sul numero del 24 novembre 2023 della newsletter, dove riportavo di accumuli anomali di oligomeri tau nelle sinapsi dei cervelli di persone con demenza, e non in quelli di individui 'resilienti'. Tale accumulo di oligomeri tau nelle sinapsi induce una risposta aberrante da parte della glia, che – fagocitando tali sinapsi mal funzionanti – innesca un circolo

vizioso, con liberazione di tau tossica. L'articolo di riferimento – su *Jama Neurology* [7] – è ripetutamente citato in [6]: il primo Autore di entrambi è lo stesso. E a proposito di glia, di astrociti in particolare, un recente articolo di *Nature* racconta con tono leggero la crescita di interesse verso quelle 'cellule silenziose' che pure modellano comportamento, memoria e salute ... [8]. Proprio quella rivista (*Nature*) che nel 2024 ha ritrattato un articolo fraudolento [9] da cui avrebbe preso avvio la vicenda degli anticorpi monoclonali.

III Questione dei rapporti scienza / società, nella consapevolezza – senza dover approdare alle posizioni estreme (e confutabili) del filosofo Latour – che la scienza '... diventa una 'costruzione' sottoposta a tutte le contingenze proprie del contesto socio-linguistico in cui essa ha luogo' <sup>§</sup>. 'La scienza deve partire dai miti, e dalla critica ai miti', sosteneva il filosofo Karl Popper: adotta un metodo, ma non coincide con esso. La scienza non è certo immune dai 'giochi di potere' <sup>§</sup>, ma pur sempre guarda in alto: 'È possibile identificare nella radice ebraica di 'scienza' il termine 'vedere dopo aver cercato di scorgere'" [10].

*Sulla scia delle considerazioni precedenti, mi sono avventurato poi su un paio di commenti rivolti direttamente a paragrafi della newsletter del 15 maggio:*

*Damasio e l'errore di Cartesio: prendersela con l'autore del 'Discorso sul metodo' ormai è come sparare sulla Croce Rossa ... giusto un cenno alle riflessioni sulle ripercussioni 'sistemiche' / cerebrali di Ugo Cavalieri; l'angolo del 3 aprile 2026 stato dedicato alla supremazia relativa degli interventi preventivi multifattoriali sulla Cognitività, a partire da un articolo [tra i cui Autori figurano due italiani di spicco] pubblicato su *Lancet Healthy Longevity* [Mendes, A. J., Ribaldi, F., Sayin, O., Khachvani, G., Mulargia, R., Volpara, G., Remoli, G., Nencha, U., Gianonni-Luza, S., Cappa, S., & Frisoni, G. B. (2025). Single-domain and multidomain lifestyle interventions for the prevention of cognitive decline in older adults who are cognitively unimpaired: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Healthy longevity*, 6(9),100762.*

[ <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100762> ]

*Rapporto ZVIMEZ: ai 'travasi' interni, vanno sommati anche gli espatri dei genitori 'anziani' - se è lecito usare il termine ... - che seguono i figli all'estero; ma per il nostro imbelite governo va tutto bene ...; ricordo a chi snocciola tronfiamente certi dati il significato di 'eresia' come 'verità parziale' [lo avevo citato - se ben ricordo - in uno dei miei primi contributi alla rubrica Facebook AIP]*

*Trump: concordo in linea di principio con la posizione sostenuta dalla British Psychological Society sul BMJ; ricordo però un giudizio clinico professionale poco lusinghiero espresso da una sua parente (la psicologa Mary Lea Trump); più prosaico l'appellativo di 'cretino' assegnatogli dal padre, imprenditore. Riporto l'appellativo di 'criminale economico' attribuitogli da Stefano Feltri in 'Revolution' di venerdì 15 maggio sera [recuperabile in podcast, e che invito ad ascoltare (... altrove sarebbe già stato arrestato ...)]. "*

# I dettagli servono per facilitare l'eventuale recupero delle diapositive, che la valida e gentile segretaria AIP Margherita Camporese ha posizionato sul sito della nostra associazione

<sup>§</sup> Marta Spranzi: La sociologia e la retorica della Scienza, in Giulio Giorello "Introduzione alla filosofia della scienza", Strumenti Bompiani, Milano 1994, pag, 236

[1] [Wang, G., Cutter, G., Oxtoby, N. P., Shan, G., Wang, W., Mangal, B., Liao, Y., Llibre-Guerra, J. J., Li, Y., Xiong, C., McDade, E., Delmar, P., Bateman, R. J., & Schneider, L. (2024). Statistical considerations when estimating time-saving treatment effects in Alzheimer's disease clinical trials. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(8), 5421–5433. [ <https://doi.org/10.1002/alz.14035> ]

[2] Fox, N. C., Kohlhaas, S., & Schott, J. M. (2026). Alzheimer's disease immunotherapy and the amyloid hypothesis: when aggregation obscures interpretation. *Lancet* (London, England),

- 407(10540), 1664–1665. [ [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00789-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00789-0) ]
- [3] Korczyn, A. D., & Grinberg, L. T. (2024). Is Alzheimer disease a disease? *Nature reviews. Neurology*, 20(4), 245–251. [ <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00940-4> ]
- [4] Granzotto, A., & Sensi, S. L. (2024). Once upon a time, the Amyloid Cascade Hypothesis. *Ageing research reviews*, 93, 102161. [ <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102161> ]
- [5] Powell, A., Chan, K., Shepherd, C. E., & Brodaty, H. (2026). Cognitive resilience in ageing: determinants and interventions. *The Lancet. Neurology*, 25(5), 492–505. [ [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(26\)00027-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(26)00027-X) ]
- [6] Taddei, R. N., & E Duff, K. (2025). Synapse vulnerability and resilience underlying Alzheimer's disease. *EBioMedicine*, 112, 105557. [ <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2025.105557> ]
- [7] Taddei, R. N., Perbet, R., Mate de Gerando, A., Wiedmer, A. E., Sanchez-Mico, M., Connors Stewart, T., Gaona, A., Melloni, A., Amaral, A. C., Duff, K., Frosch, M. P., & Gómez-Isla, T. (2023). Tau Oligomer-Containing Synapse Elimination by Microglia and Astrocytes in Alzheimer Disease. *JAMA neurology*, 80(11), 1209–1221. [ <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.3530> ]
- [8] Abbott A. (2025). The 'silent' brain cells that shape our behaviour, memory and health. *Nature*, 648(8092), 23–25. [ <https://doi.org/10.1038/d41586-025-03912-w> ]
- [9] Lesné, S., Koh, M. T., Kotilinek, L., Kaye, R., Glabe, C. G., Yang, A., Gallagher, M., & Ashe, K. H. (2006). A specific amyloid-beta protein assembly in the brain impairs memory. *Nature*, 440(7082), 352–357. [ <https://doi.org/10.1038/nature04533> ] (Retraction published *Nature*. 2024 Jul;631(8019):240. [ [doi: 10.1038/s41586-024-07691-8](https://doi.org/10.1038/s41586-024-07691-8) ])
- [10] Trabucchi, M. (2002). La prassi clinica e l'anziano: alla ricerca di un metodo. *G. Gerontol.*, 50(4), 189-197.

-Il lavoro di **JAGS** di maggio dedicato **all'autovalutazione della capacità di guida da parte degli anziani** di sesso maschile ha particolarmente attratto la mia attenzione, perché potrebbe essere una modalità importante rispetto al delicatissimo problema della concessione della patente in età avanzata. La ricerca, condotta da studiosi coreani, dimostra che l'autoidentificazione di problemi alla guida predice la possibilità di incidenti. Invece, il 38% dei guidatori coinvolti in incidenti non ha dimostrato precedenti preoccupazioni sulla loro capacità. Infine, lo studio dimostra che guidatori con meno di 9 anni di educazione e con un Trail Making Test superiore a 180 secondi sono a rischio di incidenti (crash rate del 20.9%). I dati suggeriscono di inserire l'autovalutazione da parte dell'anziano, la rilevazione degli anni di scuola e la valutazione neuropsicologica al momento della concessione della patente. Ritengo importante sul piano "umano" indagare la capacità individuale di predire futuri rischi, perché potrebbe essere una modalità più rispettosa dell'individuo anziano, anche quando fosse necessario negare il rinnovo della patente.

[ <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70521> ]

-**JAMA Network Open** di maggio pubblica **un'investigazione originale** caso controllo **eseguita in Danimarca** nella quale si **evidenzia** che **l'esposizione ambientale al particolato con diametro minore di 2.5 micron e a nitrossido di azoto provoca la comparsa di demenza a corpi di Lewy e della demenza correlata alla malattia di Parkinson**. Il lavoro non indica un possibile meccanismo attraverso il quale si esplica questa associazione, ma invita a incrementare le ricerche in questo ambito. Il dato è interessante sul piano speculativo, per meglio chiarire l'effetto di sostanze tossiche sul cervello; suggerisce anche l'importanza che nelle città si implementino interventi sempre più precisi per evitare l'inquinamento. È però un ambito nel quale gli interventi sono difficili; resta peraltro il dubbio su dove gli anziani possono vivere nella maniera migliore. L'alternativa è tra la

città, dove riceve più stimoli, e la natura, dove gli anziani sarebbero maggiormente protetti dall'inquinamento, ma dove rischiano di perdere importanti stimolazioni sul piano psichico. Un dilemma delicatissimo; per ora non abbiamo risposte adeguate.

[ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2849005> ]

-Una review pubblicata su *Lancet Neurology* di maggio **affronta la tematica che porta alla comprensione dei fattori che contribuiscono a preservare le capacità cognitive in età avanzata nonostante le malattie**. La conoscenza delle caratteristiche degli individui in grado di mettere in atto un buon livello di resilienza potrebbe costituire un'importante indicazione per interventi di ampia portata. In questa prospettiva i biomarker, indicatori di neuropatologia e di malattie vascolari, potrebbero essere utili per caratterizzare interventi mirati. La review è di particolare interesse; passa in rassegna le diverse modalità per rilevare i meccanismi di resilienza e gli studi controllati riguardo alle diverse tipologie di intervento (sociali, ambientali, sullo stile di vita e comportamentali) in persone a rischio di demenza.

[ [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(26\)00027-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(26)00027-X/fulltext) ]

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

- **Resta meno di un mese per iscriversi alla AIP Summer School 2026**. "Le 3D della Psicogeriatría: Depressione, Delirium, Demenza". Sarà un'occasione di confronto e aggiornamento sui temi chiave della salute mentale dell'anziano, con un approccio multidisciplinare rivolto ai professionisti della cura e dell'assistenza.

Il corso dà diritto a 19 crediti E.C.M. Programma ed info:

[ <https://www.psicogeriatría.it/evento/aip-summer-school-3/> ]

-**Domani si terrà a Torino il Congresso Interregionale AIP Piemonte-Valle d'Aosta**, con un programma molto vivace, come di consueto. Ne riferirò nella newsletter di venerdì prossimo.

*-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al 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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Il cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatría*

## Newsletter AIP – 15 maggio 2026

n. 19/2026

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Damasio e l'errore di Cartesio
- L'Hantavirus: è falso dire che non siamo preoccupati
- L'emigrazione di anziani dal sud al nord
- Il commento di Stefano Crooke all'articolo di Bernabei
- Il summit della Fondazione Maratona Alzheimer
- “Diario riflessivo” a Villa Serena

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

- “Serendipity” e Mauro Colombo
- BMJ* e la salute di Trump

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Il famoso scienziato **Antonio Damasio** in “L'errore di Cartesio” scrive: “**Di fronte all'evidenza che la mente scaturisce dall'attività dei neuroni, si discute solo di questi, come se il loro funzionamento fosse indipendente da quello del resto dell'organismo**”. Questa frase, riportata da Alessandro D'Avenia, precede di decenni le recenti scoperte sull'esposoma e la relativa influenza sul processo di invecchiamento del cervello e del corpo nel suo complesso. D'Avenia ha scritto sul Corriere della Sera del 11 maggio una critica alla digitalizzazione della didattica in atto in alcuni paesi e ci ricorda che “il corpo è un cervello diffuso, più corpo si impegna più cervello si fa”. Un'indicazione precisa per chi si impegna a controllare l'invecchiamento attraverso interventi di attivazione che coinvolgono tutto il corpo in una visione unitaria.

-La vicenda del **Hantavirus** ci preoccupa, anche se varie fonti, più o meno autorevoli, cercano di tranquillizzarci. Si dice che si trasmette difficilmente da uomo a uomo; però riterrei opportuno che nel ricordo dalla tragedia del covid **le strutture che operano con anziani fragili controllino l'efficienza delle loro procedure interne**. Senza angoscia, ma con la coscienza che atti di prevenzione seri possono ridurre il pericolo per la salute e la vita delle persone fragili. Qualcuno mi ha detto che non vuole mostrare attenzione al problema per “non preoccupare gli ospiti”. Certo, l'immobilismo nella storia ha sempre cercato giustificazioni! Però, al contrario non dobbiamo rinunciare ad un atteggiamento di forte attenzione come patrimonio dei servizi per gli anziani, indipendente dai consigli esterni.

-**SVIMEZ** ha recentemente pubblicato **dati preoccupanti sull'emigrazione di persone anziane dalle regioni del Sud Italia verso quelle del nord**. Nel 2024, ad esempio, ben 184mila over 75 si sono spostati dal meridione. Le ragioni sembrano essere da una parte i ricongiungimenti familiari, ma anche la scarsa fiducia nei servizi sociosanitari delle regioni meridionali. A prescindere dalle motivazioni, per quanto delicate, è necessario considerare il peso crescente che grava sulle regioni del nord per la presenza di persone anziane che necessitano di adeguate protezioni. Quindi maggiore utilizzo degli ospedali, degli altri servizi sociosanitari, maggiore spesa farmaceutica. Non si deve peraltro dimenticare che molti anziani che emigrano privano il sud di competenze, cultura, sensibilità. Una politica in grado di prevedere l'evoluzione dei fenomeni dovrà occuparsi seriamente di questo trend, per evitare da una parte una perdita grave per il sud di energie vive e un carico eccessivo per il nord, non in grado di adattare strutture e finanziamenti.

[ [https://www.avvenire.it/attualita/i-nonna-con-la-valigia-perche-dal-sud-stanno-fuggendo-anche-gli-anziani\\_104734](https://www.avvenire.it/attualita/i-nonna-con-la-valigia-perche-dal-sud-stanno-fuggendo-anche-gli-anziani_104734) ]

-Allego il **significativo commento di Stefano Crooke al testo sulla longevità di Roberto Bernabei** "Ho letto con grande interesse l'articolo sulla longevità scritto dal Professor Bernabei e riportato nella Newsletter n. 15/2026. Il Presidente di Italia Longeva ha brillantemente puntualizzato l'invecchiamento attivo o, per meglio dire, potenzialmente più attivo, che milioni di over 65 potrebbero avere. I pregiudizi sono tanti e regnano sovrani, in questa nostra società in cui il modello è: giovane, bello ed atletico. In tale categoria ricadono poche persone e, ciò vale anche per la popolazione più giovane. Il mondo reale è, ovviamente, molto diverso da quello dipinto dai media, dalla pubblicità e dai vari 'influenzer'. Rimane il fatto che vi sono, in Italia, 15 milioni di persone over 65 anni e solo 1/3 di essi rientrano in un contesto di fragilità dello stato cognitivo/funzionale. Costoro, se vogliamo, potrebbero al limite rientrare nel concetto tradizionale di anziano. Ma tale etichetta forse non è bella neppure per loro. Dal momento che è prevalente il concetto di Miseranda Senectus e non tanto di Veneranda Senectus. Giustamente, come ha sottolineato il Professor Bernabei, c'è il problema di come definire i 10 milioni di over 65, molti in pensione, alcuni tuttora attivi come giornalisti, professionisti, artisti -anche del mondo dello spettacolo- commercianti ed imprenditori. Si tratta di un gruppo nutrito di persone le quali, hanno spesso un'età biologica ben inferiore a quella anagrafica. Essi viaggiano, fanno sport, socializzano e si mantengono intellettualmente attivi. Tantissimo è ciò che costoro potrebbero dare alla società ed al mondo del lavoro. Se non fosse, cioè, per il pensionamento coatto e, quindi, non sempre gradito. Come sappiamo, non è rara la depressione in insegnanti, dirigenti, ma anche tra gli operai, per la perdita del ruolo. Forse andrebbero rivedute le fasi della vita dell'essere umano: l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta, dal momento che neppure questa è sempre ben accolta, poiché c'è chi si reputa un 'ragazzo' anche a 40 anni e oltre! In tale ottica a 65 anni scatta il mostro: l'adulto improvvisamente diventa un anziano. Una 65 enne non viene definita dalla stampa: 'Una signora di 65 anni' bensì: 'Un'anziana di 65 anni'. Non poche persone 'sprintose' si ritrovano così non più appartenenti al mondo degli adulti. Nel Regno Unito è politicamente corretto parlare di Older Adults, in Spagna di Adultos Mayores. Questi 10 milioni di persone così diverse dalle generazioni precedenti, grazie al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, al progresso biomedico, allo stile di vita e, un po' anche ai cromosomi, rimangono pur sempre adulti o, se vogliamo: ADULTI PIU GRANDI e questo vale per tutti gli over 65. Con questa definizione, forse si riuscirebbe a mantenere anche una 'gerarchia,' intesa come una guida, nella società. Si potrebbe, cioè, recuperare un ruolo, per chi non è giovane non solo per il rispetto dovuto per chi ha vissuto più a lungo, ma anche in virtù della possibilità di godere della sua esperienza e della sua saggezza. E, soprattutto, si rimane adulti, seppure più grandi, ma non per questo da buttare via.

**-Di seguito riporto il commento di Stefano Boffelli al recente Summit della Fondazione Maratona Alzheimer.**

“Esposoma. Una visione globale.

Ho visto il Summit Alzheimer di Mercato Saraceno (I luoghi di vita, le forme dell’abitare; 8-9 maggio 2026) in modo ecumenico. Non perché lo ha introdotto, tra gli altri, il Vescovo di Cesena (uno che la sa lunga, a cui piace capire e poi sporcarsi le mani). Ma perché la visione che esce da questo meeting è interessante, sotto la regia intelligente di tutto il CDA di Fondazione Maratona Alzheimer: la demenza e i fattori di rischio e di prevenzione non più osservati solo dal punto di vista clinico, ma da architetti, amministratori, politici, preti, volontari, giardinieri, sindaci. Ed ogni aspetto ha un effetto preventivo e curativo: a cosa servono tanti farmaci, se la pianta aromatica ha un effetto comportamentale, se la casa è una cura accogliente, se rispettare l’autonomia della persona determina benessere, se il cibo stimola ricordi?

Esposoma interno ed esterno: l’insieme delle nostre esperienze di vita, della interazione fra corpo, cervello, mente e ambiente, modifica il corso della nostra vita, e il nostro ben-essere. La esposizione a fattori di rischio e fattori protettivi interagisce con un unico corpo, che è reattivo e cerca sempre una condizione di riequilibrio.

Esposoma è anche l’aspetto eco-bio-psico-sociale: come evolve il mondo, il sistema ecologico, gli aspetti nutrizionali, la socializzazione, le risposte emotive della mente. Ogni cambiamento del mondo modifica i fenomeni biologici e psicologici del nostro io interno e diventa fattore protettivo, o di rischio, anche del decadimento cognitivo, e della durata della vita in salute. Avere figli è bello e faticoso, piangono e vanno amati e curati e cresciuti, eppure lo facciamo volentieri. E senza sapere, che dopo molti anni diventano consolazione e cura, stimolo emotivo e cognitivo, protezione biologica e sociale (Shanshan, 2024). A Mercato Saraceno, ogni persona ha sottolineato questi aspetti, ognuno per la sua parte. La qualità dell’abitare, le case, il verde, i giardini, i profumi, sono importanti quanto le persone, il cibo, l’aria, l’esercizio fisico, la gioia. In un ambiente bello, e giusto, la mente e il corpo vivono sereni e rallentano l’invecchiamento e il decadimento cognitivo. In un ambiente bello, anche la demenza progredisce lenta, e i caregiver sono più sereni. Se il 20% della nostra salute dipende dall’intervento sanitario, più del 40% dipende da food, transportation, housing, and care coordination (Clapp, *Jama*, 2023). Esposoma evolve quindi nel concetto di ‘one health e one brain’: una salute dell’io in armonia con quella delle persone e del mondo, della Terra. Ogni singolo step serve: dalla clown-terapia ai caffè Alzheimer (guarda caso, due concetti espressi insieme nella very late afternoon session del Congresso AIP di Padova 2026), dagli interventi non farmacologici alle città amiche e ‘inclusive’ della demenza (Rabih Chattat), dal bello dell’abitare e del vivere (Stefano Govoni) alla relazione tra la persona e la città (Marco Trabucchi), ai Musei che riprendono, e danno vita (Francesca Masi).

Piante, attività, cammini, vacanze, ascolto, cibo buono, socialità. Aprire i nostri orizzonti ad una visione ampia, meno farmacologica e più relazionale, è la risposta all’attuale complessità della demenza”.

**-Diario Riflessivo** è il **testo** che Francesca Zerbini, un’allieva infermiera, ha **scritto dopo un periodo formativo nella RSA di Valdagno Villa Serena**. Un pezzo magistrale sulla cura che insegna moltissimo anche a noi che ci crediamo già adeguatamente formati su comportamenti che sono diversi in ogni circostanza.

“Durante il mio tirocinio del secondo anno presso il nucleo storico di Villa Serena, ho avuto modo di entrare in contatto diretto con la realtà della Casa di riposo, comprendendone progressivamente il valore fondamentale all’interno del sistema di cura. Prima di iniziare, la immaginavo semplicemente come un luogo di assistenza e accoglienza per persone anziane non più autonome. In realtà, ho scoperto che la casa di riposo rappresenta molto di più: è uno spazio complesso, vivo e

profondamente umano, in cui si intrecciano bisogni assistenziali, relazioni affettive e una continua attenzione alla dignità della persona.

Non è soltanto un luogo di cura fisica, ma un ambiente in cui si costruisce quotidianamente la qualità di vita. Qui la fragilità degli ospiti viene accolta e accompagnata attraverso una rete di professionisti che lavorano in sinergia, rendendo possibile una presa in carico globale della persona. È proprio osservando il funzionamento della struttura che ho compreso quanto essa sia un punto di riferimento essenziale non solo per gli ospiti, ma anche per le famiglie e per il territorio.

Entrando in questo contesto, mi sono trovata immersa in una realtà molto più complessa e intensa di quanto mi aspettassi, prima di iniziare immaginavo un ambiente statico e ripetitivo, ma ho scoperto invece un luogo profondamente dinamico, capace di suscitare in me emozioni contrastanti: interesse, tristezza, ma anche consolazione e, in alcuni momenti, persino sollievo.

Ho incontrato persone anziane presenti nella struttura da anni, ma anche ospiti più giovani con problematiche psichiatriche, ognuno con bisogni diversi, non solo fisici ma anche emotivi e relazionali. Ogni ospite rappresentava un mondo a sé, e spesso bastavano poche parole o gesti ripetuti per entrare in contatto con loro.

Alcuni di loro ripetevano continuamente le stesse frasi, come 'nemo?' oppure 'te si na bela tosa'. All'inizio mi sembravano semplici suoni, quasi automatici, ma con il tempo hanno assunto un significato diverso. Mi sono accorta che quelle parole mi accompagnavano anche fuori dal tirocinio: le portavo con me a casa, come se fossero diventate parte della mia quotidianità. Questo mi ha fatto riflettere su quanto l'esperienza in casa di riposo entri dentro, lasciando tracce profonde anche nei momenti più semplici.

Un aspetto che mi ha colpito particolarmente è stato il lavoro degli OSS. Prima di questo tirocinio non avevo piena consapevolezza della complessità e del valore del loro ruolo. In una casa di riposo, gli OSS sono fondamentali: non si limitano a svolgere mansioni pratiche, ma si prendono cura della persona nella sua totalità, rispettandone bisogni, tempi e dignità. Tra alzate, igiene, utilizzo del sollevatore, messe a letto e turni notturni spesso impegnativi, ho potuto comprendere quanto questo lavoro sia fisicamente ed emotivamente estenuante, e talvolta anche logorante. Eppure, proprio in questa fatica, ho visto emergere una grande umanità.

In particolare, l'incontro con Alessandro ha cambiato profondamente la mia prospettiva su questa professione. Dopo vent'anni di lavoro nella struttura, riesce ancora a trasmettere una passione autentica e coinvolgente. Da lui ho imparato che la cura della persona non si limita all'igiene del corpo, ma implica una visione globale dell'ospite: saper cogliere con uno sguardo i malumori, le difficoltà, ma anche i momenti di serenità, anche quando non vengono espressi a parole. Mi sono spesso chiesta come sia possibile mantenere, dopo così tanto tempo, un tale livello di dedizione e sensibilità. Alessandro, oltre ad essere estremamente competente e organizzato, è anche una persona capace di portare leggerezza e sorriso nel lavoro quotidiano. Grazie Alessandro.

Accanto al lavoro degli OSS, ho avuto modo di osservare più da vicino anche il ruolo infermieristico, che si è rivelato altrettanto complesso e fondamentale. L'infermiere in casa di riposo non si occupa solo della gestione terapeutica e clinica degli ospiti, ma svolge anche un importante ruolo di coordinamento e di punto di riferimento per l'équipe. Ho potuto notare quanto sia necessario saper coniugare competenze tecniche, capacità organizzative e sensibilità relazionale. Ogni intervento, dalla somministrazione della terapia alla gestione delle situazioni più delicate, richiede attenzione, responsabilità e una visione globale della persona.

Osservandole lavorare, ho compreso quanto la professione infermieristica richieda non solo competenze tecniche, ma anche sensibilità, capacità relazionali e una forte umanità.

Le mie guide sono state una grande fonte di ispirazione e riferimento:

Bianca mi ha colpita per la sua precisione e il suo modo diretto di comunicare, accompagnato da un sottotono quasi 'furbetto', ma sempre serio e professionale. Il suo approccio è deciso e organizzato, e trasmette sicurezza nella gestione delle attività quotidiane.

Manola, invece, mi ha insegnato il valore della pazienza: una pazienza che a tratti sembra infinita, unita a una grande attenzione verso ogni ospite e alla capacità di organizzare il lavoro cercando di andare incontro ai bisogni di tutti. Il suo modo di prendersi cura degli altri è costante, discreto e profondamente rispettoso dei tempi di ciascuno.

Di Cristina ho ammirato la sua profonda spiritualità, che riesce a portare nel lavoro quotidiano e nel rapporto con gli ospiti. In lei l'assistenza sembra assumere anche una dimensione quasi religiosa: ogni gesto è accompagnato da rispetto, attenzione e dà un senso di presenza che va oltre il semplice compito professionale. La sua capacità di affrontare le situazioni con prontezza, unita al suo senso dell'umorismo, contribuisce a creare un clima umano e accogliente, capace di alleggerire anche i momenti più difficili.

Tre donne con una grande esperienza, dalle quali sento di poter solo imparare. Mi piacerebbe, un giorno, riuscire a diventare come loro.

Questo tirocinio mi ha lasciato molto più di quanto immaginassi: non solo competenze, ma soprattutto consapevolezza. Mi ha insegnato che prendersi cura significa esserci davvero, anche nei piccoli gesti, anche nella fatica quotidiana, anche quando le parole non bastano.

Tra quelle stanze ho lasciato una parte di me, ma ne ho portata via una ancora più grande: fatta di sguardi, voci e fragilità che mi hanno insegnato, più di ogni altra cosa, cosa significa davvero prendersi cura. “

#### **DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE**

##### **-Mauro Colombo e serendipity**

“Questo ‘angolo’ secondo me è **una dimostrazione concreta della esistenza della “serendipità”: mentre mi stavo attrezzando per il pezzo sui fattori di rischio per le demenze ad esordio precoce / tardivo**, *JAMA Network Open* esce, nel numero del 29 aprile, con un articolo – a libero accesso – sul rapporto fra biomarcatori plasmatici ed esiti clinici nella demenza ad esordio precoce [1].

Notoriamente, la diagnosi di demenza a esordio precoce è complessa a causa dei sintomi atipici e dell'eterogeneità clinica, che complicano sia la diagnosi precoce che la prognosi. Quanto ai biomarcatori plasmatici, i progressi compiuti nel settore hanno permesso di identificare nei neurofilamenti a catena leggera [neurofilament light chain (NfL)] – indicatori di neurodegenerazione assonale – un segnale che ha prestazioni diagnostiche e prognostiche superiori rispetto alla t-tau plasmatica nelle sindromi da degenerazione lobare frontotemporale (FTLD) e da malattia di Alzheimer (AD). A conferma di quanto sostenuto mediante le voci bibliografiche 12 e 13 di [1], un lavoro non riportato nella bibliografia di [1] che vede come primo autore il triestino Alberto Benussi (citato in 2 articoli precedenti in [1], ed accompagnato anche da 3 ricercatrici bresciane) specifica che [2]:

Il rapporto tra la catena leggera dei neurofilamenti (NfL) e la proteina p-tau217 ha mostrato la massima accuratezza nella differenziazione tra malattia di Alzheimer e demenza frontotemporale la soglia di tre riduce la necessità di esami invasivi sul liquido cerebrospinale o di tomografia a emissione di positroni (PET) per la rilevazione dell'amiloide

Oltre al loro potenziale diagnostico, numerosi studi, tra cui un ampio studio coreano, hanno dimostrato associazioni tra questi biomarcatori e il declino cognitivo. Uno studio ha osservato un aumento maggiore di NfL e GFAP [Glial fibrillary acidic protein (marcatore di attivazione astrocitica)] nell'AD a esordio precoce rispetto all'AD a esordio tardivo, il che potrebbe riflettere la traiettoria clinica più aggressiva tipicamente osservata nell'AD a esordio precoce. Tuttavia, la maggior parte delle indagini precedenti non si è concentrata specificamente sull'EOAD [Early Onset Alzheimer

Disease (Demenze di Alzheimer ad Esordio Precoce)]. Inoltre, pochi studi hanno esaminato sistematicamente i cambiamenti longitudinali nei biomarcatori associati al declino cognitivo nella malattia di Alzheimer a esordio precoce sporadica, e questo vale anche per la demenza frontotemporale, sottolineando la necessità di ulteriori ricerche in questi gruppi clinicamente distinti.

Su queste basi poggia la indagine riportata in [1], cui ha contribuito un vasto stuolo di studiosi, affiliati ad istituzioni sparse pressoché in tutti i continenti <sup>#</sup>. Tale ricerca ha sfruttato lo studio longitudinale sulla demenza a esordio precoce e sui familiari (LEAF), avviato in Corea del Sud nel 2021, con l'obiettivo di caratterizzare la demenza a esordio precoce in termini di caratteristiche cliniche longitudinali, fattori di rischio, varianti patogene e biomarcatori. Osservando le traiettorie longitudinali di tre biomarcatori plasmatici (plasma p-tau217, GFAP e NfL), e le loro associazioni con gli esiti clinici nei sottogruppi di EOAD e FTD della coorte LEAF, sono stati posti i due seguenti obiettivi di ricerca:

come p-tau217, GFAP e NfL sono cambiati nel tempo nell'EOAD e nella FTD, e se i livelli basali o le variazioni longitudinali di questi biomarcatori fossero associati al declino cognitivo e funzionale nell'EOAD e nella FTD.

L'ipotesi di partenza era che i livelli basali e le variazioni longitudinali dei biomarcatori plasmatici avrebbero mostrato associazioni differenziali con gli esiti clinici nell'EOAD rispetto alla FTD, supportando la loro distinta utilità per il monitoraggio della malattia e la stratificazione degli studi clinici.

Lo studio LEAF è uno studio clinico osservazionale di coorte che coinvolge 34 centri in tutta la Corea del Sud. L'esposizione dei risultati ha seguito le indicazioni delle linee guida "STROBE". Sono stati inclusi pazienti con EOAD e FTD positivi alla  $\beta$ -amiloide (rilevata mediante tomografia ad emissione di positroni o da analisi liquorali), sottoposti a prelievi ematici annuali e valutazione clinica, durante un periodo di osservazione di circa 2 anni. La coorte LEAF comprendeva pazienti con continuum di demenza a esordio precoce (EOAD) con positività per la proteina A $\beta$ , demenza frontotemporale (FTD) e altre forme di demenza a esordio precoce. Il continuum di EOAD comprendeva il declino cognitivo soggettivo, il deterioramento cognitivo lieve e la demenza di Alzheimer, come definiti dai rispettivi criteri diagnostici. La sindrome FTD comprende 6 sottotipi clinici: variante comportamentale della FTD (32 pazienti), variante semantica dell'afasia progressiva primaria (29), variante non fluente/agrammatica dell'afasia progressiva primaria (11), FTD-malattia del motoneurone (0 casi), sindrome da paralisi sopranucleare progressiva (2) e sindrome cortico-basale (3). Anche queste diagnosi hanno rispettato i criteri di riferimento nella letteratura internazionale. I tre biomarcatori sono stati dosati con la metodica ultrasensibile 'Single Molecule Array' ("SIMOA"). Quali esiti clinici sono stati adoperati il Mini Mental State Examination (MMSE) e la Clinical Dementia Rating–Sum of Boxes [CDR-SB], compresa una sua versione modificata costruita appositamente per la FTD (con un punteggio massimo di 24, dove anche in questa versione a punteggi più elevati corrisponde una situazione clinico-funzionale peggiore).

I 245 partecipanti nel sottogruppo EOAD (2/3 femmine) avevano una età media di  $61,8 \pm 5,4$  anni; i 77 del gruppo FTD (3/5 femmine) di  $65,1 \pm 7,3$  anni. Per entrambi i gruppi, la scolarità era di circa 11 anni, la durata della malattia al momento dell'inserimento nello studio di circa 5 anni, il punteggio medio MMSE vicino a 18/30, quello CDR-SB (versione originale) circa 6,5/30; le differenze riguardavano invece la positività PET ad A $\beta$  (100 % per definizione in EOAD contro 9,1 % in FTD) e nella quota di portatori di APOE  $\epsilon$ 4 (metà dei soggetti EOAD rispetto ad 1 su 6 per FTD). Altre differenze rilevanti riguardavano i livelli dei 3 biomarcatori plasmatici: doppi in EOAD rispetto a FTD per p-tau217 e GFAP, il contrario per NfL.

I risultati sono messi in evidenza da figure a colori <sup>§</sup>.

Le concentrazioni dei biomarcatori hanno seguito traiettorie del tutto diverse fra i 2 gruppi: incremento per tutti 3 nella EOAD, contro sostanziale stazionarietà per FTD, sia pure con una tendenza all'aumento per NfL (1° quesito di ricerca).

I livelli basali di tutti i 3 biomarcatori sono risultati associati al declino nei punteggi del Mini-Mental State Examination (MMSE) e del Clinical Dementia Rating–Sum of Boxes (CDR-SB) nel gruppo con malattia di Alzheimer a esordio precoce (EOAD); nel gruppo FTD, solo GFAP e NfL sono risultati associati al declino del punteggio MMSE. Un ulteriore livello di analisi riguarda i cambiamenti nel tempo nei livelli dei biomarcatori con gli esiti clinici. Nel gruppo EOAD, gli aumenti annuali del livello di p-tau217 sono stati associati al peggioramento del punteggio CDR-SB, mentre gli aumenti dei livelli di GFAP e NfL sono stati associati al declino del punteggio MMSE; nessuna di queste associazioni è stata osservata nel gruppo FTD <sup>5</sup> (2° quesito di ricerca).

In discussione si dichiara come i risultati abbiano permesso di rispondere ai 2 quesiti di ricerca, cogliendo due traiettorie diverse per i due gruppi di pazienti: in particolare, gli incrementi nel tempo nelle concentrazioni plasmatiche dei 3 biomarcatori, e la associazione – differenziata - di questi ultimi con gli esiti cognitivi e funzionali, per la sola EOAD, a conferma di studi precedenti. In maggiore dettaglio, l'associazione dei livelli di p-tau217 e GFAP con gli esiti clinici è stata di maggiore entità nelle fasi iniziali (CDR <1), mentre il livello di p-tau217 non presentava tale associazione nelle fasi successive (CDR ≥ 1).

Le associazioni tra le concentrazioni di GFAP e NfL e il declino del punteggio MMSE nel gruppo FTD sono parzialmente coerenti con i risultati di studi precedenti, a sostegno dell'idea che NfL sia più efficace di GFAP nella diagnosi e nel monitoraggio della FTD. Le associazioni tra i livelli dei biomarcatori plasmatici e il punteggio CDR-SB modificato per la FTLD nel gruppo totale di pazienti con FTD erano di minore entità rispetto a quelle osservate con il punteggio MMSE. Tra i motivi riportati per tale attenuazione, ho selezionato – oltre alla brevità della osservazione longitudinale – la eterogeneità del complesso di sindromi associati alla FTLD in termini di declino cognitivo e funzionale, che a sua volta può venire colta con vari livelli di sensibilità anche dalla forma appositamente modificata di CDR-SB. Con la cautela dovuta alle “analisi esplorative”, viene indicato che nella variante comportamentale della demenza frontotemporale, sia i livelli di GFAP che quelli di NfL erano associati al declino cognitivo, mentre nella variante semantica dell'afasia progressiva primaria, solo il livello di GFAP era associato al declino cognitivo.

Un aumento relativamente maggiore del livello di GFAP nell'AD rispetto alla FTD nel presente studio potrebbe suggerire che la GFAP abbia un'associazione più robusta con la patologia Aβ che con la patologia eterogenea della FTLD. Un altro elemento di plausibilità biologica dei risultati di [1] riposa nelle direzioni neuropatologiche verso cui i tre marcatori plasmatici sono rivolti. La p-tau217 riflette la fosforilazione della proteina tau associata all'Aβ nelle fasi iniziali della malattia: perciò potrebbe essere meno sensibile alla progressione dinamica successiva della patologia tau. Viceversa i marcatori che si pongono più a valle nel processo, come GFAP e NfL, potrebbero monitorare meglio la neurodegenerazione in corso e quindi mostrare associazioni con il declino del punteggio MMSE nelle fasi avanzate della malattia. In questo contesto, le variazioni dei livelli di NfL sono associate alla fenocconversione e al declino cognitivo nella demenza frontotemporale.

# a ribadire – casomai fosse ancora necessario – come la scienza può gettare ponti, che magari la “geopolitica” abbatte ... Mentre scrivo il pezzo, la radio trasmette una canzone dei “Giganti” di quando ero ragazzino: “... mettete dei fiori nei vostri cannoni ...” [“Proposta” (1967)]. Canto tentando di inserirmi un po' goffamente nella armonia sostenuta dal basso morbido di Sergio De Martino (fratello di quel Mino che collaborerà con Franco Battiato): il ritornello porta alle “molecole malate”, come quelle prodotte dalle decine di guerre sparse in giro per il mondo; rimanendo sul tema, in questi pomeriggi radio RAI 3 attraverso il programma “Ad alta voce” manda in onda la

audio-lettura di 'Preghiera per Cernobyl', del premio Nobel 2015 per la letteratura Svjatlana Aljaksandraŭna Aleksievič.

§ nota statistica: dopo trasformazione logaritmica (per ridurre la asimmetria), i dati sono stati analizzati mediante modelli lineari ad effetti misti"

[1] Jang, H., Lee, S. M., Kim, H. J., Jung, N. Y., Zetterberg, H., Blennow, K., Apostolova, L. G., Moon, S. Y., Kim, E. J., & Longitudinal Study of Early-Onset Dementia and Family Members (LEAF) Investigators (2026). Plasma Biomarkers and Clinical Outcomes in Early-Onset Dementia. *JAMA network open*, 9(4), e269687. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.9687>

[2] Benussi, A., Huber, H., Tan, K., Cantoni, V., Rivolta, J., Cotelli, M. S., Benedet, A. L., Blennow, K., Zetterberg, H., Ashton, N. J., & Borroni, B. (2025). Plasma p-tau217 and neurofilament/p-tau217 ratio in differentiating Alzheimer's disease from syndromes associated with frontotemporal lobar degeneration. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(2), e14482. <https://doi.org/10.1002/alz.14482>

-**BMJ** del 22 aprile pubblica il **commento** di uno degli editori del giornale riguardo al **giudizio che i medici possono dare sulla salute mentale del presidente Trump**. Lo stesso Trump ha dichiarato al Wall Street Journal in gennaio che "La mia salute è perfetta". Hanno diritto i medici a dare giudizi sulla salute mentale del Presidente in mancanza di un rapporto clinico diretto? In particolare la British Psychological Society ha richiamato il codice etico, secondo il quale nessun professionista può dare un giudizio su un qualsiasi cittadino se non dopo una visita accurata. Penso si davvero una dimostrazione di civiltà, alla quale dobbiamo attenerci.

[ <https://www.bmj.com/content/393/bmj.s750> ]

*-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al 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 grazie vivissimo alle colleghe e ai colleghi che ci hanno scritto ringraziando per il nostro lavoro di redazione della newsletter. Chiedo la loro collaborazione anche attraverso suggerimenti per migliorare i e contenuti e le modalità espressive della nostra newsletter.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica



## Newsletter AIP – 8 maggio 2026

n. 18/2026

*In questi giorni abbiamo celebrato il 50° Anniversario del terremoto del Friuli.*

*Ricordo l'evento perché nel corso di una conferenza che tenevo a Brescia ci fu comunicata la notizia, accompagnata dalla richiesta ai medici presenti di rendersi disponibili per associarsi alle colonne di aiuto che stavano partendo nella notte.*

*Fu un esempio straordinario di intelligenza, generosità, organizzazione (si), organizzazione: non esisteva ancora la protezione civile, ma la spontanea disponibilità di tante organizzazioni e di tanti singoli permise che i soccorsi fossero ordinati ed efficienti).*

*La gente del Friuli ci insegnò il significato della parola comunità.*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Una RSA al mare
- Una partigiana di 102 anni
- Un elicotterista di 90 anni
- Una legge per la casa (finalmente!)
- La storia di una competenza al servizio degli anziani ospiti delle RSA

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- Angelo Bianchetti e il dibattito sull'efficacia dei farmaci anti-amiloide
- Un pensiero per la festa della mamma di Mariagrazia Colombo

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

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

Ringrazio la direttrice della Residenza Anni d'Oro. Per il testo che ci inviò, a dimostrazione di come la natura possa avere un ruolo importante nelle RSA (troppo cemento accorcia la vita!).

- *Ma i vecchi, se avessi un'auto da caricarne tanti. Mi piacerebbe un giorno portarli al mare ...*  
(I Vecchi - Claudio Baglioni)

**Tanti anziani hanno amato il mare in passato, ma con il passare del tempo hanno dovuto rinunciare.** Troppo difficile raggiungere la spiaggia, nessuno che li possa accompagnare, servizi igienici non adeguati e altre difficoltà quotidiane, fanno in modo che piano piano si rinunci a vivere dei momenti di libertà e socializzazione.

Quando le condizioni di salute peggiorano e si presentano difficoltà cognitive, tante persone anziane si isolano e a smettono di coltivare le proprie passioni. Un po' per difficoltà, un po' per vergogna, un po' perché non si sentono compresi.

**A Cagliari**, più precisamente a Quartu Sant'Elena c'è una risposta a queste difficoltà. **La Residenza**

**Anni d'Oro** è una comunità che accoglie persone anziane sia autosufficienti, che non autosufficienti con demenza.

La particolarità è proprio il cancello sulla spiaggia, che **dà la possibilità ai residenti, alle famiglie e agli operatori di godersi il mare tutto l'anno**. Non una navetta, non una strada da attraversare, non il mare visto da lontano, ma proprio i piedi sulla sabbia direttamente dal giardino. Sappiamo bene che gli anziani non riescono a usufruirne in autonomia, e anche i familiari spesso hanno difficoltà ad organizzarsi per andare al mare con i propri cari. Per questo motivo nei mesi estivi, non solo è possibile avere l'ombrellone e la sdraio sulla spiaggia, ma anche fare il bagno in sicurezza insieme al fisioterapista e agli educatori. Laddove le condizioni lo consentano, si fanno sessioni di acquagym alle quali possono partecipare anche i familiari e se lo desiderano le persone che stanno in spiaggia. Durante gli altri periodi in cui la temperatura dell'acqua è troppo fredda, il grande giardino sul mare consente comunque di ospitare tante feste, attività ed eventi, coinvolgendo le famiglie e godendo dell'aria salubre.

La Residenza Anni d'Oro è la prima residenza in Italia con l'accesso diretto alla spiaggia.

**-Una partigiana di 102 racconta la sua storia:** "Ho un proiettile nel polmone, ogni respiro vuol dire libertà". A 19 anni faceva la staffetta, portava armi e documenti. È ancora vivacissima nello sguardo e nel pensiero. L'impegno, il ricordo, la forza di un'idea sono condizioni che permettono una vita lunga, conservando una perfetta funzionalità del cervello. Quello della signora Maria Airaudo di Luserna è un modello di vita che non fa invecchiare: una scelta che dura da più di 80 anni, una difesa delle proprie scelte, una partecipazione ancora viva alle vicende della nostra collettività. Quando si discute di rapporto tra genetica ed esposoma, l'esempio della signora Maria potrebbe essere portato come esempio: ha scelto durante la guerra di impegnarsi per la libertà e continua ancor oggi ad esserne una testimone credibile. La libertà (o almeno l'aspirazione alla libertà) mantiene giovani!

**-A 90 anni guida ancora l'elicottero, il signor Vincenzo Motolese di Grottaglie, il più anziano elicotterista del mondo.** Ha passato controlli rigorosi, che hanno autorizzato la continuazione della sua passione per il volo. L'esempio mi interessa in modo particolare pensando al problema della guida dell'auto, che vede troppo spesso atteggiamenti restrittivi nei riguardi delle persone anziane. Sogno che la tecnologia, molto avanzata nel dare possibilità della guida autonoma ai taxi, possa avanzare a tal punto da essere in grado di assistere l'anziano nella guida, quando si fosse dimostrata la sua ridotta autonomia, però senza sostituirlo completamente (la gioia di guidare va rispettata). Qualcuno lo potrebbe ritenere un sogno, ma 10 anni fa chi avrebbe, ad esempio, sognato i vantaggi alla nostra vita personale e collettiva che sarebbero derivati da Claude?

**-Il governo ha approvato** in questi giorni **un disegno di legge** di grande importanza per il nostro paese, **dedicato al problema della casa** (100.000 mila nuovi alloggi in 10 anni, riqualificazione dei vecchi edifici, controllo sulle modalità degli affitti, in modo da evitare gli abusi da parte degli inquilini, mettendo così sul mercato una grande quantità di appartamenti, oggi non affittati). Ricordo che l'ultimo vero intervento sulla casa è stato quello del Piano Fanfani, che ha realizzato 355.000 nuovi appartamenti negli anni '50 (ovviamente qualsiasi confronto non è possibile, viste le oggettive differenze). Ricordo anche che i governi del passato hanno trascurato di inserire la costruzione di case popolari nel PNRR; sono stati investiti molti miliardi in cattedrali del deserto, che non vedranno mai la luce, mentre è stata trascurata una seria politica della casa. Mi auguro che nella stesura di decreti attuativi del disegno di legge appena approvato si tenga in evidenza il problema della casa per gli anziani, in grave crisi in particolare riguardo alle case popolari (mancata manutenzione, assenza di ascensori, condizioni igieniche precarie). Il Piano casa dovrà inoltre organizzare interventi integrati per singoli territori, prevedendo anche interventi di cohousing su

larga scala. Nel dare merito al governo per il disegno di legge, speriamo che venga rapidamente approvato dalle camere e che i decreti attuativi non restino sepolti nei ministeri, dedicando attenzione alle varie competenze necessarie per affrontare il delicato problema della casa per le persone di età avanzata (il luogo dove l'anziano trova la tranquillità).

**-La dottoressa Simona Gentile**, collega di grandi capacità con la quale collaboriamo da molti anni, **ha descritto** nel testo accluso **il suo itinerario professionale al servizio degli anziani non autosufficienti**. Mi permetto di sottolineare, oltre a tutto il resto di un itinerario professionale di alto livello, la tappa più recente della sua storia di impegno, cioè l'istituzione di una cattedra di geriatria all'interno della RSA che dirige in collegamento con l'università di Brescia. È il primo modello di una collaborazione importantissima, da una parte per la formazione universitaria dei giovani medici (e degli altri operatori sanitari) sulle tematiche della fragilità e della cura nelle istituzioni per anziani, dall'altra per permettere studi e ricerche a livello internazionale su dati epidemiologici e clinici originati dalla RSA diretta dalla collega Gentile, nella quale opera il professor Alessandro Morandi, associato di geriatria. Un'impresa di alto livello, che onora Gentile e Morandi; un augurio che il modello di Cremona possa essere replicato in altre realtà.

“Nel 1990 ho incominciato a lavorare nelle RSA dapprima in provincia di Pavia e poi di Cremona. Man mano che gli anni passavano mutavano i miei luoghi di lavoro (RSA, Riabilitazione) e le mie responsabilità sino ad arrivare nel 2021 a diventare il Direttore Sanitario, e per 20 mesi ho avuto anche l'avventura di fare il Direttore Generale, della più grande struttura della provincia di Cremona, l'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale (ASCS), una delle poche strutture pubbliche della regione Lombardia. ASCS nasce il 1° gennaio 2004, dopo lo scioglimento di due ex I.P.A.B. Cremonesi (II.PP.A.B. Riunite e Centro Geriatrico Cremonese) su impulso del Comune di Cremona. L'Azienda eredita e persegue il ruolo sociale avuto nella città dagli Enti della Beneficenza, antiche istituzioni che hanno disegnato il profilo inconfondibile delle attività assistenziali cremonesi e lombarde. In questi anni ASCS così come la maggior parte delle strutture sociosanitarie si è trasformata da un RSA a un Azienda multiservizi.

La Struttura Sanitaria Assistenziale offre accoglienza residenziale a 368 anziani, 40 sono posti letto nei nuclei Alzheimer. 78 posti letto sono dedicati a tre reparti di Cure Intermedie/servizi riabilitativi (ex IDR). In ASCS sono poi presenti due Comunità alloggio (36 posti letto) destinati a utenti parzialmente autosufficienti. Dal punto di vista dei servizi semi residenziali, l'Azienda gestisce 4 Centri Diurni Integrati (CDI), per un totale di 120 posti, 40 posti di questi sono destinati ad ospiti con deficit cognitivo. L'offerta si completa con servizi domiciliari ed ambulatoriali. Attraverso il servizio C-DOM e la prestazione domiciliare 'RSA aperta' gli operatori di Cremona Solidale arrivano nella casa della persona (anziano, disabile o – più genericamente – cittadino in stato di bisogno) per offrirle delle prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, e più in generale assistenziali in grado di garantirne un elevato livello di benessere e funzionalità, consentendole – nel contempo – di rimanere a casa propria anche grazie alle cure ricevute. Gli ambulatori, in regime convenzionato e privatistico, offrono un'ampia gamma di servizi e visite specialistiche. In particolare nel 2023 abbiamo ricevuto il riconoscimento da parte della Regione dell'ambulatorio, in sistema sanitario, di Geriatria e quindi anche del CDCD.

Nel 2022 abbiamo identificato un referente Medico, il dottor Alessandro Morandi, per lo sviluppo e la promozione delle attività di Ricerca, nella consapevolezza che una 'cura appropriata' nasce solo da una costante formazione e dalla ricerca. Sempre a partire dal 2022, la nostra Azienda ha promosso la ripresa e lo sviluppo di percorsi strategici di formazione e specializzazione con l'Università ed altri Enti deputati alla formazione. Con l'Università di Brescia, in accordo con l'ASST di Cremona sono stati sviluppati i tirocini dei Corsi di Laurea in Infermieristica e Fisioterapia, dal 2024 in sinergia con ATS Valpadana la convenzione con il corso di laurea in Assistenza Sanitaria,

sempre nel 2024 la convenzione con la Cattolica di Brescia il corso per Assistente Sociale ed Educatore. Numerosi sono anche i tirocini delle Scuole Professionali del territorio dedicate alle figure sociosanitarie (ASA e OSS). Il coinvolgimento dei professionisti di Cremona Solidale, come docenti e tutor, da una parte valorizza il know-how interno e dall'altra porta ad accogliere le sfide portate dai più giovani che obbligano ad una maggiore formazione e passione a chi già da molti anni presta il proprio servizio.

Nel 2023 siamo diventati Struttura Complementare dell'Università degli Studi di Brescia, mettendo a disposizione dell'Ateneo, per le esigenze della Scuola di Specializzazione in Geriatria, strutture, mezzi e personale. L'Università utilizza la struttura ai fini del completamento della formazione accademica e professionale degli iscritti alla Scuola stessa. Ma l'innovazione probabilmente più rilevante per l'Azienda in questi anni è consistita, nello stipulare una convenzione con l'Università di Brescia, per il finanziamento di un posto di professore Associato della suddetta Università per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca.

La scelta di divenire Polo Universitario è stata dettata dalla volontà di creare un percorso che vada verso il modello della 'teaching, nursing home' cioè un luogo dove oltre a fornire assistenza e cura, si fa crescere attraverso formazione e ricerca tutto il personale (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, e più in generale tutte le professionalità sanitarie) e nel contempo si formano i futuri professionisti.

Il 9 aprile di quest'anno presso l'Aula Magna dell'Ospedale di Cremona si è svolta la cerimonia di apertura dell'Anno Accademico 2025/2026 dei corsi di laurea in Infermieristica Fisioterapia e Assistenza Sanitaria dell'Università di Brescia (sede di Cremona), alla presenza del Magnifico Rettore Prof. Castelli, della Prorettice, Dottoressa Apostoli, e delle Direzioni dell'ASST di Cremona e dell'ATS Valpadana e di numerosissime autorità della città e molti studenti dei corsi. Con grande orgoglio ho assistito alla prolusione su "Longevità e Invecchiamento in salute" fatta dall'associato che ora lavora presso ASCS, il Professor Alessandro Morandi, un medico che ho visto crescere per più di dieci anni nella professione clinica e nella ricerca. Dalla sua lezione i numeri, ad esempio i 3.8 milioni di anziani che presentano una grave riduzione dell'autonomia, hanno fatto emergere l'evidente necessità di ripensare al servizio sanitario, rafforzando l'integrazione tra ospedale, territorio, medicina generale e servizi sociosanitari. Centrale il tema della prevenzione: promuovere attività fisica, stimolare la cognitività, la socialità, intercettare precocemente i segni di fragilità, come parte fondamentale per aderire ad un approccio pienamente in linea con i modelli più innovativi di presa in carico. Fondamentale anche il ruolo degli studenti delle professioni sanitarie, oltre che di geriatria, per informare e sensibilizzare la popolazione. Il messaggio di Alessandro Morandi: il futuro della sanità passa da competenze, integrazione e partecipazione attiva, credo sia mutuato dal suo lavoro di ricercatore ma indubbiamente anche dalla sua crescita in un ambiente come le strutture riabilitative e sociosanitarie dove l'integrazione, il lavoro corale è da sempre l'unico possibile strumento di cura. L'orgoglio di quella mattina è stato però legato anche alla presenza, in una cornice così importante, di una struttura sociosanitaria che 'faceva lezione'.

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

-Di seguito l'angolo di **Mauro Colombo**. Mi permetto di aggiungere le scuse più sentite al nostro caro, grande autore, perché nella stesura della newsletter della settimana scorsa non abbiamo avuto la pazienza di attendere il suo testo. Grazie Mauro per non averci fatto pesare la nostra scortesia!

"Comincio con un doveroso ringraziamento al prof. Trabucchi ed alla segreteria GRG per il supplemento alla newsletter del 30 aprile 2026, con cui ha amichevolmente <sup>§</sup> recuperato il mio 'angolo', dopo il mancato invio del consueto pezzo settimanale. In realtà si è trattato di un banale disguido: avevo preparato il contributo con ampio anticipo, anche tenendo conto del 1° maggio che

cadeva di venerdì. Soddisfatto del prodotto, visto anche che mi riferivo ad un articolo fresco 'di stampa' (digitale), mi sono auto-premiato uscendo la sera a guardare Giove e la Luna dai telescopi degli astrofili, nella piazza sopraelevata del castello sforzesco, a Vigevano. Il giorno dopo ho iniziato a stendere il pezzo per la rubrica Facebook di AIP, e nei giorni successivi ho ripreso a setacciare altra letteratura in vista di prossimi 'angoli', senza provvedere prima a spedire quanto già predisposto. Dopo questa dovuta premessa, eccomi "puntualmente" (sic! ...) a commentare un lavoro [1] che avevo citato fuggacemente in calce al pezzo apparso sulla newsletter del 24 aprile, dedicato al vecchio articolo di *Neurology* sui rapporti fra pressione arteriosa e tracciati elettroencefalografici in persone anziane; avevo approfittato della occasione per rifarmi ai preziosi insegnamenti del Prof. Ugo Cavalieri <sup>£</sup>.

Mantengo la promessa rifacendomi ad un lavoro cui ha contribuito uno stuolo di Autori affiliati a svariati istituti su entrambe le sponde dell'Atlantico <sup>#</sup>, tra i quali segnalo Archana Singh-Manoux (epidemiologa operativa allo INSERM di Parigi ed allo University College di Londra, che per me è sinonimo di garanzia scientifica). L'oggetto dello studio consiste in una indagine prospettica di coorte per raffrontare i fattori di rischio di demenza ad esordio precoce verso tardivo.

La soglia dei 65 anni che distingue queste due condizioni è stata scelta in base al rilievo sociale (relativo alle interazioni interpersonali o su piccola scala) e societario (strutturale, su larga scala) della forma ad esordio sotto ai 65 anni. Anzi, proprio la preminenza di tali fattori sociali e societari sulle implicazioni cliniche muove la curiosità scientifica di verificare eventuali modificazioni nel ruolo dei fattori di rischio spostando la età discriminante convenzionale di esordio. Se per un verso è vero che in generale alle forme ad esordio precoce viene attribuito un peso relativamente maggiore della componente genetica <sup>§</sup>, e la possibilità di differenti presentazioni cliniche – in particolare per i domini cognitivi inizialmente interessati -, gran parte della nostra conoscenza dei fattori di rischio per questo tipo di demenza deriva da studi che comprendono principalmente casi a esordio tardivo. Non è perciò chiaro se i fattori di rischio per la demenza a esordio tardivo siano anche fattori di rischio per la demenza a esordio precoce e se abbiano la stessa entità di effetto. Sebbene siano stati condotti alcuni studi per stimare l'associazione tra fattori di rischio modificabili e demenza a esordio precoce, i risultati sono incoerenti, soprattutto per i fattori di rischio cardiovascolare come l'ipertensione e il diabete. A queste difficoltà vanno aggiunte quelle legate alle etnie studiate, ed ai sottotipi di demenza.

Da qui lo sforzo di sfruttare i dati armonizzati di 5 grandi studi: dati della biobanca del Regno Unito e dai 4 studi prospettici afferenti al Dementia Risk Prediction Project (DRPP): Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, Framingham Heart Study (FHS), Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) (statunitensi), e Whitehall II <sup>£</sup>. Trattandosi di una osservazione longitudinale, di durata mediana 13,7 anni (con ambito interquartile 12,9 – 14,4), alcune persone sono appartenute sia al gruppo a rischio di demenza ad esordio "giovanile" che senile, per un totale di 544.442 partecipanti, di età media  $56,3 \pm 8,3$  anni (compresa inizialmente fra i 24 e gli 86 anni), 46 % maschi, quasi tutti bianchi; quasi 5 su 6 avevano una istruzione superiore a quella obbligatoria. Hanno sviluppato una qualche forma di demenza 807 persone con esordio entro i 65 anni, e 14.253 con esordio dopo quella soglia di età.

Nei confronti della demenza sviluppata sotto i 65 anni, sono risultati fattori indipendenti di rischio, espressi come rapporto di rischio [Hazard Ratio (HR)] ed intervallo di confidenza al 95 % (95 % CI): livello di istruzione obbligatoria od inferiore [HR = 1.99 (95 % CI = 1.67–2.38)], diabete [HR = 2.45 (95 % CI = 1.99–3.03)], depressione [HR = 2.73 (95 % CI = 2.34–3.20)], fumo [HR = 1.86 (95 % CI = 1.56–2.22)], obesità [HR = 1.24 (95 % CI = 1.04–1.48)], inattività fisica [HR = 1.33 (95 % CI = 1.11–1.59)], consumo eccessivo di alcol <sup>@</sup> [HR = 1.22 (95 % CI = 1.01–1.47)]. Il sesso femminile ha prodotto un rapporto di rischio < 1 [protettivo (tenendo conto che anche gli intervalli di confidenza al 95 % si

sono mantenuti < 1]) sia per la demenza ad esordio < 65 anni [HR = 0,7 (95 % CI = 0,61 – 0,8)] che > 65 anni [HR = 0,85 (95 % CI = 0,82 – 0,88)].

Diverse esposizioni sono risultate associate più fortemente alla demenza a esordio precoce che a quella ad esordio tardivo: per scolarità, diabete, obesità, depressione e fumo – che pure conservavano, sia pure attenuata, una veste di fattore di rischio anche per i soggetti che hanno sviluppato demenza dopo i 65 anni -la differenza nella forza di associazione era statisticamente significativa. L'intervallo di confidenza al 95 % per il consumo eccessivo di alcol era compreso fra 0,97 e 1,08, così da perdere la significatività statistica per le forme ad esordio tardivo, nonostante un rapporto di rischio = 1,03.

Per la ipertensione arteriosa – di qualunque livello – vale solo una tendenza non statisticamente significativa, rispetto alla demenza ad entrambe le età di esordio.

Nelle analisi di sensibilità, l'uso di farmaci ipolipemizzanti è risultato associato a maggiore rischio di demenza per le due età di insorgenza, a differenza della ipercolesterolemia, che ha mostrato solo una tendenza non statisticamente significativa verso entrambe.

Quando la soglia di età per la occorrenza di demenza è stata spostata con incrementi di 5 anni da 60 a 80 anni, le associazioni di sesso femminile rispetto a quello maschile, livello di istruzione inferiore rispetto a quello superiore, diabete rispetto a non diabete, depressione rispetto a non depressione, consumo eccessivo di alcol rispetto a consumo nullo o moderato, fumo attuale rispetto a non fumo, e inattività fisica, sono state attenuate. L'associazione con l'obesità è scomparsa quando la soglia di età è stata spostata a 70 anni o più, e alle stesse soglie di età, l'associazione con il sovrappeso è passata da nulla a protettiva.

Da una figura a colori alla pagina 43 della - voluminosa – appendice all'articolo (anch'essa a libero accesso, come l'originale) si può ricavare che, nei confronti della demenza ad esordio precoce, il sovrappeso risulta dannoso in caso di esposizioni cominciate prima della età di 57 anni, mentre l'obesità risulta protettiva, in caso di esposizioni iniziate successivamente ai 57 anni, rispetto ad una normale complessione fisica.

Confrontando le associazioni per la demenza a esordio precoce e la demenza a esordio tardivo all'interno di ciascun sottotipo di demenza, il modello per ciascun fattore di rischio era generalmente coerente con i risultati della demenza a esordio precoce e della demenza a esordio tardivo di qualsiasi causa, pur con qualche eccezione. I fattori di rischio erano generalmente più fortemente associati alla demenza vascolare che alla malattia di Alzheimer.

In discussione viene ricordato come le persone con il rischio più elevato di demenza erano quelle con ipertensione in età adulta, seguita da ipotensione in età avanzata [2]. I risultati della presente analisi di sensibilità, stratificata per età al basale, supportano questa ipotesi; tuttavia, la potenza statistica di [1] è ancora piuttosto bassa, per cui queste analisi dovrebbero essere interpretate come esplorative.

Ancora, i risultati relativi alla depressione si sono attenuati quando è stato utilizzato un periodo di latenza di 10 anni, il che è in linea con la possibilità che la depressione possa essere sia un fattore di rischio che un sintomo precoce della demenza.

Ma i risultati dell'analisi per gli altri fattori di rischio si sono dimostrati robusti rispetto a potenziali causalità inversa, errati classificazione dell'esposizione e controllo dei fattori confondenti. Anche se riferirsi alla esposizione basale (rilevata all'inizio della osservazione) costituisce un limite esplicito dello studio – con l'invito a prendere in considerazione una esposizione longitudinale, per accrescere l'interesse eziologico di future indagini – i risultati delle analisi di sensibilità con periodi di latenza di 3 e 10 anni, volti a verificare la presenza di causalità inversa, non hanno tuttavia modificato le conclusioni generali. Infine, la ampiezza del campione, le modalità di analisi formale delle associazioni e la indagine sugli effetti della modifica della età – soglia di occorrenza della demenza rappresentano dei dichiarati punti di forza di [1].

<sup>§</sup> mia mamma (97enne) ha commentato la vicenda così: ‘si vede che il prof. Trabucchi ti vuole bene’; le ho dato ragione pienamente

<sup>£</sup> il Prof. Cavaliere, a partire dagli anni '50 [era nato nel '18] ha scritto moltissimo in ambito di Gerontologia Clinica (e sociale); ma per motivi bibliografici è difficilissimo recuperare i suoi articoli ed i suoi libri. Nella sua visione ‘organicistica’ di ‘tutto funzionale’, al termine ‘fattore di rischio’ – di sapore ‘meccanicistico’ - avrebbe preferito quello di ‘fattore di instabilità’ (biologica), in accordo con il logico Alfred North Whitehead: “... nello spirito della asserzione che la scienza vive e si sviluppa in un continuo interscambio tra una componente ordinaria ed una filosofica (Feyerabend)”. [da “Anziani e salute: il ruolo della prevenzione”, Francisci editore (1983), pag. 118]

<sup>#</sup> ad onta di mitomani trogloditi che le vogliono separare, preferendo le sponde del Don e del Giordano ... [opinione personale]

<sup>£</sup> un importante studio prospettico di coorte avviato nel 1985 per indagare le cause delle disuguaglianze sociali nella salute tra 10.308 dipendenti pubblici britannici

<sup>@</sup> l’abuso di alcol era riferito a consumi > 168 grammi / settimana [soglia equivalente a quasi 200 ml di vino al giorno (ndr)]; a confronto venivano accomunati in una unica categoria gli astemi e coloro che assumevano < 168 grammi / settimana. Un articolo di *JAMA Neurology* citato in bibliografia (voce 7) in [1] riporta, fra i 15 fattori di rischio per demenza ad esordio precoce (< 65 anni), per la maggior parte modificabili (visto il peso relativamente scarso delle componenti genetiche <sup>§</sup>, al contrario delle aspettative), sia la mancata assunzione che il consumo disordinato di alcol [3]: vedi anche la newsletter del 19 gennaio 2024 (disponibile sul sito AIP), dove viene riportato un “angolo” dedicato appunto ai fattori di rischio per la demenza ad esordio precoce.

[1] Giorgio, K., Stephen, J. J., Mansolf, M., Peterson, E. A., Gross, A. L., Briceño, E. M., Levine, D. A., Helmer, C., Debette, S., Soumaré, A., Ikram, M. A., Wolters, F. J., Seshadri, S., Satizabal, C. L., Himali, J. J., Launer, L. J., Li, D., Mbangdadi, D., Lloyd-Jones, D. M., Sorond, F. A., ... Sedaghat, S. (2026). Risk factors for early-onset and late-onset dementia: a prospective cohort study. *The lancet. Healthy longevity*, 7(3), 100831. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100831>

[2] Walker, K. A., Sharrett, A. R., Wu, A., Schneider, A. L. C., Albert, M., Lutsey, P. L., Bandeen-Roche, K., Coresh, J., Gross, A. L., Windham, B. G., Knopman, D. S., Power, M. C., Rawlings, A. M., Mosley, T. H., & Gottesman, R. F. (2019). Association of Midlife to Late-Life Blood Pressure Patterns With Incident Dementia. *JAMA*, 322(6), 535–545. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10575>

[3] Hendriks, S., Ranson, J. M., Peetoom, K., Lourida, I., Tai, X. Y., de Vugt, M., Llewellyn, D. J., & Köhler, S. (2023). Risk Factors for Young-Onset Dementia in the UK Biobank. *JAMA Neurology*, e234929. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.4929>

-**Angelo Bianchetti**, che da molti decenni svolge un ruolo primario nell’ambito della ricerca e della clinica sull’Alzheimer, **interviene con autorevolezza nel dibattito che si recentemente sviluppato attorno all’efficacia clinica dei nuovi anticorpi contro l’amiloide**. Sono certo che i nostri lettori apprezzeranno un testo chiaro, che ci permette di orientarci su un argomento di enorme rilevanza clinica, organizzativa, umana. Grazie Angelo!

La recente pubblicazione della *Cochrane Review* sull’efficacia dei farmaci anti-amiloide per il trattamento della malattia di Alzheimer ha destato interesse ed anche clamore e giunge in un momento particolarmente delicato perché è prossima la commercializzazione di due di questi farmaci nel nostro Paese. Come è noto, infatti, è in corso in Italia la procedura per l’autorizzazione alla rimborsabilità dei due farmaci anti-amiloide già autorizzati dall’EMA, donanemab e lecanemab. L’iter di valutazione di AIFA non si è concluso e sta incontrando ostacoli, sia di tipo organizzativo (l’organizzazione dei centri per la somministrazione del farmaco non è agevole e non è uniforme in tutte le Regioni italiane) che di tipo clinico (ancora si sta discutendo sui criteri di prescrivibilità del farmaco, sul ruolo dei biomarcatori plasmatici rispetto a quelli liquorali o di altra natura, sulle

modalità di monitoraggio del farmaco e dei suoi effetti collaterali) e, naturalmente, di tipo economico (il costo annuale del trattamento, inclusi i costi indiretti, dovrebbe aggirarsi tra 35 e 40.000 € per paziente). A ciò si aggiunge il recente (del 16 marzo 2026) parere negativo della Commissione scientifica ed economica (Cse) dell'AIFA per i due farmaci; parere non vincolante ma significativo.

La review della Cochrane ha analizzato 17 studi clinici randomizzati (20.342 partecipanti) condotti su sette diversi anticorpi (aducanumab, bapineuzumab, crenezumab, donanemab, gantenerumab, lecanemab e solanezumab) in pazienti con demenza lieve dovuta a malattia di Alzheimer o mild cognitive impairment. La review conclude che l'effetto a 18 mesi sulle funzioni cognitive è irrilevante o nullo (differenza media standardizzata, SMD, di -0,11). In termini assoluti, il miglioramento sulla scala ADAS-Cog è stato di soli 0,85 punti, un valore molto inferiore alla differenza minima clinicamente significativa (MCID) di 2-4 punti. L'effetto dei trattamenti sulla scala CDR-SB (che definisce la gravità clinica della malattia) è stato considerato trascurabile (SMD -0,12), corrispondente a una riduzione di appena 0,29 punti (la MCID è di 1-2 punti). L'impatto dei trattamenti sullo stato funzionale è stato considerato minimo o nullo. È stato riscontrato un aumento del rischio di ARIA (anomalie dell'imaging correlate all'amiloide), come edema cerebrale (ARIA-E) e micro-emorragie (ARIA-H) rispetto al placebo. Per queste ragioni gli autori concludono che i trattamenti che tendono a rimuovere l'amiloide dal cervello non sembrano associarsi a effetti clinicamente significativi e suggeriscono che la ricerca futura dovrebbe esplorare altri meccanismi d'azione. La Cochrane ha riassunto i risultati attraverso una meta-analisi che utilizza un modello matematico che dà maggiore importanza agli studi con risultati più precisi (metodo della varianza inversa) e che considera il fatto che i risultati possano variare da uno studio all'altro (effetti casuali). Questo metodo permette di combinare i dati derivanti da studi diversi (per farmaco, dosaggio, gravità della malattia), dare più peso agli studi più precisi, che coinvolgono un numero maggiore di partecipanti e presentano risultati più solidi, tenere in considerazione le differenze tra i vari studi, accettando l'idea che l'effetto del farmaco possa variare leggermente in base alle diverse popolazioni trattate, ai dosaggi o ai tipi di anticorpo utilizzati e quindi fornire una stima più realistica e prudente dei benefici clinici, evitando di sovrastimare i risultati quando gli studi inclusi sono eterogenei tra loro.

Proprio questo metodo di analisi, che aggrega farmaci diversi in studi diversi, è alla base delle critiche alla Cochrane review che Nick Fox e colleghi hanno pubblicato su Lancet. In sostanza gli autori criticano l'approccio della Cochrane, sostenendo che le conclusioni siano "fondamentalmente minate" da un errore metodologico di aggregazione. La Cochrane ha raggruppato farmaci con target biologici molto diversi. Mentre le prime generazioni (come bapineuzumab o solanezumab) non hanno rimosso efficacemente l'amiloide e sono fallite sul piano clinico, le nuove generazioni di farmaci (e tra questi proprio lecanemab e donanemab) hanno determinato una clearance massiccia dell'amiloide a livello cerebrale e dimostrato una maggiore efficacia clinica, con un rallentamento del declino cognitivo statisticamente significativo (circa il 27% per lecanemab). Inserendo nel pool dati di farmaci inattivi o abbandonati, la Cochrane ha diluito i segnali positivi emergenti dai farmaci più efficaci. Un aspetto importante sul piano clinico è l'interpretazione dei risultati dei trattamenti. Fox e coll sostengono che anche una riduzione moderata del declino può essere significativa per pazienti e caregiver se ritarda la perdita di indipendenza o il ricorso all'istituzionalizzazione. L'utilizzo, pertanto, di soglie predefinite e arbitrarie per la definizione di efficacia significativa contrasta con il valore che pazienti e caregiver possono dare a tali miglioramenti. Anche per le ARIA vi è, secondo gli autori, un problema metodologico di valutazione dei tassi e interpretativo poiché nella gran parte dei casi si tratta di eventi gestibili sul piano clinico. In conclusione, secondo Fox e coll, la domanda non è più se questi farmaci funzionino (lecanemab e donanemab sono approvati e

utilizzati ormai in molti Paesi), ma quali singoli farmaci lo facciano in modo sicuro e significativo per il paziente.

Il dibattito come è possibile vedere è dunque ancora aperto. Certamente sul piano clinico i risultati ottenuti dai farmaci anti-amiloide non sono soddisfacenti, e da più parti ci si interroga se davvero sia definitivamente chiarito il rapporto fra elementi patologici (deposito di amiloide in primis), sintomi clinici e elementi causali (si veda a questo proposito il recente lavoro di Ferreira e coll). Con questo non si vuole negare che anche minimi miglioramenti della storia clinica dei pazienti possono avere grande significato, anche se non vanno dimenticati la gran parte dei pazienti (circa il 90%) che, non potendo essere trattati con questi farmaci, hanno comunque diritto a cure e attenzione. Molto si può fare anche sul piano non farmacologico, a costi molto più contenuti ed efficacia certa (come anche ci ricordano le recenti linee guida dell'ISS). Il dibattito sull'introduzione dei nuovi farmaci anti-amiloide non dovrebbe essere fine a sé stesso, ma portare ad una attenzione maggiore ai problemi di tutte le persone con demenza ed alle loro famiglie.

<sup>1</sup> Nonino\_F, Minozzi\_S, Sambati\_L, Del Giovane\_C, Baldin\_E, Bassi\_MC, De Santis\_C, Gonzalez-Lorenzo\_M, Vignatelli\_L, Filippini\_G, Richard\_E. Amyloid-beta-targeting monoclonal antibodies for people with mild cognitive impairment or mild dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2026, Issue 4. Art. No.: CD016297. DOI: 10.1002/14651858.CD016297.

<sup>2</sup>Guirgis, HM., 2026. The Cost of Alzheimer Drug Treatment. *Medical Research Archives*, 2026;14(1).

<sup>3</sup> Fox NC, Kohlhaas S, Schott JM. Alzheimer's disease immunotherapy and the amyloid hypothesis: when aggregation obscures interpretation. *Lancet*. 2026 Apr 23:S0140-6736(26)00789-0. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00789-0. Epub ahead of print. PMID: 42035783.

<sup>4</sup> Ferreira D, Chmiela T, Eriksdotter M, Jack CR Jr, Kalpouzos G, Marseglia A, Mecocci P, Nordberg A, Religa D, Westman E. Co-pathologies and biological processes beyond amyloid-beta and tau in people with Alzheimer's disease: Evidence from clinical cohort studies. *J Intern Med*. 2026 Apr 16. doi: 10.1111/joim.70096. Epub ahead of print. PMID: 41988825.

-Domenica è la festa della mamma. Penso faccia piacere a chi ci legge.

**Un pensiero alle mamme** di Mariagrazia Colombo

Auguri, Mamma

La tua pelle è ancora candida  
come le lenzuola che stendevamo d'estate.

I tuoi occhi chiusi

hanno ancora quel ceruleo

che avevi fiera solo tu.

Il silenzio è il nostro ultimo linguaggio,

io ti parlo lo stesso.

I nostri baci leggeri

sono l'oblio di un amore spezzato.

Perché certe madri si amano di più

quando non possono più rispondere,

eppure sanno ancora sentire.

Buon compleanno, mamma.

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

*-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al 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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.*

Un saluto cordiale, ma soprattutto un vivo ringraziamento alle amiche e agli amici che di tanto in tanto inviano una mail di supporto. Non molti, ma sono molto cari e soprattutto danno senso all'impegno di fornire all'AIP uno strumento per la formazione e la discussione delle dinamiche sempre in crescita attorno al mondo della psicogeriatrica. Inoltre, sarebbe molto utile per la nostra newsletter se colleghi e colleghe volessero inviarci qualche contributo di interesse comune. Grazie!

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatrica*