

Newsletter AIP – 3 luglio 2026

n. 26/2026

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ancora sul caldo, le fragilità e le possibili risposte
- Le RSA vanno rispettate
- Le pensioni e i servizi residenziali
- Il punto di Guaita sulle rette delle RSA
- La collaborazione con *I Luoghi della Cura*
- Il contributo di Filippi sulla “longevità”
- Un pensiero al Venezuela
- Fondazione Maratona Alzheimer. Un corso per i caregiver nel caldo dell'estate

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo e i 5 anni di impegno
- Lancet Healthy Longevity* e gli antipsicotici nella demenza
- JAMA* e l'importanza della dieta in soggetti con patologia Alzheimer

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- commento alla scuola estiva AIP
- Congresso AIP Puglia e Basilicata
- Le pagine social AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Il caldo di questi giorni ha suscitato grande attenzione degli studiosi e della politica più seria.

Allego il testo del mio articolo comparso su *Avvenire* del 26 giugno, nel quale collego la possibilità concreta di combattere il caldo da parte degli anziani alla presenza di una rete che accompagni e renda possibili le indicazioni e i consigli; questi, da soli, non ottengono grandi risultati per la salute delle persone fragili. Ma le reti, esclusi pochi casi davvero virtuosi, non si costruiscono da sole...

Di seguito riporto un brano di un'intervista data dall'assessore Bertolaso, persona di elevata sensibilità sociale e grande organizzatore, al *Corriere della Sera* del 28 giugno: “Abbiamo ormai un numero di anziani soli impressionante, direi quasi inaccettabile, alcuni non del tutto autosufficienti. Abbiamo moltissima assistenza domiciliare, è vero, ma anche lì bisogna trovare nuovi paradigmi, perché così non si può andare avanti. Solo nell'area dell'ATS di Milano ci sono quasi 450mila over 75. Servono monitoraggio continuo, assistenza, capacità di intercettare tutti, anche nei periodi di ferie. È un altro tema che non si può affrontare ogni volta a maggio. La strategia andrà pianificata per anni, e organizzata a livello nazionale”. Grazie assessore Bertolaso, ma inizi a muoversi con la

Lombardia, dove Lei è ascoltato...gli altri seguiranno (???!).[https://www.avvenire.it/idee-e-commenti/il-caldo-gli-anziani-e-la-fraternita-che-protegge_110183]

-Ho letto su un giornale un'affermazione incredibile riguardante le RSA: **"Il grido degli anziani è soffocato, nascosto dietro le mura di questi istituti**. Spesso il cibo è di bassa qualità, mancano i condizionatori e ultimamente si va verificando un fenomeno che considero tragico, se non vergognoso: per risparmiare non si distribuiscono più nemmeno le bottigliette d'acqua, ma si usano le caraffe, più difficili da utilizzare per gli utenti". Mi sembrano affermazioni che si riferiscono ad un altro mondo! Il sottoscritto, che conosce bene le RSA della Lombardia, del Veneto, del Trentino e dell'Emilia Romagna, non ha mai incontrato condizioni come quelle descritte. Sono dispiaciuto per affermazioni che offendono operatori di ogni livello i quali, sempre, ma in particolare in questi giorni, si impegnano senza sosta e senza badare alla fatica per lenire le difficoltà causate dal caldo. Ma ancora di più sono dispiaciuto perché i famigliari degli ospiti possono pensare che i loro cari sono finiti in luoghi dove non sono rispettati nella loro dignità e nemmeno adeguatamente curati. **Questa newsletter è disponibile per aprire un dibattito sulla tematica, che metta in luce senza ambiguità le ombre del sistema delle residenze**, ma anche le luci, quelle che permettono a moltissimi anziani malati e non autosufficienti di vivere in un luogo di vita sereno. In questi giorni sono stato a Pieve di Bono Pezzo, in Trentino, dove ho incontrato una comunità che crede nel compito di assistere i suoi concittadini con generosità e intelligenza. Uno dei moltissimi esempi dove il benessere somatico e psicologico dell'ospite è l'obiettivo primario dell'organizzazione di una RSA, tanto più nei momenti di difficoltà. Però, sarei grato a chi volesse smentire la mia esperienza; **pubblicherò qualsiasi informazione in disaccordo con quanto sostenuto in queste righe**.

-**Dalla lettura di alcuni dati pubblicati di recente ho calcolato che la media delle pensioni in provincia di Verona è di 1676 euro lordi al mese. I numeri mi hanno interessato e preoccupato in senso generale come cittadino**; più nello specifico, ho voluto confrontare questa cifra con le rette per le residenze per anziani (RSA, Case di riposo, Centri servizi, ecc.), il cui ammontare nella stessa area è in media di 1800-2000 euro. Come è possibile conciliare le due cifre? Attorno a questo tema si apre la discussione, sempre molto difficile, sull'utilizzo dei risparmi dell'anziano, sull'eventuale contributo dei parenti, sul supporto da parte dei Comuni. In particolare, la problematica riguarda le persone affette da demenza, per le quali sono richieste tariffe più alte; inoltre, recentemente da più parti è stata richiesta la gratuità del ricovero (vedi di seguito su questa newsletter il contributo sull'argomento del dottor Antonio Guaita, certamente il più grande esperto di queste problematiche). È un problema particolarmente grave, che tenderà a peggiorare nei prossimi anni, in attesa di prospettive che non sono ancora chiare. Ma vi è attenzione per queste dinamiche? Chi se ne occupa? Non ha cambiato nulla l'articolo 24 del Dlgs 29/2024, che prevede un assegno di 850 euro che si aggiunge all'indennità di accompagnamento (551 euro nel 2026), per remunerare i costi sostenuti per l'assistenza, affidata a lavoratori domestici in regola o fornita da imprese qualificate. È infatti un contributo dall'accessibilità molto limitata, dati i requisiti troppo stringenti; si calcola che le domande presentate sono appena 6500. Una goccia nel mare!

Lo scenario potrebbe essere così sommariamente schematizzato (mi scuso per le semplificazioni!):
a) bassi salari e basse pensioni che rendono difficile per le famiglie il ricovero di un loro caro nelle residenze per anziani le quali, a loro volta, devono affrontare l'aumento generalizzato dei costi (si tenga conto, inoltre, che con decisione improvvida, a suo tempo le residenze sono state completamente escluse dai provvedimenti del PNRR); b) riduzione negli ultimi anni del numero delle badanti assunte regolarmente (probabilmente si sono trasformate in lavoratori in nero per ridurre i costi della famiglia); c) le irreali condizioni richieste per accedere all'assegno di 850 euro per

remunerare l'assistenza. In sostanza, tutta l'area dell'assistenza alle persone non autosufficienti andrebbe studiata unitariamente, per superare l'attuale confusione, nella quale le famiglie si sentono disorientate e abbandonate.

-Allego l'approfondimento tematico di Antonio Guaita riguardante "Le rette delle RSA: una questione molto complessa", riportato nella newsletter 13/2026 dell'Osservatorio demenze dell'ISS. Le osservazioni di Guaita sono, come sempre, equilibrate e rappresentano un importante contributo alla discussione della tematica che in questi mesi sta provocando disagio in molte realtà, sotto la pressione delle famiglie e delle sentenze di alcuni tribunali. Perché non riceviamo indicazioni precise dai decisori? Sembra che il sistema della residenzialità dell'anziano non interessi, mentre è uno dei punti indispensabili per garantire la serenità delle nostre comunità che invecchiano. Oppure i decisori non sanno cosa fare attorno ad una problematica così complessa e lasciano i cittadini nell'incertezza, **sempre meglio tacere che decidere...**

Approfondimenti tematici – Le rette delle RSA: una questione molto complessa

La sentenza del tribunale di Roma, n. 7943/2026 del 20 maggio, interviene sul tema del pagamento delle rette RSA per le persone affette da demenza di Alzheimer, riconoscendo alla Regione Lazio un ruolo diretto, con conseguente imputazione dei rapporti giuridici. In questo, riconferma e allarga quanto già stabilito dalle sentenze della Cassazione; dalle Corti d'appello le hanno applicate ai contratti, in contrasto con i LEA 2001 (legge attuativa dell'articolo 117 della Costituzione, lettera "m", che come tale dovrebbe prevalere su altre norme). Queste decisioni, nate da ricorsi di familiari, secondo quanto analizzato dal "patto per la non autosufficienza"

(<https://www.pattononautosufficienza.it/>) creano disparità con altri non autosufficienti, mettono a rischio la sostenibilità delle strutture, non danno priorità a chi ha meno, danneggiano i lavoratori del settore, disincentivano l'assistenza domiciliare e ostacolano l'attuazione della legge 33/2023.

Questi gli elementi critici di una sentenza che all'apparenza favorisce malati e famiglie:

-Primo: crea una disparità con le persone non autosufficienti per altre condizioni clinico-funzionali, che sono escluse da tale beneficio.

-Secondo: farà diminuire il numero di strutture che accolgono malati di Alzheimer. Dato il quadro di assoluta incertezza e il fatto che inizialmente dovrebbero essere loro a rimborsare le famiglie, per poi avviare una procedura complessa e incerta per recuperare le risorse dalle aziende sanitarie, il numero delle strutture che rifiutano questi malati è destinato a crescere.

-Terzo: non dà priorità a chi ha meno. Azzerare le rette per tutti significa anche impiegare fondi pubblici per finanziare la gratuità ai benestanti

-Quarto: disincentiva la domiciliarità. Disincentiva le forme di assistenza domiciliare o comunitaria, spingendo le famiglie verso la residenzialità, data la sua gratuità.

-Quinto: pagheranno i lavoratori. In assenza di un intervento normativo, i mancati pagamenti delle rette faranno crescere le difficoltà finanziarie delle residenze. E chi ne pagherà le conseguenze saranno gli operatori delle RSA.

-Sesto: è in contrasto con lo spirito della legge quadro sulla non autosufficienza, la legge 33/2023. Si producono aspettative irreali nelle famiglie, si alimenta ulteriormente la sfiducia verso le istituzioni pubbliche e si mette in subbuglio il mondo dei gestori. Complessivamente, il clima si incattivisce ed assume sempre più le parvenze del "tutti contro tutti", un clima opposto a quello promosso dalla legge 33/2023.

Qualcosa si muove e cerca di porre rimedio, grazie all'azione del "patto per la non autosufficienza", un'associazione che raccoglie 60 organizzazioni nazionali e locali. Il Patto propone un intervento

normativo immediato, di carattere transitorio, per superare questo caos, con la Legge di Bilancio che finanzia i mancati pagamenti senza risolvere il problema alla radice. **È necessario un riordino complessivo della compartecipazione alla spesa per l'assistenza agli anziani**, basato su regole certe, accesso universale ed equità nelle rette, da attuarsi entro il 2026. Su questo vi sono già stati incontri con la commissione sanità della conferenza delle regioni che hanno condiviso la sostanza della proposta.

-Iniziamo una collaborazione sistematica con la rivista *I Luoghi della Cura*, che da molti anni pubblica articoli di grande importanza e utilità sui problemi delle persone anziane fragili e sui servizi a loro dedicati. Di seguito il messaggio di presentazione del prof. Cristiano Gori, lo studioso che in questi anni si è speso con maggior impegno e intelligenza a favore degli anziani fragili. Lo ringraziamo assieme al suo staff per l'alleanza con la rivista da lui diretta; insieme, certamente potremo aumentare la sensibilità diffusa e la preparazione tecnica sui problemi riguardanti gli anziani fragili.

“Segnaliamo la messa online della nuova piattaforma digitale de *I Luoghi della cura* online, rivista che da oltre vent'anni di storia accompagna in Italia il dibattito sull'invecchiamento e sulla cura delle persone anziane. Nell'editoriale, disponibile a questo link, il Direttore Cristiano Gori presenta il progetto e le sue direttrici principali:

- Il percorso: dalla nascita nel 2003 alla transizione al digitale nel 2018, fino al ruolo di riferimento nazionale raggiunto oggi.

- La nuova piattaforma: progettata per facilitare l'incontro tra studiosi, professionisti, caregiver e cittadini.

- Il laboratorio permanente: la volontà di rafforzare lo scambio tra ricerca, pratiche dei servizi ed esperienze territoriali.

- L'accessibilità: l'integrazione dell'intero archivio storico in un ambiente moderno e funzionale.

I Luoghi della cura vuole essere uno spazio in cui le conoscenze maturate sul campo alimentano il dibattito scientifico e, viceversa, dove i risultati della ricerca si traducono in orientamenti e innovazioni per chi opera quotidianamente nei servizi. Un filo diretto tra studio e intervento, tra riflessione e azione. Le logiche di fondo, che orientano il piano editoriale, rimangono la pluralità degli sguardi, l'approfondimento critico, il rigore scientifico e la costante attenzione alla realtà concreta delle persone. Il patrimonio di contributi pubblicati dal 2003 resta integralmente a disposizione dei lettori”.

-Riporto un interessante articolo dell'amico Severino Filippi, pubblicato su *Il Corriere Apuano*, in sintonia con le mie critiche **sull'attenzione alla “Longevità”**, parola misteriosa e retorica, che non offre alcuna seria risposta all'invecchiamento e alle problematiche riguardanti la salute dell'anziano. *Le nuove frontiere della longevità. Ovvero: vivremo più a lungo tutti o solo alcuni?*

Nel settembre scorso in una conversazione a margine di un incontro ufficiale, il presidente cinese Xi Jinping e il presidente russo Putin parlavano affabilmente di longevità e immortalità: “La biotecnologia si sta sviluppando continuamente, gli organi umani possono essere trapiantati incessantemente. Più a lungo si vive e più si diventa giovani e si può persino raggiungere l'immortalità” “Alcuni prevedono che in questo secolo gli esseri umani potranno raggiungere i 150 anni”.

Ebbene, le “nuove frontiere della longevità” sono argomento suggestivo di conversazione per i leader mondiali, ma da tempo anche i magnati delle grandi aziende tecnologiche sono interessati ed investono sul tema.

Jeff Bezos proprietario di Amazon è finanziatore di Altos Labs, un progetto nato per sviluppare terapie di rigenerazione biologica e “ringiovanimento cellulare”. Peter Thiel, cofondatore di PayPal e Palantir, ha sovvenzionato svariate aziende di biotecnologie e ha espresso interesse per la crioconservazione post-mortem nella speranza che la medicina trovi poi le cure necessarie che rendano possibile un ritorno in vita. **Elon Musk considera l'invecchiamento un problema "estremamente risolvibile"** e ha dichiarato che l'estensione ampia della vita o il suo raddoppio sono obiettivi possibili.

Ma oltre le suggestioni di leader e miliardari la domanda di elisir di lunga vita cresce e proliferano i “Longevity Center”, centri medici progettati per prevenire l'invecchiamento. Includono l'uso di una diagnostica avanzata, check-up e test epigenetici per stabilire l'età biologica reale, identificazione di biomarcatori di invecchiamento per mappare lo stato di salute. Un “Manager della Longevità” definisce poi un programma su misura che unisce medicina anti-aging, nutrizione personalizzata, integrazione di vitamine, minerali, aminoacidi e antiossidanti e stile di vita. Operano all'interno di un panorama scientifico ibrido, dove pilastri della medicina preventiva fortemente consolidati convivono con terapie emergenti non ancora validate da studi clinici a lungo termine. Il tutto è a carico del privato cittadino a meno che questi non abbia una polizza assicurativa di fascia alta.

Così la longevità diventa bene di consumo di lusso destinato a seguire le logiche del marketing in un prossimo grande business globale. Quali sono i rischi della longevità commerciale? La critica principale riguarda l'accessibilità.

Il 25 e 26 maggio scorsi a Roma, presso l'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, seconda edizione del Vatican Longevity Summit ha evidenziato il rischio concreto di andare verso una “Longevità di élite”. Già oggi, in molti paesi, le persone con redditi e livelli di istruzione più elevati tendono a vivere più a lungo e con meno anni di malattia rispetto ai gruppi socialmente svantaggiati. Le nuove tecnologie per la longevità potrebbero ampliare questo divario se i loro benefici fossero accessibili solo a chi ha maggiori risorse economiche.

In più, le nuove cure biologiche avanzate e le innovazioni tecnologiche hanno costi sempre più alti e alla portata di pochi paesi e di classi privilegiate. La conclusione del summit è stata che “la longevità o sarà democratica e accessibile, o rappresenterà il più grande fallimento etico della modernità.

Per questo il dibattito sulla longevità deve coinvolgere non solo la biologia ma anche l'economia e la politica. Tuttavia, anche ammesso che i sistemi sanitari universali favoriscano una distribuzione più equa delle nuove e costose cure, la longevità non è data solo da innovazioni tecnologiche.

Nell'ultimo secolo, per estendere la durata e la qualità di vita l'umanità ha fatto leva su terapie e tecnologie ma ancor di più su riforme sociali: servizi sanitari universalistici, prevenzione ambientale, igiene pubblica, sicurezza alimentare, istruzione. C'è oggi un fattore emergente sempre più importante: le relazioni sociali.

L'isolamento è uno dei predittivi più forti di mortalità precoce. Coltivare amicizie profonde e legami familiari stabili protegge la salute emotiva e cardiovascolare. Partecipare ad attività di volontariato, associazioni o gruppi di quartiere mantiene attivi e connessi. Frequentare persone di età diverse stimola la mente e combatte la solitudine. Per questo servono città accoglienti, architetture urbane che incentivano l'aggregazione sociale spontanea e le opportunità di comunicazione e interazione, trasporti pubblici fruibili, spazi condivisi, riduzione della solitudine soprattutto per i più fragili. **Più di un Longevity Center serve un Ministero della Solitudine** come quello istituito dal governo inglese nel 2018.

La sfida quindi è prima di tutto politica: garantire che i progressi della medicina, ma anche l'ambiente sociale siano a beneficio e misura della longevità di tutti.

-Le notizie drammatiche dal Venezuela ci inducono a pensare alla popolazione anziana di quel paese. Sono le prime vittime del terremoto; le notizie sulla disorganizzazione di soccorsi ci impressionano particolarmente.

Mi auguro che in tutto il mondo cresca il senso di responsabilità verso le persone deboli, cittadini che nei momenti di crisi sono le prime vittime della trascuratezza e dell'improvvisazione sociale.

- Riportiamo il programma degli otto incontri settimanali organizzati via zoom dalla Fondazione Maratona Alzheimer nei mesi di luglio e agosto. È un segnale dell'attenzione verso chi si dedica alla cura dei propri cari, in particolare quando le difficoltà ambientali sono maggiori e la solitudine è una cattiva compagna.

Gli incontri (otto) sono **il giovedì, sempre alle 17.30**. Gli incontri avranno la struttura del webinar via Zoom della durata di 60 minuti, compresa la discussione.

Tavola riassuntiva delle date e degli 8 incontri

Data	Argomento	Relatori	Moderatore del webinar
1/7	50 anni di impegno per i malati di Alzheimer	Stefano Govoni Marco Trabucchi	Stefano Montalti
9/7	La lunga strada verso la diagnosi, cosa dovrebbero sapere le famiglie	Nicola Allegri e/o Alessia Rosi	Staff o Govoni
16/7	Sonno e demenza: una relazione a doppio senso	Stefano Govoni Cristina Lanni	Staff
23/7	Affrontare l'estate, il caldo e la solitudine: l'impegno concreto della Fondazione Maratona Alzheimer	Marco Trabucchi Stefano Montalti	Staff o Trabucchi
30/7	Le arti e le relazioni sociali: possono essere terapeutiche?	Silvia Vettor	Staff o Govoni
6/8	Sintomi comportamentali: oltre la sedazione	Orazio Zanetti e Angelo Bianchetti	Staff o Govoni
13/8	Il percorso dei caregiver: chi si prende cura di chi cura?	Federica Gottardi Stefano Boffelli	Staff o Govoni
20/8	Prevenzione lungo tutto l'arco della vita: quanto possiamo influenzare la salute del cervello?	Giovanni Bellelli Maria Cristina Ferrara	Marco Trabucchi

Questo schema crea un percorso coerente che parte dall'esperienza vissuta, esplora i progressi della scienza e si conclude con una visione sulla prevenzione. Un approccio di questo tipo sarà in grado di interessare contemporaneamente operatori sanitari e famiglie dei pazienti.

Link per partecipare ai webinar:

<https://us06web.zoom.us/j/88217853817?pwd=UhOr4I7d9yCFH8l032qUY9PHOfenJ9.1>

Il link è valido per tutti i webinar e porterà alla pagina di zoom dedicata all'incontro del giorno in programma. Gli ospiti verranno ammessi all'orario programmato dell'incontro.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo e il suo contributo di grande profondità scientifica, sempre con rilevanti

conseguenze sul piano clinico. Accenna nell'introduzione ai 5 anni della rubrica: grazie, grazie, carissimo Mauro! Mi faccio interprete della gratitudine nei tuoi riguardi di tantissime operatrici e operatori. **Diventiamo più vecchi, ma non perdiamo il nostro stile di cultura, studio, sperimentazione, impegno, generosità.**

“Per l'occasione odierna di ‘angolo’ riprendo la modalità di stesura con cui era stata avviata questa rubrica, quasi 5 anni fa: il prof. Trabucchi segnala un articolo, ed io lo commento. Mi riferisco ora al lavoro [1], ad opera di Autori tutti statunitensi, segnalato nella newsletter n° 23 del 12 giugno 2026. Mi sono subito incuriosito: l'articolo originale a mio avviso era scritto in modo chiaro – non per niente era stato pubblicato su *JAMA Neurology* – ma fortunatamente – per il sottoscritto – era accompagnato da un breve (2 pagine, bibliografia compresa) quanto denso editoriale [2], dove credo di avere trovato le risposte che cercavo, dopo avere dedicato molti ‘angoli’^s ad articoli che indicano potenzialità - e limiti – degli interventi preventivi sulla cognitività e sulla demenza, nella consapevolezza che si tratta di due obiettivi differenti (questione ribadita nell'editoriale).

Ecco una sintesi dell'editoriale @, limitandomi al ‘contrappunto’ critico che segue la sintesi dei risultati di [1], in alcuni passaggi:

- ❖ sul piano metodologico, il disegno dello studio [1] era di tipo ‘fattoriale’ 2 x 2 (confronto fra 4 gruppi risultanti dalla combinazione di interventi di attivazione fisica, riduzione del rischio vascolare, e gruppo di controllo), mentre altre ricerche hanno adottato un confronto dopo randomizzazione. La similitudine tra il miglioramento ottenuto nel gruppo di controllo – che seguiva le cure usuali – e quello nei gruppi di intervento potrebbe dipendere anche da un “effetto di pratica” rispetto allo strumento di valutazione, e dallo ‘effetto Hawthorn’, che si verifica quando dei partecipanti ad una ricerca modificano i propri comportamenti per il solo motivo di venire analizzati. Se rispetto al primo livello gli stessi editorialisti riconoscono che gli Autori di [1] hanno adottato appositamente versioni parallele del PACC [Preclinical Alzheimer Cognitive Composite score (misura validata ed ampiamente usata di funzionalità cognitiva globale)], per la seconda questione mi permetto di avanzare una personale contro-obiezione: l'effetto Hawthorn dovrebbe valere anche per gli studi che hanno colto un affetto favorevole degli interventi, come in effetti rilevato anche negli studi di riferimento quali ‘FINGER’ e ‘POINTER’
- ❖ per quanto modesti, gli effetti ottenuti in [1] sono simili per entità a quelli di studi con esito positivo; in ogni caso, interventi come quelli sul colesterolo LDL, la sedentarietà, il diabete, la ipertensione arteriosa sarebbero più fruttuosi se praticati durante la età di mezzo, proseguendo la osservazione per un tempo adeguatamente prolungato
- ❖ viene posta poi la questione della aderenza alle indicazioni preventive: se cioè sia possibile replicare nel mondo reale i medesimi alti livelli di compiacenza ottenuti in contesti sperimentali, specialmente là dove scarseggino le risorse socio-economiche
- ❖ infine, risulta difficile comparare studi con impianti e popolazioni differenti, per intensità ed esiti degli interventi, dimensioni e caratteristiche di partenza dei campioni

da simili premesse, scaturiscono proposte per ricerche future, mirando ad accrescerne interpretabilità e rilevanza clinica:

- il suggerimento cardinale punta all'allineamento fra esiti e scopi: l'esempio più calzante distingue miglioramenti nella funzione cognitiva a breve termine dalla riduzione del rischio di demenza a lungo termine [vedi sopra (ndr)]. Puntare a contenere l'incidenza di deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)] o la conversione da normalità a MCI, od a demenza lieve, comporta opportuni dimensionamenti del campione
- in caso di analisi ripetute nel tempo, il piano di analisi statistica deve tenere in conto la eventualità dello “effetto apprendimento” del test cognitivo

- gli studi si stanno sempre più orientando popolazioni ad alto rischio: i mezzi per selezionare la casistica in questo senso vanno crescendo, tra biomarcatori a neuroimmagini ed ematici, o magari ricorrendo ad analisi non invasive della retina, che meriterebbero un ‘angolo’ a sé stante. Anche il ricorso a prestazioni fisiologiche può aiutare in questo senso: poiché il consumo massimo di ossigeno è associato alla salute cerebrale ed alla mortalità, i candidati alla ricerca potrebbero venire selezionati fra quelli meno prestanti. Anche l’impiego di punteggi di rischio compositi – come nel caso di “POINTER”, cui è stato dedicato un ‘angolo’ specifico (vedi newsletter N° 34 del 19 agosto 2025) – può contribuire allo ‘arricchimento’ del campione, riducendone le dimensioni e migliorando la sensibilità della ricerca, ed accelerando la valutazione dell’effetto dell’intervento
- ‘Infine, data la lenta evoluzione del declino cognitivo e la rilevanza dei fattori legati allo stile di vita nella mezza età, la ricerca osservazionale rimane un complemento essenziale agli studi sperimentali. Gli studi di coorte possono essere efficacemente utilizzati per identificare sottopopolazioni ad alto rischio, misure fisiologiche surrogate sensibili all’intervento e predittive degli esiti a lungo termine, e per valutare l’impatto dei fattori di rischio legati allo stile di vita nella mezza età sugli esiti cognitivi attraverso un follow-up prolungato che sarebbe irrealizzabile nel contesto di uno studio clinico.’

Gli editorialisti – entrambi neurologi universitari ed editori associati di *JAMA Neurology* – allontanano la tentazione di sminuire come ‘donchisotteschi’ i tentativi di intervento, quasi stessimo ‘semplicemente pedalando sui tapis roulant’, come recita l’inizio del titolo dell’editoriale. Pur tenendo conto dei rilievi segnalati, giudicano che [1] “offra un’opportunità fondamentale per riflettere sulle sfide associate alla progettazione, implementazione e interpretazione degli studi di intervento sullo stile di vita per la demenza, in particolare in contrasto con i precedenti studi di intervento sullo stile di vita che hanno dato risultati positivi.”

[§] vedi per esempio gli angoli dedicati alla iniziativa pilota ‘SMARRT’ (newsletter del 26 luglio 2024) ed alla ‘buona notizia relativa alla attività fisica nel corso della vita (newsletter n° 6 del 13 febbraio 2026), ed anche a quello sul vantaggio degli interventi preventivi multidimensionali (newsletter n° 13 del 3 aprile 2026)

@ preparata da me, con tutti i miei limiti, ma senza ricorso alla intelligenza artificiale, cui non mi sono mai rivolto in questi anni, salvo qualche agevolazione nella traduzione: non per rifiuto ideologico, ma per amore di autenticità

Nota ‘letteraria’ [ma anche un po’ epistemologica: non se ne scappa neppure durante la canicola ...]: mentre annotavo il materiale per stendere il presente “angolo”, come esempio applicato a me stesso di apprendimento ad età avanzata, ho scoperto il termine ‘apofenia’, nel numero 694 – giugno 2026 - di ‘Le Scienze’. Michele Bellone, nel suo inserto ‘La tana del Bianconiglio’ all’interno della sua rubrica ‘I bastioni di Orione’ la definisce così: ‘la tendenza a scorgere connessioni, significati o schemi in dati casuali o privi di relazioni logiche’. Poco dopo ‘... l’apofenia sarebbe un adattamento evolutivo – meglio fuggire da un predatore inesistente che non vederne uno reale – che però può produrre connessioni illusorie’. L’articolo di Michele Bellone spazia dal complottismo trumpiano alla narrativa alla cinematografia; Wikipedia parla di psicosi e di pensiero apofenico in letteratura (‘l’inferno’ di Strindberg). La mia deformazione professionale mi orienta invece verso lo “errore di tipo primo” in statistica, che consiste nel credere che ci sia un effetto quando in realtà non esiste (falso positivo). In un certo senso, secondo gli Autori di [1], nella mia interpretazione, dare credito agli interventi come quelli sperimentati con esito negativo sarebbe assimilabile a credere che ci sia un effetto quando in realtà non esiste (falso positivo). Uno spirito di cautela impone sempre prudenza, ed al pensiero divergente occorre prestare attenzione; ma obietterei che rigettare la pletora di letteratura favorevole, di cui ho solo accennato a qualche esempio, potrebbe incarnare un errore di secondo tipo, che consiste nel non accorgersi di un effetto o di un cambiamento reale

(falso negativo). Anche commettere questo tipo di travisamento – mancando di cogliere la realtà - secondo me sarebbe stato altrettanto nefasto, in termini evolutivi: se gli uccelli sopravvissuti alla estinzione di massa del Cretaceo non si fossero accorti di potersi nutrire anche di semi rimasti seminasconditi ed intatti nel terreno anche dopo gli incendi, il cielo oggi sarebbe più vuoto e silenzioso ... [3]

[1] Zhang, R., Vidoni, E., Vongpatanasin, W., Kerwin, D. R., Cullum, C. M., Rossetti, H., Stowe, A. M., Billinger, S. A., Gupta, A., Hall, T., Scheel, N., Zhu, D. C., Hynan, L. S., Burns, J. M., Keller, J. N., & Binder, E. F. (2026). Effects of Exercise and Intensive Vascular Risk Reduction on Cognitive Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 83(5), 424–434. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.0359>

[2] Elser, H., & Graff-Radford, J. (2026). Tilting at Treadmills-Pitfalls and Potential of Dementia Prevention Trials. *JAMA neurology*, 83(5), 420–421. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.0370>

[3] Steve Brusatte. Gli unici dinosauri sopravvissuti. *Le Scienze* n° 694, giugno 2026, pagg. 26-33

-**Lancet Healthy Longevity** di maggio **pubblica un commento sull'argomento** sempre molto importante **della prescrizione degli antipsicotici nella demenza e il deprescribing**. Il senso del pezzo è riassunto nelle righe conclusive, nelle quali si invitano i medici ad esercitare il deprescribing con maggiore determinazione. Allo stesso tempo, però, gli autori (italiani, appartenenti alla grande scuola geriatrica dell'Università Cattolica di Roma) sottolineano l'importanza di identificare nuove e più sicure strategie per il trattamento dei BPSD. Un aspetto che resta tra i più inadeguati dell'approccio alla cura, che contribuisce pesantemente al distress del paziente, al burden dei caregiver e all'aumento dell'uso dei servizi. Peraltro, Liperoti e Onder sottolineano che uno degli aspetti più critici è rappresentato dalla discrepanza tra le indicazioni delle autorità regolatorie e la prescrizione nel mondo reale. Inoltre, giocano un ruolo critico la pressione indotta da sintomi gravi, dalla mancanza di approcci non farmacologici e dalla realistica assenza di effettive alternative terapeutiche. Rispetto a quest'ultimo punto, chi opera nel campo si trova spesso disarmato e si pone, allo stesso tempo, la domanda sui motivi della reale assenza di progresso da molti anni. **È forse un'area terapeutica che non rende abbastanza sul piano economico?**

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(26\)00044-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(26)00044-9/fulltext)]

-**JAMA Network Open** del 25 giugno si pone la domanda **se un'alta qualità della dieta si associa ad un minore rischio di demenza in anziani con una patologia di Alzheimer** (misurata attraverso p-tau217, neurofilament light chain, e glial fibrillary acid protein). Nello studio di coorte condotto su 1865 individui di età media di 70 anni è stato dimostrato che l'aderenza a diete con minore potenziale infiammatorio è associata ad un minore rischio di demenza in individui portatori di una patologia Alzheimer (hazard ratio di 0.71). Il dato è particolarmente importante, perché dimostra che le strategie preventive fondate sulla dieta hanno efficacia non solo nella popolazione generale, ma anche in individui ad elevato rischio. Un dato di interesse clinico e pratico, un contributo che permette di affermare **"non è mai troppo tardi"**!

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2850780>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La dottoressa Picciafoco ci ha inviato queste righe di commento dopo la Sua partecipazione alla scuola estiva AIP. Grazie gentile dottoressa!

Dal 18 al 21 giugno la splendida cornice di Portici ha ospitato la **Summer School AIP** "Le tre D della Psicogeriatrica: Depressione, Delirium, Demenza". Per me, giovane psicologa e ricercatrice, si è trattato della prima partecipazione a un'iniziativa dell'Associazione. **Sono arrivata con molte**

aspettative e altrettanta curiosità; ad una settimana di distanza posso affermare che non solo sono state soddisfatte, ma persino superate.

La prima riflessione che mi porto a casa, forse ancora prima dei contenuti scientifici, riguarda proprio il significato della parola *cura*. La Summer School era infatti rivolta a giovani professionisti che stanno imparando a prendersi cura degli altri. A tal proposito, credo che il primo insegnamento, seppure implicito, ci sia stato offerto dalla comunità AIP stessa. Infatti, attraverso i suoi docenti e gli organizzatori, quest'ultima si è presa cura di noi proprio nel momento in cui stavamo imparando a prenderci cura degli altri. Personalmente, credo che il valore di un'Associazione che forma professionisti della cura si misuri soprattutto dalla sua capacità di incarnare, già nel percorso formativo, quei valori che i suoi membri saranno poi chiamati a tradurre in azione ogni giorno nella relazione con le persone anziane e con le loro famiglie. Questa è una postura che ho ritrovato quasi in filigrana in ogni intervento, nelle parole dei relatori, nel tempo dedicato alle domande e nella disponibilità al confronto. La cura infatti, in fondo, si trasmette anche attraverso l'esempio e in questi giorni ho avuto la sensazione concreta che ciò accadesse. Nulla è stato lasciato al caso, dall'organizzazione all'attenzione per i bisogni di ciascun partecipante. Per questo desidero rivolgere un ringraziamento speciale alla Dott.ssa Irina Halinskaya che, credo di poter dire anche a nome degli altri partecipanti, ci ha fatto sentire accolti e accompagnati in ogni momento della Summer School. È stato, a mio avviso, un insegnamento silenzioso ma prezioso: *la cura è, prima di tutto, un atteggiamento verso le persone*. E se Irina ce lo ha insegnato con il suo illuminante intervento, ce lo ha dimostrato ancora di più attraverso il modo in cui si è *presa cura* di noi durante tutta l'esperienza. Naturalmente non sono mancati i contenuti scientifici, tutti di altissimo livello. Sarebbe impossibile rendere giustizia, in poche righe, alla ricchezza delle lezioni e delle discussioni. Alcuni interventi ci hanno consegnato l'esperienza clinica di professionisti con decenni di lavoro alle spalle, in una preziosa *traditio lampadis*, nella quale il sapere si è intrecciato ai valori; altri ci hanno mostrato quanto la ricerca ci stia avvicinando ad una comprensione sempre più approfondita e accurata del modo di affrontare le tre "D" della psicogeriatrica. Penso, tra gli altri, alle lezioni del Prof. Andrea De Bartolomeis, del Prof. Carlo Serrati, del Prof. Fabio Sambataro e della Dott.ssa Valentina Laganà, che hanno saputo coniugare rigore scientifico e grande capacità comunicativa.

Eppure, se mi chiedessero quale sia il ricordo più vivo di questi giorni, probabilmente non parlerei di una singola lezione. Parlerei dell'umanità che ha attraversato ogni intervento.

Da nuova partecipante all'AIP è questo forse l'aspetto che più mi ha colpito; per questa impronta, che mi è sembrata attraversare l'intera Associazione, desidero ringraziare tutti coloro che ne fanno parte. Un ringraziamento particolare va però al Prof. Diego De Leo, che credo abbia personalmente contribuito in modo determinante a costruire e trasmettere all'interno della comunità questa cultura dell'attenzione all'altro.

Non può mancare un cenno ai momenti informali che hanno avuto un ruolo determinante.

Le visite al Museo Nazionale Ferroviario di Pietrarsa al tramonto e agli Scavi di Ercolano, gli aperitivi, i pranzi e le cene hanno creato occasioni di condivisione che spesso proseguivano ben oltre le lezioni. Diciamo pure che il programma era così intenso che, a fine giornata, l'unico dubbio era se avremmo avuto ancora energie per il torneo di pallavolo. Puntualmente, la risposta è stata sì. Grazie a momenti come questo, in appena tre giorni si sono create relazioni che ci hanno portato a condividere non solo interessi professionali, ma anche dubbi, aspirazioni e progetti. È curioso pensare che alcune di queste persone forse non le incontrerò più. Mi auguro, però, che non sia così. Sarebbe bello se la Summer School rappresentasse non soltanto un momento formativo, ma anche l'inizio della costruzione di una rete di giovani professionisti che continui a crescere grazie all'AIP, ritrovandosi nelle prossime edizioni e, perché no, collaborando anche al di fuori di esse.

Alla fine di questi giorni torno al mio lavoro con e per le persone anziane con un bagaglio più ricco di conoscenze, riflessioni ed esperienze ma soprattutto con una convinzione più forte: la

Psicogeriatrica non è soltanto una scienza fatta di diagnosi, test, farmaci e protocolli. È un modo di guardare alle persone e un linguaggio condiviso tra professionisti con formazioni diverse. E credo che questo sia l'insegnamento più importante che la mia prima Summer School AIP mi abbia lasciato.

- Il 9 e 10 luglio si terrà a Taranto il **Congresso AIP di Puglia e Basilicata** dal titolo "Fragilità, innovazione e rete assistenziale". Qui trovate il link del programma
[<https://www.psicogeriatrica.it/evento/fragilita-innovazione-e-rete-assistenziale/>]

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB <https://www.facebook.com/psicogeriatrica>

Linkedin <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatrica/?viewAsMember=true>

Instagram https://www.instagram.com/aip_psicogeriatrica/

YouTube <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatrica>

-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, accompagnato da un interrogativo. Alcuni sostengono che in periodo di vacanze è inutile inviare la newsletter, perché sarebbe trascurata. C'è, invece, chi -più ottimisticamente- sostiene che durante le vacanze si ha più tempo per leggere e pensare... Chi ha ragione?

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Newsletter AIP – 10 luglio 2026
n. 27/2026

-Pubblico questa foto, con il permesso dell'interessata di 97 anni ospite di una residenza per anziani, per due motivi: il primo, di gran lunga più importante, perché smentisce concretamente i critici della vita nella RSA e dell'assistenza che gli anziani vi ricevono. Il secondo perché mi fa sperare che "Invecchiare non fa paura" sia realmente un messaggio che tutti possono cercare di mettere in pratica.



-La visita del Papa a Lampedusa merita la collocazione in corsivo all'inizio della newsletter. Marcello Sorgi su La Stampa del 4 luglio scrive: "13 anni fa, Francesco con quel mazzo di fiori gettato in silenzio nel mare davanti agli scogli dell'isola volle richiamare l'attenzione del mondo sulla strage dei migranti che perdevano la vita nell'ultimo tratto della loro Odissea. Oggi la disperazione, il grido di Leone serviranno a non dimenticare che dopo altri 13 anni nulla è cambiato. E tutto, purtroppo, davanti ai nostri occhi, peggiora".

- Censis: anziani sempre più fragili
- Bianchetti e la rimborsabilità di lecanemab e aducanemab
- La spesa sociale dei comuni tra aree di utenza
- St George-Hyslop ricorda il professor Foncin, amico di Amalia

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Contributo di Mauro Colombo
- NEJM*: il contributo dei Latinos alla salute dei cittadini americani
- Frontiers in *Public Health*: il covid-19 nelle RSA italiane
- JAMA*: la speranza di un vaccino per il fentanyl
- JAMA*: 50 anni di progresso per la cura dell'Alzheimer

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- convegno AIP Taranto
- Le pagine social AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- In coincidenza non voluta con l'ondata di caldo, **il CENSIS ha presentato** nei giorni scorsi **il rapporto: "Invecchiare nell'Italia della longevità"**, con i risultati di uno **studio dedicato alla valutazione della condizione degli anziani**. La meteorologia ha contribuito a concentrare l'attenzione sui dati, drammatici anche se fossero stati accompagnati da temperature più dolci. Il primo aspetto del Rapporto indica che il 36.6% degli ultra65 intervistati dichiara di avere bisogno di qualche aiuto nella vita quotidiana. Per quanto generico, il dato dimostra che in più di un terzo degli anziani vi è una diffusa incertezza, la mancanza di fiducia verso il futuro, il desiderio di essere ascoltati e accompagnati. È il triste segnale di una comunità che non garantisce protezione, tranquillità, serenità, al di là della specificità del bisogno e della condizione di salute. Non possiamo guardare a questo fatto con occhio neutrale; chi scrive, e chiunque ha cuore una collettività serena, sente il peso dell'inadeguatezza personale e collettiva. Gli scenari di violenza, di dolore, di fatica di vivere, di povertà incidono particolarmente su chi è in età avanzata (un quarto dei cittadini) e diffondono un senso di paura e di preoccupazione. Questo dato del Rapporto deve essere letto insieme con quello secondo il quale l'82.8% degli anziani indica come sua maggiore paura il dover dipendere dagli altri in futuro. Si sente il profondo bisogno di essere accompagnati (e talvolta assistiti) e, allo stesso tempo, si vive con angoscia la possibilità che questa richiesta sia senza risposta e che, quindi, l'anziano deva affrontare da solo il futuro. Il tutto peraltro diviene ancor più doloroso perché il 29.5% degli anziani vive solo, condizione che induce di per sé sofferenza.

Nell'insieme queste rilevazioni descrivono uno scenario che è fonte di preoccupazione per chi vorrebbe che una prospettiva di fraternità accompagni la vita di tutti e, in particolare, delle persone anziane, lenendone le crisi, le sofferenze, le difficoltà pratiche. Il Rapporto CENSIS non descrive scenari di speranza; però i dati demografici ed epidemiologici non devono bloccare l'impegno generoso dei singoli e della politica. I problemi sono enormi, tuttavia nella storia abbiamo molte volte superato le crisi che si sono succedute. In questa prospettiva l'insegnamento di Papa Leone XIV è importante: il progresso è, per chi crede, un dono della Provvidenza. Oggi riteniamo che l'intelligenza artificiale sia una risposta di valore per affrontare i gravi problemi posti dalla fragilità degli anziani. Dobbiamo sperare che la crisi indotta dalla modernità possa essere sconfitta da strumenti che la stessa umanità è in grado di costruire. Umanità e tecnologia devono camminare insieme per aiutare gli anziani fragili."

-Di seguito pubblichiamo **il commento di Angelo Bianchetti**, segretario generale dell'AIP, **alla decisione della commissione scientifica dell'Agenzia del Farmaco sui farmaci anti-amiloide**. È una problematica delicatissima, che coinvolge aspetti scientifici, clinici, psicologici,

economici, sociali. Rifiutiamo qualsiasi semplificazione; il testo di Bianchetti ci aiuta ad assumere una visione equilibrata e responsabile.

“Il dibattito scientifico e istituzionale sull'introduzione dei farmaci anti-amiloide in Italia ha raggiunto un punto di svolta decisivo. Nella seduta svoltasi tra il 15 e il 19 giugno 2026, la Commissione Scientifica Economica (CSE) dell'AIFA ha confermato la non ammissione alla rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per lecanemab e donanemab.

La delibera della Commissione, pubblicata il 26 giugno 2026, si inserisce nel solco delle perplessità sollevate dalla comunità scientifica (da me già commentate nella newsletter AIP dell'8 maggio us), basandosi su motivazioni cliniche, di sicurezza, economiche ed organizzative:

- Efficacia clinica modesta e incertezza a lungo termine: I dati dei trial registrativi indicano che a 18 mesi la differenza media nei punteggi della scala CDR-SB tra i pazienti trattati e il gruppo placebo è di -0,5 per lecanemab e di -0,69 per donanemab. Tali valori si collocano al di sotto della variazione minima considerata clinicamente rilevante nel singolo paziente, stimata in circa 1 punto per il deterioramento cognitivo lieve e in 1-2 punti per lo stadio di demenza. Anche la differenza nella percentuale di pazienti progrediti allo stadio clinico successivo si attesta su un modesto 10%. Inoltre, le analisi a 36 mesi che suggerivano un beneficio cumulativo crescente, basate sul confronto con le coorti esterne del database ADNI, presentano un'elevata incertezza a causa di una considerevole quantità di dati mancanti.

- Rapporto rischio/beneficio sfavorevole: A fronte di un beneficio clinico valutato come contenuto, permane il rischio concreto di anomalie dell'imaging correlate all'amiloide (ARIA). L'incidenza e la severità di edemi cerebrali (ARIA-E) e microemorragie o siderosi superficiale (ARIA-H) aumentano in modo proporzionale al numero di alleli APOEε4. Sebbene siano solitamente asintomatiche e limitate alla fase iniziale del trattamento, le ARIA possono raramente causare eventi gravi e pericolosi per la vita, e le loro conseguenze cognitive a lungo termine non sono ancora del tutto caratterizzate.

- Complessità gestionale ed esami strumentali: La selezione accurata e il monitoraggio dei pazienti richiedono un carico organizzativo consistente sul piano delle risorse del SSN, legato all'esecuzione di accertamenti complessi (puntura lombare o PET amiloide) e di ripetute risonanze magnetiche di controllo per escludere controindicazioni e intercettare tempestivamente gli eventi avversi.

La posizione assunta da AIFA non deve essere letta come una rinuncia alla speranza, ma come un richiamo alla responsabilità clinica ed etica: la speranza offerta ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie deve poggiare su trattamenti concretamente efficaci e a basso rischio. È lecito chiedersi se sia appropriato sottoporre i pazienti a terapie dall'impatto clinico globale modesto, a fronte di rischi di eventi avversi non trascurabili e di un percorso terapeutico altamente complesso e costoso.

Nel contempo, la decisione di AIFA rimarca la necessità di non lasciare soli i pazienti, valorizzando gli approcci assistenziali che ad oggi offrono un'efficacia certa e dimostrata. La stessa CSE ha infatti richiamato l'importanza delle raccomandazioni presenti nella linea guida italiana "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment" dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in merito agli interventi non farmacologici. Per i pazienti con demenza da lieve a moderata vi è una raccomandazione forte positiva per la stimolazione cognitiva e per attività volte a promuovere il benessere e l'autonomia basate sulle preferenze individuali; per le persone in uno stadio di Mild Cognitive Impairment (MCI) è fortemente raccomandato l'uso di interventi di training cognitivo. Questo quadro istituzionale stimola la ricerca scientifica ad esplorare nuove e più sicure vie fisiopatologiche; l'urgenza assistenziale odierna richiede nel contempo risposte immediate, sostenibili e focalizzate sulla globalità della persona e sul supporto reale alle famiglie. Su quanto è possibile fare ora per molti andrebbero concentrati i nostri sforzi”.

-Allego un interessante tabella sull'evoluzione della spesa sociale dei Comuni italiani elaborata dal professor Cristiano Gori. Dai dati **si percepisce la difficoltà di definire un ruolo per i comuni nell'assistenza agli anziani e la loro sostanziale incapacità di cambiare lo scenario.** Scrive Gori: “Una volta entrate in scena le badanti, nel modello attuale cosa rimane davvero ai comuni? Sostanzialmente il contributo alle rette delle RSA. È un paradosso, se si pensa che tutta la letteratura internazionale dice invece che il social care rappresenta il cuore della long-term care. (...). Da tempo non è più chiara quale sia la missione dei comuni nel sociale”. Gori mette

il dito su un problema gravissimo: come sarà possibile affrontarlo seriamente? I comuni sono disposti ad una lunga battaglia contro il potere dello Stato e delle Regioni per il bene dei loro anziani?

Suddivisione percentuale della spesa per servizi e interventi sociali dei Comuni tra aree di utenza, anni vari

	2005	2013	2022 ¹
Famiglia e minori	38,5 %	39,1%	37,3%
Persone con disabilità	20,4 %	25,1%	27,5%
Anziani	23,4 %	19,5%	14,8%
Povertà ed esclusione sociale	7,4 %	7,2%	9,0%
Immigrati	2,4 %	2,9%	5,1%
Multi-utenza	7 %	5,7%	6,0%
Totale	100 %	100%	100%

-Di seguito **riproduco la lettera ricevuta dal professor Peter St. George-Hyslop, nella quale commemora il professo Foncin**. Mi sembra particolarmente opportuna, perché ricorda il contributo della scuola di Lamezia Terme alle ricerche in questo campo, che hanno portato alla scoperta di un complesso di proteine inclusa la "nicastrina", di grande rilievo per l'identificazione della gamma secretasi.

"Dear members of Professor Foncin's family, and his friends and collaborators. The Canadian contingent of the wonderful collaboration that assembled itself around Professor Foncin's work would like to share our condolences and our sadness on hearing of his passing.

Professor Foncin's astute discovery of Alzheimer pathology in a surgical biopsy from a patient at Hopital Pitie-Salpetriere who had undergone pneumoencephalography for a suspected brain tumour, coupled with his prescient observation that this patient had relatives with the same presenile onset of dementia laid the cornerstone for cloning of the presenilin genes, and the discovery of pathogenic mutations in it (Met146Leu). His 1985 paper in Rev Neurol (Paris) describes his initial work with Dr Bruni. This then led to the discovery of a complex of proteins including nicastrin, which interacted with the presenilin protein and formed a functional complex. Nicastrin was named after the village (Nicastro) in which Professor Foncin and Dr Bruni, and subsequently Professors Sorbi, Rainero and Pinessi found the beginning of a large extended family with the same illness caused by the presenilin 1 gene Met146Leu mutation.

This in turn led to the discovery that the complex had an enzymatic function - gamma-secretase - which cleaved the amyloid precursor protein to generate the neurotoxic amyloid beta peptide. This proved that amyloid mis-metabolism was a key component (but not the only component) in the pathogenic cascade causing Alzheimer Disease.

Finally, it allowed the development of gamma-secretase inhibitor and modulator drugs. While these drugs were initially met with disappointing results in human clinical trials, interest in these compounds has recently been rekindled - trial results are awaited.

We are saddened by his passing, but we cherish the insights that he gave this extended international team that built around him. We fondly remember his dry wit, piercing intellect and his ability to instantaneously switch between French, English, Italian and German - often in mid-sentence. An intellectual giant".

Alla lettera di Hyslop allego la descrizione che Amalia Bruni ci ha inviato sugli anni favolosi delle prime ricerche nel campo che hanno posto il centro di Lamezia Terme tra le strutture più avanzate al mondo per gli studi sulla malattia di Alzheimer. Una storia di persone, impegno, intelligenza, generosità.

In memoria di Jean Francois Foncin (1928-2026)

"La scrivania del microscopico Servizio di Neurologia dell'Ospedale Civile di Lamezia Terme nel 1983 era un ammasso di carte, libri, registri. Uno in particolare, verde scuro, attrasse, non so perché, la mia attenzione. Dentro, ancora imbustate, alcune lettere provenienti dalla Salpetrière. Mi venne un brivido accompagnato da una curiosità insaziabile. La Salpetrière era il luogo magico dove era nata la neurologia! Charcot, Déjerine, Babinsky, giusto per dirne alcuni, segni e strumenti del mio lavoro quotidiano erano stati NEUROLOGI CHE AVEVANO LAVORATO LÌ.

Aprii senza indugi...man mano che leggevo il brivido aumentava...

Un 'tal' prof. Jean Francois Foncin neuropatologo della Salpetrière aveva fatto diagnosi di Malattia di Alzheimer in una giovane donna emigrata dalla Calabria (Nicastro!) a Parigi e che, sospettata di un tumore frontale nel 1973, aveva ricevuto una biopsia cerebrale durante una pneumoencefalografia. Il tumore non c'era, c'era la malattia di Alzheimer e c'era soprattutto una imponente ereditarietà. Molti della famiglia erano deceduti nell'OP di Girifalco (il mio paese di nascita!) e il prof. Foncin richiedeva la collaborazione per lo studio di questa famiglia. Lo strano era che le lettere risalivano a quasi dieci anni prima e non c'era copia di risposte...

Non sapevo che l'Alzheimer potesse essere ereditaria...cercai sul Bergamini (il mio testo sacro) ...c'erano una decina di righe ...null'altro...

La mia eccitazione aumentava. Sentivo di essere in procinto di un qualcosa di importante. Chiesi al mio capo che candidamente mi disse che le lettere gli erano state re inoltrate da Giorgio Macchi (il suo capo della Cattolica) che conosceva Foncin ma che, essendo stato da solo nel Servizio di Neurologia per tanti anni, non aveva potuto occuparsi di nulla e che sarebbe stato ben felice che di questa ricerca potessi occuparmene io. IO? 28 anni? Volentierissimo, era il mio sogno quello di fare ricerca...ma come mi sarei presentata a questo mostro sacro della Salpetrière? ...NON ERO NESSUNO...

Mi feci coraggio, gli scrissi, mi rispose, ci telefonammo...dopo 15 gg era già arrivato con il suo Citroen CX Break. Armato di un Apple II GS che occupava tutto il sedile di dietro. Non avevamo posto dove poter lavorare e ci installammo nel salone di mia suocera. Era dicembre del 1983.

Foncin era un visionario e precorreva i tempi. Aveva intuito, con acume straordinario (e ben prima che arrivassero le tecnologie) che lo studio della ereditarietà e della genetica delle malattie neurodegenerative avrebbe potuto essere chiarito proprio attraverso le forme familiari utilizzate come modello di studio.

All'epoca ancora la distinzione tra malattia di Alzheimer e demenza senile la faceva da padrone ma lui era un pioniere della neuropatologia ultrastrutturale e aveva già descritto, nel 1962, due anni prima della pubblicazione di Terry, le placche senili della malattia di Alzheimer.

Sapeva che "erano la stessa malattia" e che su quella forma "ad esordio senile" le forme giovanili e soprattutto "certificate" avrebbero potuto contribuire all'identificazione di una patogenesi...

E aveva già messo in piedi una base dati di ricostruzione genealogica al computer...L'albero genealogico di questo nucleo familiare era già grande ma andava ancora ingrandito per dimostrare che 1) la trasmissione fosse dominante (non era noto assolutamente)

2) che l'età di morte fosse un marcatore di patologia in questa forma e potesse essere seguita indietro nei secoli

3) che la storia clinica e anamnestica dei pazienti raccolta con dovizia di particolari fosse una miniera straordinaria per diagnosi retrospettive

4) che l'ambiente non fosse causativo di malattia

5) che la ricerca non ha "luoghi predefiniti" ma risiede nella capacità e nella volontà e che anche strumenti inusuali, come gli archivi storici, possono divenire mezzi straordinari di evoluzione e conoscenza verso il futuro.

E l'aveva pensato e fatto in epoca non sospetta...Solo nel 1984 Jim Gusella avrebbe identificato, con le pionieristiche ricerche di linkage, il locus della Corea di Huntington.

Ed è a partire proprio da quella identificazione che questo romanzo d'avventura si arricchisce di nuovi personaggi.

Peter St. George - Hyslop era un giovane canadese andato ad apprendere le tecniche di biologia molecolare nel laboratorio di Gusella. Ron Polinsky biochimico al NIH e Luigi Amaducci coordinatore per il CNR dei progetti Italia America, cominciarono a pensare che se avessero trovato famiglie con malattia di Alzheimer sufficientemente estese (all'epoca erano necessari almeno 11 affetti viventi da poter prelevare) il modello di studio di genetica molecolare dato dalla Corea avrebbe potuto essere replicato.

Detto fatto...la 'nostra famiglia N' era già sufficientemente estesa da poter essere studiata con queste tecniche. Avevamo già identificato (oltre alla branca parigina e calabrese) anche la branca americana (descritta in maniera indipendente nel 1963 da Ronald Feldman su Neurology) e che solo l'acume di Foncin era riuscito a riagganciare...)

Avevamo partecipato a molti congressi internazionali portando dei poster e la nostra presenza era stata notata ... Per dimostrare l'ereditarietà esibivamo un albero genealogico di circa dieci metri la cui stampa era fattibile solo al CNTS di Parigi... Lo spazio poster era sempre piccolo e chiedevamo le pareti...Dunque non passavamo inosservati...

Nell'estate 1984 veniamo contattati dal Prof. Amaducci che ci chiede la disponibilità ad organizzare la prima campagna dei prelievi. Bisognava accelerare...andava fatta entro la fine di settembre e io ero incinta al settimo mese...

Riuscimmo ad organizzare. Posso assicurare che in quei tempi non era facile. L'unico mezzo rapido di comunicazione era il telefono fisso e c'era di mezzo il fuso orario con gli Stati Uniti.

Arrivarono Ron Polinsky e Linda Nee da Bethesda, Foncin con la tecnica del CNTS che aveva voluto una serie di strumenti di laboratorio che avevo dovuto raccattare in ospedale per 'lavorare' il sangue prima di spedirlo per Parigi, Sandro Sorbi e Silvia Piacentini da Firenze, che prelevavano i frammenti di cute per i fibroblasti, i soggetti a rischio emigrati che erano convenuti da ogni parte d'Italia e da altre parti d'Europa.

Un periodo intensissimo di lavoro, un entusiasmo incredibile.

Seguirono 11 anni di biologia molecolare di buio assoluto...arrancavamo in laboratorio ma non mollavamo sul territorio. Poi finalmente un risultato. Febbraio 1987 pubblichiamo su Science il linkage sul cromosoma 21. Demmo l'annuncio nel congresso organizzato dal CNR in onore al Nobel di Rita Levi Montalcini. Ero al settimo cielo

La famiglia N continuava a crescere genealogicamente, nuovi pazienti venivano diagnosticati con la stessa patologia e 'incollati' sullo straordinario albero genealogico, nuove famiglie venivano identificate in giro per l'Italia e molte avevano origine calabrese...

Tre fratelli a Torino tra i 40 e i 45 anni hanno gli stessi segni che abbiamo descritto, oltre la sintomatologia cognitiva anche le mioclonie, le crisi epilettiche e i segni extrapiramidali...Sono 'forse' originari della Calabria? I cognomi le dicono qualcosa? No professor Bergamini, ma non significa nulla...se la malattia discende magari dalla madre i cognomi cambiano, va ricostruito l'albero genealogico... Allora lavorerò con lei il dottor Rainero ...

E poi ancora i tre fratelli di Milano visti al san Raffaele da Fabio Macchiardi e Luigi Ferini Strambi anche loro giovani. Tra i 40 e i 43 anni, con le mioclonie e le crisi epilettiche...Ma Fabio collaborava a Toronto con Jim Kennedy (amico di Peter Hyslop) che aveva raccontato a Peter di questa famiglia e Peter si era precipitato a dirci che quella famiglia 'somigliava tanto alla nostra famiglia'. Ancora un ennesimo lavoro da detective ed eravamo riusciti a mettere insieme 'con un colpo di genio vero' dato dal minuzioso studio degli atti di stato civile fatto da Giorgio Gei (il nostro storico) le famiglie di Milano e Torino che si ricongiungevano al 1850. Da Catanzaro e da una numerosa quota di fratelli, alcuni emigravano a Torino, altri a Milano e altri rimanevano sul posto.

Nel frattempo era nato il Centro Smid Sud (anche sede di UO CNR -progetto invecchiamento) e le nostre capacità logistiche e tecnologiche erano di gran lunga migliorate. Un luogo dedicato, collaboratori e borsisti CNR e Smid, una segretaria, il primo Fax, l'inaugurazione con madrina Rita Levi- Montalcini. Foncin era fiero, quello era il Centro che lui avrebbe voluto mettere in piedi alla Salpetrière e che il governo francese gli aveva sempre negato. Lamezia era diventata il suo luogo

del cuore e il 'suo' luogo di lavoro. Il telelavoro, le telediagnosi le abbiamo realizzate e sviluppate quando non erano di moda.

C'era una squadra UNITA che risiedeva tra Toronto e Parigi e a Lamezia. Tutti consapevoli che su queste gigantesche famiglie (o meglio popolazioni) si sarebbe giocata l'identificazione del gene...che appunto prima o poi sarebbe arrivata... E arrivò nel giugno 1995 la pubblicazione solidissima su Nature: l'identificazione delle presenilina 1 e le due famiglie N e To avevano la stessa mutazione dimostrando che l'antenato calabro (calcolato intorno all'anno mille) fosse comunque esistito! e dopo 5 anni l'identificazione di Nicastrina, componente di gamma secretasi che taglia la beta amiloide. Due colpi da 90 messi a segno grazie alla tenacia di Jean Francois che non ci ha mai permesso di mollare...

E poi la nascita del Centro Regionale di Neurogenetica nel 1997, anch'esso inaugurato da Rita Levi Montalcini. Nessuno (tranne me ovviamente) più felice di lui per la nascita di questa struttura. Lo aveva 'predetto' che un giorno sarebbe nata una piccola Salpetrière a Lamezia Terme.

Foncin non è stato solo il maestro 'tecnico', è stato un esempio di passione, di lungimiranza, di visione. Mi ha insegnato a 'pre-vedere', a comprendere che vanno abbattuti gli steccati tra le diverse competenze, che la conoscenza dei luoghi, dei territori, delle popolazioni è fondamentale per comprendere, studiare e ricercare. È stato un uomo dalla curiosità insaziabile, dal coraggio e dalla testardaggine pari a quella di un calabrese ma è stato anche un maestro di vita. Una umiltà straordinaria, un rapportarsi con chiunque con il garbo dei grandi, un altro padre con cui litigare quando non ero d'accordo e con cui inevitabilmente bisognava fare pace. Riconoscendo che aveva ragione. **PERCHÉ LUI SAPEVA TUTTO!**

Mi lascia orfana ma con un tenerissimo e bellissimo ricordo di una vita straordinaria passata insieme a studiare e a stupirci!"

Siamo stati in dubbio se pubblicare il Messaggio di Amalia; ci è sembrato che la conoscenza della storia sia indispensabile per adottare buoni comportamenti del nostro tempo.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-In questa newsletter trovate il consueto **contributo di Mauro Colombo**. Nonostante il periodo complesso dovuto ai problemi di salute dell'anziana mamma, alla quale Mauro si dedica con amore e competenza, anche questa settimana non ci fa mancare il suo supporto. Gli esprimiamo la nostra vicinanza e **lo ringraziamo di cuore per il suo costante impegno, che arricchisce la nostra cultura scientifica e clinica.**

"Volentieri faccio il bis: nella newsletter del 3 luglio 2026 il prof. Trabucchi segnala l'articolo [1] pubblicato su *JAMA Network Open* del 25 giugno, nella sezione di neurologia, che tratta dei rapporti fra qualità della dieta e sviluppo di demenza a lungo termine. Indipendentemente e parallelamente – come capitato più volte – avevo inquadrato tale articolo a vantaggio del nostro - nel senso di mio e dei lettori – 'angolo', dato che, se è vero che in termini generali la letteratura sull'argomento è traboccante, a conoscenza degli Autori, 'nessuno studio ha analizzato come i modelli alimentari possano modificare il rischio di demenza in base a diversi livelli di rischio biologico, compresi gli individui con patologia di Alzheimer'.

La ricerca attuale in campo nutrizionale ha prodotto risultati promettenti, ma non ancora definitivi, su come nutrienti, alimenti e modelli dietetici possano attenuare la malattia di Alzheimer (AD), una delle principali cause di demenza, e modificare l'insorgenza della demenza. Non a caso, molti 'angoli' sono stati dedicati a questo argomento, specie all'interno della tendenza per cui gli studi epidemiologici si stanno spostando dalla valutazione dei singoli nutrienti ai modelli alimentari, che colgono meglio le complesse interrelazioni tra i componenti degli alimenti e le loro associazioni con patologie cerebrali, declino cognitivo e incidenza della demenza.

Nello studio longitudinale sull'invecchiamento [Swedish National Study on Aging and Care in Kungsholmen (SNAC-K)] sono stati applicati 3 modelli per valutare le caratteristiche della dieta. A partire dai dati di un questionario validato a 98 voci, sono state calcolate le aderenze a diete con proprietà anti-infiammatorie [Empirical Dietary Inflammatory Index (EDII)], di 'mediterraneità' [Alternate Mediterranean Diet (AMED)], e di salute cardiovascolare e respiratoria [Alternative Healthy

Eating Index (AHEI)]. È interessante sottolineare come i 3 modelli applicati alla medesima serie di dati forniscono solo correlazioni di forza da molto debole [EDII con AMED ($r = 0,11$)] a moderata [AMED con AHEI ($r = 0,6$)].

Nella consapevolezza che l'accumulo della patologia di Alzheimer è necessario ma non sempre sufficiente per l'insorgenza della demenza, i partecipanti allo SNAC-K sono stati suddivisi in categorie dicotomiche per 3 biomarcatori plasmatici, allo scopo di identificare i soggetti maggiormente esposti a rischio:

- la proteina tau fosforilata in posizione treonina 217 (p-tau217), che è associata alla positività per amiloide e tau ed è uno dei biomarcatori ematici più accurati per la diagnosi precoce della malattia di Alzheimer

- biomarcatori non specifici, come la catena leggera dei neurofilamenti (NFL), un marcatore di danno neuronale, e la proteina acida fibrillare gliale (GFAP), indicativa di attivazione o danno degli astrociti, che sono stati dimostrati in grado di predire la demenza in diverse condizioni neurodegenerative, tra cui la malattia di Alzheimer.

Il campione era costituito da 1865 partecipanti di età media $70,5 \pm 9,3$ anni, 60,3 % femmine; quasi 2 su 5 possedevano una istruzione di livello universitario, quasi metà vivevano soli.

Durante una osservazione della durata media di $8,4 \pm 4$ anni, 240 partecipanti hanno sviluppato demenza, portando il tasso di incidenza a 15,4 / 1000 persone-anno, con intervallo di confidenza al 95 = 13,5 – 17,4.

Quanto ai rapporti fra modelli dietetici e demenza, in estrema sintesi, si può dire che:

- Quanto più alta era la aderenza ad una dieta che presentava caratteristiche favorevoli in termini anti-infiammatori [“reversed Empirical Dietary Inflammatory Index (rEDII)”], tanto più questo modello di alimentazione riduceva il rischio di demenza nelle persone con elevati livelli di tutti i 3 biomarcatori per rischio di demenza;

- Quanto più alta era la aderenza ad una dieta che presentava caratteristiche favorevoli in termini cardiovascolari e respiratori [“Alternative Healthy Eating Index (AHEI)”], tanto più questo modello di alimentazione riduceva il rischio di demenza nelle persone con bassi livelli di tutti i 3 biomarcatori per rischio di demenza;

- Punteggi rEDII più elevati – indicativi di aderenza ad una dieta con proprietà anti-infiammatorie - sono stati anche associati a un'incidenza cumulativa di demenza a 10 anni significativamente inferiore tra i partecipanti con livelli basali più elevati di biomarcatori per rischio di demenza;

- Risultati simili sono stati ottenuti con ‘Alternative Healthy Eating Index (AHEI)’ e con “Alternate Mediterranean Diet (AMED)” nei partecipanti con alti livelli basali di p-tau217;

- I risultati per la demenza per tutte le cause si rispecchiano sulla demenza di Alzheimer e correlate, e si sono mantenuti robusti in diverse analisi di sensibilità.

In discussione viene ricordato che sulla dieta mediterranea esiste una abbondante letteratura, con minor accumulo di patologia alzheimeriana – globale e specifica -, minore atrofia in aree sensibili quali il giro cingolato, i lobi parietale e temporale e l'ippocampo, e sviluppo più tardivo di demenza [2]. Ma le prove a favore di AHEI sono limitate ed incoerenti, e gli studi su EDII scarseggiano #.

Quanto ai 3 schemi dietetici, sebbene ogni modello metta in evidenza dimensioni specifiche della qualità della dieta (si noti la correlazione da molto bassa a moderata tra i modelli), tutti condividono delle similitudini, come la promozione del consumo di verdura, frutta, frutta secca e cereali integrali, e lo scoraggiamento del consumo di carne rossa e lavorata e di bevande zuccherate.

Il fatto che le associazioni tra AMED e AHEI e l'incidenza della demenza sono state osservate principalmente nei partecipanti con livelli più bassi di biomarcatori, mentre quelle tra rEDII erano più evidenti tra coloro con livelli più alti di biomarcatori, suggerisce la possibilità di una specifica interazione meccanicistica che collega la dieta ai processi correlati all'amiloide, che potrebbe contribuire al rischio di demenza, in particolare alla demenza di Alzheimer demenza. Le associazioni specifiche per NFL e GFAP dell'AHEI con la demenza suggeriscono un ruolo neuroprotettivo particolare di questo modello alimentare negli individui con livelli più bassi di biomarcatori, stante il collegamento fra malattie cardiovascolari croniche e neurodegenerative.

Sul piano neurobiologico è possibile intravedere vari percorsi, a partire dai componenti delle diete salutari – quali vitamine, polifenoli, acidi grassi poli-insaturi – che possono disegnare traiettorie

cognitive favorevoli in età avanzata. Quanto alla “dieta anti-infiammatoria”, già un precedente lavoro ne aveva confermato le proprietà, sempre all’interno dello studio SNAC-K [3]. L’indice rEDII rileva il consumo di cibo direttamente correlato a biomarcatori infiammatori, come l’interleuchina 6 e il fattore di necrosi tumorale α , che sono stati associati alla neurodegenerazione e alla patologia dell’Alzheimer. Altri meccanismi, come lo stress ossidativo, l’insulino-resistenza, la disregolazione del metabolismo lipidico e l’asse intestino-cervello, potrebbero inoltre collegare la dieta alla neurodegenerazione e alla demenza.

A prescindere dalle analisi di sottogruppo, che hanno esplorato fattori non modificabili del rischio di demenza e nello specifico di Alzheimer, e dalle limitazioni esplicitate, lo studio [1] rafforza l’importanza degli interventi dietetici per la demenza, non solo per la popolazione generale ma anche per gli individui già a rischio elevato di sviluppare la malattia, e sostiene lo sviluppo di strategie di salute pubblica di precisione e raccomandazioni dietetiche personalizzate nella pratica clinica [§].

segnalo, a proposito della dieta anti-infiammatoria, di non avere trovato il riferimento bibliografico all’importante articolo [4], cui avevo dedicato un “angolo” pubblicato sulla newsletter del 20 settembre 2024

[§] L’articolo è frutto di una collaborazione fra prestigiose istituzioni svedesi e slovene: nelle prime figurano Autori di evidente provenienza italiana, incardinati però all’estero (senza ‘remigrazione’? ...)

[1] Mrhar, A., Carballo-Casla, A., Grande, G., Gregorio, C., Triolo, F., Valletta, M., Fredolini, C., Gregoric Kramberger, M., Kuhar, A., Winblad, B., Fratiglioni, L., Calderón-Larrañaga, A., & Vetrano, D. L. (2026). Diet Quality and Dementia Risk in Older Adults With Alzheimer Pathology. *JAMA network open*, 9(6), e2620254. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.20254>

[2] Agarwal, P., Leurgans, S. E., Agrawal, S., Aggarwal, N. T., Cherian, L. J., James, B. D., Dhana, K., Barnes, L. L., Bennett, D. A., & Schneider, J. A. (2023). Association of Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay and Mediterranean Diets With Alzheimer Disease Pathology. *Neurology*, 100(22), e2259–e2268. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207176>

[3] Mrhar, A., Carballo-Casla, A., Grande, G., Valletta, M., Fredolini, C., Fratiglioni, L., Gregoric Kramberger, M., Kuhar, A., Winblad, B., Calderón-Larrañaga, A., & Vetrano, D. L. (2025). Dietary patterns and blood-based biomarkers of Alzheimer’s disease in cognitively intact older adults: Findings from a population-based study. *The journal of prevention of Alzheimer’s disease*, 12(6), 100124. <https://doi.org/10.1016/j.tjpad.2025.100124>

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

-Pubblico con piacere un **commento al lavoro pubblicato su *New England Journal of Medicine*** del 1 luglio **riguardante la correzione delle false narrazioni che riguardano “L’indispensabile contributo dei Latino alla salute della popolazione degli Stati Uniti”**. Lo scopo dell’articolo è opporsi ai negativi effetti di queste narrazioni sul benessere psicologico, sulla salute psichica e sulla capacità lavorativa dei Latinos, effetti che si riflettono sui pazienti, le famiglie e le comunità. Nel momento in cui sembra che le scelte del governo USA ai più alti livelli siano dirette a disconoscere per cattiveria e ignoranza il contributo di questi cittadini, gli autori riaffermano l’importanza del loro ruolo per la salute pubblica. Su questa linea di stima e di affetto (sì, affetto, perché in molti casi gli stranieri che lavorano per i nostri anziani meritano affetto) dedico queste righe ai milioni di lavoratori che in Italia offrono il loro impegno e la loro professionalità alle persone non più autosufficienti. Se non siamo obnubilati da ideologie folli, dobbiamo riconoscere che senza di loro la nostra società sarebbe in gravissima difficoltà. Grazie Signore e Signori, che venite da ognin parte per tenere in piedi il nostro stanco mondo.

[<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2602843>]

-***Frontiers in Public Health*** del 20 giugno **pubblica una survey nazionale sulla diffusione del covid-19 nelle istituzioni per anziani e di persone con disabilità**, predisposta dall’istituto Superiore di Sanità, **sotto la guida di Nicola Vanacore**. In particolare viene messo in luce che la gran parte degli ospiti dei servizi di long term care sono non autosufficienti, che la presenza di covid-

19 nelle strutture ha seguito la diffusione geografica dell'epidemia, che nel corso della pandemia sono aumentati gli eventi avversi, le contenzioni e la prescrizione di farmaci psicotropi. Il lavoro è di grande rilievo clinico e sociale, in particolare perché evidenzia le vulnerabilità e i fattori protettivi che hanno influenzato la diffusione della pandemia. Sarebbe importante che i risultati dell'indagine venissero studiati da tutti coloro che gestiscono strutture residenziali, in modo da essere preparati di fronte a nuove possibili epidemie. Al tempo del covid-19 l'impreparazione a tutti i livelli è costata la vita a migliaia di nostri concittadini fragili.

[<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2026.1872101/full>]

-Sono stato indotto a presentare questo lavoro di JAMA del 12 giugno dopo la notizia del furto di molte fiale di Fentanyl, avvenuto in un ospedale di Roma. È un fatto preoccupante, oltre che per gli effetti del farmaco, anche perché è il primo caso di furto ospedaliero di queste fiale, evento che apre enormi problemi di sicurezza. Per questo la prospettiva di poter godere di un vaccino potrebbe essere l'inizio di una battaglia vinta contro la tossicodipendenza oggi più pericolosa. Certamente gli anziani non saranno fruitori del vaccino; tuttavia, speriamo sia in grado di ridurre molte situazioni di angoscia provocate nelle famiglie dall'abuso di droghe. E anche le situazioni di sofferenza che coinvolgono gli anziani.

[https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2850522?resultclick=24&_cf_chl_f_tk=COOh5tO7bJcD3EX8BOYIO9dHeMEk2amEaB4OVBdbuAM-1783418463-1.0.1.1-WdyEnOkcaB5LUkiYA.vV7FsTR70PtK2DG.jFq9DMfd0#]

-JAMA del 22 giugno ha pubblicato un interessante revisione dei 50 anni di progresso al fine di "Stopping Alzheimer disease". Il professore Stefano Govoni, attore in prima linea degli studi in quest'area, ci ha inviato un approfondito commento. Colloco il nostro impegno in questo campo nella logica espressa dall'ultima battuta del pezzo di Bianchetti, quando scrive che su questo argomento "Andrebbero concentrati i nostri sforzi".

[[doi:10.1001/jama.2026.10969](https://doi.org/10.1001/jama.2026.10969)]

Prendo spunto dal primo recente webinar estivo della Fondazione Maratona Alzheimer e dall'invito del prof. Trabucchi a commentare il lavoro che abbiamo presentato il primo luglio in quella occasione: L'articolo ha un titolo accattivante che stimola alla lettura: "Fermare la Malattia di Alzheimer – 50 Anni di Progressi", fa piacere leggerlo soprattutto in un momento nel quale chi lavora nel campo, e spesso parla ai caregiver oltre che agli operatori sanitari, si trova in imbarazzo nel prendere una posizione, soprattutto nei confronti dei nuovi farmaci anti-amiloide.

Il contesto storico.

Il contributo di Hsiao colloca in un contesto storico l'editoriale di Robert Katzman il quale stabilì le fondamenta della moderna concezione della malattia di Alzheimer (AD). Prima di allora, l'AD indicava solo la demenza precoce (insorta prima dei 65 anni), mentre le forme tardive venivano etichettate genericamente come "demenza senile". Katzman dimostrò che le due forme erano clinicamente e patologicamente identiche, unificandole sotto un unico processo patologico sul quale intervenire cioè la deposizione extracellulare di β -amiloide e di proteina tau iperfosforilata all'interno dei neuroni.

Negli anni '80, poco tempo dopo l'editoriale di Katzman si scoprì che β -amiloide deriva da una proteina precursore più grande (APP) codificata sul cromosoma 21. Questa localizzazione spiegava perché le persone con sindrome di Down (trisomia 21) sviluppano l'AD precocemente, già intorno ai 40 anni.

Nel 1991 venne confermato il ruolo del gene APP nella Malattia di Alzheimer Familiare ad eredità autosomica dominante (FAD). Successivamente (nel 2000), le mutazioni nei geni delle preseniline 1 e 2 (coinvolte nel taglio di APP) vennero collegate alla FAD. Chi eredita queste varianti sviluppa placche e grovigli già nei 30 anni, seguiti da demenza e decesso precoce. Non possiamo dimenticare il contributo a questo campo della grande ricercatrice italiana Amalia Bruni.

Basandosi su queste scoperte genetiche, Hardy e Higgins formularono l'ipotesi secondo cui il deposito di β -amiloide è la causa primaria, mentre i grovigli di tau, la morte neuronale e la demenza sono solo conseguenze secondarie. Questo portò a una contrapposizione scientifica tra i ricercatori focalizzati su beta-amiloide e quelli invece propensi a considerare il ruolo primario di tau,

scherzosamente, ma non troppo, chiamati "Battisti" e "Tauisti" a sottolineare una posizione parzialmente chiusa a una visione integrata.

La neurochimica tradizionale

Nel frattempo chi si era concentrato sulla neurochimica tradizionale basata sulle alterazioni trasmettitoriali era arrivato alla conclusione che nella malattia di Alzheimer vi era una perdita delle terminazioni nervose colinergiche con riduzione delle concentrazioni cerebrali di acetilcolina per cui era partita (dalla prima metà degli anni '70, più o meno attorno all'epoca dell'editoriale di Katzman) la ricerca di farmaci che potessero sostenere la trasmissione colinergica, ricerca che porterà allo sviluppo di tacrina, donepezil, rivastigmina, galantamina solo per nominare i composti poi commercializzati in gran parte del mondo. Non molti anni dopo venne studiata la trasmissione glutamatergica che portò allo sviluppo, o meglio al riposizionamento, di memantina, un farmaco tedesco per l'invecchiamento, rivitalizzato dagli studi del Karolinska Institute in Svezia. Memantina fu approvata dalla FDA nel 2003 per il trattamento della malattia di Alzheimer. Per la verità, questa parte è negletta nel lavoro di Hsiao, ma mi sembrava importante ricordarla anche avendo in mente le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer che, ad oggi, considera questi quattro farmaci (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina) come gli unici con attività provata nella malattia.

Il percorso a ostacoli degli studi su beta-amiloide e sui farmaci per controllare la sua deposizione nel cervello

Tornando a quanto scrive Hsiao, l'autore ricorda che per 20 anni i tentativi terapeutici mirati a bloccare la produzione di amiloide o a eliminarla fallirono. Tra i vari tentativi, i vaccini causarono encefaliti, mentre diversi anticorpi monoclonali (mAbs) fallirono nei trial clinici di fase 3.

Verso la fine degli anni 2010, l'anticorpo aducanumab registrò alterne fortune, con trial interrotti e poi rivalutati. Nonostante il parere contrario del comitato consultivo, l'FDA concesse un'approvazione accelerata nel 2021, scatenando aspre polemiche nel mondo scientifico. Gli studi successivi con due altri anticorpi monoclonali Lecanemab e Donanemab (approvazione USA 2023 e 2024 rispettivamente) hanno dimostrato di poter rimuovere efficacemente l'amiloide dal cervello e di produrre in pazienti selezionati un limitato allentamento del declino cognitivo. Nessuno dei due farmaci rappresenta una cura definitiva. Entrambi presentano rischi significativi legati alle ARIA (*Amyloid-Related Imaging Abnormalities*), ovvero microemorragie o edemi cerebrali che hanno reso necessario l'inserimento di un "black box warning" sulle etichette.

Va detto che in Europa i pazienti sono stati meglio protetti da EMA che ha sottolineato alcune controindicazioni e cautele nell'uso, tra cui la genotipizzazione per *APOE*. Nel complesso i risultati sono stati (a parere di sta scrivendo e commentando il lavoro di Hsiao) al di sotto delle aspettative. Si deve però sottolineare come l'impulso dato allo sviluppo delle conoscenze, della diagnostica e della revisione dei rapporti tra amiloide e tau sia stato indubbiamente legato alle ricerche sugli anticorpi monoclonali anti-amiloide. È anche possibile che le maggiori conoscenze sulla malattia di Alzheimer che sono state e saranno generate da questi studi permettano di affrontare meglio le indagini relative a tutte le altre demenze, nella stragrande maggioranza ancora senza farmaci.

Esulando per un attimo dal commento diretto dell'articolo di Hsiao, la recente decisione di AIFA di non rimborsare gli anticorpi monoclonali anti-amiloide è destinata a sollevare polemiche, ma è in linea con l'attuale valutazione complessiva di efficacia, sicurezza, impatto organizzativo e sostenibilità di questi farmaci per il SSN. I pazienti con Alzheimer iniziale e i professionisti coinvolti nella loro cura, devono continuare a puntare su diagnosi precoce, gestione globale e trattamenti consolidati, compresi gli interventi non farmacologici, seguendo attentamente l'evoluzione delle nuove ricerche e le possibili future revisioni delle decisioni regolatorie. Aggiungo (sulla base di esperienze personali): non sarebbe male prestare attenzione al complesso dei farmaci assunti dalle persone che non hanno la demenza di Alzheimer come malattia isolata, ma anche altre patologie e disturbi per cui assumono molti altri farmaci.

L'importanza degli sviluppi della nuova diagnostica a partire dalla PET amiloide e i nuovi orizzonti della relazione tra amiloide e tau.

I nuovi anticorpi hanno avuto successo perché oggi esistono traccianti PET per l'amiloide che permettono di arruolare nei trial solo pazienti che hanno effettivamente la patologia nel cervello,

riducendo le incertezze diagnostiche del passato. In genere l'uso delle nuove tecniche e lo sviluppo attuale dei biomarcatori, anche plasmatici, hanno cambiato i criteri diagnostici per la demenza di Alzheimer, inizialmente soprattutto ai fini della ricerca, che attualmente considerano anche una valutazione biologica. Questo segmento della ricerca va conteggiato tra i benefici prodotti dagli studi degli ultimi anni.

Gli studi d'imaging PET hanno svelato un disaccoppiamento temporale tra le placche e i biomarcatori. Le placche di β -amiloide le quali iniziano ad accumularsi silenziosamente da 10 a 20 anni prima del declino cognitivo. L'amiloide innesca la malattia, ma non ne stabilisce il momento d'inizio sintomatico. La gravità della demenza è invece strettamente correlata al carico di grovigli di proteina tau. I grovigli iniziano nella corteccia temporale mediale (stadi di Braak I-II, senza sintomi), si estendono all'ippocampo (stadi III-IV, primi deficit) e infine invadono la neocorteccia (stadi V-VI), momento in cui la demenza diventa ubiquitaria e grave. La sintesi possibile: l'accumulo pluriennale di placche spinge la tau a diventare patogena e a diffondersi, portando alla morte neuronale e all'atrofia cerebrale. Se è davvero così, la vera scommessa attuale (di ricerca) risiede nel trattamento della fase presintomatica (mettendo da parte lo scontro tra chi sostiene una diagnosi basata esclusivamente sui biomarcatori positivi, definendo "Alzheimer presintomatico" quello di chi ha placche ma è cognitivamente integro e chi si rifiuta di diagnosticare individui asintomatici). Sono in corso due grandi trial clinici di fase 3 su soggetti cognitivamente intatti ma positivi all'amiloide: AHEAD 3-45 (con lecanemab) e TRAILBLAZER-ALZ 3 (con donanemab) che potranno aiutare a chiarire questa possibilità (risultati attesi nel 2028). Certo, non si tratta nella maggior parte dei casi del tipo di pazienti che si rivolgono ai CDCD ed è giusto che tali indagini si configurino come ricerche.

La complessità

Questo insieme di studi ci ha insegnato che i nuovi sviluppi scientifici indicano che l'epoca delle eccessive semplificazioni (solo l'acetilcolina, solo il glutammato, solo beta-amiloide...) è finita. Le nuove acquisizioni e gli interventi con i farmaci vanno calati nel racconto di un'attività di rete complessa (*system biology and pharmacology*) che va ribilanciata, escludendo, anche da un punto di vista teorico, che interventi puntiformi, senza conoscere la gerarchia, l'evoluzione temporale e la storia biologica della persona, possano essere risolutivi, soprattutto esserlo uniformemente in tutti i pazienti. Ritengo che questa "personalizzazione" estrema che sembra un po' utopica sia l'obiettivo e il futuro delle nuove tecnologie.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- È iniziato ieri, **giovedì 9 luglio, a Taranto il Congresso AIP di Puglia e Basilicata** dal titolo "Fragilità, innovazione e rete assistenziale". Qui potete trovare il programma dell'evento <https://www.psicogeriatría.it/evento/fragilita-innovazione-e-rete-assistenziale/>

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatría>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatría/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatría/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatría>

-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 consueto cordiale saluto

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP – 17 luglio 2026
n. 28/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Che fine ha fatto il Ddl sui caregiver?
- I "curacari" e la Treccani
- Il caregiving: una realtà difficile e le scelte per il futuro
- Regione Piemonte e l'assistenza domiciliare
- Il Washington Post: "Ho fatto il test e mi sono pentito"
- Stefano Boffelli: né per grazia né per diritto
- Finalmente... le case della comunità
- La solitudine: Luigi ha chiesto una carezza contro la solitudine
- Il geriatra di comunità in Lombardia
- Un libro di Cembrani: "La morte medicalmente assistita"
- Il corso per caregiver della Fondazione Maratona Alzheimer

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- Un commento di Fabrizio Asioli sui contenuti dell'ultima newsletter

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il congresso pugliese dell'AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- ***Il Sole 24 Ore*** dell'11 luglio riporta un articolo dal titolo: "**Che fine ha fatto e che fine farà il Ddl sui caregiver?**". Un pezzo molto serio, secondo il quale dal 2013 tutte le iniziative legislative, proposte dalle più variegate forze politiche, sul tema dei caregiver familiari, si sono arenate. Al termine del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio scorso è stata annunciata l'approvazione dell'ennesimo Ddl sui caregiver, con l'impegno di far seguire al provvedimento un percorso accelerato. Al momento nulla si è mosso e ci poniamo, assieme *al Sole 24 ore* la domanda se l'approvazione avverrà prima della fine della legislatura. Nel testo del Ddl l'erogazione del contributo sarebbe prevista dal 2027, con un massimo di 400 euro mensili a coloro che assistono un parente per almeno 13 ore al giorno a patto che abbiano un Isee annuo inferiore a 15.000 euro. La cifra totale a disposizione è di 257 milioni di euro annui e l'entità esatta del contributo dipenderà dal numero delle domande. Considerando questo stanziamento e i 400 euro pro-capite al mese potranno essere soddisfatti 53.500 caregiver. Sullo sfondo i 7.8 milioni di caregiver, come riportato nel testo di accompagnamento al Ddl; peraltro, facendo i conti in base alle 13 ore giornaliere e all'Isee così basso, la platea di ridurrebbe a 62.333 caregiver, ai quali sarebbero destinati 343 euro al mese. Il giornalista del *Sole* scrive "Poco e per poche persone, comunque meglio di niente. Ma chissà quanto bisognerà attendere". Una conclusione che ci lascia perplessi, che non possiamo condividere: come

operatori al servizio degli anziani riteniamo il tutto un inganno, l'ennesimo imbroglio alle spalle dei più deboli.

Il giorno dopo la comparsa di questo articolo la Ministra delle Disabilità è stata intervistata da *Avvenire*; non è stata però in grado di smentire le considerazioni del *Sole*. È una difesa impacciata, e priva di prospettiva, di una realtà drammatica! Dobbiamo accontentarci di speranze, di promesse, in uno scenario di drammatica incertezza (drammatico, perché molte famiglie si gioverebbero di un sostegno economico, per quanto limitato rispetto ai costi che devono affrontare per assistere un proprio caro non più autosufficiente)?

[https://www.ilsole24ore.com/art/che-fine-ha-fatto-e-che-fine-fara-ddl-caregiver-AJvM0ZG?refresh_ce=1]

[https://www.avvenire.it/attualita/locatelli-avanti-veloce-su-caregiver-e-progetto-di-vita-ma-serve-impegno-di-tutti_110825]

-La Treccani ha collocato tra i neologismi riconosciuti la parola "Curacari".

"curacari (CuraCari, cura-cari, cura cari) s. m. e f. inv. Chi, di solito un familiare, dà assistenza a una persona non autosufficiente per anzianità, malattia, disabilità; caregiver; per estensione, l'attività stessa di assistenza prestata. ♦ Composto da *cura*, terza persona singolare dell'indicativo pres. del v. *curare*, e dal s. m. *caro* (pl. *cari*). Parola d'autore, creata dallo scrittore Flavio Pagano." **Ringraziamo coralmente Flavio Pagano per questa sua formidabile intuizione.** Solo un genio napoletano poteva capire che il termine "caregiver" andava bene per i lavori scientifici ed epidemiologici e per le persone un po' esterne alla vita reale. Occorreva qualche cosa più "nostro" e Flavio l'ha "inventato". Grazie, carissimo geniale amico! Continua nel tuo impegno volto a nobilitare il nostro lavoro e ad incrementare la speranza di chi assiste.

In questi giorni è scomparso un carissimo amico di 65 anni, affetto da SLA. E' stato assistito per anni, con immenso amore, dalla sorella e dal cognato, che si sono dimessi dal loro impiego per assisterlo (tra l'altro erano gli unici in grado di interpretare, seppure faticosamente, le sue parole). Ogni volta che andavo a trovarlo mi ponevo una domanda angosciante: se la sua famiglia non fosse benestante, come sarebbe possibile a sorella e cognato di dedicarsi a lui a pieno tempo? Dedico a don Giancarlo questo pensiero, con la speranza che i caregiver possano essere considerati, assieme a coloro che assistono, le persone più importanti delle nostre comunità.

- **Ricevo il testo allegato dal professor Rinaldi**, primario della neurologia dell'Ospedale "Di Venere" di Bari. **È la testimonianza dolorosa e pesante di un caregiver che ha affrontato le drammatiche difficoltà dell'assistenza ai propri genitori** (pubblico volentieri queste righe perché sono in linea con il nostro impegno a favore delle persone che dedicano tutta la vita ai propri genitori o parenti). Rinaldi si è posto il problema, umano e giuridico assieme, di come aiutare il suo paziente rispetto alla richiesta rivolta ai figli di essere ricoverato in una RSA nel caso le sue condizioni assomigliassero a quelle di suo padre e di sua madre. È una richiesta che può essere considerata nella logica delle direttive anticipate di trattamento? Il rinunciare alla permanenza a casa in determinate circostanze può essere interpretato come la scelta di evitare cure che pesano eccessivamente sulla famiglia e quindi anche sul soggetto? Ritengo che questo caso possa dare adito a interessanti discussioni tra i nostri lettori e ringrazio il professor Rinaldi per aver sollecitato la nostra attenzione su queste problematiche di frontiera.

Scrive Rinaldi: "credo che tutti dovremo contribuire a trovare soluzioni e rendere sostenibile la fase finale della nostra vita".

"Il percorso di assistenza con i miei genitori è cominciato ben 17 anni fa, quando mio padre, all'età di 76 anni, è andato al pronto soccorso. Si pensava a un infarto, invece, a seguito di una serie di esami, hanno scoperto che aveva un tumore ai polmoni.

Due anni prima mio padre aveva cominciato a sciare per la prima volta, quindi era una persona completamente indipendente. Aveva paura dei medici e fino a quel momento era sempre stato bene. Questo inizio di avventura in ospedale è stato un trauma e gli ha cambiato completamente la vita. Ha affrontato un intervento importantissimo ed è riuscito a superarlo. È andato avanti per due o tre anni con le terapie classiche che si possono fare in questa fase. Aveva accettato la situazione, quindi conviveva con la malattia, ed era cambiato anche dal punto di vista mentale nel suo approccio con i medici.

Dopo un po' di tempo, mia mamma ha iniziato ad avere i classici problemi dell'età. A 75 anni ha avuto la cataratta, poi ha dovuto mettere una protesi in seguito a una caduta e, successivamente, abbiamo scoperto che aveva un nodulo alla tiroide. Siccome era piuttosto grosso e il medico conosceva già i problemi di papà, ci disse: "Facciamo la terapia e poi vediamo". In seguito sono iniziati anche i problemi di maculopatia. Dopo aver cambiato sette oculisti, perché non voleva sottoporsi alle iniezioni intravitreali, ha perso molto tempo e, quando si è decisa, ormai era troppo tardi: ha perso completamente la vista da un occhio.

In quel periodo non potevo seguire molto mamma, perché papà aveva continue emergenze e crisi. Poco dopo ha iniziato nuovamente a stare male: sono comparse metastasi al fegato, il cuore si è indebolito completamente e ha dovuto affrontare un nuovo intervento. Da quel momento la situazione è peggiorata. È andato avanti ancora circa un anno e mezzo, ma poi non è più stato autosufficiente. Non riuscivo più a seguirlo da solo ed è venuta una persona ad aiutarlo per un certo periodo. Successivamente abbiamo attivato l'assistenza domiciliare, perché ormai era completamente inabile. Questa situazione è durata tre o quattro mesi, finché, alla fine, il Signore, con tutti i problemi e i dolori che aveva, l'ha richiamato.

Subito dopo ho cominciato a seguire mia mamma, che aveva un carattere completamente diverso da quello di papà. Lui era conciliante, gentile, rideva e ringraziava sempre. Mia mamma, invece, era molto forte, molto dura. Non accettava di non poter fare tutto da sola e di dover dipendere da qualcuno.

Dopo un po' di tempo ho capito che non ce la facevo più, perché lei voleva sempre qualcuno presente, ma io avevo una famiglia e un lavoro. Così ho pensato di prendere una badante. Le badanti, però, andavano e venivano. Alla quarta che se n'è andata, mia madre mi disse: "lasciala andare, non mi importa, tanto ci sei tu". Per fortuna, poi, ho trovato un'altra badante che è con noi da un paio d'anni e riesce a resistere e a sopportarla. Essendo italiana, mia mamma la accetta di più: parlano, si aiutano, è tutto un po' più facile. Lei ha molta pazienza, anche perché l'ho preparata sul carattere di mia madre.

Nel frattempo mia mamma ha sviluppato una demenza importante e il Parkinson. È caduta sei volte, ma solo una di queste ha avuto conseguenze serie ed è dovuta rimanere ricoverata in ospedale. Anche durante il ricovero era molto difficile da gestire.

Ho una sorella, ma non si è mai fatta viva. In questi 17 anni di assistenza ai miei genitori, come succede in tante famiglie, questa situazione l'ho sempre affrontata da solo. La mia famiglia mi ha aiutato per quanto poteva, è stata vicina soprattutto nei momenti di emergenza.

A un certo punto ho cominciato a pensare che non ce la facevo più e ho preso in considerazione l'idea di inserire mia mamma in una RSA. Però ho avuto tutti contro: mi dicevano che non era giusto, che non era corretto, che non sarei stato un bravo figlio. Ma io non ce la facevo davvero più. Ricevevo dieci o quindici telefonate al giorno dalla badante per le cose che succedevano quotidianamente, per i capricci di mia madre. Di fatto non avevo più diritto ad avere del tempo libero: un sabato, una domenica, neanche le vacanze. Dovevo lasciare tutto per assisterla. Non è una situazione facile da vivere. Alla fine ho deciso di pensare seriamente a inserirla in una struttura.

Ora anche la mia famiglia e i miei figli hanno capito che forse è la scelta migliore, perché io, mentalmente, dopo tutto questo tempo, non riesco più a pensare all'affetto, non riesco più a pensare all'amore, non riesco più a sentirmi un figlio. Mi sento completamente prosciugato dentro.

Ho perso tutto. Non ho più tempo per me, per fare qualunque cosa. Torno dal lavoro e continuo a pensare ai pagamenti, all'assistenza, ai problemi da risolvere, alle telefonate che arrivano per mia madre da parte di parenti o amici, anche perché ormai lei sente pochissimo. Ho vissuto un periodo molto critico della mia vita personale, anche perché ho tolto tempo alla mia famiglia e ai miei figli

per stare con mia madre. Il sabato e la domenica non potevo andare da nessuna parte, perché la badante aveva il suo giorno libero, ed è giusto che sia così.

Non ho mai trovato qualcuno che potesse sostituire la badante quando era assente, anche perché le risorse economiche sono sempre quelle e mantenere una badante costa già tantissimo. Ho scoperto che una RSA costa, mediamente, tra i 2.400 e i 3.000 euro al mese. È una spesa che, se riuscirò a farla inserire, dovrò sostenere praticamente da solo, perché la pensione di mia madre è molto più bassa.

Personalmente mi sono sentito completamente distrutto. Ho parlato con alcuni amici, raccontando la mia situazione. Anche qualcuno di loro vive esperienze simili e sa quanto questa condizione logori dentro. Ti fa stare male, ti rende nervoso, sei sempre agitato. Non riesci mai a essere sereno e rilassato, perché ogni volta che squilla il telefono pensi subito: "È caduta, dobbiamo andare in ospedale", oppure: "Ci sono problemi con la badante". Oppure è la badante che piange perché viene trattata male. La demenza, infatti, ha accentuato il carattere forte di mia madre, che spesso tratta le persone come se fossero suoi servi personali, a cominciare da me.

Questo è quello che mi sentivo di raccontare. I miei amici, a volte, mi hanno capito, altre volte no. Alcuni mi hanno visto come il cattivo, come un figlio degenerare, non buono. Ma sfido chiunque, dopo 17 anni passati ad assistere un genitore e, da nove anni, a seguire quotidianamente mia madre, a trovare ancora le forze. Io non ne ho più. Ho solo la speranza di poter avere un fine settimana libero o, semplicemente, una giornata senza dover pensare a una telefonata, a una visita medica o alle pratiche per i pannolini, l'assistenza domiciliare, la fisioterapia o qualsiasi altra necessità.

Alla fine di questa esperienza e di queste giornate sono arrivato a una conclusione: non voglio far vivere ai miei figli, che mi hanno aiutato, né a mia moglie, la stessa esperienza in futuro.

Per questo ho deciso di rivolgermi a un avvocato o a un notaio, affinché venga messa nero su bianco la mia volontà: nel momento in cui le mie facoltà mentali non saranno più tali, oppure dovessi iniziare a creare problemi alla mia famiglia, come è accaduto con mia madre, che non voleva badanti e non voleva essere inserita in una RSA, desidero invece essere inserito in una struttura, così da non pesare in maniera così forte su tutta la mia famiglia."

-La Regione Piemonte ha celebrato sui media il finanziamento del PNRR per prendere in carico a domicilio gli anziani fragili.

Riassumo: **finanziamento di 10 milioni, per assistere a domicilio 4100 anziani, affetti da gravi patologie croniche, per un periodo di 18 mesi.** Facendo un po' di conti, il finanziamento prevedrebbe (sperando, peraltro, che non ne venga mangiata una parte dalla burocrazia) una disponibilità di 35 euro alla settimana, cioè poco più di un accesso.

Non voglio criticare l'operazione, perché anche un cent nell'area arida dei servizi per gli anziani è sempre il benvenuto; però chiedo agli esperti di programmazione assistenziale se invece di spalmare la cifra su un numero elevato di anziani (4100), non sarebbe stato più utile concentrare il finanziamento, ad esempio, su 1000, in modo da fornire loro almeno 4 interventi alla settimana, potendo così sperimentare l'efficacia di un intervento potenzialmente incisivo e utile. Non penso, invece, che si possa affermare "meglio poco che nulla", perché il poco deve avere una logica, anche in termini di risultato, altrimenti diventa uno spreco.

I giornali nazionali si occupano con abbondanza delle RSA (vedi ad esempio *il Corriere della Sera* e *La Stampa* del 7 luglio), ma oltre alla denuncia piena di numeri nessuno fa proposte concrete... e intanto migliaia di famiglie soffrono e sono affaticate nell'impegno quotidiano.

*Il lettore avrà certamente notato che **questi primi commenti della newsletter sono dedicati ai caregiver**: è un segno concreto della nostra attenzione per il loro impegno e la loro fatica, in particolare nel tempo delle vacanze, quando l'interesse collettivo diminuisce.*

[\[https://www.lastampa.it/torino/2026/07/07/news/anziani_in_coda_alle_rsa_per_coprire_le_richieste_servirebbero_350_milioni-15682706/\]](https://www.lastampa.it/torino/2026/07/07/news/anziani_in_coda_alle_rsa_per_coprire_le_richieste_servirebbero_350_milioni-15682706/)

-**Michele Farina**, che in questi giorni è sempre più impegnato agli Esteri del *Corriere della Sera* (d'altra parte, le vicende del mondo attuale non danno pace ad un giornalista curioso e intelligente), **ha trovato il tempo di segnalarmi un articolo molto interessante del Washington Post scritto da una persona che si è sottoposta al test per l'Alzheimer** e che poi si è pentita del suo gesto (anzi: "I panicked"). Riporto una frase dal testo dell'articolo: "Sono sposato con una donna che dopo 34 anni continua a godere di stare con me per la maggior parte del tempo. Un test positivo per l'Alzheimer potrebbe cambiare tutto. Non sarei più il partner che accompagna, ma qualcuno che fa preoccupare e che pesa." Anche su questa problematica sollecito l'attenzione dei lettori.

[<https://www.washingtonpost.com/wellness/2026/07/03/i-said-yes-an-alzheimers-blood-test-then-i-panicked/>]

-**Stefano Boffelli mi ha inviato questa sua riflessione.**

"Per Grazia o per Diritto. La domenica mattina è stranamente fresca, ha piovuto sulle montagne, si respira.

Respirano anche le persone che non possono uscire di casa a prendere il fresco, bloccate dalla malattia o dal loro parente (e dai Black out elettrici da caldo). Fresche parole di gentilezza e intelligenza mi aiutano nel ricongiungermi col mondo, mentre cerco di capire chi sono. Un articolo di Davide Ferrario (Corsera), ispira, sulla grazia degli automobilisti ai passaggi pedonali. "Quando mi fermo, il pedone mi omaggia di un gesto di saluto e di ringraziamento, come se fossi io a fare una concessione umanitaria, invece che loro ad esercitare un diritto".

Idemque, per diritto, le persone con demenza e i loro caregiver, hanno diagnosi, servizi, attenzione, cura.

Per grazia, trovano risposte che si spezzettano in attività spesso poco coordinate e minimali, assistenziali di riserva, quando c'è tempo. Reazioni di Fastidio, quando arrivi in pronto soccorso perché non c'è una risposta dal medico di base, e che non c'è davvero perché nessun amministratore ha pensato a guardare quanti ne andavano in pensione e quanti ne arrivavano (si chiama ricambio generazionale, è programmabile anche senza IA).

Spalle alzate, quando hai bisogno e diritto a una attività domiciliare (cognitiva, funzionale, assistenziale), ma sono "finiti i fondi per quest'anno" o ci sarebbero, ma "non abbiamo operatori disponibili".

Dice Ferrario: "quello che un tempo era percepito come un diritto naturale oggi appare altro: una grazia calata dall'alto di parte di chi dispone del potere di metterti sotto (in senso letterale e metaforico)".

Le briciole di una rete a maglie larghe, cadono a goccia e non a pioggia sulle persone. Per fortuna mi fermo e penso alle costruzioni positive: ai colleghi che sempre, e anche il 2 luglio, si sono uniti in webinar nazionale per parlare, condividere, programmare, diffondere. Penso ai caffè Alzheimer, molti dei quali non chiudono nemmeno in agosto per le persone con demenza, penso a quelli che organizzano vacanze al mare per le persone e i loro caregiver; e a Maratona Alzheimer che, sotto le spinte di MT, organizza incontri web in agosto per non lasciare soli i caregiver, mentre il mondo è al mare, e il mare è una tavola blu...

Per Diritto. Non per Grazia. Costruiamo una società di partecipazione e condivisione. E di cura. Time, love and tenderness (grazie, Michael Bolton)"

-**Il ministro Schillaci cerca di guardare con ottimismo gli eventi che accompagnano l'apertura delle case della comunità.** Gli riconosciamo il merito di aver trovato una soluzione (precaria) per il ruolo dei medici di famiglia, arrivando ad un accordo nazionale; ma il resto? Come possiamo fare perché una buona idea diventi anche una buona realtà? Se la casa della comunità

resta una copia, solo poco diversa dagli attuali ambulatori, sarà stata uno spreco inutile e un'illusione. Perché la politica non è in grado di imporsi? La maggioranza avrebbe i numeri per decidere, però un insieme di interessi e di lobby non è una maggioranza! E la minoranza ancor peggio... Resta Schillaci, persona seria, colta, attenta... per fortuna c'è almeno lui, grazie Ministro!

-Allego un commento particolarmente significativo inviatomi dal consigliere regionale lombardo Davide Casati, che ringrazio, riguardante l'istituzione del geriatra di comunità in Lombardia. Una proposta di grande importanza clinica e organizzativa, che penso (spero!) possa trovare applicazione in tempi brevi. Una soddisfazione particolare: questo è un esempio significativo di una politica che si impegna per il benessere dei cittadini più fragili.

"In una società che invecchia, dove le proiezioni ci parlano di un aumento in Lombardia di over 80 del 41 per cento nei prossimi 9 anni, è fondamentale 'preparare' un sistema sanitario sia a livello territoriale che ospedaliero in grado di rispondere ai bisogni che esploderanno. In quest'ottica riteniamo sia fondamentale valorizzare la figura del geriatra, a partire dalla dimensione più prossima ai cittadini, ovvero quella delle Case di Comunità.

Martedì 07 luglio in Consiglio Regionale abbiamo approvato all'unanimità la risoluzione di cui sono relatore insieme alla collega Paola Bulbarelli, per l'istituzione della figura del "Geriatra di Comunità", che impegna la Giunta ad avviare percorsi sperimentali nelle Case di Comunità e nelle reti territoriali delle ASST.

La sfida dell'invecchiamento non può essere affrontata esclusivamente attraverso il modello ospedaliero tradizionale. Occorre rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio, valorizzare le competenze professionali già presenti nel sistema sanitario e sviluppare percorsi assistenziali che riducano gli accessi impropri al Pronto Soccorso e migliorino la qualità della vita delle persone anziane e delle loro famiglie. Per questo abbiamo pensato all'istituzione di un 'geriatra di comunità', che possa essere di facile accesso e prossimo ai cittadini. Ma l'obiettivo è in generale quello di valorizzare la figura del geriatra anche all'interno degli ospedali e dei Pronto Soccorso.

In Lombardia esistono molte buone pratiche che in questi mesi di lavoro sul tema abbiamo conosciuto e avuto modo di apprezzare, alcune messe in campo a livello locale dalle amministrazioni, altre sperimentate in aziende ospedaliere: dobbiamo rendere strutturali e omogenee sul territorio queste esperienze per fare in modo che il sistema sia sempre più rispondente ai bisogni degli anziani, a partire dalla prevenzione con la valutazione precoce della fragilità, fino alla presa in carico delle cronicità e alla gestione delle acuzie e post acuzie attraverso il supporto ai medici di assistenza primaria e la costruzione di percorsi personalizzati di cura.

Tra le misure previste dalla risoluzione figurano, inoltre, lo screening proattivo della fragilità, il potenziamento delle "Frailty Unit" nei Pronto Soccorso, la creazione di una rete dedicata alla fragilità e il rafforzamento della formazione specialistica in geriatria.

Si tratta di un percorso graduale e non immediato, che necessita ora dell'avvio di un tavolo di lavoro in capo alla direzione generale welfare di Regione Lombardia, alla presenza dei professionisti, per programmare e concretizzare quanto previsto dalla risoluzione che è un atto di indirizzo per il lavoro della giunta regionale e in particolare dell'assessorato al welfare. Quindi ci vorrà sicuramente del tempo ma bisogna cominciare perché già oggi il sistema presenta indicatori di non sostenibilità, ma tra pochi anni sarà davvero impossibile essere efficaci se non interveniamo prima, con un cambio di paradigma. La risoluzione è il primo passo, importante ma non sufficiente. Ora tutti insieme, dobbiamo compierne molti altri ma nel solco di quanto indicato dalla risoluzione.

Ecco i 10 punti approvati:

1. attivare percorsi sperimentali che vedano la presenza della figura del Geriatra di Comunità nell'organico delle Case della Comunità e nelle reti territoriali della ASST, in sinergia con i medici di assistenza primaria, anche mediante strumenti di telemedicina e teleconsulto e con l'ausilio di tecnologie portatili, valorizzandone il ruolo quale figura di riferimento nella valutazione precoce della fragilità e del possibile decadimento cognitivo, con l'obiettivo di una progressiva estensione del modello a livello regionale, nell'ambito di una rete integrata che coinvolga i PUA, le COT e le EVM, gli infermieri di famiglia e di comunità, nonché il sistema delle cure intermedie, le RSA, i fisioterapisti

per la prevenzione delle cadute e il mantenimento dell'autonomia funzionale, gli educatori e gli psicologi;

2. promuovere presso gli studi dei medici di assistenza primaria uno screening gratuito e proattivo della fragilità tramite strumenti come il Primary Care Frailty Index per stratificare i profili di rischio della popolazione, orientare gli interventi sanitari e permettere una gestione più personalizzata e appropriata dei pazienti;

3. favorire l'attivazione di modelli organizzativi territoriali orientati alla presa in carico multidimensionale della fragilità, con particolare attenzione alla prevenzione delle riacutizzazioni, alla continuità assistenziale post dimissione, alla gestione domiciliare dei pazienti complessi, alla riduzione degli accessi impropri ai servizi ospedalieri, in coerenza con i principi del modello ICOPE dell'OMS;

4. valorizzare la figura del geriatra nei contesti ospedalieri per acuti, potenziando la collaborazione tra le varie specializzazioni e la geriatria nei reparti per acuti (ortogeriatra, neurogeriatra, cardiogeriatra, ecc.) laddove possibile e nei Pronto Soccorso tramite l'istituzione di "frailty unit", così da evitare ricoveri impropri agli anziani fragili, favorendo la cultura della cura al domicilio (*Hospital at Home*) e la gestione delle acuzie lievi (in assenza di grave instabilità clinica) a casa;

5. promuovere la costituzione di un network lombardo delle "Frailty Unit", integrato con le strutture territoriali e ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato a sviluppare percorsi omogenei di valutazione multidimensionale, condividere modelli organizzativi e protocolli assistenziali, rafforzare l'integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociosanitari, supportare la presa in carico delle persone anziane fragili e dei caregiver;

6. sostenere la formazione e il reclutamento di nuovi specialisti in geriatria, incentivando l'attrattività della specializzazione anche mediante campagne informative e collaborazioni con le Università lombarde, consentendo ai medici in formazione di svolgere il tirocinio anche sul territorio e promuovendo specifiche iniziative formative rivolte a MAP, IFeC, personale dei Distretti e dei presidi territoriali delle Case e Ospedali di Comunità, operatori del 116117, volte a diffondere la conoscenza del ruolo e delle competenze dello specialista geriatra e a favorirne il corretto coinvolgimento nei percorsi di cura, in sinergia con Psicologi, Assistenti Sociali di ASST e Ambiti;

7. promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione alla cittadinanza, in collaborazione con le società scientifiche, sul tema dell'invecchiamento attivo e della prevenzione funzionale, ispirandosi a buone pratiche internazionali;

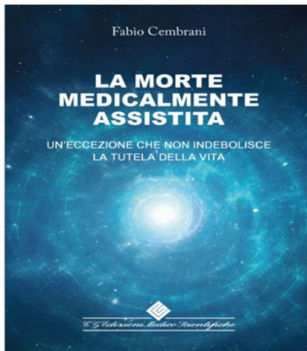
8. definire specifici indicatori di monitoraggio delle sperimentazioni, con particolare riferimento a riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, riduzione delle riospedalizzazioni, attivazione di percorsi territoriali per la fragilità, mantenimento della permanenza al domicilio, qualità della presa in carico assistenziale, tenendo conto anche delle eventuali condizioni di isolamento sociale in cui possono trovarsi le persone anziane;

9. istituire il Gruppo di Lavoro sulla Geriatria, composto da qualificati professionisti geriatri e Direttori Sanitari e Sociosanitari delle ASST, che abbiano sperimentato buone prassi sul territorio, con funzione consultiva e di supporto alla Direzione Generale Welfare, al fine di contribuire alla realizzazione di quanto previsto dalla presente risoluzione;

10. riferire periodicamente alla competente commissione consiliare sugli esiti delle sperimentazioni avviate, sugli indicatori di monitoraggio e sulle eventuali prospettive di consolidamento del modello organizzativo a livello regionale.

-Con piacere pubblico la presentazione che l'amico Fabio Cembrani ci ha inviato del suo recente volume "La morte medicalmente assistita". Fabio è sempre attentissimo

all'evoluzione dei costumi e si impegna con cultura e intelligenza a dare senso e struttura giuridica ai problemi che dobbiamo affrontare ogni giorno come cittadini e come operatori sanitari. Grazie per i continui inviti a costruire un pensiero critico, indispensabile per la nostra professione.



"La risposta giuridica alle situazioni tragiche dell'esistenza (e ai cd. 'diritti infelici' degli ammalati) oscilla tra prospettive di *hard* e di *soft law* che, più delle prime, si sono impegnate nella ricerca del (difficile) punto di equilibrio tra la tutela della vita e la difesa della dignità umana riconoscendo a ciascuna persona la libertà di percorrere le strade più in sintonia con questo valore supremo. Non sempre, però, le soluzioni proposte e adottate mi hanno convinto perché la libertà e la responsabilità sono gli estremi di una coppia che vive sul loro (spesso spietato) antagonismo, un antagonismo non sopito ma sicuramente radicalizzato dal primato che, di regola, viene attribuito alla qualità della vita e alla libertà individuale. Ciò è avvenuto in tutti i campi della vita pubblica, anche in quello della salute dove si confrontano, in condizioni davvero particolari, autonomie, libertà e responsabilità diverse, di non agevole composizione ed in equilibrio precario sia in quei modelli che sfruttano la presunta priorità del principio di auto-determinazione sia in quelli che lo problematizzano insistendo, all'opposto, sulla posizione di garanzia ricoperta dai professionisti della cura. Così ponendo un'ampia serie di questioni problematiche che sempre più spesso interpellano le nostre coscienze professionali visto e considerato le risposte spesso parziali per non dire del tutto insufficienti offerte dal diritto.

Ci si è chiesti, a tal proposito, se il fine della vita abbia, in Italia, un adeguato e sufficiente livello di protezione giuridica e con quali livelli di garanzia per le persone più fragili e vulnerabili, prime tra tutte gli anziani. E ci si è chiesti, ancora, se questi livelli di garanzia, per come la Corte costituzionale li ha circoscritti derubricando parzialmente l'aiuto al suicidio a partire dal caso Cappato/Dj Fabo, offrano un sufficiente livello di protezione impedendo gli abusi e le tante discriminazioni che esistono proprio a danno di queste persone.

Su questi temi ho voluto riflettere con il mio ultimo libro ('La morte medicalmente assistita. Un'eccezione che non indebolisce la difesa della vita umana', Ed. Medico-Scientifiche, Torino) che affronta le (tante) questioni della morte medicalmente assistita. Che ho sviluppato in maniera serena, liberandomi da quei condizionamenti morali che avrebbero potuto offuscare il rigore scientifico senza però banalizzare le strategie argomentative di chi si dichiara a favore della disponibilità della vita e di chi, al contrario, ne difende la sacralità e l'inviolabilità. Dando forma e volume alla convinzione che ho maturato in tanti anni di lavoro sul campo a supporto dei clinici e alle tragiche esperienze che mi hanno costretto ad un serrato confronto con il confine sempre più mobile che esiste tra la norma e l'*habeas corpus*. Perché la morte non annulla mai la vita, nemmeno nella sua nuova configurazione della morte medicalmente assistita che non deve far perdere di vista quello che resta il *focus* e l'*ethos* principale dell'attività di cura: il prendersi davvero sulle spalle i bisogni degli ammalati, soprattutto di quelli più fragili e vulnerabili senza mai abbandonarli al loro tragico e solitario destino. Ammettendo che la vita e la morte, ben oltre l'apparente paradosso che le lega, sono separate da un labilissimo confine visto che il raggio di luce dell'umana solidarietà e l'amore donato ad una vita che sta per spegnersi sono l'ancora di salvezza della vita medesima. E della dignità del morire che è diventata questione centrale nel dibattito bioetico in corso senza dimenticare che questo valore incarna l'identità stessa dell'uomo in quanto tale e che, se esiste – come sicuramente esiste - una dignità del vivere non può non esistere anche una parallela dignità nel morire anche se questa correlazione non deve aprire la strada a quell'assurda idea che pretende di trasformare l'obbligo di vivere nell'obbligo, ancor più inaccettabile, di poter morire con l'aiuto del medico.

Su tutto questo ho voluto riflettere augurandomi che il mio sforzo possa rinnovare il dibattito anche all'interno di AIP, interrogare le nostre personali sensibilità e portarle a quella sana maturazione perché chi soffre ne ha assoluta esigenza."

[<https://www.cgems.it/it/medicina/1996-morte-medicalmente-assistita.html#/1-formato-carta>]

-La Fondazione Maratona Alzheimer ha organizzato nei mesi di luglio e agosto una serie di incontri settimanali riservati ai caregiver.

Di seguito riporto il commento del professor Govoni all'evento tenutosi giovedì 9 luglio dal titolo "La lunga strada verso la diagnosi: cosa dovrebbero sapere le famiglie"

La lunga strada verso la diagnosi, cosa dovrebbero sapere le famiglie

Relatori: Dr. Nicola Allegri & Dott.ssa Alessia Rosi

Non è stato facile riassumere il webinar, che è stato partecipato molto attivamente, anche perché era diretto a un pubblico di caregiver, quindi privo di quelle tabelle e riferimenti della letteratura che si usano parlando agli specialisti. Ho cercato di rendere l'atmosfera della discussione che, più che gli aspetti strettamente tecnici, affronta il modo di porsi di fronte ai caregiver e ai pazienti e di instaurare con loro un dialogo utile a guidarli lungo il percorso della diagnosi e le successive decisioni per affrontare la malattia. Per chiarezza avevamo strutturato la presentazione pensando a quattro ambiti di interesse in questa precisa sequenza: la complessità della diagnosi; il percorso del paziente all'interno del CDCD; le criticità del territorio; l'impatto della diagnosi sulle persone, ciascuno di poco più di dieci minuti per mantenere elevata l'attenzione.

La complessità della diagnosi e l'eterogeneità della malattia.

Nicola Allegri ha posto l'accento sulla complessità clinica che i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) affrontano quotidianamente. Il cuore della difficoltà risiede nel fatto che la demenza – e in particolare la malattia di Alzheimer – non si manifesta in modo univoco. Un aspetto che va condiviso e spiegato a pazienti e caregiver. Le forme tipiche sono caratterizzate dal classico esordio amnesico progressivo (deficit di memoria per i fatti recenti), mentre le forme atipiche rappresentano una notevole sfida diagnostica. L'Alzheimer può esordire con disturbi del linguaggio (afasia primaria progressiva), deficit visuo-spaziali (atrofia corticale posteriore) o alterazioni del comportamento e delle funzioni esecutive (variante frontale). Questo solo concentrandosi sulla forma più conosciuta della malattia, la demenza di Alzheimer senza affrontare il problema di tutte le altre forme di demenza su base neurodegenerativa. Si tratta di aspetti diagnostici veramente poco conosciuti al pubblico che, quando si rivolge al CDCD, non conosce queste difficoltà e deve essere aiutato a capirle. Un punto chiave emerso è la necessità di andare oltre il comune modo di valutazione e di ricordare che spesso i test più semplici e troppo standardizzati non intercettano le fasi iniziali nei soggetti con alta riserva cognitiva. L'attenzione di medici di medicina generale e familiari deve focalizzarsi sul cambiamento rispetto alle abitudini pregresse del soggetto. Se una persona non riesce più a fare ciò che prima gestiva con disinvoltura, quello è il vero campanello d'allarme, indipendentemente dal fatto che i punteggi dei test rientrino ancora nei range di normalità statistica. Un'attenzione al contesto e alla persona che va imparata e trasmessa. Su un punto si è molto insistito: invecchiare non comporta necessariamente la demenza. La "demenza senile" come diagnosi non esiste ed è un concetto scientificamente superato: la demenza è sempre l'effetto di una patologia sottostante, mai una conseguenza ineluttabile dell'età, sebbene sia un fattore di rischio.

Il percorso del paziente all'interno del CDCD.

Alessia Rosi ha illustrato nel dettaglio l'iter multidimensionale che caratterizza il flusso di lavoro interno di un CDCD d'eccellenza che si configura come descritto di seguito. Messo per scritto sembra un elenco un po' "sterile", ma descritto a voce da chi vive e accompagna tutti i giorni le persone lungo questa traccia è molto diverso e coinvolgente.

Contatto Iniziale: Accoglienza e primo filtro della domanda.

Intervista Clinica ed Esame Obiettivo Neurologico (Paziente e Caregiver): Momento fondamentale in cui si raccolgono i dati anamnestici. Il caregiver è una fonte cruciale per far emergere le discrepanze tra la percezione del paziente (spesso caratterizzata da anosognosia) e la realtà quotidiana. Se emergono segni e sintomi sospetti il neurologo e/o geriatra invierà per ulteriori approfondimenti

Approfondimenti Diagnostici: Somministrazione di batterie neuropsicologiche di secondo livello, esami ematochimici mirati e neuroimaging (TC, RM o PET, PET-amiloide ecc.).

Visita Neurologica e Sintesi: Momento finale e fondamentale di restituzione in cui l'équipe medica (neurologo e/o geriatra) ha un ruolo centrale nell'unire i tasselli per formulare la diagnosi medico-clinica e impostare il piano terapeutico.

Nell'esperienza specifica del CDCD di Vigevano, i neuropsicologi seguono pazienti e caregiver nel percorso. Questi ultimi vengono informati e formati mediante corsi ad hoc (gratuiti) ai quali i caregiver che vogliono possono aderire.

È stata sottolineata l'importanza che queste fasi che richiedono tempo e più visite, mano a mano che si presenta la necessità di approfondimenti diagnostici, vengano preventivamente previste e spiegate per ottenere dai caregiver e dai pazienti una collaborazione più consapevole, spiegando come la complessità della malattia si rifletta nella complessità del percorso diagnostico.

Le criticità del territorio: il ruolo dei MMG e i ritardi diagnostici

Sia Allegri che Rosi hanno evidenziato che sebbene negli ultimi 20 anni si sia assistito a un notevole miglioramento nel tema della diagnosi precoce, sia per gli avanzamenti tecnologici scientifici sia per una maggior attenzione alla formazione specifica sulle demenze per i MMG, esiste ancora a tutt'oggi una difficoltà ad intercettare molti casi di demenza, se non con ritardi diagnostici. A questo proposito un ruolo fondamentale è rivestito dai MMG, data la loro posizione privilegiata nel rilevare cambiamenti in persone che seguono tendenzialmente da anni. In questo senso il nuovo PDTA conferma la necessità di formazioni specifiche sul tema demenza verso i MMG e l'utilizzo di specifici strumenti, come la GPCOG, per selezionare i pazienti a forte rischio di incipit di demenza. Sebbene, come detto, siano stati fatti numerosi sforzi verso questo tema, accade ancora spesso che forme di ageismo o nichilismo terapeutico prevalgano, ad esempio confondendo o minimizzando i sintomi iniziali confusi con il "fisiologico invecchiamento" o ritenendo vane le possibilità terapeutiche e di presa in carico attuali del paziente e del caregiver.

Perché è fondamentale la diagnosi precoce? È stato ribadito con forza che non è vero che "non si può fare nulla". Diagnosticare tempestivamente consente di impostare terapie farmacologiche in grado di rallentare la progressione dei sintomi e di avviare interventi di stimolazione cognitiva e di riabilitazione.

Inoltre permette al paziente di esprimere le proprie volontà sul futuro (testamento biologico, pianificazione delle cure) mentre è ancora capace di decidere e formare il caregiver alla "cura" del proprio familiare.

L'impatto psicologico e l'importanza della restituzione

Alessia Rosi ha infine affrontato la delicata fase della comunicazione della diagnosi. Ricevere una diagnosi di demenza è un evento intrinsecamente traumatico e destabilizzante sia per il malato sia per i familiari. La presa d'atto e l'accettazione della malattia sono passaggi dolorosi ma indispensabili. Solo superando il rifiuto è possibile progettare il futuro, mappare i bisogni e capire a quali risorse attingere (servizi sociali, associazioni, reti di supporto) per migliorare l'andamento della patologia e tutelare la qualità della vita dell'intero nucleo familiare. Quando il familiare non accetta la diagnosi, l'attenzione verso il malato può scadere, e il disagio e la sofferenza del caregiver aumentano. È una situazione che va seguita con cura. Il personale sanitario che segue il caso, spesso il neuropsicologo, deve aiutare il caregiver a superare questa fase, che può peggiorare il rifiuto e i sensi di colpa del caregiver e del paziente che si sente rifiutato.

Queste ed altre forti preoccupazioni del pubblico sono emerse nella discussione, così come la profonda eterogeneità sul territorio nazionale dei CDCD. In molte realtà si riscontrano liste d'attesa insostenibili e una presa in carico "fredda". Sulla uniformità sta molto lavorando l'Istituto Superiore di Sanità con linee guida, nate da un lungo lavoro di condivisione delle rappresentanze qualificate di tutti gli operatori sanitari e delle associazioni dei caregiver, che sono pubbliche, pubblicate e aggiornate (<https://www.iss.it/-/snlg-diagnosi-e-trattamento-delle-demenze>) e comprendono anche un breve testo informativo per i caregiver. Andando oltre ai temi direttamente trattati, numerose sono state le domande del pubblico su come prevenire il decadimento cognitivo. I relatori hanno rimandato i dettagli a un webinar specificamente dedicato che si terrà prossimamente (quello del 20

agosto a cura del professor Giuseppe Bellelli e della dottoressa Maria Cristina Ferrara), confermando comunque l'importanza degli stili di vita (cardiovascolari, alimentari e cognitivi).

Mi permetto, inoltre, di ricordare **l'appuntamento del 23 luglio alle ore 17.30**, che **sarà condotto dal sottoscritto** direttamente dalla sede della Fondazione a Mercato Saraceno, allo scopo di discutere una tematica particolarmente importante in questo periodo: **"Affrontare l'estate: il caldo e la solitudine"**.

[<https://us06web.zoom.us/j/88217853817?pwd=UhOr4I7d9yCFH8I032qUY9PHOfenJ9.1>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di Mauro Colombo, che ringraziamo. Ha trovato il tempo per scrivere il consueto pezzo anche se impegnato nella cura della mamma ricoverata in ospedale. E' una dimostrazione di grande professionalità e generosità: grazie carissimo Mauro!

"In un certo senso, mi aspettavo un articolo come quello pubblicato sul numero del 30 giugno 2026 di JAMA Network Open, intitolato "Inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio 2 e rischio di demenza nei pazienti con disturbi psichiatrici" [1]. Me lo aspettavo perché viene ripercorsa la trama che lega neurodegenerazione e psicosi, con la energetica cerebrale sullo sfondo, a partire dai risultati traboccanti rispetto ai bersagli originali di una categoria di farmaci #.

Lo studio è frutto dell'attività di ricercatori di varia competenza professionale (psichiatria, neurologia, biostatistica, medicina, assicurazioni sanitarie), affiliati ad istituzioni di New York, del Massachusetts e della California.

A mio avviso la parte più interessante di [1] risiede nella introduzione, per cui ne riporterò, tradotti più o meno letteralmente – solo aggiungendo poche righe di introduzione / commento personale, per evitare banalizzazioni da goffi tentativi di sintesi – alcuni stralci, più estesamente che rispetto ad altre sezioni dell'articolo.

La frase di esordio recita "Le persone con disturbi psichiatrici presentano un rischio notevolmente più elevato di demenza, il che suggerisce vulnerabilità transdiagnostiche che potrebbero aprire nuove strade di trattamento per la prevenzione della demenza."

Segue un passaggio di particolare importanza nosologica, che introduce la questione della bio-energetica cerebrale: "Precedentemente considerate importanti comorbidità ed effetti collaterali dei farmaci, le anomalie metaboliche, tra cui l'insulino-resistenza e la disfunzione mitocondriale, sono sempre più riconosciute come caratteristiche fondamentali sia delle malattie psichiatriche che di quelle neurodegenerative. Le evidenze suggeriscono che l'energetica cerebrale rappresenti una via eziologica comune che contribuisce al declino cognitivo e alla scarsa risposta al trattamento in diverse patologie." Le bibliografie chiamate in causa in questo passaggio riguardano la schizofrenia [cui sono stati dedicati recentemente due 'angoli' (nella newsletter n° 24 del 19 giugno e n° 25 del 26 giugno)] ed il disturbo bipolare #.

Subito dopo entrano in campo il metabolismo cerebrale dei corpi chetonici e gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2), con riferimento agli effetti di questa categoria di farmaci che travalicano i bersagli originari, a livello cardiaco e renale: "Le terapie mirate alla disfunzione metabolica, come le diete chetogeniche, si sono dimostrate promettenti nelle condizioni neuropsichiatriche. Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2) sono agenti antidiabetici con effetti cardioprotettivi e nefroprotettivi e si distinguono per le loro proprietà chetogeniche. Questi benefici potrebbero essere alla base del loro ruolo nel sistema nervoso centrale, poiché i chetoni rappresentano substrati energetici più efficienti per i neuroni rispetto al glucosio ^E e la firma metabolica degli inibitori SGLT2 nel cervello imita quella di altri interventi chetogenici."

E qui iniziano a prospettarsi le possibili ricadute cliniche pratiche: "Gli esperimenti preclinici hanno dimostrato che gli inibitori di SGLT2 sono associati a un miglioramento dell'energetica neuronale, a una ridotta espressione di citochine infiammatorie nella microglia e a un miglioramento degli

indicatori indiretti dei sintomi depressivi.”

A questo punto compare la demenza: “Studi retrospettivi indicano che l'uso di inibitori SGLT2 è associato a un rischio ridotto di demenza e depressione rispetto ad altri farmaci antidiabetici; un recente studio di emulazione di studi clinici mirati ha riscontrato un rischio ridotto di malattia di Alzheimer (AD) e demenze correlate alla malattia di Alzheimer (AD/ADRD) in individui con diabete.” Allora appaiono le questioni critiche, da cui deriva la motivazione per la ricerca: “Tuttavia, pochi studi hanno esaminato gli esiti neuropsichiatrici nelle popolazioni psichiatriche. Inoltre, gli studi precedenti non hanno tenuto conto dei tempi di ingresso dinamici [§], dell'aderenza al trattamento o di un aggiustamento completo delle covariate, limitando l'interpretabilità.”

La parte finale della introduzione illustra l'impianto generale dello studio, con le relative ipotesi ed obiettivi di ricerca: “È stato ipotizzato che l'esposizione agli inibitori SGLT2 possa essere associata a una riduzione dell'incidenza della demenza e dei relativi esiti psichiatrici (valutazione psichiatrica d'urgenza e ospedalizzazione) tra gli individui affetti da disturbo depressivo maggiore (MDD), disturbo bipolare (BD) o disturbo dello spettro schizofrenico (SSD). (È stato) utilizzato un approccio di emulazione dinamica di studi clinici mirati all'interno del sistema sanitario “Veteran Administration” (VA) per valutare se il trattamento con inibitori SGLT2 sia associato a un ridotto rischio di incidenza di demenza e di altri esiti neuropsichiatrici nei pazienti con disturbi psichiatrici.” Infatti, “il sistema sanitario del Dipartimento degli Affari dei Veterani (VA) degli Stati Uniti ospita dati longitudinali ricchi di dettagli”, adatti al tipo di indagine statistica prescelto, capace di sfruttare al meglio ampie basi di dati, e vantaggioso rispetto ai metodi tradizionali [@].

In questa indagine retrospettiva, estesa dal 2016 al 2024, sono state studiate 112.725 persone, di età mediana 74,1 anni (ambito interquartile 69,7 – 77,6 anni), oltre 9 su 10 maschi, metà obeso. 7.631 di costoro (6,8 %) hanno assunto inibitori SGLT2.

Le covariate includevano età, sesso, razza ed etnia autodichiarate, fumo, consumo di alcol, indice di massa corporea, livelli di emoglobina glicata (HbA1c) e covariate relative all'anamnesi medica. I modelli sono stati ulteriormente aggiustati in base alla diagnosi psichiatrica e all'anamnesi farmacologica, compreso l'uso di antidepressivi maggiori e farmaci per il diabete, che a volte vengono utilizzati in combinazione con gli inibitori SGLT2 o in alternativa a questi ultimi. Oltre alle variabili statiche (dati demografici e diagnosi psichiatrica di base), il modello di emulazione includeva covariate variabili nel tempo (comorbidità, farmaci e analisi di laboratorio) che venivano aggiornate in ogni periodo utilizzando la misurazione più recente effettuata entro 2 anni prima dell'inizio dello studio e successivamente i dati più recenti disponibili o, se non disponibili, l'ultimo valore osservato (ultima osservazione riportata).

Nella analisi secondo ‘intenzione di trattare’, l'uso di inibitori SGLT2 è stato associato a una riduzione delle probabilità di demenza di qualsiasi causa {rapporto di probabilità [odds ratio (OR) = 0,61, con intervallo di confidenza al 95 % (IC 95%) = 0,52 - 0,73]} e di visite al pronto soccorso pediatrico (OR = 0,80; IC 95% = 0,66 - 0,97), ma non di ricoveri psichiatrici (OR = 0,68; IC 95% = 0,44 - 1,04). Nell'analisi “per protocollo”, l'uso di inibitori di SGLT2 è stato associato a minori probabilità di demenza di qualsiasi causa (OR = 0,54; IC 95% = 0,4 - 0,73) e ricoveri ospedalieri psichiatrici (OR = 0,56; IC 95% = 0,31 - 1), ma non di visite al pronto soccorso psichiatrico (OR = 0,74; IC 95% = 0,53 - 1,05). I grafici colorati a corredo di [1] sono di chiarezza inequivocabile. Le analisi di sensibilità che hanno tenuto conto dello specifico tipo di disturbo psichiatrico o da stress post-traumatico, e della condizione di diabete mellito, hanno fornito risultati paragonabili alla analisi principale. La discussione riprende i temi presentati in introduzione, specificando che l'effetto protettivo dimostrato dagli inibitori di SGLT2 non è dovuta a differenze di mortalità, così da suggerire la riconcettualizzazione dei disturbi neuropsichiatrici come malattie cerebrali parzialmente mediate metabolicamente e rafforzare la validità degli inibitori SGLT2 come potenziali terapie, proprio in virtù delle loro proprietà chetogeniche.

sorprendentemente – secondo me – in [1] non appare nominato (neppure in bibliografia) il delirium, sul quale pesa, oltre allo squilibrio neuro-trasmittitoriale, anche lo scompenso energetico, come ricordato anche dal prof. Giuseppe Bellelli nella sua bellissima presentazione dal titolo “Disturbi cognitivi nell’anziano: quali strategie terapeutiche disponibili”, tenuta in sala Donatello, la mattina del venerdì 27 marzo, al palazzo congressi di Padova, durante il 26° Congresso Nazionale AIP: le diapositive sono disponibili per i soci sul sito

£ e qui non posso fare a meno di ricordare quante volte e con quale livello di qualità il prof. Ugo Cavalieri – maestro di chi si è impegnato all’Istituto Golgi, decenni fa – ha combattuto lo stigma contro l’uso alimentare dell’alcol, sottolineandone i benefici gerontologici: tra questi, in particolare in questo contesto, le proprietà chetogeniche a sostegno del metabolismo energetico cerebrale [vedi per esempio pagina 36 in “Encefalo senile e riabilitazione mentale”, di Ugo Cavalieri, da “Encefalo senile e riabilitazione mentale”: atti del convegno (pagine 8 – 47), Auditorium Farmitalia Carlo Erba, Milano 26-9-1981, editi da Gruppo Montedison – Farmitalia Carlo Erba]

§ per “tempi di ingresso dinamici” si intende che i pazienti che non erano idonei in un periodo precedente (ad esempio, non avevano ancora raggiunto i 65 anni di età o non avevano ancora ricevuto una seconda diagnosi psichiatrica) potevano partecipare a studi successivi una volta soddisfatti tutti i criteri.

@ a livello metodologico-statistico, allo scopo di minimizzare il rischio di causalità inversa, sempre presente intrinsecamente negli studi osservativi, ai pazienti è stato inoltre richiesto di rimanere nella coorte per almeno 6 mesi dopo aver soddisfatto i criteri di ammissibilità iniziali (età 65 anni e 2 codici ICD psichiatrici).

[1] Liebers, D. T., He, T., Betensky, R. A., Zheng, C., Swinnerton, K. N., Jacobson, S., Huhmann, L., Brophy, M. T., Do, N. V., Gilsanz, P., Osorio, R. S., Pomara, N., Convit, A., Goff, D. C., Iosifescu, D. V., Fillmore, N. R., & Ramos-Cejudo, J. (2026). Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors and Dementia Risk in Patients With Psychiatric Disorders. *JAMA network open*, 9(6), e2619985. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.19985>

-Ringrazio Fabrizio Ascoli per il commento (“Controversie e dubbi”) molto preciso che ci ha inviato **riguardo ai contenuti dell’ultima newsletter. Colgo l’occasione per invitare i lettori ad intervenire sui nostri testi, in modo che la newsletter diventi sempre di più un forum di discussione utile per l’AIP.** Una società scientifica è tale solo se si arricchisce senza sosta di pensieri che costituiscono nel tempo un patrimonio comune di esperienze, studi, ricerche, speranze. Vorremmo che questo fosse lo stile della nostra Associazione

Controversie e dubbi

Sul n° 27 del 10 luglio 2026 è stato pubblicato un testo di Angelo Bianchetti che commenta la decisione della Commissione scientifica dell’Agenzia del farmaco sulle molecole anti-amiloide di confermare la non ammissione alla rimborsabilità da parte del SSN per lecanemab e donanemab. Come sottolineato da Marco Trabucchi nella presentazione di questo scritto, si tratta di una problematica molto delicata per svariati aspetti che in nostro Segretario generale affronta in modo documentato e con grande equilibrio. Sintetizzo i punti centrali del suo intervento rimandando al suo testo per una più completa esposizione delle ragioni a sostegno della decisione dell’AIFA: 1) efficacia clinica di queste molecole modesta e incertezza a lungo termine; 2) rapporto rischio/beneficio sfavorevole. A fronte di un beneficio clinico valutato come contenuto, permane il rischio concreto di anomalie dell’imaging correlate all’amiloide; 3) complessità gestionale e degli esami strumentali con un carico organizzativo consistente sul piano delle risorse da parte del SSN legato all’esecuzione di accertamenti complessi per escludere controindicazioni e intercettare tempestivamente gli eventi avversi.

La Food and Drug Administration, malgrado le perplessità sollevate dalla comunità scientifica e nonostante il parere negativo di un gruppo di esperti, ha sistematicamente mantenuto negli anni una posizione diversa. Nel 2021 ha approvato con procedura accelerata la molecola Aducanomab. Gli studi presentati allora dalla Biogen, azienda produttrice del farmaco, evidenziavano la rimozione delle placche, ma a tutt'oggi non è ancora provato che eliminare le placche comporti l'arresto o il rallentamento della progressione dei sintomi. Nel luglio 2023 è stato approvato un secondo farmaco (Lecanemab), prodotto anch'esso dalla Biogen. Lo studio presentato dall'azienda alla FDA ne evidenziava l'efficacia a rimuovere le placche e qualche beneficio clinico, ma solo in un gruppo di pazienti, e anche un maggior rischio di effetti indesiderati in un altro gruppo. L'ente regolatore statunitense anche in questo caso ha dato la sua approvazione, così come nel 2024 ad una ulteriore molecola (Donenemab).

Mauro Colombo, nella consueta rubrica scientifica a sua cura, sullo stesso n° 27 della Newsletter si occupa, tra gli altri argomenti, anche di quello che riguarda il tema qui in discussione, e cita un imperdibile intervento del prof. Stefano Govoni che, a commento di una revisione pubblicata da *JAMA* del 22 giugno (dal titolo peraltro stimolante: "Fermare la malattia di Alzheimer- 50 anni di progressi"), scrive dell'imbarazzo in cui viene a trovarsi "chi lavora nel campo, e spesso parla ai caregiver oltre che agli operatori sanitari, nel prendere una posizione, soprattutto nei confronti dei nuovi farmaci anti-amiloide". Sempre il prof. Govoni mette giustamente in rilievo anche le ricerche svolte a partire dalla metà degli anni '70 sulle alterazioni recettoriali che avevano evidenziato una riduzione delle concentrazioni cerebrali di acetilcolina e quelle sulla trasmissione glutamatergica, dato che proprio questi studi hanno portato allo sviluppo di farmaci (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina), che le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer considerano a tutt'oggi come gli unici dotati di attività provata nella malattia.

Le conclusioni di Stefano Govoni sottolineano il rischio in cui incorre di frequente chi si trova ad affrontare problemi *complessi*, cioè quello di adottare visioni troppo semplificate alla ricerca di una possibile risposta alla perdurante imperscrutabilità di certi temi (fra questi certamente la malattia di Alzheimer): "i nuovi sviluppi scientifici indicano che l'epoca delle eccessive semplificazioni (solo l'acetilcolina, solo il glutammato, solo beta-amiloide...) è finita. Le nuove acquisizioni e gli interventi con i farmaci vanno calati nel racconto di un'attività di rete complessa..."

A queste conclusioni, totalmente condivisibili, vorrei aggiungere una mia riflessione per cercare di interpretare la perseveranza mostrata dalla FDA a sostegno dei farmaci anti-amiloide. Come è noto, l'ipotesi che riguarda l'amiloide presuppone che, a causa di alcuni meccanismi patologici, questa proteina diventi tossica per i neuroni, si accumuli nel cervello provocando la neurodegenerazione delle cellule. Tuttavia la rilevazione di questa correlazione non significa necessariamente che la sostanza amiloide debba essere *causa* della malattia. La forzatura di questa correlazione fino a trasformarla in causalità, ha innescato la corsa nella direzione di trovare farmaci in grado di rimuovere l'amiloide dal cervello dei malati. Dopo la prima formulazione di questa ipotesi sono passati decenni e sono stati spesi oltre quaranta miliardi di dollari. Non si può dire che i risultati siano incoraggianti. Se si escludono alcuni miglioramenti marginali nella sfera cognitiva, tutti i tentativi rivolti alla rimozione dell'amiloide dal cervello sono falliti (o sono "al di sotto delle aspettative" se si vuole usare l'elegante espressione di Stefano Govoni).

L'ipotesi della cascata amiloide ha esercitato un fascino preponderante e, secondo la mia opinione ha oscurato di fatto altre prospettive di indagine e di studio. Progressivamente l'attenzione dei ricercatori e dell'industria è stata concentrata prevalentemente (o solo) in questa direzione. Come nel caso di molte altre malattie, anche per quella di Alzheimer è molto probabile che le cause possano essere molteplici e i meccanismi da prendere in considerazione siano di conseguenza differenti, così come verosimilmente potranno essere vari i farmaci da utilizzare a beneficio dei pazienti. Esistono altre linee di ricerca che sono state oscurate dalla ipotesi della cascata amiloide. Per esempio, quella ipometabolica, dove si è dimostrato che il cervello dei pazienti che soffrono di problemi cognitivi anche di lieve entità, non riesce a utilizzare efficacemente il glucosio apportato dal sangue. La riduzione di energia disponibile per i neuroni avrebbe un'influenza negativa sulle funzioni cognitive e la memoria. Oppure l'ipotesi infiammatoria, sostenuta da prove sperimentali che dimostrano come

nel cervello dei pazienti affetti da Alzheimer siano presenti processi infiammatori che coinvolgono un tipo di cellule gliali, la microglia.

È legittimo il dubbio che, col passare del tempo e con l'accumularsi dei soldi investiti, l'ipotesi iniziale sia andata via via trasformandosi in un punto fermo (quasi in un dogma) nonostante la mancanza di esperimenti in grado di convalidare questa tesi e il fallimento di decine di studi clinici indirizzati a testarla. In questo caso una possibile ragione, non secondaria, di questa ostinazione è che risulti problematico abbandonare una strada di ricerca su cui le aziende hanno investito centinaia di milioni di dollari, accettando la sconfitta di non essere state in grado di mettere a punto un farmaco che avrebbe potuto avere un enorme successo commerciale; così come anche per gli scienziati che lavorano sul campo potrebbe essere altrettanto difficile rinunciare ad una linea di ricerca che ha procurato loro finanziamenti importanti, pubblicazione di articoli di grande visibilità e conseguente notorietà.

Certo, il riconoscimento esplicito della improduttività della strategia di ricerca adottata fino ad oggi per scoprire un farmaco contro la malattia di Alzheimer ed imboccare una prospettiva diversa non appare una via facile da intraprendere. Angelo Bianchetti giustamente sostiene che la posizione assunta da AIFA non deve essere letta come una rinuncia alla speranza, ma come un richiamo alla responsabilità clinica ed etica. La speranza offerta ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie non deve poggiare su false aspettative e illusioni ma su trattamenti concretamente efficaci e a basso rischio, dato che non sembra appropriato sottoporre i pazienti a terapie dall'impatto clinico globale modesto, a fronte di rischi di eventi avversi non trascurabili e di un percorso terapeutico altamente complesso e costoso.

Coltivare speranze che non sono confermate dalla ricerca e dagli studi, induce a speranze che si traducono in illusioni. Come ammonisce la storia, le illusioni sono destinate a non durare a lungo, a un certo punto vengono sopraffatte e si trasformano in delusione, sfiducia e rabbia.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Ho partecipato a Taranto al congresso regionale pugliese dell'AIP, organizzato da Rosa Capozzo, Giancarlo Logroscino e Francesco Scapati. Un ambiente culturalmente vivace, con larga partecipazione attorno al tema. Nella prossima newsletter pubblicheremo un commento.

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatria>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatria/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-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 IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

-Un augurio di buon lavoro e di buone vacanze a colleghe e colleghi che hanno la fortuna di andare al mare o in montagna. Come tutti gli anni, un pensiero riconoscente a chi non si può concedere una vacanza perché il servizio dove lavora non ha la possibilità di sostituirlo. **Il nostro mondo** (medici, infermieri, Oss, psicologi, fisioterapisti, educatori, assistenti sociali) è **un grande contenitore di generosità attese e inattese a favore delle persone fragili.**

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria

Newsletter AIP – 24 luglio 2026
n. 29/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Un'originale esperienza di caregiving
- Chiara Vecchi: raccontarsi per continuare ad appartenere
- Angelo Aliquò: considerare i servizi per gli anziani senza semplificazioni

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo sul ruolo del deficit uditivo
- Renzo Rozzini spiega i farmaci GLP-1 e le speranze per la demenza
- Lancet* critica "Less is more" e la pratica diffusa del "deprescribing"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Un sereno augurio

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Andy Burnham, il nuovo capo del governo inglese, ha iniziato la giornata di insediamento vistando un centro per senza tetto a Londra. Un segno chiaro delle future scelte che ci ha particolarmente colpito.

-Alla cerimonia della **premiazione dello Strega** ha partecipato uno dei finalisti, **Alcide Pierantozzi, con il suo volume "Lo sbilico"**. Una situazione particolare: **lo scrittore era accompagnato dal fratello Francesco, che gli è stato vicino in ogni circostanza, perché Alcide soffre di una malattia psichiatrica complicata**; senza il fratello caregiver non potrebbe viaggiare né incontrare i suoi lettori. Non può infatti rimanere a lungo da solo. Francesco Pierantozzi ha dato una bellissima intervista a *La Stampa*; ne riproduco alcuni passaggi particolarmente interessanti, perché dimostrano che il lavoro di caregiving ha alcune caratteristiche simili, indipendentemente dalla persona presa in cura e dalle circostanze vitali.

Dedico questo pezzo ai caregiver delle persone anziane affette da demenza, che sono i nostri lettori "normali", perché possano verificare come i problemi, le difficoltà, le crisi siano una caratteristica della sofferenza umana e quindi siano l'obiettivo comune di chi si dedica ad accompagnare alcune vite perché siano il meno faticose possibile. Ecco alcuni pezzi dell'intervista a Francesco Pierantozzi. "Il mondo mi ha aiutato subito a capire da che parte stare: quella di mio fratello che è il mio migliore amico e la mia più grande ricchezza". In queste parole risuonano le affermazioni dei caregiver di persona ammalate di demenza, quando esprimono con forza le motivazioni della loro scelta. "E ho potuto stargli vicino (al fratello) perché una volta che aveva una crisi potevo raggiungerlo: guardavo mio padre e lui capiva. Se fossi stato dipendente da qualsiasi altro ufficio sarei stato licenziato". I caregiver delle persone anziane frequentemente devono sospendere la loro attività lavorativa, perché l'impegno non concede soste e assenze. Una condizione che spesso approfondisce le difficoltà

economiche e il senso di solitudine. "Aiuti statali non li abbiamo mai ricevuti, ma non li abbiamo mai richiesti perché ho paura del tempo di attesa (...) Conduco una vita in cui devo minimizzare i problemi, far sì che non si accumulino". Questa frase non ha bisogno di commenti, purtroppo! "No, non ho studiato. Lo aiuto empaticamente: lo conosco, è mio fratello, conosco quando ha pensieri terribili, o qualcosa lo mette a disagio". Quante volte nel corso dell'assistenza abbiamo sentito risposte simili a queste, che dimostrano la capacità di un caregiver di interpretare il pensiero e i desideri delle persone ammalate di demenza, impresa impossibile a qualsiasi estraneo, anche agli operatori dell'assistenza. "Ma che facciamo con chi non scrive e non vince premi? Con quelli che ci fermano in stazione per chiederci una sigaretta e noi li evitiamo schifati? E non vogliono sigarette, vogliono solo parlare..." E noi ben sappiamo come i "nostri" caregiver spesso hanno solo bisogno di parlare!"

Grazie ad Francesco Pierantozzi e a Simonetta Sciandivasci per questa testimonianza che spiega il valore umano e l'importanza concreta del caregiving. Chi accompagna uno scrittore di successo riesce a comunicare con efficacia la fatica del servizio ad una persona cara ammalata, e la nobiltà di questo ruolo. Un pensiero in questa circostanza va a quei caregiver che invece soffrono in silenzio e non hanno nessuno che ascolti i loro enormi problemi.

Un grazie particolare ed una dichiarazione di stima al quotidiano *La Stampa* per l'attenzione che sta dedicando con serietà ai problemi dei cittadini anziani fragili.

[https://www.lastampa.it/cultura/2026/07/17/news/francesco_pierantozzi_voglio_aiutare_il_mondo_ad_amare_i_pazzi_con_i_libri_di_mio_fratello-15691881]

-Chiara Vecchi, collega di grande sensibilità clinica e umana, **ha inviato una testimonianza sulla solitudine di un cittadino "che scrive per appartenere"**.

Raccontarsi per continuare ad appartenere: la relazione come risposta alla solitudine.

"«Scrivo per vincere la solitudine, per riempire un vuoto incolmabile; scrivo perché in quei momenti sento che Antonietta è vicina a me.»"

Con queste parole Franco Guindani, 83 anni, racconta il significato del gesto che accompagna le sue giornate da quando ha perso sua moglie, Antonietta. Ogni giorno pubblica un pensiero su Facebook. A prima vista si potrebbe pensare a un diario personale, a un modo per dare ordine al dolore del lutto o semplicemente per riempire il tempo. Con il passare dei mesi, però, è emerso qualcosa di diverso. La scrittura si è trasformata in un gesto profondamente relazionale. Intorno ai suoi pensieri si è raccolta una comunità di persone che legge, risponde, condivide ricordi e attende il post del giorno successivo. Le sue parole hanno aperto uno spazio di dialogo che, risposta dopo risposta, ha restituito il senso di una presenza reciproca. Ciò che colpisce è che Franco non riceve soltanto attenzione: attraverso i suoi racconti continua a offrire ricordi, riflessioni ed esperienza. La relazione rimane uno scambio, non un gesto unidirezionale di assistenza. Infatti, anche nella vecchiaia, il bisogno non è soltanto quello di essere aiutati, ma sentire di poter continuare a donare qualcosa agli altri. È questo l'aspetto che rende la vicenda di Franco particolarmente significativa. La sua esperienza ricorda che vivere da soli e sentirsi soli non sono la stessa cosa. L'isolamento descrive una condizione oggettiva; la solitudine, invece, è un'esperienza soggettiva che nasce quando le relazioni non rispondono più al bisogno di sentirsi riconosciuti e parte di una comunità. È in questo scarto che si inserisce la sofferenza: quando viene meno la possibilità di percepire che il proprio vissuto conserva un significato per qualcuno. Nel lavoro psicologico con le persone anziane, e non solo, questa dimensione emerge con grande frequenza. Molti affidano alla narrazione della propria vita il bisogno di mantenere un filo di continuità tra passato e presente. Non rievocano soltanto ciò che è accaduto: attraverso il racconto ricompongono la propria identità e la riconfermano nell'incontro con chi sa ascoltare. Per questo motivo l'esperienza di Franco va oltre il semplice utilizzo dei social network; quando diventano luoghi di ascolto e reciprocità, anche

gli strumenti digitali possono trasformarsi in spazi di memoria condivisa, appartenenza e riconoscimento reciproco. La tecnologia, dunque, non sostituisce la relazione: ne amplia le possibilità quando viene utilizzata per mantenere vivi i legami e favorire nuove occasioni di incontro. Un elemento particolarmente interessante è che alcuni dei rapporti nati attraverso questa pratica quotidiana stiano trovando continuità anche al di fuori dello schermo, incontrandosi davanti a un caffè, dando concretezza a un dialogo nato online. È un passaggio che ricorda come ogni legame autentico tenda naturalmente a cercare una presenza. La tecnologia può avvicinare le persone, ma non sostituisce il bisogno profondamente umano dell'incontro. Questa vicenda invita anche a ripensare il modo in cui affrontiamo il tema della solitudine nella vecchiaia. Contrastarla non significa semplicemente organizzare attività o riempire il tempo libero. Significa creare occasioni nelle quali ciascuno possa continuare a esprimersi, sentirsi ascoltato e riconosciuto. Significa, soprattutto, favorire relazioni fondate sulla reciprocità, nelle quali la persona anziana possa continuare a offrire il proprio contributo, la propria esperienza e la propria storia. L'esperienza di Franco ricorda che l'invecchiamento non riduce il desiderio di relazione. Al contrario, rende ancora più evidente il bisogno di custodire legami significativi, condividere la propria storia e trovare qualcuno disposto ad accoglierla. È attraverso questo riconoscimento reciproco che ciascuno continua a percepirsi vivo, al di là delle perdite e delle fragilità che accompagnano il passare degli anni. Questa storia racconta che ogni relazione autentica riapre la possibilità di immaginare il domani. Continuare a scrivere, attendere una risposta, prepararsi a un incontro, sentirsi parte di una comunità: sono tutti piccoli gesti che restituiscono progettualità. Non sono i grandi eventi a contrastare la solitudine, quanto la continuità di legami capaci di far sentire la persona attesa, riconosciuta e parte della vita degli altri. La relazione, infatti, si nutre di continuità più che di gesti straordinari. È sapere che qualcuno leggerà quelle parole il giorno successivo, che risponderà, che continuerà il dialogo, a dare significato al presente e ad aprire uno spazio di futuro. Forse è questa la lezione più preziosa che la vicenda di Franco consegna a chi si occupa di invecchiamento. La solitudine non si supera semplicemente stando in mezzo agli altri, ma quando si torna a sentirsi attesi, ascoltati e riconosciuti. Perché ogni persona, a qualunque età, può avere il desiderio di sapere che la propria storia continua ad avere un posto nella vita di qualcun altro.

In fondo, non è la scrittura, da sola, a vincere la solitudine. È sapere che, dall'altra parte, c'è qualcuno disposto ad accogliere il nostro racconto. È in questa possibilità di raccontarsi, di essere ascoltati e di continuare ad appartenere che la relazione esprime il suo valore più profondo.”

-Angelo Aliquò, direttore generale Ao San Camillo di Roma, **ha pubblicato sul *Quotidiano Sanità Lazio* del 13 luglio un interessante contributo**, del quale alleghiamo l'ultimo capoverso, **riguardante l'assistenza agli anziani fragili**. Ringraziando Aliquò per le sue osservazioni di grande equilibrio, ci poniamo ancora una volta la domanda riguardante il perché la cura dei nostri concittadini anziani non possa ispirarsi ad un percorso, certo non facile, ma da iniziare. Se non si inizia, pur con tutte le prudenze, non si arriverà mai a creare le basi di un sistema che sarà poi in grado di automigliorarsi progressivamente. Fino a che guardiamo ai problemi della casa, dell'assistenza domiciliare, dei ricoveri ospedalieri, della RSA come a montagne non scalabili continueremo a lamentarci e la parte più nobile dei nostri concittadini continuerà ad essere priva dei supporti dei quali ha bisogno per continuare ad offrire il proprio contributo alla costruzione di una società giusta e capace di crescere.

"In conclusione la domiciliarità va difesa, ma non va 'mitizzata' e le RSA vanno migliorate, ma non possono essere giudicate già sufficienti. Gli standard programmatori vanno aggiornati e il sistema

sanitario e sociosanitario deve smettere di ragionare per contrapposizioni, cominciando finalmente a costruire una rete continua, flessibile, graduata per intensità assistenziale. Casa quando la casa è possibile, RSA quando la residenzialità è necessaria, strutture intermedie quando serve una transizione protetta e ospedale solo quando serve davvero l'ospedale. E' questa la vera continuità assistenziale ad a mio avviso è questa, più di ogni slogan, la misura concreta della dignità della cura."

[\[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/casa-rsa-e-anziani-fragili-una-non-alternativa-che-non-aiuta-il-paese/\]](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/casa-rsa-e-anziani-fragili-una-non-alternativa-che-non-aiuta-il-paese/)

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo**, come sempre lucido e informato. Alcuni lettori hanno scritto per comunicarmi che seguendo i testi di Mauro stanno costruendo una loro personale, preziosa, "biblioteca" psicogeriatrica.

"Ai rapporti fra udito e cognitività sono già stati dedicati vari 'angoli'; d'altronde, da 3 su 5 a quasi metà ultra65enni in tutto il mondo vanno incontro ad alterazioni – sotto forma di elevazioni di soglia - al test audiometrico. Viceversa, benché il deficit uditivo sia stato classificato dalla Commissione *Lancet* fra i più importanti fattori di rischio per la demenza, solo pochi studi condotti su casistiche limitate ne hanno indagato contemporaneamente gli effetti sulla cognitività e sulle neuroimmagini.

Per colmare questa lacuna, una serie di ricercatori affiliati ad istituzioni statunitensi (in Massachusetts, Texas, California), ha adoperato dati della popolazione dei discendenti dello studio longitudinale sul cuore di Framingham ["Framingham Heart Study (FHS) Offspring Study"], tenendo conto della condizione degli alleli dell'apolipoproteina E (APOE) ε4, e di informazioni sui fattori di rischio demografici, genetici e vascolari. Lo studio è stato pubblicato sul numero del 5 novembre 2025 di *JAMA Network Open* [1]: a mio avviso si tratta di un articolo scritto molto bene, e corredato da bibliografia di prim'ordine.

L'esame otologico comprendeva otoscopia e timpanometria, anamnesi orientata ed una audiometria tonale per ottave (da 0,5 a 8 kHz): la perdita uditiva veniva calcolata sulle frequenze da 0,5 a 4 kHz, separatamente per ciascun orecchio, e categorizzata secondo le soglie del National Health and Aging Trends Study, in udito normale [intervallo, perdita uditiva da 0 a 16 decibel (dB)], lieve (intervallo, da 16 a 26 dB), moderata (intervallo, da 26 a 40 dB) e grave (perdita > 40 dB).

La coorte è stata suddivisa in 2 campioni parzialmente sovrapposti. I partecipanti del campione 1 sono stati sottoposti a risonanza magnetica cerebrale e valutazione cognitiva durante il settimo e l'ottavo esame quadriennale dello FHS Offspring Study. Il campione 2 comprendeva partecipanti di età pari o superiore a 60 anni all'analisi della media dei toni puri [Pure Tone Analysis (PTA)] e seguiti successivamente per l'insorgenza di demenza. La coorte, bilanciata per sesso, era costituita da persone di etnia bianca non ispanica.

La valutazione neuropsicologica ha utilizzato numerosi test ampiamente validati che hanno esplorato vari domini: memoria verbale e visiva, comprensione verbale e ragionamento, ricerca visiva e velocità motoria, flessibilità cognitiva a prescindere dalla destrezza manuale, abilità visuo-percettive, capacità di apprendimento, memoria immediata e ritardata. Sono state anche create misure di cognitivà globale secondo 3 assi: funzioni esecutive, memoria e cognizione globale. La differenza fra le prestazioni cognitive alla 8° verifica ed alla 7° - considerata come basale – è stata divisa per l'intervallo di tempo in anni tra questi esami per ottenere un tasso di variazione annuale. Le covariate hanno compreso sesso, età – anche elevata al quadrato per tenere conto di effetti non lineari - e livello di istruzione categorizzato come una variabile a 4 classi. Le analisi secondarie hanno tenuto conto anche di pressione arteriosa sistolica, diabete di secondo tipo ed abitudine al fumo, oltre alla genotipizzazione per l'allele APOE ε4.

Per 125 partecipanti, oltre alle immagini in risonanza magnetica, erano disponibili anche riscontri autoptici.

Il campione 1 comprendeva 1656 partecipanti (età media [intervallo], 58,1 [29,7-85,6] anni, e il campione 2 comprendeva 935 partecipanti (età media [intervallo], 67,6 [60,0-85,6] anni).

I partecipanti con perdita dell'udito moderata o grave, rispetto a quelli con perdita dell'udito assente o solo lieve, presentavano volumi cerebrali significativamente inferiori e un declino delle funzioni esecutive.

I partecipanti con almeno una lieve perdita dell'udito, rispetto a quelli senza perdita dell'udito, hanno mostrato aumenti significativi del volume delle iperintensità della sostanza bianca e un rischio maggiore di sviluppare demenza di qualsiasi causa [rapporto di rischio (hazard ratio) = 1,71; intervallo di confidenza al 95 % (IC 95%) = 1,01-2,90] nel corso di 15 anni di osservazione, in particolare tra coloro che presentavano almeno un allele $\epsilon 4$ dell'apolipoproteina E (hazard ratio = 2,86; IC 95% = 1,12-7,28).

È stata osservata un'interazione significativa tra la perdita dell'udito e lo stato di portatore dell'allele APOE $\epsilon 4$, tale per cui solamente i partecipanti portatori di tale allele, con almeno una lieve perdita dell'udito, presentavano un rischio maggiore di demenza rispetto ai partecipanti con udito normale (HR = 2,86; IC 95% = 1,12-7,28; P = 0,03).

Anche la perdita dell'udito auto-riferita è risultata associata a un aumento del rischio di demenza tra i partecipanti con l'allele APOE $\epsilon 4$ (HR = 1,94; IC 95% = 1,03-3,65; P = 0,04).

Quanto all'impiego di protesi uditive, tra i partecipanti con almeno una lieve perdita dell'udito, coloro che non utilizzavano apparecchi acustici presentavano un rischio elevato di demenza (HR = 1,72; IC 95% = 1,02-2,91; P = 0,04), mentre coloro che utilizzavano apparecchi acustici presentavano un aumento di rischio, ma minore e non significativo. Anche in questo caso, l'associazione è stata osservata principalmente nei portatori dell'allele APOE $\epsilon 4$ (HR = 2,82; IC 95% = 1,11-7,16; P = 0,03). La inclusione della perdita di udito in un modello predittivo globale del rischio di demenza ha comportato un modesto incremento nella capacità discriminativa, anche tenendo conto di fattori di rischio vascolare quali pressione arteriosa sistolica, diabete di secondo tipo e fumo.

In discussione si conclude che la perdita dell'udito è stata associata a un invecchiamento accelerato - sotto forma di riduzione del volume cerebrale - e a un invecchiamento cerebrale vascolare, come indicato da un aumento delle lesioni della sostanza bianca e da un quadro di deterioramento cognitivo vascolare che comporta un declino delle funzioni esecutive.

Il rischio di demenza tra i partecipanti con perdita dell'udito era molto maggiore nei portatori dell'allele APOE $\epsilon 4$ rispetto a quelli senza l'allele APOE $\epsilon 4$: esempio di un'interessante interazione gene-ambiente. Oltre alla genetica, età [#] e sesso [§] possono influenzare l'associazione tra perdita dell'udito e salute del cervello.

Gli Autori hanno riscontrato una eccellente concordanza fra autopercezione di perdita di udito in caso di deficit audiometrico moderato o più grave, mentre per deficit più lievi è frequente una inconsapevolezza; viceversa, nei casi di sensazione soggettiva di ipoacusia in assenza di deficit oggettivo, il problema può consistere in difficoltà a discriminare le parole. Una ricaduta pratica di tali considerazioni è che questi risultati suggeriscono un ruolo per i test audiometrici a complemento delle autovalutazioni, poiché anche una perdita uditiva di gravità inferiore a moderata è stata associata a cambiamenti negativi alla risonanza magnetica cerebrale, a un peggioramento delle funzioni cognitive e a un aumento del rischio di demenza; inoltre, l'uso di apparecchi acustici potrebbe, come suggeriscono i dati in [1], attenuare questi effetti negativi [£].

Quanto alla capacità di predire il rischio di demenza, l'inclusione della perdita uditiva oggettiva come fattore di rischio ha portato a un modesto miglioramento nell'accuratezza della classificazione, nel distinguere tra persone che potrebbero o meno sviluppare demenza, paragonabile al miglioramento nell'accuratezza predittiva osservato quando si aggiungono i livelli plasmatici di amiloide $\beta 42$ a un

algoritmo di base per la previsione della demenza, o quando si aggiunge il fattore di crescita endoteliale vascolare plasmatico (o la combinazione di proteina C-reattiva e omocisteina) a un modello di base per la previsione del rischio di ictus a 10 anni.

La perdita di udito può portare ad isolamento sociale e solitudine, a minore connettività cerebrale dovuta alla riduzione degli stimoli uditivi, e ad un sovraccarico funzionale per allocare risorse alla decodificazione dei messaggi da comprendere. In ogni caso, è accompagnato ad alterazioni nelle neuroimmagini in risonanza magnetica nucleare.

Dal punto di vista della salute pubblica, la perdita dell'udito è stata identificata come un importante fattore di rischio modificabile per la demenza, forse responsabile dell'8% dei 10 milioni di nuovi casi di demenza diagnosticati ogni anno. In termini di impatto sulla salute pubblica, se l'associazione si dimostrasse causale, la gestione della perdita dell'udito potrebbe ridurre il rischio di declino cognitivo e demenza. Se l'associazione fosse spiegata da fattori vascolari che influenzano sia l'udito che il rischio di demenza, una gestione più aggressiva dei fattori di rischio vascolare non appena viene rilevata la perdita dell'udito – focalizzandosi sui portatori dell'allele APOE ε4 anche in termini di rapporto costo / beneficio - potrebbe ridurre sia un'ulteriore perdita dell'udito che il rischio di demenza [®].

[#] declino cognitivo per età superiori ai 60 anni

[§] si possono delineare vulnerabilità specifiche per sesso: i maschi ipoacusici perdono maggiore volume cerebrale totale, le femmine ipoacusiche vanno incontro ad una maggiore progressione in iperintensità alla sostanza bianca

[£] mi sia consentita una auto-citazione, che approfondisce il rapporto fra autopercezione e deficit uditivo, rilevato con un semplice test "ecologico" validato (il test della voce bisbigliata), indicando le possibili ripercussioni sfavorevoli proprio fra le persone consapevoli del proprio deficit [2]

[®] e qui mi rifaccio al "dibattito" col prof. Trabucchi, riportato in 'angolo' nella newsletter n° 26 del 3 luglio 2026, con relativa citazione dell'articolo di *JAMA Neurology* [3] secondo cui esercizio fisico e farmaci per il rischio cardiovascolare avrebbero scarsa efficacia sulle funzioni cognitive, posizione che veniva discussa e criticata nell' editoriale di accompagnamento [4].

1] Kolo, F. B., Lu, S., Beiser, A. S., Francis, L., Melo van Lent, D., Gireud-Goss, M., Himali, J. J., Ghosh, S., Ting, S. J., Banerjee, A., Kowalczyk, T. L., Zucker, J. M., Heard-Costa, N., Wood, C. G., Maillard, P., Fletcher, E. M., DeCarli, C. S., Welling, D. B., Kujawa, S. G., & Seshadri, S. (2025). Hearing Loss, Brain Structure, Cognition, and Dementia Risk in the Framingham Heart Study. *JAMA network open*, 8(11), e2539209. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.39209>

[2] Vaccaro, R., Zaccaria, D., Colombo, M., Abbondanza, S., & Guaita, A. (2019). Adverse effect of self-reported hearing disability in elderly Italians: Results from the InveCe.Ab study. *Maturitas*, 121, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.009>

[3] Zhang, R., Vidoni, E., Vongpatanasin, W., Kerwin, D. R., Cullum, C. M., Rossetti, H., Stowe, A. M., Billinger, S. A., Gupta, A., Hall, T., Scheel, N., Zhu, D. C., Hynan, L. S., Burns, J. M., Keller, J. N., & Binder, E. F. (2026). Effects of Exercise and Intensive Vascular Risk Reduction on Cognitive Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 83(5), 424–434. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.0359>

[4] Elser, H., & Graff-Radford, J. (2026). Tilting at Treadmills-Pitfalls and Potential of Dementia Prevention Trials. *JAMA neurology*, 83(5), 420–421. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.0370>

-Renzo Rozzini puntualizza il ruolo di GLP-1 nella prevenzione della demenza, argomento oggi al centro di particolare attenzione.

Il 15 luglio 2026 Caroline Messer, endocrinologa, ha pubblicato su *Medscape* una riflessione dal titolo "My Mother Had Alzheimer's. That's Why I Started a GLP-1 at 48", dedicata al possibile impiego dei farmaci GLP-1 nella prevenzione della demenza.

L'autrice racconta di aver perso la madre a causa della malattia di Alzheimer e, considerata la forte

familiarità, di aver deciso a 48 anni di iniziare una terapia con orforglipron, un GLP-1 orale. La scelta non è motivata dalla necessità di perdere peso o di trattare il diabete, ma dall'ipotesi, ancora speculativa, di ridurre il proprio rischio futuro di demenza.

La decisione si basa su alcune premesse scientifiche. Il recettore del GLP-1 è ampiamente espresso nel sistema nervoso centrale e gli studi preclinici suggeriscono possibili effetti favorevoli sulla neuroinfiammazione, sulla sensibilità insulinica cerebrale, sulla funzione mitocondriale, sull'integrità vascolare e sul metabolismo di amiloide e tau. Questi risultati sono coerenti con una più ampia linea di ricerca che indaga il rapporto tra GLP-1, memoria e neurodegenerazione.

Anche gli studi osservazionali condotti nei pazienti con diabete di tipo 2 hanno mostrato una minore incidenza di demenza tra i soggetti trattati con agonisti del recettore GLP-1 rispetto a quelli sottoposti ad alcune altre terapie. Questo vantaggio, tuttavia, non emerge nel confronto con gli inibitori di SGLT2. Inoltre, i primi trial randomizzati nell'Alzheimer e nel Parkinson hanno prodotto risultati clinici contrastanti, nonostante alcune modificazioni favorevoli dei biomarcatori.

Messer ha scelto orforglipron perché si tratta di una piccola molecola orale. Ipotizza che possa penetrare nel cervello più facilmente rispetto ai GLP-1 di natura peptidica, ma riconosce che questa possibilità non è stata dimostrata. Considera inoltre rilevanti i benefici cardiometabolici, renali, epatici e antinfiammatori associati alla classe dei GLP-1, che potrebbero avere un ruolo più generale nei processi di invecchiamento.

L'autrice sottolinea comunque l'ampio margine di incertezza e il carattere strettamente personale di una decisione preventiva di questo tipo, soprattutto nei soggetti ad alto rischio familiare. Ricorda inoltre che l'eventuale terapia con GLP-1 dovrebbe essere accompagnata da esercizio di forza, adeguato apporto proteico e strategie finalizzate a preservare la massa muscolare.

La riflessione è interessante e merita attenzione. L'impiego dei farmaci GLP-1 si sta estendendo rapidamente e l'ipotesi di una loro efficacia nella prevenzione della demenza appare biologicamente plausibile. In attesa di prove scientifiche più solide, tuttavia, quella proposta da Messer resta soprattutto una testimonianza personale, utile ad alimentare il dibattito ma non ancora sufficiente a orientare la pratica clinica.

[<https://www.medscape.com/viewarticle/my-mother-had-alzheimers-s-why-i-started-glp-1-48-2026a1000nom>]

-Lancet del 18 luglio pubblica un editoriale di grande rilievo culturale e pratico. Invita a riconsiderare criticamente alcune affermazioni che hanno invaso di recente la pratica medica, come "less is more" o il "deprescribing", analizzando il loro fondamento reale e non come slogan retorici che dovrebbero migliorare gli atti di cura. L'editoriale inizia con un'affermazione paradossale; Robert F Kennedy ha dichiarato che gli antidepressivi sono più additivi dell'eroina. I funzionari del ministro della salute si sono premurati di salvare il ministro da affermazioni assurde e ridicole (che sono una spiacevole prassi di Kennedy); il bando non riguarderebbe tutti gli antidepressivi, ma solo alcuni, in particolare quelli prescritti per lungo tempo senza verificarne l'efficacia. L'editoriale assume una posizione equilibrata, di fronte ad affermazioni come quelle del ministro, rese in una riunione dei Make America Healthy Again Action Plan to Curb Psychiatric Overprescribing (uno slogan che mescola politica e clinica in modo pericoloso). "La soluzione dell'overprescribing non può essere l'underprescribing o l'improvvisa sospensione di un farmaco." È doveroso richiamare l'attenzione sul fatto che *Lancet* abbia percepito l'esigenza di intervenire con il suo prestigio in un campo che rischia di divenire area di scontro politico invece che ambiente serio e prudente di elaborazione dei dati epidemiologici, per identificare gli ambiti dove è razionalmente necessario intervenire per difendere la salute pubblica.

[<https://www.hifa.org/dgroups-rss/lancet-editorial-right-medicines-right-reasons>]

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatra>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatra/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatra/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatra>

-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.

Buone vacanze e buon lavoro: sono due momenti di vita che non si possono separare. Per questo è necessario augurarli insieme!

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

Newsletter AIP – 31 luglio 2026
n. 30/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il patto per la non autosufficienza
- La Cina e i robot umanoidi
- Un nuovo disegno della città
- L'eroe dell'Hudson colpito da demenza
- Onore al musicista di 88 anni morto durante un'esibizione
- Il testo del webinar sul sonno dedicato ai caregiver
- Dal Santo e l'intelligenza artificiale in medicina

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- Nature*: come prevenire la demenza
- Lancet* e la prevenzione della demenza
- JAMA* e il valore prognostico dei livelli plasmatici di P-Tau217

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- "A nessuno è concesso di essere mediocre"

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Sono state** recentemente **pubblicate le proposte del Patto per la non autosufficienza. È un valido tentativo di identificare possibilità concrete e attuabili per rispondere alle esigenze** (e alle speranze) **di quasi 4 milioni di soggetti fragili**, attorno ai quali con ruoli diversi 6 milioni di nostri cittadini sono impegnati per dare risposte umane alla condizione di sofferenza e di solitudine. La legge delega 33 del 2023 aveva suscitato delle speranze; è stato invece un fuoco di paglia, che ha deluso non solo il popolo dei nostri concittadini direttamente interessati (quasi 10 milioni in totale), ma la popolazione in generale, perché la mancata cura degli anziani fragili impedisce una vita serena delle comunità. Le proposte del Patto affrontano 4 nodi principali: l'accesso alle misure, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale nelle RSA, i trasferimenti monetari, a partire dall'indennità di accompagnamento. Per quanto riguarda la sostenibilità economica, i portavoce del patto hanno dichiarato: "il nostro impegno è garantire una doppia sostenibilità: attuativa, perché non si possono stravolgere da un giorno per l'altro i servizi pubblici, e le risorse economiche". Per il 2027 si prevedono stanziamenti aggiuntivi, rispetto agli attuali, di 577 milioni per la domiciliarità, di 433 milioni per le RSA e di 38 milioni per la sperimentazione limitata ad alcuni territori della nuova Prestazione universale. Totale: 1 miliardo e 48 milioni per il 2027, destinati a divenire 2,335 miliardi nel 2028, mentre il costo dell'intera riforma a regime viene stimato di 7-8 miliardi complessivi."

Nel complesso il patto delinea un futuro possibile che non rompe gli equilibri delicati della nostra spesa pubblica; adesso entra in gioco la famosa "volontà politica", quell'entità misteriosa che troppo spesso fa svanire le nostre speranze!

-La Cina e i robot umanoidi: negli ultimi mesi sono diventati **uno dei simboli più spettacolari del progresso tecnologico della Cina**. Le dichiarazioni di molti operatori nel campo incominciano a far intuire che i robot non saranno progettati solo per aiutare le attività quotidiane nelle case, nei servizi, nei luoghi della produzione, ma anche per instaurare una relazione con chi li utilizza. In questa direzione l'U1 è stato presentato come "compagno emotivo", che integra un modello di intelligenza artificiale affettiva, dispone di 88 articolazioni, connessione Wi-Fi e memoria crittografata che lo rendono un compagno capace di giocare ai videogiochi, guardare una serie televisiva, ascoltare e dialogare con il proprietario. Attraverso il robot la relazione con la persona non avviene solo via schermo, ma attraverso una presenza fisica, in grado di camminare in una stanza, accompagnare una persona anziana parlandole e osservando i movimenti del suo corpo. È un enorme progresso, che però pone problemi drammatici per il nostro futuro umano. Commenta Lorenzo Lamperti nel bellissimo reportage pubblicato su *La Stampa* il 19 luglio: "Un robot che conosce le abitudini e ricorda le conversazioni può migliorare la qualità della vita di una persona sola. Ma può anche acquisire una capacità di influenza che nessuna tecnologia aveva mai avuto. E mentre in Europa e gli Stati Uniti il dibattito ruota attorno a quando gli umanoidi entreranno nella vita quotidiana, in Cina la domanda è già cambiata. È come imparare a vivere con loro".

-Un nuovo disegno della città per tutti. La città dove tutti, in particolare le persone fragili, **possano vivere bene**, un'ecologia dell'abitare che restituisce dignità e diritto di cittadinanza a chi non ha voce, ma condivide lo stesso suolo. Riporto alcune affermazioni dell'architetto Alfredo Fusco, che ha recentemente pubblicato "Abitare la natura" (Maggioli Editore): "La città non può essere pensata come macchina che divora suolo e energia, va reimmaginata come ecosistema che impara dalla natura e ne emula i processi, secondo la lezione di Tim Beatley sulla città biofila. La città di domani somiglierà alla Singapore di oggi, nata Garden City, evoluta in City in a Garden e ora City in Nature, dove la vegetazione è infrastruttura e il verde supera il 40% del territorio". Sono visioni di ampio respiro, alle quali dovremo avvicinarci, coscienti che le persone anziane ritroverebbero nella City in Nature un luogo dove vivere bene, senza inquinamento, senza violenza, serenamente. Ma abbiamo qualche speranza rispetto alla reale possibilità di dare basi concrete a questo sogno?
[<https://www.amazon.it/Abitare-natura-biophilic-design-benessere/dp/8891679461>]

-L'eroe dell'Hudson ha ricevuto la diagnosi di demenza. Una delle persone che negli anni scorsi è stata maggiormente al centro della nostra attenzione e della nostra gratitudine è affetto da demenza. Quando ha portato il suo aereo con i motori bloccati ad ammarare nel fiume Hudson a New York, evitando molte vittime, ne abbiamo ammirato la lucidità, la determinazione, il coraggio e abbiamo pensato che un uomo di tali capacità psicofisiche avrebbe avuto un futuro in buona salute e che in età avanzata avrebbe goduto degli onori che gli venivano attribuiti. Invece arriva la diagnosi di demenza! L'imprevedibilità del nostro futuro non deve indurci al fatalismo, ma ad un impegno sempre più serio per identificare le cause e le possibili cure delle malattie dell'età avanzata. Altrettanto, però, dobbiamo evitare di illudere i nostri concittadini ipotizzando modalità per conquistare una fantomatica longevità. I venditori di fumo ci sono sempre stati, però sembra che oggi, purtroppo, siano aumentati!
[<https://www.ilfattoquotidiano.it/2026/07/15/ho-lalzheimer-non-mi-vengono-in-mente-i-nomi-e-dimentico-le-cose-dette-anche-un-attimo-prima-cosi-sully-sullenberger-leroe-dellammaraggio-miracoloso-sul-fiume-hudson-con-155-passeggeri-sa/8449375/>]

-Il jazzista Gianni Cazzola di 88 anni è morto sul palco. Nel momento in cui sono così di moda gli atti per incrementare la longevità, rendiamo onore a chi non si preoccupava di seguire mode effimere, inutili e commerciali, ma è vissuto per gli altri fino alla fine. Per un musicista morire suonando a 88 anni è il più grande atto di amore verso la comunità e verso sé stessi. Grazie, Maestro Cazzola!
[https://milano.repubblica.it/cronaca/2026/07/19/news/malore_palco_morto_gianni_cazzola_batte_rista_jazz_suonato_billie_holiday_chet_baker-425480908/]

-Allego il testo predisposto di professor Govoni che riassume l'intervento sul sonno svolto nell'ambito dei webinar della Fondazione Maratona Alzheimer. È una lettura di grande interesse; **potrebbe** infatti **rappresentare una** sorta di **linea guida per corsi da tenere ai caregiver** da parte di colleghe e colleghi che ritengono importante informare chi assiste una persona non autosufficiente su temi che permetterebbero di migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

INTRODUZIONE E SPIRITO DELL'INCONTRO

Il webinar sul tema del sonno e dei farmaci ipnotici ha registrato la partecipazione di un pubblico fortemente interessato. L'obiettivo è stato duplice: scardinare i luoghi comuni mediatici sul sonno e fornire un quadro strutturato per contrastare l'uso inappropriato e autogestito delle terapie ipnotiche. Il presente resoconto organizza i concetti chiave integrando la linearità delle diapositive con il rigore scientifico, mantenendo lo spirito empatico dell'evento.

PARTE I: LA COMPLESSITÀ ARCHITETTUALE DEL SONNO E L'IMPATTO DELLA FARMACOTERAPIA TRADIZIONALE (Presentato da Stefano Govoni)

Oltre il mito del sonno REM: una macrostruttura ciclica e dinamica

Il sonno non si limita alla sola fase REM (Rapid Eye Movement), legata all'attività onirica vivida, ma è un'attività fisiologica complessa, dinamica e geneticamente programmata. Si articola in cicli sequenziali notturni (della durata media di 90-120 minuti ciascuno) divisi tra: Sonno REM e Sonno Non-REM (NREM): quest'ultimo suddiviso negli stadi progressivi da 1 a 4. Il sonno profondo o a onde lente (Slow-Wave Sleep, SWS) è fondamentale per il ristoro fisico, la plasticità sinaptica e la modulazione endocrina. Il benessere diurno non dipende dal mero numero di ore passate a letto, ma dal rispetto quantitativo e qualitativo di questa successione neurofisiologica.

L'effetto dei farmaci sull'architettura ipnica: il bilancio costi/benefici

Molti farmaci e sostanze d'abuso (incluso l'alcol) alterano la qualità interna del sonno, ovvero la stabilità e la durata di fasi specifiche. I comuni farmaci ipnotici sono efficaci nel ridurre la latenza di insorgenza del sonno e prolungare il tempo totale a letto, ma spesso riducono drasticamente il sonno REM e gli stadi 3 e 4 del sonno NREM. L'alterazione cronica di queste fasi è deleteria a lungo termine: privare il cervello del sonno profondo o del sonno REM compromette il consolidamento della memoria, la regolazione immunitaria e la clearance metabolica cerebrale. Il medico deve quindi compiere un'accurata diagnosi differenziale (distinguendo tra insonnia primitiva e secondaria) per individuare la molecola appropriata e stabilire un tempo di cura limitato.

Benzodiazepine e Farmaci Z: l'ombra dell'uso cronico ingiustificato

Le Benzodiazepine (BDZ) e i "Farmaci Z" (Zaleplon, Zopiclone, Zolpidem) agiscono come modulatori allosterici positivi del complesso recettoriale GABA-A. Potenziano l'ingresso di ioni cloro nella cellula neuronale, determinano iperpolarizzazione ed esercitano un marcato effetto sedativo, ansiolitico e miorilassante. Sebbene siano presidi terapeutici preziosi, presentano un rischio intrinseco di tolleranza, dipendenza fisica/psichica e sindrome da astinenza. Nella realtà clinica si osserva frequentemente un uso ingiustificato e prolungato per anni, guidato dall'inerzia prescrittiva o dalla paura dell'insonnia di rimbalzo, che trasforma un trattamento acuto in una dipendenza iatrogena cronica.

La vulnerabilità della popolazione anziana e il declino cognitivo

La popolazione geriatrica e i pazienti con declino cognitivo lieve (MCI) o demenza mostrano una spiccata suscettibilità agli effetti avversi delle BDZ. A causa di modificazioni farmacocinetiche (riduzione dell'acqua corporea, aumento della massa grassa, rallentamento del metabolismo epatico e della clearance renale) e di una maggiore sensibilità del sistema nervoso centrale senescente, questi soggetti sono esposti a rischi severi che comprendono: sedazione residua diurna e deficit di memoria; rallentamento psicomotorio, atassia e instabilità posturale (con conseguente aumento di cadute e fratture del femore); episodi di delirium e reazioni paradosse.

Le linee guida internazionali catalogano le BDZ come farmaci potenzialmente inappropriati nell'anziano; se indispensabili, le dosi vanno ridotte drasticamente e sospese gradualmente appena possibile.

Le novità della ricerca: gli antagonisti recettoriali delle oressine

La scoperta delle orexine (o ipocretine A e B) – neuropeptidi secreti dall'ipotalamo laterale che promuovono la veglia legandosi ai recettori OX1R e OX2R – ha rivoluzionato la neurofarmacologia. Su questa base sono stati sviluppati gli antagonisti del recettore delle orexine (DORA: Suvorexant, Lemborexant, Daridorexant), molecole che spengono selettivamente il segnale della veglia anziché indurre una sedazione generalizzata.

I DORA (tra cui Daridorexant, recentemente commercializzato in Italia) favoriscono addormentamento e mantenimento del sonno senza alterare l'architettura ipnica naturale e senza deprimere globalmente il sistema nervoso. Le evidenze preliminari indicano i DORA come classe d'elezione per il paziente geriatrico o con demenza affetto da insonnia cronica, minimizzando i rischi cognitivi e di caduta.

PARTE II: GLI OROLOGI BIOLOGICI E LE NUOVE FRONTIERE NEUROBIOLOGICHE

(Presentato da Cristina Lanni)

Un approccio empatico e ritmico alla scienza

La professoressa Lanni ha introdotto il concetto di "ritmo" biologico, coreografico ed emotivo attingendo alla sua esperienza personale come neurobiologa e insegnante di danza, attività che l'ha portata ad accompagnare nel movimento pazienti con patologie neurodegenerative e i loro caregiver, evidenziando il legame tra coordinazione ritmica e benessere psicologico.

L'elettroencefalografia delle fasi e l'ipnogramma patologico

Attraverso tracciati elettroencefalografici (EEG), sono state illustrate le specifiche frequenze e ampiezze d'onda di ogni stadio del sonno. Il confronto tra l'ipnogramma di un soggetto sano e quello di un paziente con Alzheimer ha reso evidente la frammentazione ipnica tipica del declino cognitivo: riduzione severa delle fasi REM e del sonno profondo a onde lente, aumento del sonno leggero e continui risvegli notturni.

L'orchestra circadiana: Cortisolo, Melatonina e i geni Clock

Il ritmo circadiano è regolato da un pacemaker centrale nei nuclei soprachiasmatici (SCN) dell'ipotalamo, che governa il bilancio tra cortisolo (ormone della veglia, con picco mattutino) e melatonina (ormone del buio, secreto dall'epifisi nelle ore serali).

A livello cellulare, gli orologi biologici periferici e centrali sono regolati da un ciclo di feedback molecolare autonomo guidato dai geni e dalle proteine CLOCK e BMAL1, che influenza il metabolismo, la temperatura e la risposta immunitaria nelle 24 ore. Le transizioni veglia/sonno dipendono dal dialogo costante tra questi oscillatori interni e i sincronizzatori esterni ambientali (*Zeitgeber*), come la luce solare e l'orario dei pasti.

La nuova frontiera: l'asse Intestino-Cervello e il Microbiota

Il microbiota intestinale influenza direttamente la qualità del sonno attraverso l'asse intestino-cervello (*gut-brain axis*). Questi microrganismi producono neurotrasmettitori (serotonina, GABA) e metaboliti attivi (acidi grassi a catena corta, SCFA) capaci di inviare segnali biochimici al cervello tramite la circolazione sanguigna e il nervo vago.

Uno studio preclinico su modelli murini con colite ulcerosa ha dimostrato che i segnali infiammatori originati da un intestino danneggiato sono in grado di compromettere gravemente la funzionalità del sistema glinfatico cerebrale.

Il sistema glinfatico: la "lavatrice" notturna del cervello

Il sistema glinfatico è una rete di pulizia macrovascolare mediata dalle cellule gliali (astrociti tramite canali acquaporina 4) deputata alla clearance dei detriti metabolici accumulati durante la veglia, comprese le proteine tossiche beta-amiloide e tau, responsabili della neurodegenerazione nell'Alzheimer. Questo sistema è attivo quasi esclusivamente di notte durante il sonno profondo Non-REM (N3), fase in cui lo spazio intercellulare aumenta fino al 60% per consentire al liquido cerebrospinale di rimuovere le scorie. Se il sonno profondo si riduce (per invecchiamento, demenza o farmaci ipnotici non idonei) o se il sistema è bloccato dall'infiammazione da disbiosi intestinale, tali proteine si accumulano accelerando il processo neurodegenerativo.

CONCLUSIONI E CONSIGLI PRATICI PER LA SALUTE DEL SONNO

Le alterazioni del sonno sono campanelli d'allarme di squilibri sistemici complessi (dalla neuroinfiammazione alla disbiosi) che richiedono una valutazione medica o specialistica, rifiutando la via della sedazione chimica cronica e indiscriminata. A coronamento del webinar, Cristina Lanni

ha mostrato una diapositiva conclusiva di grande utilità pratica, contenente le linee guida essenziali di igiene del sonno per mantenere correttamente impostato il proprio orologio biologico.

VADEMECUM PER LA SALUTE DELL'OROLOGIO BIOLOGICO

- **Regolarità degli orari:** Coricarsi e svegliarsi alla stessa ora (anche nei fine settimana) per non destabilizzare i geni CLOCK e BMAL1.
- **Esposizione alla luce naturale:** Esporsi al sole appena svegli per bloccare la melatonina e sincronizzare il pacemaker ipotalamico.
- **Coprifuoco digitale serale:** Evitare smartphone, tablet e PC nelle due ore precedenti il sonno per impedire alla luce blu di inibire la melatonina.
- **Crononutrizione:** Cenare almeno 3 ore prima di coricarsi; i pasti tardivi o ipercalorici attivano gli orologi periferici intestinali disturbando l'asse intestino-cervello.
- **Evitare stimolanti e alcol:** Limitare caffeina e nicotina nel pomeriggio; evitare l'alcol la sera poiché, pur favorendo l'induzione, frammenta la seconda metà della notte e compromette il sonno REM.
- **Attività fisica strutturata:** Praticare sport regolarmente, ma nella prima parte della giornata. L'esercizio serale innalza cortisolo e temperatura corporea, ostacolando il riposo (concessa la passeggiata dopo cena, vietata la corsa).

Il webinar si è concluso con una sessione di domande incentrata sulla necessità di una visione integrata del sonno e sulla discussione dei benefici e rischi degli integratori alimentari in commercio, per questa parte si rimanda a una delle letture consigliate nella breve bibliografia del seminario.

Letture suggerite

- Ciampi C, et al. *Alzheimers Dement.* **2025**;21: e70640. doi: 10.1002/alz.70640. (Gut role and lymphatic system)
- Ebrahim J.M. et al. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology* **2025**, 398:13515–13543 <https://doi.org/10.1007/s00210-025-04183-y> (Food Supplements and herbal treatments)
- MULTI Consortium; O'Toole CK et al. *Nature.* **2026**;10.1038/s41586-026-10524-5. doi: 10.1038/s41586-026-10524-5. (Biological clocks and sleep)
- Salame A et al. *Sleep Medicine* **2025**, 129, 219–237 <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.02.027> (Over-the-counter insomnia remedies)
- Wang X, et al. *Exp Neurol.* **2026**;403:115825. doi: 10.1016/j.expneurol.2026.115825.
- Yang M. et al. *Life* **2026**, 16, 583; <https://doi.org/10.3390/life16040583> (Gut microbiota role)
- Żelabowski k. et al. *Int. J. Mol. Sci.* **2025**, 26, 8700; <https://doi.org/10.3390/ijms26178700> (Orexin Antagonists)

-Ho chiesto a Pierluigi Dal Santo, coordinatore del gruppo di lavoro AIP sull'intelligenza artificiale, **un commento all'articolo di Alessandro Camerotto pubblicato dal Corriere delle Imprese Nord-est del 20.7. 2026** dal titolo: "Ciò che l'IA farà meglio dei medici". Ringrazio Pierluigi per l'equilibrio e la profondità del suo intervento su un argomento che certamente sarà al centro della nostra attenzione e della nostra pratica clinica nei prossimi anni. Con qualche preoccupazione sulla capacità di resistere alle lusinghe delle tecnologie...

"L'articolo del dr. Camerotto colpisce per il titolo e soprattutto per alcune considerazioni iniziali "provocatorie", sulla limitatezza delle nostre capacità di memoria ed elaborazione di nozioni, che comunque vanno inserite in un contesto molto più ampio. L'affermazione che "*i Sapiens siano cognitivamente inadeguati a gestire il livello di conoscenza meccanica necessario per una corretta decisione*" è oggettivamente indiscutibile se ci si riferisce semplicemente alla quantità delle informazioni che si devono interpretare e gestire oggi per offrire la terapia più appropriata per esempio in campo oncologico o per interpretare correttamente immagini radiologiche. La recente esperienza della UOSD "Radiologia Senologica" dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso è a tal proposito un esempio assai illuminante: l'applicazione di un programma di IA che affianca il modello organizzativo consolidato ha consentito di ridurre del 23% i "falsi positivi", aumentando la sensibilità diagnostica del 10% su un totale di 330.000 mammografie eseguite tra il 2019 ed il 2025. (

Tuttavia, in campo sanitario, cura non è solo e tanto la capacità di offrire una soluzione ad un problema biologico, ma anche occuparsi di variabili personali, comportamentali, ambientali, familiari che rendono la persona un individuo irripetibile, inserito in un contesto unico. Quindi cura non riguarda solo la dimensione conoscitiva che pure ne sta alla base, ma anche e soprattutto quella di vicinanza, di discernimento e di empatia, e questo è e resterà una responsabilità ed un agire attribuibile solo ai "sapiens".

Concordo sul fatto che lo sforzo di raccolta e sintesi delle conoscenze scientificamente provate su un singolo tema, come indicato nei decenni precedenti dal sistema della "linee guida", non sia più sufficiente ed adeguato a rappresentare la complessità dei dati, la varietà delle opzioni terapeutiche, le incertezze delle cure. In questo senso, se ci si limita alla semplice necessità di rendere fruibili un numero tendente all'infinito di dati, informazioni e soluzioni, l'IA, con algoritmi trasparenti ed eticamente guidati (il magistero di Padre Benanti e l'Enciclica "Magnifica Humanitas" di Papa Leone XIV sono in questo senso vero punto di riferimento), è sicuramente indispensabile. Il mancato utilizzo di questo "gigantesco stetoscopio", come immaginificamente definito l'utilizzo dell'IA in campo sanitario dal Prof. Giovanni Boniolo, potrebbe anzi configurarsi come "malpractice".

È evidente che quanto più aumentano le quantità di informazioni, le possibilità di diagnosi e le opzioni terapeutiche, tanto più aumentano le possibilità di scelte "inappropriate", non solo in senso strettamente biologico, ma anche e soprattutto in senso socio-assistenziale. Questo è ancor più vero quando dal "generale" (popolazione) si passa al "particolare" (il nostro paziente, qui ed ora). I sistemi di IA potrebbero essere di aiuto nella "clusterizzazione" di varie categorie di pazienti, con differenti tipologie di supporto sociale, indicando soluzioni per problematiche complesse di integrazione socio-sanitaria. In questo campo il progresso non è così avanzato come in quello strettamente biologico. Sono convinto che già da oggi il medico debba essere in grado di integrare la sintesi e le soluzioni offerte dall'IA con il proprio senso critico e con le proprie competenze ed esperienze umane, trasformando quindi una semplice "trasmissione di dati statistici" in un rapporto umano di cura dove parola, sguardo, tatto continueranno a rappresentare il nucleo centrale dell'atto medico, ma anche il punto di riferimento del paziente.

Le società scientifiche, ed AIP in particolare, devono impegnarsi a fornire alle giovani generazioni gli strumenti atti a comprendere le modalità operative e le garanzie di "trasparenza" ed "etica" delle varie piattaforme di IA in campo sanitario, orientandoli in uno scenario di tumultuosi mutamenti. Per quanto mi riguarda, AIP giovani e "Summer School" dovrebbero obbligatoriamente occuparsi dell'argomento, come si era già proposto".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di Mauro Colombo giunge sempre puntuale: una dimostrazione di impegno e di fedeltà alla cultura che ogni settimana provoca un personale sentire di ammirazione, lo stesso che certamente provano anche molti nostri lettori.

"Per il sollievo dei lettori, propongo un 'angolo' di fine luglio più 'acuto' (breve), costretto dalle circostanze soggettive (familiari) in cui sono coinvolto. Mi auguro però che la qualità e la originalità del riferimento possa compensare, anche grazie al valore delle pur poche (6) bibliografie riportate nella lettera di ricerca, pubblicata sul numero del 17 luglio di *JAMA Network open* [1].

Una serie di Autori tutti affiliati al dipartimento di Neurologia dell'ospedale San Raffaele di Milano, operativi presso la Stroke Unit, **hanno indagato fattibilità, accettabilità ed effetti di una offerta strutturata e personalizzata di musica ai degenti appena ricoverati per ictus**. La bibliografia è tutta dedicata al razionale sottostante, considerando i dati preliminari di simili iniziative, basate sulla ampiezza delle reti neurali chiamate in causa dall'ascolto della musica ⁵.

I pazienti arruolati avevano una età compresa fra 18 ed 85 anni, accolti fra 24 e 96 ore dall'evento acuto, di severità tale che il punteggio National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) era < 10 [soglia indicativa di ictus "moderato" (ndr)], capaci di comprendere comunicare [Clinical Dementia Rating (CDR) <2], liberi da disordini cognitivi e/o psichiatrici severi e quindi in grado di sottoscrivere un consenso informato.

I 150 partecipanti (esattamente il numero calcolato come dimensione campionaria) sono stati distribuiti casualmente nel gruppo sperimentale ed in quello di controllo, con età mediana rispettivamente 70 e 71 anni, $\leq 3/5$ maschi; nel complesso le caratteristiche cliniche e demografiche erano sovrapponibili: in particolare, NIHSS mediano = 2, con ambito interquartile 1 - 4 [indicativo di ictus "minore" (ndr)]. Per entrambi i gruppi, la dimissione è avvenuta per il domicilio in 3 casi su 4, con NIHSS mediano = 1, e con un modified Rankin (mRS) score mediano = 1.

L'intervento consisteva in sessioni di un'ora - nei giorni feriali - di ascolto personalizzato di musica vocale italiana, erogata tramite tablet e cuffie fino alla dimissione #.

Rispetto ai risultati @, riportati secondo le linee-guida CONSORT, legati agli obiettivi:

la quota di arruolamento è stata del 91 %, superando di 1 punto % la soglia prefissata di fattibilità (90 %), con una bassa % di abbandoni (6,7 %, contro una soglia < 10 %), un tempo cumulativo mediano di ascolto = 6 ore (con ambito interquartile tra 4 e 7 ore), e somministrazione della musica effettuata nel 100 % dei giorni stabiliti [(con ambito interquartile tra 80 % e 100 %) avendo come bersaglio > 70 % dei giorni]

oltre l'80% dei partecipanti ha valutato l'intervento altamente accettabile (da 4 a 5 su una scala Likert a 5 punti) per ognuno degli 8 elementi del questionario (vedi supplemento per i dettagli)

quanto agli effetti, quelli più notevoli hanno riguardato il miglioramento – nel gruppo di intervento – in termini di tono dell'umore [sia rispetto all'ansia, che alla depressione, misurate rispettivamente con i punteggi alle "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS-a, HADS-d)] e di qualità del sonno auto-percepita, valutata mediante lo "Insomnia Severity Index (ISI)".

La esecuzione in un unico centro, la mancanza di un vero e proprio gruppo di "controllo attivo", ma soprattutto – a mio giudizio personale di priorità – il coinvolgimento di pazienti solo con ictus "lieve" [vedi NIHSS] costituiscono limiti espliciti alla generalizzabilità dei risultati, riportati nel paragrafo sulla discussione. Peraltro, la possibilità di effetti non specifici può essere stata mitigata dalla simile qualità percepita dell'assistenza tra i gruppi [vedi nota @].

Ma infine, si può concordare con gli Autori connazionali di [1] la conclusione finale che "in quanto intervento a basso costo e minimamente impegnativo, l'ascolto di musica potrebbe essere integrato nella gestione dell'ictus in fase acuta, anche in contesti con risorse limitate".

§ personalmente condivido la opinione di Friedrich Nietzsche secondo cui la vita senza musica non avrebbe senso

per i dettagli, riporto stralci tradotti – con minime mie modificazioni – dal supplemento 1, segnalando come, pur trattandosi di una "lettera di ricerca" e non di un "articolo originale", [1] è corredato da abbondante materiale supplementare, liberamente accessibile:

Poiché l'intervento mirava a influenzare l'umore e il benessere emotivo, è stata ritenuta importante la personalizzazione del materiale musicale, pur mantenendo una modalità di intervento ragionevolmente coerente tra i partecipanti. È stato ipotizzato che i partecipanti avrebbero identificato più facilmente canzoni preferite familiari ed emotivamente significative con contenuto vocale rispetto alla musica strumentale preferita, il che ha facilitato la creazione di playlist individualizzate pur mantenendo un quadro di intervento relativamente standardizzato ... Le playlist personalizzate sono state create dal personale curante insieme al paziente utilizzando piattaforme di streaming musicale commerciali che consentono la riproduzione ininterrotta durante le sessioni di ascolto ... Tutte le sessioni di ascolto sono state avviate e supervisionate dal personale curante ... per il quale non è stata richiesta alcuna formazione specifica in musicoterapia, poiché l'intervento consisteva nell'ascolto di musica personalizzata piuttosto che in musicoterapia ... Non sono state richieste modifiche specifiche all'ambiente della stanza d'ospedale durante le sessioni di ascolto ... Circa 15 minuti sono stati dedicati alla preparazione di ogni playlist personalizzata e ogni sessione giornaliera ha richiesto circa 5 minuti per la configurazione, compreso il posizionamento delle cuffie e l'attivazione del dispositivo."

® un elemento importante è che la qualità percepita dell'assistenza è risultata comparabile tra i gruppi, a supportare la plausibilità degli effetti attribuibili alla musica [vedi le osservazioni sulle limitazioni riportate in discussione]

[1] Giacalone, G., De Boni, S., Pezzotta, S., Dotto, E., Colombo, F., Chieffo, R., Orrico, M., Cannizzaro, M., Gueye, M., Filippi, M., & Roveri, L. (2026). Music Listening and Multiple Dimensions of Well-Being in Acute Stroke: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 9(7), e2623732. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.23732>

- **Nature News Feature** del 7 luglio **affronta in termini ampi le problematiche della prevenzione delle demenze**. Il pezzo si apre con la domanda di una signora rivolta agli operatori della sua memory clinic. "Io cammino per 5 miglia al giorno, non bevo e gioco a bridge: perché quindi ho l'Alzheimer". *Nature* commenta con prudenza che è difficile oggi, anche in base all'enorme quantità di studi e ricerche dei quali disponiamo, concludere quali interventi producono risultati in the real world. Infatti, molti studi che prevedevano interventi intensivi sembrano dimostrare una limitata efficacia; inoltre, secondo numerosi critici questi programmi sono costosi e difficili da implementare su larga scala. Nel complesso il commento di *Nature* sembra invitare alla prudenza, senza però diffondere scetticismo a priori riguardo all'efficacia ottenuta modificando il comportamento rispetto ai 14 famosi fattori di rischio indicati dalla *Lancet Commission* del 2024. Condividiamo il dovere di guardare al progresso con attitudini critiche, che però non devono mai indurre ad un generico scetticismo.

[<https://www.nature.com/articles/d41586-026-02098-z>]

- **Lancet Neurology** di agosto **pubblica un editoriale dedicato alla "Riduzione del rischio come aspetto cruciale della prevenzione della demenza"**, a commento di "Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. WHO guidelines, second edition". Il testo riassume le indicazioni del documento, già in gran parte note e discusse, ma aggiunge un aspetto particolare: "Il report si focalizza su interventi a livello individuale, ma questi sono insufficienti senza un approccio a livello di popolazione, meno sensibile alle differenze dello status socioeconomico. Ad esempio: incoraggiare le persone a fare attività fisica e a mangiare in modo sano produce scarsi effetti se i cittadini non hanno luoghi sicuri nei quali muoversi, oppure se i cibi che possono essere acquistati contengono un'ampia quantità di zucchero e di sale". Inoltre, secondo *Lancet* sarà necessario che i consigli preventivi vengano inseriti in una prospettiva adeguata sul piano culturale, come è stato fatto per LatAm-FINGERS. Come si può capire anche da questo editoriale, il mondo della prevenzione delle demenze si arricchisce progressivamente di contributi, che nel loro insieme miglioreranno le potenzialità degli interventi preventivi. Dobbiamo però avere la pazienza di attendere ulteriori progressi, senza illuderci che 14 atti ci assicurino una vecchiaia priva di problematiche cognitive.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(26\)00251-6/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(26)00251-6/fulltext?rss=yes)]

- **JAMA** del 14 luglio **pubblica uno studio longitudinale di coorte su 2684 persone in Nord America, Giappone, Australia per rilevare il valore prognostico dei livelli plasmatici P-Tau217 in soggetti cognitivamente integri o affetti da Latent Preclinic Alzheimer Cognitive Composite**. È stato dimostrato che alti livelli di plasma p-tau217 sono sempre associati al rischio di progressione clinica e di declino cognitivo accelerato. Lo studio ha lo scopo di indirizzare studi preventivi sull'Alzheimer; inoltre, concludono gli autori, la rilevazione potrà essere utile qualora si scoprissero possibili interventi da attuare prima della comparsa dei sintomi. Ovviamente queste rilevazioni aprono ampie discussioni sul piano dei possibili effetti psicologici positivi e negativi indotti dalle rilevazioni.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2851720?channel=MSN>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Nel mese di agosto quando mancano notizie significative sulla vita della nostra Associazione **mi permetto di invitare lettrici e lettori ad inviarci qualche pensiero utile al fine di capire come vorrebbero la cultura di AIP, cioè i fondamenti sui quali si formano le attività culturali, i piani formativi, la concretezza delle azioni di cura, l'organizzazione dei servizi.**

Ogni contributo verrà pubblicato, se l'autore acconsente, e alla fine ne verrà costruita una sintesi che verrà diffusa come materiale di lavoro per aumentare la sensibilità verso i fondamenti del nostro lavoro di cura. In particolare, testi verranno consegnati al nostro presidente De Leo, perché possa diffonderli e trarne indicazioni per elaborare idee innovative importanti per il futuro dell'AIP.

Attendiamo con grande interesse la risposta di chi ci segue: l'AIP ha bisogno di idee nuove, in tempi di cambiamenti velocissimi. A questo proposito riporto con una frase di Papa Pio XI, che vale indipendentemente dal credo di ciascuno: "Ringraziamo Dio perché ci fa vivere in tempi difficili. Ora a nessuno è permesso essere mediocre". Quanta responsabilità abbiamo sulle spalle, però con la certezza che i generosi e i coraggiosi vincono... per sé e per gli altri!

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatra>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatra/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatra/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatra>

-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.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra