

Newsletter AIP - 30 giugno 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Riporto un passaggio del messaggio del Papa Francesco ad una scuola estiva di astrofisica. Penso che chiunque possa apprezzare il valore umano del testo che segue, a prescindere da un eventuale adesione religiosa. “Una grande **tentazione, sia nella scienza, sia nella filosofia, è quella di cercare di ottenere solamente le risposte che ci aspettiamo, mentre noi siamo capaci di lasciarci stupire da eventuali novità non pianificate**. Perciò voglio dirvi di non essere soddisfatti dei risultati dei vostri studi fino a quando non ne sarete anche sorpresi. E anche se il vostro sguardo passa attraverso la finestra dell’astronomia, non dimenticate le altre finestre che possono mostravi realtà importanti, come la compassione e l’amore”. Qualche commento legato al nostro impegno lavorativo: a) in clinica non ricercare solo le risposte che vogliamo ricevere, mentre la curiosità deve essere la regola che accompagna ogni atto di cura; b) mai accontentarsi dei risultati, ma guardare sempre al domani; c) essere convinti che la medicina è una scienza che deve essere accompagnata da compassione e amore. [<https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2023/06/20/0457/01021.html>]

Restando sempre in ambito ecclesiale (chiedo scusa ai laici: quelli che conosco sono però intelligenti e colgono il senso delle cose giuste, da qualsiasi parte provengano!), riporto alcuni passi dell’intervento del Arcivescovo di Torino, Mons. Roberto Repole, in occasione dell’omelia nel giorno di San Giovanni, patrono della città: “Ci sono **molte persone anziane che rinunciano ad effettuare esami medici perché non hanno accesso alle piattaforme tecnologiche o non sono aiutati da nessuno riguardo ai sistemi informatici di prenotazione**. Questo brulicare di tecnologia provoca un danno enorme. Abbiamo bisogno d’altro”. Ma dobbiamo aspettare la saggezza di un vescovo per cogliere il rischio che “si curi meno dove c’è più malattia”, come ha dichiarato Chiara Rivetti segretaria Anaa Piemonte? Dobbiamo anche noi avere talvolta il coraggio di dichiarare che “il re è nudo”, che la tecnologia adottata solo per risparmiare, senza rilevarne le ricadute, è un mito tossico del nostro tempo. [https://www.lastampa.it/torino/2023/06/25/news/don_repole_tecnologia_disparita-12876309/]

La realtà critica dell’assistenza agli anziani del Piemonte, come sopra riportato, rende ancora più incisivo il progetto di seguito riportato. In occasione della presentazione del mio libro a Breno **in Valle Camonica è stato presentato dalle autorità locali un progetto complessivo per la presa in carico degli anziani fragili**. Ricordo che le valli montane fanno parte di quelle aree interne di cui

molto si discute, perché riceverebbero meno risposte da parte dei servizi pubblici e quindi più esposte all'emigrazione e ad una progressiva riduzione della vita sociale. Le righe che seguono sono state preparate dalla dottoressa Alessandra Rodella, responsabile del progetto.

“Nell'ambito del PNRR l'Azienda Territoriale dei Servizi alla Persona (ATSP) di Valle Camonica, ha strutturato una progettazione mirata all'intervento diretto sul territorio, per garantire risposte immediate ai bisogni di anziani e famiglie e per fronteggiare la problematica della distribuzione territoriale, caratterizzata da frammentarietà e difficoltà di percorrenza, caratteristiche che suddividono la Valle in aree più o meno accessibili e zone, in particolare dell'Alta Valle Camonica, più distanti dai servizi. La coprogettazione, realizzata con realtà del terzo settore, Consorzio SolCo Camunia e Pia Fondazione, prevede un intervento strutturale per la realizzazione di 4 appartamenti destinati al servizio di housing sociale per 8 anziani, il potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità, la riqualificazione degli spazi abitativi con l'ausilio della domotica, prevista per 40 appartamenti, selezionati sulla base di criteri di priorità, gratuita per tre anni, e l'attivazione del servizio dello Sportello 'InFormAnziani'. Saranno quindi attivati, dal mese di luglio, 3 sportelli sul territorio denominati 'InFormAnziani', nei paesi di Darfo B.T., Breno e Edolo, che verranno coordinati da personale provvisto di un'esperienza nel settore più che consolidata e che fungeranno da punto di accoglienza di anziani e famiglie. Il ruolo degli sportelli sarà da un lato quello di orientare le persone ai servizi territoriali e agli aiuti economici, sostegno nella gestione burocratica (ISEE, domande invalidità, richieste contributi...), dall'altro potrà intervenire immediatamente al domicilio, con personale ASA/OSS e Custode Sociale, per l'attivazione di servizi mirati all'assolvimento di bisogni primari (igiene, gestione della quotidianità...), ma anche promozione della rete sociale intorno all'anziano/famiglia. Molto spesso, infatti, la pratica burocratica impedisce l'immediatezza dell'intervento, procrastinando l'assolvimento del bisogno attraverso lo sportello; l'intervento domiciliare potrà invece essere attivato immediatamente, sarà gratuito e avrà una durata di massimo tre mesi, periodo necessario per impostare un percorso mirato e favorire, se necessario, l'accesso alla persona all'UVM per l'erogazione dei classici servizi territoriali. Allo sportello potranno accedere persone over 65 anni, residenti in Valle Camonica, che non usufruiscono di servizi territoriali quali SAD, ADI, RSA aperta..., con priorità per coloro che vivono in stato di abbandono e solitudine o che vivono lontani dai principali centri abitativi con difficoltà di spostamento. Infatti, lo sportello sarà raggiungibile anche telefonicamente e l'operatore accoglierà la richiesta della persona/famiglia direttamente al domicilio dell'interessato”.

Mi permetto di sottolineare tre aspetti particolarmente innovativi del progetto, che meritano una particolare attenzione, oltre a quelli consueti: **una progettazione a cavallo tra il pubblico e il privato sociale, quindi profondamente inserita nelle radici della comunità; la domotica per una continua sorveglianza di anziani fragili abitanti in aree difficilmente raggiungibili; la messa in atto di interventi assistenziali in tempo reale, senza attendere le pratiche burocratiche che possono essere esperite nei tre mesi successivi.** Mi sembra una progettualità davvero originale, che merita una diffusa attenzione!

Sul *Corriere della Sera* del 23 giugno Walter Veltroni, nella veste di commentatore, pubblica un articolo dal titolo: “Le truffe agli anziani, piaga odiosa e rimozioni”. Il sottotitolo: “I fragili e la scurezza. Al danno, alla paura per i propri cari, per le vittime si aggiunge poi l'umiliazione per esser stati ingannati”. Il pezzo è preciso e incisivo. Richiama l'attenzione sulla **presenza di bande specializzate nell'avvicinare in maniera fraudolenta l'anziano**; in alcuni casi, ad esempio, è stato dimostrato che hanno riprodotto con l'intelligenza artificiale la voce di un figlio che chiede del denaro per affrontare un'emergenza. Ritengo che come difensori in prima linea e con diversi ruoli della salute e del benessere dell'anziano fragile non possiamo restare indifferenti di fronte ad eventi di violenza che colpiscono in particolare le persone meno difese sul piano psicologico. Dovremmo,

in particolare, stimolare le diverse realtà sociali perché organizzino su larga scala incontri per formare gli anziani e le loro famiglie. **Ma contro la cattiveria umana è possibile erigere barriere?** [<https://ristretti.org/truffe-agli-anziani-piaga-sociale-e-rimozioni>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito discuto alcuni lavori pubblicati recentemente da *JAGS* riguardanti la prescrizione dei farmaci in diverse condizioni.

Il primo del mese di giugno affronta **il problema del deprescribing dei farmaci**, descrivendo le modalità operative che all'interno dei Veterans Affairs hanno permesso di raggiungere significativi risultati. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18474>] Ho chiesto a **Renzo Rozzini, presidente della sezione AIP lombarda e medico di grande esperienza** a livello territoriale e ospedaliero, un commento su questo argomento, di cui tanto si parla, ma sul quale non si vedono grandi risultati: “Leggo da anni una serie crescente di lavori scientifici sull'efficacia della ‘deprescrizione’ in medicina e in geriatria in particolare. Il mio pensiero va a quella altrettanto cospicua di studi che hanno dimostrato la possibilità di ridurre la spesa sanitaria o di aggiungere anni alla vita qualora vengano adottati stili di vita salubri: i dati sono stati talmente evidenti al punto da far affermare che le cause di morte delle persone non dovrebbero più essere legate alle malattie croniche (ad es. le malattie cardiache o il diabete mellito), quanto ai comportamenti inadeguati (ad es. l'alimentazione scorretta o l'inattività fisica) che hanno contribuito al loro svilupparsi. Perché allora nonostante le evidenze inconfutabili dell'efficacia della prevenzione l'adesione alle raccomandazioni preventive è nella maggior parte dei casi l'eccezione, piuttosto che la regola? Perché non si applica la ‘deprescrizione’ nonostante la scienza ne dimostri l'efficacia? Io stesso una decina d'anni fa avevo imposto ai miei collaboratori di non superare il numero di sette farmaci per paziente, perché la letteratura indicava quel numero come da non superare: non solo non vi sarebbero stati benefici, quanto piuttosto un incremento degli effetti collaterali e quindi della mortalità. Il progetto è stato fallimentare e ancor oggi non lo vedo attuabile. Ci sarà sempre il medico che ritiene che ‘quel farmaco’ possa migliorare la salute del paziente e il paziente convinto che senza ‘quel farmaco’ la sua salute peggiorerà. È probabile che l'educazione alla buona prescrizione non porti ad alcun risultato. Come per il fumo di sigarette, forse si deve prendere atto che non è stato sufficiente dire che fanno male o mettere le foto del cancro sui pacchetti. Ciò che è stato utile a ridurre il consumo è stato l'aumento dei prezzi e la legge Sirchia. La *regulation* ha battuto l'*education*”. Quest'ultima osservazione, purtroppo realistica, è stata ripresa anche dalla letteratura clinica, quando in diverse occasioni osserva che l'imposizione è l'atteggiamento che permettere di raggiungere i risultati migliori rispetto ad un obiettivo di salute”.

L'altro articolo di *JAGS* pubblicato nello stesso fascicolo riguarda il **rapporto tra solitudine e politrattamento negli anziani in Canada**. È interessante che il collegamento sia valido solo per le donne; gli autori commentano che è quindi necessario dedicare particolare attenzione alle donne sole, perché più esposte alle conseguenze per la salute della loro condizione. Le cause potrebbero essere una minore attenzione verso il sesso femminile da parte delle cure primarie; inoltre, le donne sono maggiormente esposte a depressione, ansia e demenza, condizioni che possono indurre ad una prescrizione. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18477>]

Un terzo recente articolo di *JAGS* riguarda **l'associazione tra le condizioni socioeconomiche e l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati**. I dati pubblicati sono particolarmente incisivi, perché l'OR per le condizioni di ridotto livello socioeconomico, dopo aver corretto per le comorbidità, è di 1.66. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18165>]

I tre articoli, come numerosi altri di questo tenore che continuano ad essere pubblicati nei più importanti giornali di ambito medico, si possono collegare tra di loro: **la solitudine e le condizioni di svantaggio provocano un aumento della non appropriatezza nell'assunzione di farmaci**; questo fatto richiama il dovere dei medici di analizzare con cura la possibilità di deprescribing. Non si tratta di interventi facili, come indicato da Rozzini; però, una medicina attenta alla complessità dovrebbe essere in grado sia di assumere atteggiamenti preventivi sia di riduzione dell'abuso.

Richiamo l'attenzione su un articolo, pubblicato su *Lancet* del 29 aprile, che riassume gli **aspetti clinici della degenerazione maculare senile, con attenzione alle cause, alla sintomatologia e ai possibili trattamenti**. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02609-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02609-5/fulltext)] È una lettura utile per chi non ha una cultura specifica sull'argomento ed è interessato alle conseguenze sulla qualità della vita e sulle funzioni cognitive delle persone anziane provocate da una riduzione dell'acuità visiva.

Mauro Colombo affronta la problematica del pronto soccorso, aspetto delicatissimo per la salute dei cittadini, sul quale siamo ritornati spesso, ma che non sembra affrontato con la doverosa attenzione da parte di chi dovrebbe decidere.

“2 punti di partenza: i dipartimenti di emergenza/pronto soccorso costituiscono la via preferenziale e predominante per i ricoveri ospedalieri delle persone anziane (70% degli accessi in USA); studi isolati hanno individuato che fattori quali scarso supporto sociale, demenza, difficoltà nelle attività quotidiane sono associati a ricoveri o riammissioni ospedaliere, e rispettivi esiti peggiori, ed a maggiori costi sanitari complessivi. 1 incertezza: ancora non è chiaro quali fattori –individualmente od in combinazione– siano associati più strettamente alla decisione di ricoverare un paziente che acceda per un qualsiasi motivo ad un pronto soccorso. A tale quesito prova a rispondere un imponente lavoro [1] che ha indagato 42.392 accessi di 11.783 individui, nell'ambito dello 'Health and Retirement Study (HRS)' (studio sulla salute ed il pensionamento), uno studio longitudinale tuttora in corso di reclutamento (per mantenere costante il numero dei partecipanti), che a cadenza di 2 anni segue 20.000 ultra50enni statunitensi –facendo riferimento anche ad informatori nell'ambito della famiglia. I 3 fattori sopra indicati si sono confermati associati al ricovero dopo visita in dipartimento di emergenza, a differenza di una serie di classiche sindromi geriatriche che sono state prese in considerazione contemporaneamente. Gli autori hanno anche simulato 2 situazioni diverse per età, sesso e problematiche, allo scopo di esemplificare i loro risultati statistici attraverso casi emblematici. Tali risultati –per quanto derivati da un campione ampio ma non rappresentativo della intera popolazione di riferimento– indicano come il personale del pronto soccorso tenga in conto –rispetto alla decisione di ricoverare– anche fattori specifici per le persone anziane, non direttamente collegate alle condizioni cliniche che hanno portato alla visita in emergenza. Un cattivo stato funzionale, così come un deficit cognitivo o la insufficienza del supporto sociale e familiare pongono il dubbio che il paziente, una volta tornato a casa, sia in grado di provvedere a sé stesso. A simili conclusioni erano già giunte ricerche precedenti: ma quella in questione, oltre ad essere più ampia ed aggiornata, ha il merito esclusivo dell'approccio metodologico che consente di stimare quantitativamente il contributo di ogni singolo fattore. Riguardo poi alla mancata inclusione della fragilità tra i fattori che facciano propendere per il ricovero, viene sottolineato come tale condizione possa venire percepita diversamente da pazienti e medici, anche rispetto ad uno strumento standardizzato di rilevazione [Identification of Seniors At Risk–Hospitalized Patients (ISAR-HP)]. Gli autori –tutti della costa est statunitense– concludono soffermandosi sulle difficoltà dei medici di pronto soccorso, tra il martello della pressione a ridurre i ricoveri per pazienti a basso rischio {per esempio in casi di scompenso emodinamico, sincope, toracoalgie [! (ndr)]}, e la incudine del loro scrupolo a non accogliere persone che potrebbero risentire negativamente delle loro condizioni,

ancorché non direttamente collegate al motivo dell'invio in pronto soccorso, almeno in carenza di soluzioni alternative.

L'editoriale di accompagnamento [2] sottolinea alcuni aspetti:

- il rapporto 'dose-dipendente' fra la presenza ed il peso dei fattori 'accessori' e la decisione di ricoverare; la influenza di tali fattori è influente soprattutto in quella vasta 'area grigia' interposta tra le situazioni di accesso al pronto soccorso più gravi e più banali; gli editorialisti ribadiscono i medesimi motivi –indicati dagli autori dell'articolo originale– per cui tali fattori vengono presi in considerazione da parte dei medici di pronto soccorso;

- la frequente mancanza del riporto nei dati amministrativi sia di tali fattori che delle sindromi geriatriche;

- la ampia variazione riscontrata [dai medesimi autori dell'articolo originale, in una loro indagine di poco precedente ([https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(21\)00233-X/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(21)00233-X/fulltext))] nella quota di ricoveri tra ospedali, ed all'interno di ciascun ospedale, anche dopo correzione per le caratteristiche del paziente arrivato in pronto soccorso, della struttura e del medico intervenuto”.

[1] Smulowitz PB, Weinreb G, McWilliams JM, O'Malley AJ, Landon BE. Association of Functional Status, Cognition, Social Support, and Geriatric Syndrome With Admission From the Emergency Department. *JAMA Intern Med.* Published online June 12, 2023. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2149>

[2] Kilaru AS, Friedman AB, Delgado MK. Considering the Whole Person in Hospital Admission Decisions for Older Adults in the Emergency Department. *JAMA Intern Med.* Published online June 12, 2023. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2155>

Attorno al problema del PS, affrontato in maniera lucida da Mauro Colombo, richiamo l'attenzione su un articolo di Paolo Rumiz uscito su *Repubblica* del 27 giugno, nel quale il grande giornalista parla con ammirazione delle cure ricevute al PS dell'ospedale Gattinara di Trieste. [<https://www.repubblica.it/cronaca/2023/06/28/news/sdraiato-su-un-letto-al-pronto-soccorso-ho-visto-il-lato-bello-della-sanita-pubblica-405853072/>] Rumiz ha 75 anni e scrive: **“Da una barella è più facile apprezzare i pregi di un sistema solidale e democratico sempre più minacciato”**. Grazie grande descrittore del mondo!

Infine, mi permetto di segnalare la pubblicazione per le Edizioni del CNR di un libretto molto interessante, predisposto dalla consulta scientifica del Cortile dei Gentili, dal titolo: *“Intelligenza artificiale: distingue frequenter. Uno sguardo interdisciplinare”*. I diversi capitoli, predisposti da autori di grande rilievo, riguardano, tra l'altro, la storia dell'IA, i rapporti con la filosofia, con la teologia, con l'etica pubblica, con l'economia, la medicina.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Mi ha fatto un enorme piacere la telefonata che ho ricevuto in questi giorni del professor Lodovico Frattola, grande neurologo milanese e presidente onorario della nostra Associazione, al quale devo una parte importante della mia cultura clinica, il quale ha voluto complimentarsi per la nostra newsletter. Qualcuno potrebbe irridermi per l'apparente autocelebrazione; desidero, invece, testimoniare come i legami e la curiosità scientifica non si affievoliscono quando l'impegno che ha caratterizzato tutta una vita di servizio continua con generosità e intelligenza anche in età avanzata. Grazie Lodo!

Accludo il primo annuncio della **6° Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano**, che si terrà, come da tradizione, a Padova il 15 novembre. Diego De Leo sta lavorando per un'edizione particolarmente viva di un evento adeguato alla gravità delle problematiche che accompagnano una

condizione sempre più diffusa nel nostro tempo. Il 6 giugno la Commissione europea ha organizzato un incontro di largo respiro che, sono certo, indurrà gli stati ad una maggiore attenzione. Nessuno di noi può rinunciare ad accompagnare con attenzione e dedizione le difficoltà delle persone sole.

Con viva simpatia,

Marco Trabucchi
Gruppo di Ricerca Geriatrica
Via F.lli Lombardi, 2
25121 Brescia
Tel. 030-3757538

Solitudine, nemica mortale

Padova - 15 Novembre 2023

SAVE THE DATE

Presidente del Congresso

Prof. Diego De Leo

Segreteria Scientifica AIP

Dott. Angelo Bianchetti

Per iscrizioni contattare: eventi@deleafundonlus.org



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP - 23 giugno 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Mi permetto di avvicinare due eventi di questi ultimi giorni che sembrano avere un certo reciproco rapporto. Da una parte la notizia che **in Canada sta aumentando in modo vertiginoso il numero delle morti per eutanasia** (nello stato del Québec avrebbero raggiunto il 7% del totale), dall'altra il lavoro pubblicato su *Nature* on line il 7 giugno dal titolo **"The illusion of moral decline"**. [<https://www.nature.com/articles/s41586-023-06137-x>]

Perché questo avvicinamento, forse arbitrario, da parte mia? Perché notizie come quella sull'eutanasia in crescita suscitano in molti commenti negativi e una nostalgia per i "buoni vecchi tempi". Ma lo studio pubblicato dalla rivista inglese, e condotto sulla base di dati originali e di archivio, indica che la percezione condivisa dai nostri contemporanei di un declino morale è un'illusione. Quindi si dovrebbe analizzare ogni evento, nel nostro caso la diffusione di pratiche eutanasiche, non sulla base di nostalgie moralistiche, ma della realtà attuale, cercandone le cause nei dati oggettivi che caratterizzano il nostro tempo. I lettori concordano con questa impostazione? Mi piacerebbe aprire un dibattito, perché sono numerosi gli eventi nei quali si discute sulla base di preconcetti, che non permettono di avere una visione realistica del presente, nei suoi multiformi aspetti negativi e positivi. Spero che nessuno interpreti queste righe come un'adesione alle scelte eutanasiche; anzi, penso che la nostra opposizione sia più forte se fondata sull'oggi e sulle dinamiche che oggi ci inducono a non ritenere giusta questa scelta sul piano clinico e umano.

Il ministro Schillaci ha dichiarato in un recente convegno che **il ministero sta valutando "di individuare nuovi operatori con percorsi formativi più brevi così da poter essere immessi più velocemente nel Ssn per supportare il lavoro infermieristico oggi è sempre più specialistico"**. Bene le parole del ministro (era ora, anche perché molte Regioni si sono già mosse su questa linea); però l'operazione dovrà essere fatta con prudenza, sapendo che il mondo delle RSA è delicatissimo nei suoi equilibri. Mi permetto di aggiungere alcune osservazioni; la prima è che sia possibile in futuro inserire nell'*upgrading* anche agli Oss già in servizio, per evitare che si creino ulteriori ingiustizie. Inoltre, è necessario definire quale sarà il ruolo degli infermieri dopo che non dovranno più occuparsi della distribuzione dei farmaci; è ben noto, infatti, come sia importante chiarire con precisione i loro ruoli nell'equipe di lavoro, sia rispetto ai medici sia agli Oss. Infine, vi dovrà essere un sistema di comunicazione da parte delle autorità responsabili pronto a evitare un'interpretazione negativa dei cittadini sulla nuova immissione di personale. Deve, infatti, essere chiaro che il provvedimento non

è stato deciso per risparmiare infermieri, di conseguenza abbassando la qualità assistenziale, ma al contrario, per rendere più efficace il lavoro delle equipe assistenziali.

Una notizia lieve, ma molto significativa. La regione **Piemonte ha istituito il primo ambulatorio sociale veterinario per curare gli animali d'affezione che vivono con le persone in carico ai servizi sociali**. Nelle prossime settimane ne seguiranno altri. È il riconoscimento concreto che gli animali che accompagnano le persone sole svolgono un'azione significativa anche a livello della loro salute; sullo sfondo vi è la giusta prospettiva che riconosce la complessità delle determinanti di salute, in particolare nelle persone fragili.

Si è tenuto a Brescia in questi giorni un convegno dedicato al **ruolo degli operatori stranieri, in particolare africani, che lavorano nelle RSA italiane**. Il dibattito si è incentrato sulle diversità e sulla stabilità dei comportamenti di alcune categorie nel mondo della cura: la competenza, la generosità, la sensibilità umana. In particolare, in Africa vige una cultura di grande rispetto verso gli anziani, che gli operatori provenienti da quelle regioni adottano anche nelle normali attività assistenziali quotidiane in Italia. Durante il convegno sono stati presentati alcuni dati di un'indagine svolta tra gli ospiti di RSA, dalla quale è emersa la loro accettazione serena e affettuosa degli operatori africani, senza difficoltà nei rapporti e, tantomeno, tracce di razzismo.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Ringrazio il carissimo collega **Mauro Colombo** per la perseveranza con la quale continua a contribuire alla nostra newsletter. Mi auguro sia premiata da un numero di lettori che non subiscono la flessione estiva; la mia speranza, che vale per l'intera newsletter, è che il tempo buono inviti di più alla lettura. O forse mi sbaglio?

“L'ultima newsletter AIP mi offre un doppio aggancio per 'l'angolo': una '**considerazione in ambito diverso da quello geriatrico**' [A], ed il **rapporto tra gliosi e sintomi cognitivi e depressivi post-Covid** [B].

[A] l'utilizzo di probiotici come trattamento aggiuntivo nei pazienti con depressione [1]. Lo studio ha coinvolto 49 adulti (prevalentemente donne), di età compresa tra 18 e 55 anni, a metà dei quali – in condizione di 'doppio cieco', controllato con placebo – per 8 settimane sono stati somministrati probiotici, in aggiunta ai consueti farmaci antidepressivi – nella quasi totalità dei casi, inibitori della ricaptazione della serotonina. Il gruppo sperimentale – come illustrato in grafici di particolare evidenza – ha riportato significativi miglioramenti ai punteggi nella Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17), nella Inventory of Depressive Symptomatology [IDS] autoriferita, e nella Clinical Global Impression [CGI]. 46 partecipanti (92%) hanno concluso il protocollo; gli effetti collaterali [nausea e 'indigestione' (solo a carico del gruppo sperimentale)] sono stati modesti e transitori, senza mai richiedere farmacoterapie. In attesa di eventuali repliche su pazienti anziani, l'articolo merita a mio avviso di venire segnalato per una serie di motivi:

- 3 persone su 5 con depressione maggiore vanno incontro ad una qualche forma di mancata risposta ai neurofarmaci di prima linea, mentre circa 1 su 3 continua ad avvertire sintomi nonostante ulteriori farmacoterapie.

- La presenza di un razionale biologico, che – tramite analisi di randomizzazione mendeliana – collega il microbioma intestinale – insieme al metaboloma – al disturbo depressivo maggiore [2]

- L'effetto più sensibile [con stima dell'effetto di entità moderata] proprio sui sintomi ansiosi e somatici: quelli meno studiati da precedenti indagini coi probiotici, nonostante la elevata prevalenza [40 – 50% dei pazienti con depressione maggiore].

- La conferma della accettabilità e sicurezza del trattamento, in quello che verosimilmente è il primo studio a combinare i 3 obiettivi della efficacia ed appunto della accettabilità e sicurezza.

[B] il rapporto tra gliosi e sintomi cognitivi e depressivi post-Covid. L'articolo originale segnalato dal prof. Trabucchi nella newsletter [3] è accompagnato –sempre su *JAMA*– da un editoriale breve quanto chiaro [4], dove viene definita ‘fondamentale’ (‘paramount’) la comprensione dei meccanismi fisiopatologici sottostanti ai sintomi neuropsichiatrici persistenti almeno 12 settimane dopo l'infezione da Covid-19, che interessano fino al 20% dei contagiati. L'editorialista –che pure definisce ‘elegante’ l'articolo originale– indica alcuni limiti/problemi tecnici relativi al legando per la microglia attivata impiegato, peraltro correlato negativamente alla velocità nelle prove motorie. Tale legando non sarebbe selettivo per la microglia attivata, e comunque non ne distinguerebbe gli stadi di attivazione, pur essendo l'unico attualmente impiegabile in vivo. Ma, a mio avviso, il passaggio più importante dell'articolo consiste nell'invito a rifuggire da scorciatoie semplicistiche: il proiettile magico che blocca la attivazione della microglia con risultati di rilievo clinico ancora non c'è”.

[1] Nikolova, V. L., Cleare, A. J., Young, A. H., & Stone, J. M. (2023). Acceptability, Tolerability, and Estimates of Putative Treatment Effects of Probiotics as Adjunctive Treatment in Patients With Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, e231817. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1817>

[2] Amin, N., Liu, J., Bonnechere, B., MahmoudianDehkordi, S., Arnold, M., Batra, R., Chiou, Y. J., Fernandes, M., Ikram, M. A., Kraaij, R., Krumsiek, J., Newby, D., Nho, K., Radjabzadeh, D., Saykin, A. J., Shi, L., Sproviero, W., Winchester, L., Yang, Y., Nevado-Holgado, A. J., ... van Duijn, C. M. (2023). Interplay of Metabolome and Gut Microbiome in Individuals With Major Depressive Disorder vs Control Individuals. *JAMA psychiatry*, 80(6), 597–609. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0685>

[3] Braga, J., Lepra, M., Kish, S. J., Rusjan, P. M., Nasser, Z., Verhoeff, N., Vasdev, N., Bagby, M., Boileau, I., Husain, M. I., Kolla, N., Garcia, A., Chao, T., Mizrahi, R., Faiz, K., Vieira, E. L., & Meyer, J. H. (2023). Neuroinflammation After COVID-19 With Persistent Depressive and Cognitive Symptoms. *JAMA psychiatry*, e231321. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1321>

[4] Gerhard A. (2023). Does Microglial Activation Lead to Cognitive Changes After COVID-19 Infection? *JAMA psychiatry*, 10.1001/jamapsychiatry.2023.0664. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0664>

Ricevo da Massimo Calabrò, sempre attento alle realtà cliniche che accompagnano la vita degli anziani, un interessante [commento critico sui dati di mortalità degli anziani registrati nella regione Veneto negli ultimi anni](#).

“Il 19/06 sul *Corriere della Sera Edizione Veneto* on line è stato pubblicato un articolo dal titolo: ‘Venezia, over 75 morti come in pandemia: Anziani trascurati dalla sanità’. Sottotitolo: ‘Studio Spi Cgil: nel 2022 ci sono stati 8.318 decessi, più 27 per cento rispetto al 2019. Cause nel mirino’. Viene ipotizzato che potrebbero essere collegate agli strascichi della pandemia, oppure a cause ancora tutte da approfondire. Ma quello che è certo è che nel 2022, quando il Covid-19 era ormai sotto controllo, nel Veneziano gli anziani hanno continuato a morire come nell'*annus horribilis* del lockdown e delle zone rosse. Nel 2022 sono deceduti 8.318 anziani, appena 36 in meno rispetto al 2020. Le fasce d'età prese in considerazione sono due: uomini e donne tra i 75 e gli 84 anni e over 85. Premesso che con i dati non vengono fornite le cause di morte e note di comorbidità e di stato funzionale, mi sono posto alcune domande che desidero condividere. Una prima ipotesi è che i ritardi diagnostici e terapeutici, imposti dalla pandemia, ora presentino il conto. Un'altra ipotesi, poco plausibile... spero, è che possa essersi estesa anche dopo il periodo della pandemia, quella logica di medicina ‘bellica’ per la quale si trattava o meno il paziente sulla scorta di una valutazione ‘spartana’, basata sul mero dato anagrafico riguardo i pazienti trattabili con logiche più intensive e quelli da ciò esclusi. L'ultima ipotesi, verosimilmente la più credibile, è che l'accesso alle

cure sia sempre più difficile; lo stress test determinato dalla pandemia ha ingigantito le difficoltà, in assoluto, e probabilmente tale aspetto si evidenzia maggiormente nelle persone con condizioni di maggiore fragilità fisica, psichica e socio-ambientale. Qualsiasi delle tre ipotesi evidenzia comunque una grave problematica di presa in carico tempestiva ed appropriata, di cui i più vulnerabili soffrono maggiormente. È auspicabile che si predisponga una rete di presa in carico reale e non solo teorica. Una esaustiva *flow-chart* di percorso teorico non diviene automaticamente la presa in carico reale”.

JAMA Network Open del 13 giugno presenta uno **studio realizzato su oltre 400.000 partecipanti della biobank UK utilizzando i 4 strumenti predittivi di demenza più diffusi**. I risultati indicano che quelli attualmente utilizzati sono di limitata efficacia clinica per stimare il rischio di demenza a 10 anni e, di conseguenza, la possibilità di impostare interventi preventivi su una popolazione mirata. Gli autori commentano che nel caso delle demenze non si possono individuare marker sui quali impostare strategie di prevenzione e cura, un obiettivo invece raggiunto per altre condizioni croniche. È però attualmente un ambito di grande attenzione da parte della ricerca clinica. [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2805965>]

Frontiers in Neuroendocrinology pubblica un lavoro, disponibile online dal 8 febbraio, che presenta una **revisione accurata sulla solitudine dell'anziano e sulle possibili ricadute sullo sviluppo di alterazioni cognitive e di demenza di Alzheimer**. Si approfondiscono i dati epidemiologici e le ipotesi che permettono di comprendere i meccanismi che correlano i due eventi, con attenzione particolare alle possibilità di ipotizzare atti di prevenzione. Dobbiamo constatare con soddisfazione che vi è una continua crescita degli studi sul ruolo negativo della solitudine rispetto alla salute a tutte le età e soprattutto durante la vecchiaia. Su questa linea ricordo che, come ormai avviene da qualche anno, il 15 novembre verrà celebrata a Padova la giornata nazionale sulla solitudine dell'anziano, con l'organizzazione di un convegno di cui sarà fatto presto conoscere il programma. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36758770/>]

JAGS di giugno pubblica uno studio retrospettivo sui **fattori che stanno alla base del ripetuto accesso al PS dell'ospedale da parte di persone affette da demenza**. Il lavoro si conclude con l'affermazione che le persone che accedono ai PS hanno compiuto nel passato accessi ripetuti. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18457>] Ne deriva che hanno bisogno di un'attenzione particolare; è quindi necessario che siano al centro di interventi nel momento del passaggio dal PS alla comunità e che il PS stesso sia attrezzato per un'accoglienza specifica. Infine, il lavoro suggerisce un ruolo più attivo del PS, ad esempio per una revisione delle terapie, svolgendo un ruolo forte anche nell'impostare il lavoro dei servizi territoriali. È ben noto quanto sia difficile nel nostro Paese indurre i PS ad organizzarsi in modo da accogliere in maniera decente le persone con alterazioni delle funzioni cognitive. Talvolta viene il sospetto che i responsabili dei servizi non conoscano la fragilità delle persone affette da demenza e, di conseguenza, non dedicano attenzione ai loro problemi, dando importanza prevalente alle difficoltà economico-organizzative che si frappongono e che invece potrebbero essere facilmente superate. Non vorrei sembrare superficiale, però non vi sono dubbi che nella grande maggioranza dei PS è possibile attrezzare una stanza senza rumore, con un letto accogliente e una luce soffusa, dove malato e accompagnatore possano trascorrere le ore di attesa, senza essere investiti da stimoli che non comprendono e che sono la causa della comparsa di delirium e dell'esacerbarsi dei BPSD. Perché, allora, nell'Italia così varia per cultura, impegno, realizzazioni concrete, non vediamo progressi in questo ambito?

Medscape del 12 giugno pubblica un dibattito tra due importanti studiosi americani, Katrine LaFaver e David Jones, sul tema: “**L’intelligenza artificiale può aiutare la diagnosi di demenza?**”. [<https://www.medscape.com/viewarticle/991955>] Dopo aver considerato le potenzialità dei nuovi approcci, i due scienziati concludono in modo generico (e deludente): “Dobbiamo porci alla guida della trasformazione, dei cambiamenti che stanno avvenendo, in modo da poterli plasmare secondo i nostri valori tradizionali, cioè le esigenze del paziente. Non dobbiamo permettere che si crei un settore esterno alla cura”. Nulla di nuovo, se non affermazioni di principio largamente conosciute; intanto la tecnologia fa progressi enormi, mentre noi ci trastulliamo con la retorica. Sarà possibile acquisire una maggiore efficacia nell’impostare modelli di lavoro comune?

PNAS del 30 maggio pubblica un lavoro secondo il quale **la supplementazione giornaliera con flavonoidi migliora la memoria dipendente dall’ippocampo in anziani che hanno una dieta relativamente povera**. [<https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2216932120>] Gli autori hanno annunciato con orgoglio (eccessivo?) che: “possiamo dire che i flavonoidi sono i primi che possono essere realmente considerati nutrienti per il cervello che invecchia”. Forse un eccesso di ottimismo, ma indubbiamente si tratta di un passo avanti rilevante per migliorare la salute del cervello in età avanzata.

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Si è svolta **a Rovigo, nella storica accademia dei Concordi, la presentazione del libro “Aiutami a ricordare”**. Cito l’evento perché è stato organizzato e guidato da **Diego De Leo e Pierluigi Dal Santo**, ambedue con legami rodigini, che sono rispettivamente il presidente e il vicepresidente geriatra della nostra Associazione. L’incontro, al quale hanno partecipato sia responsabili della sanità pubblica che medici e cittadini, ha permesso di discutere aspetti clinici e organizzativi, con particolare attenzione alle tematiche che hanno caratterizzato la maggioranza degli incontri in molte regioni per presentare il libro. I malati devono essere aiutati a vivere con dignità la loro sofferenza, organizzando cure dolci e tecnicamente avanzate; i famigliari, invece, devono essere supportati con dedizione e intelligenza nel continuo impegno per offrire una vita dignitosa e il più possibile libera ai loro cari. Sono obiettivi nobili: perché non possono essere raggiunti? Il giro del nostro Paese che sto facendo per presentare il volume è stata un’occasione importante per collegare le eccellenze che ci sono e per stimolare, invece, le realtà meno coraggiose sulla strada di un atteggiamento radicalmente nuovo verso chi soffre per un’alterazione delle funzioni cognitive.

Un saluto, con il consueto ricordo e l’augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi
Gruppo di Ricerca Geriatrica
Via F.lli Lombardi, 2
25121 Brescia
Tel. 030-3757538

Newsletter AIP - 16 giugno 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

I tristi eventi che hanno caratterizzato nei giorni scorsi la Polizia di Stato di Verona mi hanno fatto pensare a quanto avvenuto in passato nelle RSA. Nelle due circostanze, pur così diverse, **qualcuno ha suggerito di installare delle telecamere nei luoghi di lavoro**. A suo tempo come AIP avevamo preso posizione contro questo provvedimento, perché ci sembrava una grave dimostrazione di sfiducia nei confronti dei nostri concittadini che ci curano degli anziani fragili. Sono persone “vere” che, come riaffermiamo anche in questa newsletter, garantiscono una cura senza interruzioni con onestà, competenza, generosità, non sempre adeguatamente remunerate sul piano psicologico ed economico. Così mi sembra di poter dire per il personale della Polizia; guai a dubitare dei controllori, sarebbe una ben povera convivenza ed anche una grave sfiducia verso le migliaia di giovani e meno giovani donne e uomini della Polizia di Stato che ogni giorno si espongono a gravi fatiche (anche se non possiamo dimenticare le nostre debolezze individuali e collettive: “quis custodiat custodes?”).

“Plan 75”, un film giapponese uscito anche in Italia, ci ricorda **la fragilità della nostra organizzazione sociale e il rischio che le crisi oggettive nella costruzione di una società con tantissimi anziani possano indurre a reazioni che ci sembrano non umane**. In Giappone a chi accetta di farsi uccidere verrebbe fatto un regalo pecuniario, ma soprattutto gli viene evocata la nobiltà delle gesta dei samurai, sempre pronti a rinunciare alla loro vita per ideali importanti. Noi siamo impressionati da questi inviti a dimostrare la solidarietà tra le generazioni offrendo la propria vita. Però, non possiamo negare il dubbio che una società governata dalle logiche dell’intelligenza artificiale possa seguire questa strada. In fondo... permette ai giovani di vivere con maggiore abbondanza e ai vecchi di non subire l’onta della decadenza. In fondo... seguendo queste linee si esprime una certa empatia sociale, che ChatGPT riuscirebbe a interpretare. Ma la vita?

Siamo nel **pieno della discussione a livello ministeriale per determinare il futuro delle case della comunità e degli ospedali di comunità**; le difficoltà sono enormi se si vuole realmente introdurre un cambiamento significativo della sanità territoriale. Siamo obbligati all’ottimismo per l’amore che abbiamo per il nostro sistema sanitario, ma il progetto di spostare i finanziamenti per i due settori dal Pnrr ai fondi ordinari per l’edilizia sanitaria non tranquillizza le nostre preoccupazioni. Infatti, il Pnrr poneva dei termini temporali molto precisi, mentre quanto ipotizzato rischia di far iniziare un iter senza fine, e quindi senza speranza in particolare per gli anziani, i cittadini che maggiormente si avvantaggerebbero dalle nuove strutture. In questo frangente, pare surreale la discussione

sull'attuazione della legge delega sugli anziani, la quale prevede investimenti importanti, finanziati dal Pnrr, quando di fatto una buona parte delle realizzazioni previste uscirebbe dal Pnrr stesso. Sembra a questo proposito che il governo nazionale, per primo, non abbia le idee chiare, pressato da una parte dalle associazioni che aderiscono al Patto per la non autosufficienza, dall'altro dalla commissione ministeriale ad hoc composta da burocrati, infine da persone e realtà che hanno una certa chiarezza strategica, che vedono con preoccupazione, in questo scenario confuso, la nascita di un sistema parallelo dedicato alle persone anziane non autosufficienti. Il governo dovrebbe nominare un commissario, fuori dagli interessi da parte, economici e ideologici, per dare una strutturazione al comparto compatibile con la realtà, con il bisogno e con la certa disponibilità di finanziamenti e di personale (sì, di personale, perché da molte regioni giungono dolorose valutazioni sulla crisi quantitativa e qualitativa di personale sanitario, dai medici del pronto soccorso, agli infermieri nei loro diversi ruoli, agli Oss, ai direttori delle RSA e altri).

In mezzo a queste realtà che indicano vite difficili, una buona notizia. Il Consiglio dei Ministri ha approvato una proposta di legge per detassare per tre anni al 100% i contributi per i lavoratori che assistono gli anziani, fino a un massimo di 3.000 euro. Finalmente un po' di concretezza, oltre ai proclami.

Un'ultima considerazione in ambito diverso da quello geriatrico, che però ha riflessi anche sul nostro mondo. I quattro piccoli sopravvissuti nella giungla colombiana per 40 giorni sono un "miracolo", ma soprattutto indicano con chiarezza come **l'inserimento totale nell'ambiente di vita sia un modo per proteggersi e garantirsi la sopravvivenza**. Non è fuori luogo estendere queste valutazioni anche all'età avanzata, quando l'inserimento fisico e psicologico nel proprio ambiente è il modo migliore per affrontare i problemi posti dal tempo che passa. È l'opposto rispetto alla solitudine e un'indicazione a sconfiggere il desiderio di chiudersi su sé stessi, che talvolta caratterizza l'età avanzata.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo ha scritto alcune note importanti sui centenari:

“Le persone molto anziane possono insegnarci molte cose, anche se, magari, pagandone un caro prezzo. I centenari, in particolare, sono affetti da demenza in 3 casi su 4, mentre i rimanenti occupano una fascia cognitiva tra la non-demenza e le prestazioni elevate. In tutti questi “grandi geronti” è spesso riscontrabile una varietà di neuropatologie, anche compresenti. Proprio allo scopo di identificare le caratteristiche che permettono ad una minoranza di centenari di mantenere alte capacità cognitive, in Olanda è stato avviato lo studio “100 plus”, centrato sulla Università di Amsterdam [1]. L'indagine –tuttora in corso– si focalizza su soggetti che auto-riferiscono una cognitività conservata, e si estende ai loro familiari di primo grado ed ai loro partners. Ai centenari vengono praticate analisi demografiche, anamnestiche, genealogiche, neuropsicologiche, di neuroimmagini e da prelievo ematico. 30% di loro hanno manifestato la volontà di donare il loro cervello, dopo la morte.

Una indagine pubblicata a marzo 2023 [2] riporta le correlazioni tra 11 tipi di substrati neuropatologici su 85 –in alcuni aspetti 69– cervelli, con le prestazioni cognitive, rilevate ad una distanza mediana di 9 mesi [ambito interquartile 4-13] dal decesso. I 12 test neuropsicologici condotti afferivano a 5 domini cognitivi: memoria, fluenza verbale, attenzione/velocità di processazione, funzioni esecutive e visuo-spaziali. Il Mini Mental State Examination mediano era di 25/30, con ambito interquartile 22-26: il campione –in larga parte costituito da femmine– si poneva quindi nell'ambito del 10-20% meglio prestante all'interno della popolazione olandese di centenari. Dal punto di vista neuropatologico, viene confermata la frequente compresenza di substrati

differenti, che la analisi fattoriale ha raggruppato in 5 ambiti: il fattore “amiloide” (che comprende le placche amiloidi e neuritiche e la angiopatia cerebrale amiloide); il fattore “LATE” (che comprende, oltre alla encefalopatia prevalentemente limbica età –correlata a TDP-43, anche la sclerosi ippocampale); il fattore “tau” (che comprende i grovigli neurofibrillari, i corpi granulo vacuolari e quelli di Lewy); la atrofia cerebrale, e la vasculopatia. Viene sottolineato che:

- nessuno dei centenari autoriferitisi come cognitivamente integri era scevro da almeno un tipo di patologia cerebrale, mentre la degenerazione granulo vacuolare era presente in tutti;
- 3 di loro presentavano, almeno ad un qualche livello di severità, tutte le 11 tipologie di substrato neuropatologico;
- alcuni dei centenari gravati dal maggior carico neuropatologico raggiungevano le migliori prestazioni cognitive, a testimonianza concreta di resilienza;
- solo la stadiazione di Braak per i grovigli neurofibrillari, e la patologia LATE, sono risultati associati alle prestazioni cognitive, in più domini;
- i punteggi al test dell’orologio sono risultati quelli meglio correlati a substrati neuropatologici multipli.

Ad integrare l’indagine preliminare sopra riportata, segnalo la puntuale descrizione di una vicenda individuale di un ingegnere mancato a 96 anni. Il lavoro è stato pubblicato nel 2022 sulla prestigiosa rivista *Neurobiology of Aging*, di cui in rete è possibile ottenere solo l’estratto [3] –a differenza degli altri 2 testi. Ma a mio avviso vale la pena di procurarsi questa “breve comunicazione” stilata da autori della Università di Irvine, in California. La storia che vi è narrata esemplifica aneddoticamente la resilienza studiata a livello di campione. Riprendendo il commento da Trabucchi [#] sul suo esperimento di testo richiesto a ChatGPT, un simile abbinamento di gerontologia clinica e di medicina narrativa risponde all’invito pedagogico di Platone secondo cui “la mente non si apre se prima non si è aperto il cuore”.

[1] Holstege, H., Beker, N., Dijkstra, T., Pieterse, K., Wemmenhove, E., Schouten, K., Thiessens, L., Horsten, D., Rehtuijt, S., Sikkes, S., van Poppel, F. W. A., Meijers-Heijboer, H., Hulsman, M., & Scheltens, P. (2018). The 100-plus Study of cognitively healthy centenarians: rationale, design and cohort description. *European journal of epidemiology*, 33(12), 1229–1249. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0451-3>

[2] Zhang, M., Ganz, A. B., Rohde, S., Lorenz, L., Rozemuller, A. J. M., van Vliet, K., Graat, M., Sikkes, S. A. M., Reinders, M. J. T., Scheltens, P., Hulsman, M., Hoozemans, J. J. M., & Holstege, H. (2023). The correlation between neuropathology levels and cognitive performance in centenarians. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 10.1002/alz.13087. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/alz.13087>

[3] Melikyan, Z. A., Corrada, M. M., Leiby, A. M., Sajjadi, S. A., Bukhari, S., Montine, T. J., & Kawas, C. H. (2022). Cognitive resilience to three dementia-related neuropathologies in an oldest-old man: A case report from The 90+ Study. *Neurobiology of aging*, 116, 12–15. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.03.009>

[#] vedi newsletter del 9 giugno 2023

“Un supplemento di taurina permette agli animali di vivere più a lungo. Però non è chiaro cosa possa significare per le persone”; questo titolo di *Nature News* del 9 giugno [<https://www.nature.com/articles/d41586-023-01910-4>] è simile a quello di *Science* pubblicato lo stesso giorno [<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abn9257>]. Inoltre, l’argomento è stato discusso anche dal *NYT* dell’8 giugno [<https://www.nytimes.com/2023/06/08/health/taurine-supplements-aging.html>]. Il tema non è nuovo, perché la taurina è largamente impiegata negli energy drinks; molti studiosi hanno però commentato con entusiasmo questa nuova ricerca,

ipotizzando che i risultati possano essere replicati nell'uomo, a dosi molto più alte di quelle consuete, controllando con attenzione i possibili effetti indesiderati. Chi scrive riporta per dovere di informazione questi studi, però esprime scetticismo sull'ennesima supposta "fontana della gioventù", da sempre un'aspirazione senza speranza dell'umanità.

JAMA Psychiatry del 31 maggio pubblica uno studio caso controllo nel quale si dimostra che **un marker di gliosi rilevabile con la PET è più elevato nei pazienti che hanno presentato sintomi cognitivi e depressivi dopo essersi ammalati di Covid-19.** [<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2805370>] La gliosi può essere una conseguenza dell'infiammazione, in modo particolare nello striato ventrale e nel putamen dorsale; le conseguenze sono il rallentamento motorio, la perdita di motivazione e di energia, e l'anedonia, talvolta osservate dopo il Covid. Il lavoro, però, suggerisce prudenza nell'interpretare i dati, in particolare un rapporto diretto tra gliosi e sintomi.

Uno studio pubblicato su *JAGS* del 7 giugno riporta dei dati sulla **adiposità del muscolo come fattore di rischio di declino cognitivo.** Vi sarebbero collegamenti plausibili tra i due fenomeni; ad esempio, l'aumento del grasso muscolare aumenta il rischio di diabete di tipo 2 e di ipertensione, ambedue fattori di rischio di demenza. Il collegamento deve ancora essere approfondito attraverso ulteriori indagini, anche se gli autori sostengono l'importanza che questa rilevazione entri tra i fattori di rischio di demenza presi in considerazione di routine. È però necessaria prudenza nella continua aggiunta di potenziali fattori di rischio di demenza, per evitare elenchi di scarso significato epidemiologico e umano. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18419>]

JAGS di maggio presenta un breve report sul **ruolo dei caregiver adulti nell'assistenza ai loro genitori affetti da demenza.** Il dato più interessante è legato al fatto che i figli adulti neri e ispanici forniscono un'assistenza molto maggiore in termini quantitativi rispetto a figli adulti bianchi. Il dato espone a considerazioni sia di tipo organizzativo sia di tipo umano, mettendo in luce come vi siano differenze importanti nelle modalità di rapporto tra genitori e figli di diversa appartenenza socioculturale. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18415>]

JAMA Health Forum del 18 maggio inizia così: "ChatGPT è esplosa nella coscienza nazionale". Un titolo che rappresenta **l'effetto incisivo che questi nuovi modelli di linguaggio stanno esercitando in moltissimi settori della nostra vita sociale.** L'articolo è dedicato in particolare alla "perennial medicolegal question"; "Come il medico può incorporare le promettenti nuove tecnologie nella sua pratica clinica senza aumentare il rischio di aspetti legati alla responsabilità?" Penso sarà uno dei temi che la nostra comunità professionale dovrà affrontare con urgenza. [<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2805334>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Domenica scorsa è terminata a Torino la **Summer School AIP**; è stata ripresa, dopo gli anni del Covid, una lunga tradizione di eventi svoltisi in varie città di Italia. La scuola estiva di quest'anno ha avuto un **grande successo sul piano culturale e su quello della creazione di un'atmosfera di collaborazione tra i partecipanti.** Dopo il 25 giugno saranno disponibili sul sito, per gli iscritti alla scuola e all'AIP, le diapositive presentate a Torino.

Accludo un **commento di Diego De Leo, presidente AIP**, che ha fortemente voluto riprendere la tradizione.

“Nella bellissima cornice dell'International Training Center dell'ILO di Torino si è svolta un'edizione della **Summer School di AIP** interamente **dedicata alle depressioni in età avanzata**, quadri clinici di grandissima frequenza in tutti gli ambienti sanitari, dai servizi territoriali agli ospedali, dagli ambulatori privati alle residenze assistite. Il programma (ancora consultabile sul sito di AIP) ha inteso fornire una panoramica a 360 gradi sui diversi aspetti delle depressioni: definizioni, epidemiologia, eziologia, diagnostica clinica e per immagini, diagnostica differenziale, tecniche d'intervista, terapie mediche e psicologiche, elementi di prevenzione e aspetti medico-legali, anche in relazione al decision-making in caso di richiesta di morte assistita. Limitata a 50 partecipanti, per la maggior parte giovani geriatri (ma anche psichiatri, neurologi e psicologi), la scuola si è avvalsa di 25 tra i migliori docenti italiani del settore, esperti che hanno certamente contribuito al successo dell'iniziativa. Fortemente voluta alla mia prima uscita ufficiale come presidente di AIP, l'organizzazione si è avvalsa del contributo dei Proff. Massimiliano Massaia, Antonino Cotroneo e Marco Trabucchi, con l'abile regia dell'agenzia Pelagus. Si è trattato di almeno ventiquattro ore di interazioni intense e produttive, alleggerite dalla organizzazione di un quadrangolare di pallavolo che ha visto la partecipazione della metà degli iscritti alla scuola e che ha certamente cementato lo spirito di gruppo. Molte le proposte già scaturite per la prossima edizione della scuola estiva, con la famiglia AIP già al lavoro sulla scelta degli argomenti proposti”.

Allegato a questa newsletter è pubblicata una lettera comparsa su un giornale sardo, che ci è stata indicata dalla nostra collega Daniela Viale, riguardante **il grido di dolore di un cittadino che ha dovuto affrontare le difficoltà per la cura della demenza che l'ha colpito**. Il lettore è in grado di cogliere la fatica di vivere di questo nostro concittadino; è un invito alla politica perché allarghi il suo impegno a favore dei servizi dedicati alle persone anziane fragili.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi
Gruppo di Ricerca Geriatrica
Via F.lli Lombardi, 2
25121 Brescia
Tel. 030-3757538

«Demenza e Pnrr: cara Giorgia Meloni, ecco perché le scrivo da morto»

«Pensi che Italia migliore sarebbe se, per alleviare le sofferenze dei malati e dei loro familiari/caregiver, non ci fosse più bisogno di attendere, con impazienza, la morte»

«Gentile presidente Giorgia Meloni,

mi sento autorizzato a scriverle in seguito alle sue dichiarazioni sul PNNR da lei definito come una grande occasione per la sanità. Alzo la mano per prendere la parola circa il suo desiderio di entrare nel merito delle cose e al richiamo alla responsabilità di assegnare, con coscienza, la priorità agli interventi.

Vorrei poterle raccontare, se non le dispiace, alcuni dettagli che potrebbero darle degli elementi validi per una valutazione della priorità di intervento su quello che per anni è stato il mio mondo, un mondo che in questa pagina del sito del suo governo ha ottenuto un focus molto interessante e che il Rapporto OMS e ADI già nel 2012 ha definito una priorità mondiale di salute pubblica.

Vorrei poterle raccontare cos'è la demenza e farle affondare i piedi nel mondo buio di questa malattia.

Nel mio mondo, in Italia, sono ufficialmente coinvolte, direttamente e indirettamente, 3 milioni di persone, ma ho buone ragioni di credere che siano molte di più, visto che non a tutti sono spalancate le porte di un percorso diagnostico. In ogni caso, anche fossero 3 milioni, ho la sensazione si tratti di un numero abbastanza degno di nota.

Chiedo scusa se non mi soffermo sulle statistiche, sugli approfondimenti scientifici, sulle percentuali di incidenza dell'Alzheimer sul totale delle demenze. Ho avuto poco tempo per occuparmene durante i miei anni di malattia.

Vorrei saperle raccontare bene e farle assaggiare anche solo da lontano il terrore che mi ha travolto quando la demenza (di tipo vascolare) mi si è attaccata addosso, l'estenuante lotta che ho intrapreso per negarla, sottoponendo me e tutta la mia famiglia a una sofferenza bestiale.

Sono morto il 7 gennaio di quest'anno, a 76 anni, per il mio debole cuore che ha deciso di spegnersi. Diciamo che l'Epifania quest'anno, insieme alle feste, si è portata via anche me. Ho lasciato improvvisamente soli i miei ragazzi e mia moglie, ma allo stesso tempo sono uscito da un incubo in cui avevo trascinato anche loro.

Sono stato accudito come pochi fortunati, con tutte le cure e attenzioni possibili, e ho sentito ogni singola molecola di amore che girava nella mia casa e, mi creda, ne giravano davvero parecchie. Le ho ricambiate tutte, ma senza riuscire ad esprimerle. Mi son sentito amato ma non ho potuto amare se non con gli occhi, con le lacrime che venivano giù da sole per la delusione che tutte le volte provavo ad afferrare sentimenti da tradurre in parole che, però, puntualmente mi scivolavano via, mollandomi con quella sensazione di vuoto e smarrimento che mi ha accompagnato sempre, fino alla fine.

Ho visto sconosciuti davanti a me che mi guardavano spaventati e io ero più spaventato di loro. Poi mi chiamavano papà, e la loro voce in qualche modo mi arrivava nel cuore, che riusciva a riconoscerli prima del cervello. Allora il mio sguardo vuoto cambiava, diventava di nuovo lo sguardo di un padre, e per un attimo, ma solo per un attimo, si riempiva di qualche ricordo. Però era straziante, soffrivamo tutti di ferite che vedo ancora sanguinare.

Vorrei poterle dire cosa si prova a non riuscire a controllare più i propri bisogni primari, ad accettare di farsi lavare nudi da qualcun altro. Una cosa che poi ho accettato, ma non la dimenticherò mai la sofferenza dei miei figli, e di mia moglie, mentre si inzuppavano d'acqua e appesantivano le braccia e l'anima per potermi tenere dignitosamente pulito. Nonostante l'amore, quelle coltellate che loro sentivano al cuore in quei momenti, le sentivo tutte anch'io.

Ho nascosto e perso qualsiasi cosa, in chiunque ci ho visto un ladro, con le mie allucinazioni, ho accusato i miei figli di avermi sottratto il portafoglio, a mia moglie ho fatto sparire la patente perché se non potevo guidare io, non doveva farlo nemmeno lei. Ci sono stati dei periodi in cui i miei figli dormivano vestiti sul divano, con le chiavi dell'auto in mano, perché durante la notte poteva succedere qualsiasi cosa se per caso mi fossi svegliato. Li ho visti piangere e schiacciarsi dai sensi di colpa per avermi dovuto dare dei farmaci per dormire e farmi stare tranquillo. Per anni ho riempito il salotto, ogni santa sera, con tutto quello che c'era nel mio giardino, mobili, piante e secchi della spazzatura compresi, per la paura che me li rubassero. E al mattino rimettevo tutto a posto, perché alla luce del sole potevo di nuovo sorvegliarli.

Ho visto i miei familiari mangiare al tavolo, tutti insieme, nei giorni di festa, mentre io stavo in poltrona a guardarli senza capire come mai io non fossi lì con loro. E loro mangiavano veloci e con gli occhi lucidi per non prolungare quello strazio di non avermi in tavola con loro, sapendo che se fossi stato lì, avrei riempito d'acqua i piatti, mi sarei fatto male col coltello, avrei mangiato la frutta col sale o mi sarei riempito la bocca con del cibo che poi non sarei riuscito a ingoiare, rischiando di soffocare. Sì, perché a un certo punto, ho iniziato anche a dimenticarmi di ingoiare il cibo.

In tanti sono convinti che avere la demenza significhi solo dimenticarsi delle cose, i nomi, i volti, quello che si è fatto poco tempo prima. Invece ho dimenticato cose, ho dimenticato persone, ho dimenticato me stesso. Ho dimenticato come si va in bagno, come si apre il rubinetto dell'acqua, come si si ingoia la pasta, come ci si veste. Ho messo i maglioni di lana d'estate, l'accappatoio al posto del giubbotto e ho conversato a lungo con quelle persone che stavano dentro il televisore. A volte ho anche provato a farle venire fuori ma loro restavano lì, mentre sui cristalli liquidi dello schermo restavano impresse le impronte delle mie dita.

E poi sono stato male e non ho saputo dirlo a nessuno. Ho avuto i crampi alla pancia, il mal di testa, il mal di schiena, ma non ho mai potuto raccontare il mio dolore. Non entro nei dettagli perché ci sono cose che fanno talmente male, che ti privano talmente tanto della dignità, che non riesco nemmeno a raccontarle.

Questa, Presidente, è la demenza.

E le persone che amo di più hanno dovuto prendersi cura di me come fossi un bambino. Hanno dovuto fare i conti con l'ansia, il terrore, la sofferenza di vedermi perdere i pezzi piano piano, uno al giorno, senza tregua, senza pietà. Hanno affrontato spese, spese immense, di quelle che la maggior parte delle famiglie non possono affrontare, per poter dare un supporto a mia moglie che ha raschiato forza, pazienza e resistenza da un fondo di energie già largamente consumato.

Li ho visti uscire dal portone di casa con gli occhi carichi di lacrime, ho sentito il loro dolore senza poterli consolare come fa un padre, come fa un marito, come fa un nonno. Alla fine, io, non ho potuto far altro che abbandonarmi al loro immenso amore, a loro che sono stati forti, meravigliosi, uniti, attenti e pazienti ma tremendamente soli.

Soli, Presidente. Totalmente. Soli come sono sole tutte le famiglie che incontrano in qualche modo la demenza.

Immagina cosa significhi essere soli nel cercare aiuto, muoversi nel mondo delle assistenze domiciliari, annaspere per trovare qualcuno di fidato, qualcuno che oltre la sostituzione di un pannolone sia anche

capace di provare empatia, qualcuno che voglia lavorare il sabato o la domenica, trovare le risorse economiche, quelle energetiche per sopravvivere? Ha idea di quanto supporto abbiano bisogno i caregiver e di quante cure e attività stimolanti vengono negate ai malati?

“La libertà è quel bene che fa godere di ogni altro bene”. Le ha ricordate lei queste parole di Montesquieu.

Ma ha idea, Presidente, di quanta poca libertà ci sia nell'essere rinchiusi in un corpo che non si riconosce più e che chiude tutti i canali di comunicazione con l'esterno? La mia malattia ha smesso di nutrirsi di me e delle energie dei miei cari il 7 gennaio. La morte è stata la fine di alcune sofferenze, e l'inizio di altre. La morte arriva per altre cause, perché di demenza non si muore, si vive e basta, anzi, si sopravvive.

Ma pensi che Italia migliore sarebbe se, per alleviare le sofferenze dei malati e dei loro familiari/caregiver, non ci fosse più bisogno di attendere, con impazienza, la morte.

Potrebbe, questa, essere considerata una priorità?

Non dimentichi di dare una risposta a chi è ancora vivo.

Un saluto cordiale”.

Ignazio Ghiani – Morto a Quartu Sant'Elena il 7 gennaio 2023



Newsletter AIP - 9 giugno 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

In preparazione della relazione che dovrò svolgere domenica alla **Summer School AIP** in corso a Torino, ho chiesto a ChatGPT di darmi indicazioni sulla relazione **“Prevenzione della depressione nell’anziano”**. Riporto di seguito il risultato.

“La prevenzione della depressione negli anziani è un tema di grande importanza, poiché la depressione può avere un impatto significativo sulla salute e sulla qualità di vita degli individui anziani. Ecco alcuni suggerimenti e strategie che possono contribuire alla prevenzione della depressione negli anziani:

1. **Supporto sociale:** Il sostegno sociale è fondamentale per il benessere emotivo degli anziani. È importante incoraggiare la partecipazione attiva in attività sociali, come incontri con amici, partecipazione a gruppi di interesse o volontariato. Queste attività possono aiutare a mantenere legami sociali forti e prevenire l'isolamento sociale, che è un fattore di rischio per la depressione.
2. **Attività fisica regolare:** L'esercizio fisico regolare è benefico per la salute fisica e mentale. Gli anziani dovrebbero essere incoraggiati a fare attività fisica adeguata alle loro capacità e condizioni fisiche. Anche una semplice passeggiata quotidiana può avere un impatto positivo sull'umore e sulla salute mentale.
3. **Alimentazione equilibrata:** Una dieta sana ed equilibrata può contribuire al benessere generale, incluso quello emotivo. Gli anziani dovrebbero essere incoraggiati a consumare una varietà di alimenti nutrienti, compresi frutta, verdura, cereali integrali, proteine magre e grassi sani. Inoltre, è importante evitare il consumo eccessivo di alcolici e di alimenti ad alto contenuto di zuccheri e grassi saturi.
4. **Gestione dello stress:** L'apprendimento di tecniche di gestione dello stress, come la meditazione, la respirazione profonda o il yoga, può essere utile nella prevenzione della depressione negli anziani. Queste tecniche possono aiutare a ridurre l'ansia e a migliorare il benessere emotivo.
5. **Monitoraggio della salute mentale:** Gli anziani dovrebbero sottoporsi a controlli regolari della salute mentale. È importante che gli operatori sanitari riconoscano i segni precoci della depressione e intervengano prontamente per fornire un adeguato supporto e trattamento, se necessario.

6. Mantenimento di una vita significativa: Gli anziani dovrebbero essere incoraggiati a mantenere un senso di scopo e significato nella loro vita. Ciò potrebbe includere l'impegno in attività che li appassionano, come hobby, volontariato, impegno religioso o insegnamento.

È importante sottolineare che la prevenzione della depressione negli anziani richiede un approccio olistico, considerando la salute fisica, mentale e sociale. In caso di segni o sintomi di depressione, è fondamentale cercare l'aiuto di un professionista sanitario per una valutazione accurata e un adeguato trattamento.”

Come il lettore può giudicare **il compito è stato svolto in modo preciso e ordinato; ma l'anima, dov'è?** La partecipazione affettiva del relatore è assente. Quale sarà la reazione dell'eventuale uditorio? Riceverebbe buone indicazioni, ma senza sentirsi coinvolto, e di conseguenza non raggiungerebbe il risultato di un adeguamento concreto della propria pratica clinica a quanto indicato. Qualcuno, quindi, potrebbe ritenere definitivamente vinto il nostro confronto con la tecnologia; sarebbe però un errore strategico, del quale tra non molto dovremo pentirci. Infatti, quello che ci differenzia non sono alcuni aspetti apparentemente trascurati, come il ruolo della famiglia, del diritto alla cura delle patologie somatiche, il dolore fisico, la fatica di alcune condizioni di vita come quelle dei *caregiver* delle malattie croniche, ecc., ma la partecipazione affettiva alla fatica di vivere dell'anziano depresso, e quindi l'importanza di un impegno clinico e comunitario per prevenirla.

La lettura delle diapositive presentate alla **Summer School AIP** di Torino, che saranno disponibili sul sito AIP per gli iscritti all'Associazione e per i partecipanti alla scuola, fornirà importanti indicazioni perché ciascuno possa comprendere come organizzare le proprie presentazioni. Però deve essere chiaro che **il tradizionale elenco di dati, attraverso il susseguirsi di diapositive più o meno recenti, non sarà più uno strumento formativo adeguato: senz'anima non è nemmeno possibile insegnare!** Sempre su questa linea sono di grande valore le parole di Michela Marzano su *La Stampa* del 4 giugno: “(ChatGPT) è uno strumento che può fornire una base, un punto di partenza, qualcosa su cui si innesta tutto ciò che l'IA non avrà mai: le emozioni e l'inconscio, la specificità del vissuto individuale, quel modo unico e irripetibile che caratterizza ognuno di noi e che non si trova solo nelle impronte digitali o nel viso, ma anche nella maniera di utilizzare le parole, torcere la grammatica, spingere la lingua oltre gli orizzonti piatti della mera compilazione”.

Anche se queste considerazioni saranno la guida per i nostri prossimi comportamenti, non dobbiamo però dimenticare che “l'umano senza tecnica è inadatto a vivere”. Quindi equilibrio nell'utilizzarla, con serenità, ma anche impegno forte nel controllarne l'evoluzione. Desto preoccupazione l'atteggiamento di scienziati che guardano al futuro dei vari linguaggi dell'IA con attenzione, per evitare che possano governare il nostro futuro.

L'attenzione per le malattie croniche, che la nostra cultura clinica ci induce sempre ad avere, mi ha fatto soffermare su **due notizie che riguardano le persone affette da SLA**, perché mostrano la multiformità del dolore e, altra parte, anche la multiformità dei possibili interventi. La prima notizia riguarda un tenore colpito dalla malattia che gli ha tolto la possibilità di esprimere la sua arte canora, di fatto gran parte della sua vita; il secondo caso è la notizia di un intervento di cataratta, eseguito con grande delicatezza in una persona colpita dalla malattia. L'intervento gli ha ridato la possibilità di comunicare attraverso il puntatore oculare. La medicina interpreta le dinamiche personali degli ammalati e, quanto può, interviene con determinazione.

“I vecchi restano vivi a soffrire”: è la didascalia di una fotografia, comparsa sui giornali, nella quale si vede un anziano piangere di fianco al corpo della nipotina uccisa dalle bombe in Ucraina. Nessun

commento è adeguato; dobbiamo però ricordarci che chi vive a lungo soffre a lungo, e dobbiamo pensare anche clinicamente al peso della sua sofferenza.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito la parte più interessante delle problematiche che possono essere tratte dalla letteratura scientifica, cioè **il consueto contributo di Mauro Colombo**. Offre una visione molto più approfondita rispetto agli studi più noti sul **rapporto tra genetica e fattori di rischio di demenza**.

“La commissione *Lancet* sulla prevenzione, l'intervento e la cura della demenza –nella ultima versione del 2020– ha identificato 12 fattori di rischio cui può venire attribuito fino al 40% dello sviluppo della demenza. Ma spesso si trova incoerenza tra gli studi osservazionali e quelli di intervento. Le associazioni individuate nei primi non equivalgono alla causalità, a causa di fattori confondenti sottostanti, e soprattutto della “causalità inversa”, che può spiegare il mutamento di significato dei fattori di rischio lungo il corso della vita – specialmente in tarda età. Viceversa, i trials clinici rischiano di essere inefficaci se gli studi intervengono a danno neurologico ormai consolidato, o se hanno una durata troppo breve. Perciò, una vastissima collaborazione di impronta genetica, centrata sulla biobanca europea per la malattia di Alzheimer e la demenza, in un articolo pubblicato sul numero di *JAMA* del 17 maggio [1], si pone il quesito di quale sia la base genetica nelle associazioni tra i fattori di rischio modificabili e la malattia di Alzheimer. A questo scopo, viene adoperato il disegno di studio secondo la “randomizzazione mendeliana” (MR), che sfrutta le varianti genetiche associate ai fattori di rischio per indagare le potenziali relazioni causali tra tali fattori e gli esiti in esame. L'esposizione, così, è intrinsecamente permanente, mentre la allocazione casuale delle varianti genetiche minimizza i fattori di confondimento, ed il rischio di causalità inversa.

La MR –con i relativi sviluppi statistici– è stata applicata ai 12 fattori di rischio modificabili: scolarità, lipidi ematici (varie componenti), indice di massa corporea, fumo di tabacco, consumo di alcol, pressione arteriosa (sistolica e diastolica) e diabete mellito tipo 2. L'indagine è stata condotta su una coorte composta di vari campioni, che racchiudeva 39.106 persone con malattia di Alzheimer clinicamente diagnosticata e 401.577 soggetti di controllo: l'età era compresa tra i 72 e gli 83 anni per i primi, e tra 51 e gli 80 per i secondi; la prevalenza complessiva delle femmine non era soverchiante.

Semplificando, la MR ha scremato solo 2 associazioni tra varianti genetiche e fattori di rischio modificabili, e tali associazioni persistevano anche restringendo il campione per “analisi di sensibilità” (per definizione deputate ad approcciarsi alla causalità, a fronte di variabili confondenti non misurate, quantificando la forza di una associazione, secondo i classici criteri di Bradford Hill). Ne è risultato che, per ogni deviazione standard crescente della colesterolemia HDL determinata geneticamente, il rischio di malattia di Alzheimer [Odds Ratio (OR): “probabilità positiva”] sale del 10%, con un intervallo di confidenza (CI) al 95% = 1.05-1.16. Inoltre, per ogni 10 mmHg di aumento determinato geneticamente nella pressione arteriosa sistolica, la probabilità positiva di malattia di Alzheimer sale del 22% [OR = 1.22 (95% CI = 1.02-1.46)]. Il ruolo protettivo della educazione formale viene ribadito nella maggior parte delle analisi statistiche, ma non in tutte. Quanto al colesterolo HDL, è noto che la sua componente a particelle di piccole dimensioni gioca un ruolo benefico sulla cognitivtà, favorendo la plasticità sinaptica e la rimozione della β amiloide. Ma la tendenza della componente a piccole dimensioni ad aggregarsi spontaneamente nella forma a grandi particelle – spezzando l'equilibrio tra plasma e liquido cerebrospinale– può restituire plausibilità biologica ad un risultato di non immediata interpretazione. Per quello che riguarda la pressione arteriosa, il risultato sulla pressione sistolica vale solo dopo aggiustamento per i valori di pressione diastolica: quest'ultima –indipendentemente, in alcune analisi– gioca un ruolo opposto: incrementi geneticamente determinati nella pressione diastolica sono associati ad OR inferiori ad 1 (e quindi protettivi). Un altro tassello nella lunga e sfaccettata discussione sul rapporto tra pressione arteriosa

e salute del cervello, relazione mutevole anche in funzione del periodo di vita e della durata prospettica della osservazione.

Le difficoltà interpretative di questo lavoro non devono –a mio avviso– sminuirne il valore concettuale della sua impostazione di fondo. Inoltre, nella entità modesta –per numerosità e per forza dell’effetto– della componente genetica, trovo assonanza con i risultati della ricerca australiana sui gemelli [2], studiati mediante tomografia ad emissione di positroni. La conclusione riporta letteralmente: “la deposizione di amiloide, contrassegno precoce della malattia di Alzheimer, sottostà ad un controllo genetico moderato, suggerendo un contributo ambientale prevalente, suscettibile di intervento”.

[1] European Alzheimer’s & Dementia Biobank Mendelian Randomization (EADB-MR) Collaboration, Luo, J., Thomassen, J. Q., Bellenguez, C., Grenier-Boley, B., de Rojas, I., Castillo, A., Parveen, K., Küçükali, F., Nicolas, A., Peters, O., Schneider, A., Dichgans, M., Rujescu, D., Scherbaum, N., Jürgen, D., Riedel-Heller, S., Hausner, L., Porcel, L. M., Düzel, E., ... Frikke-Schmidt, R. (2023). Genetic Associations Between Modifiable Risk Factors and Alzheimer Disease. *JAMA network open*, 6(5), e2313734. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.13734>

[2] Koncz, R., Thalamuthu, A., Wen, W., Catts, V. S., Dore, V., Lee, T., Mather, K. A., Slavin, M. J., Wegner, E. A., Jiang, J., Trollor, J. N., Ames, D., Villemagne, V. L., Rowe, C. C., Sachdev, P. S., & Older Australian Twins Study collaborative team (2022). The heritability of amyloid burden in older adults: the Older Australian Twins Study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 93(3), 303–308. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326677>

Un articolo e il relativo commentario, pubblicati su *JAMA Internal Medicine* del 30 maggio, affrontano il problema dell’**effetto indotto dai bisogni sociali sulla salute**. Il fatto che le cure contribuiscono a circa il 20% della salute dell’individuo, mentre i fattori sociali ed economici danno un contributo doppio, ha portato ad incrementare l’interesse per analizzare e individuare i costi di 4 settori specifici (cibo, trasporti, casa e coordinamento delle cure). Lo studio ha dimostrato che i costi per compiere interventi mirati sui bisogni sociali ammonterebbero a 60 dollari per cittadino al mese. L’editoriale di accompagnamento ha un titolo largamente esplicativo: “L’attenzione verso i bisogni sociali correlati alla salute: costi e ottimismo”.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2805024>

JAMA Neurology del 30 maggio riporta un articolo e il relativo commento riguardante l’**accelerazione dell’age related cognitive decline dopo un infarto miocardico**. Il declino annuale è divenuto più rapido, più di quanto avvenisse precedentemente nello stesso individuo e di quanto avvenga nelle persone che non hanno mai subito un infarto. Si è rilevato che il fenomeno era più accentuato nei soggetti bianchi rispetto ai neri e negli uomini rispetto alle donne. L’articolo e l’editoriale si domandano quale sia il meccanismo di questo declino, non spiegato da un ictus o da una nuova fibrillazione atriale. Anche se non vi sono ancora convincenti spiegazioni dell’evento, gli autori suggeriscono l’importanza che il fenomeno sia al centro dell’attenzione dei medici curanti, in modo che possano impostare cure adeguate.

<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2805554>

Un interessante lavoro di *JAGS* di giugno collega la possibilità che **il declino soggettivo delle funzioni cognitive induca il soggetto ad una maggiore attenzione per il proprio futuro**, riducendo la scelta di invecchiare nel proprio domicilio e programmando la possibilità di assistenza nell’ambito dei sistemi di cura a lungo termine.

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18425>

Ho letto "Mitezza", di Eugenio Borgna, Einaudi, 110 pagine, 10 euro.

Il grande psichiatra dedica attenzione a **una virtù tenera e delicata, apparentemente fragile: la mitezza**. L'autore riprende "L'elogio della mitezza" di Norberto Bobbio, nel quale si afferma che non è rinuncia alla lotta per debolezza o per paura o per rassegnazione, ma una testimonianza perché la nostra società cresca "in progresso, pace, rispetto della dignità di ogni persona". Non siamo lontani dalle parole di Gesù: "Beati i miti, perché erediteranno la terra". Il libro è una breve lettura che insegna anche a chi si dedica alla cura, perché il rapporto con chi è più fragile sia sempre segnato dal rispetto, dall'accompagnamento, dal desiderio di lenire senza la minima violenza. Borgna riporta anche una frase di Mario Tobino, che nel suo "Libere donne di Magliano" scrive: "Dentro una stanza del manicomio studio gli uomini e li amo". Cosa fa la mitezza per aiutare a curare! Il saggio merita l'attenzione di molti, perché suggerisce letture preziose per chi crede che il dovere di curare sia anche il dovere di accrescere la propria cultura e di apprezzare quanto di straordinario vi è dentro la malattia.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Tra una settimana saranno disponibili sul sito AIP le **diapositive presentate alla Summer School AIP** che si conclude domenica. L'argomento trattato è, assieme alla demenza, il più importante sul piano clinico e culturale in ambito psicogeriatrico. È quindi particolarmente opportuna la diffusione di specifico materiale di studio come quello presentato a Torino.

Un pensiero di stima e di amicizia,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría



Newsletter AIP - 2 giugno 2023

Amiche, amici,

ALCUNE ANNOTAZIONI DI SCENARIO

Henry Kissinger ha compiuto 100 anni, lavora ancora 15 ore al giorno e affronta con lucidità i problemi di geopolitica mondiale. Di fronte a questi esempi ci si pone il problema, mai risolto dalla ricerca, di quanto siano incisivi la genetica e lo stile di vita. Anche rispetto all'impegno intellettuale è impossibile definire un ordine temporale: la persona si impegna inizialmente se ne ha le capacità biologiche e poi il tempo dell'impegno crea nuova potenzialità. In un susseguirsi che è la vita. Ancora una volta si sono ripetute le tradizionali banalità sul concetto del cervello come un muscolo; ritengo, invece, che oggi abbiamo bisogno di progressi più analitici, anche per presentare dati convincenti sugli stili di vita che sarebbero necessari per ottenere risultati di salute. Recentemente l'attenzione di Kissinger è stata dedicata al nostro futuro digitale, in particolare alla possibilità di applicare all'intelligenza artificiale i controlli che hanno permesso tre quarti di secolo senza l'uso delle armi nucleari (lui è stato uno degli attori principali di questo successo). La preoccupazione del grande vecchio è che l'intelligenza artificiale possa essere meno controllabile rispetto alle armi nucleari! La preoccupazione di Kissinger è ampiamente condivisa da molti altri punti di vista. Il 16 maggio l'OMS ha pubblicato un **invito alla cautela nell'uso nelle problematiche di salute di modelli linguistici di grandi dimensioni, generati dall'intelligenza artificiale.** Come ricorda Paolo Benanti, studioso molto attento all'evoluzione di questi strumenti nella consueta rubrica del giovedì, nel supplemento di *Avvenire*, l'OMS teme che non vengano applicate alle nuove tecnologie le stesse cautele e i controlli che normalmente vengono utilizzati in ambito clinico. Come ogni giorno si legge nella letteratura scientifica e medica, le nuove tecnologie migliorano l'accesso alle informazioni in supporto alle decisioni, migliorando la capacità diagnostica. Però, gli studiosi di "algoretica" sostengono che non vi sarebbero adeguate protezioni dagli eventuali errori che possono danneggiare la salute. Recentemente *Radiology* ha pubblicato un lavoro nel quale si dimostra che il sistema di ChatGPT, basato sull'intelligenza artificiale, è stato in grado di rispondere correttamente a 150 domande a scelta multipla tratte dagli esami per il Canadian Royal College e l'American Board of Radiology. [<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.230582>] **La versione più avanzata GPT-4 ha risposto correttamente all'81% delle domande. Ma questa formidabile prestazione dimostra l'affidabilità dello strumento quando fosse utilizzato nella pratica clinica?** È interessante confrontare i dati dello studio in ambito radiologico con quelli pubblicati online il 22 maggio dall'*American Journal of Gastroenterology*, secondo i quali il punteggio raggiunto da ChatGPT nelle

versioni 3 e 4 non è arrivato alla soglia minima del 70%. Come si può intuire la strada intrapresa è giusta, anche se si dovranno mettere in atto rilevanti adattamenti. Allo stesso tempo, però, sarà necessario ripensare all'uso dell'intelligenza artificiale in ambito formativo; potrà parzialmente sostituire gli strumenti tradizionali (quelli su carta), ma fino a che livello? [https://journals.lww.com/ajg/Abstract/9900/ChatGPT_Fails_the_Multiple_Choice_American_College.751.a.spx]

Anche se in un campo profondamente diverso, **non si può non pensare ai rischi che si corrono facendo ricorso alle nuove tecnologie in molti campi**. L'inizio della campagna elettorale per la nomination repubblicana di Ron DeSantis, organizzata in presenza e con il supporto di Elon Musk, il più grande "signore" delle nuove tecnologie a livello mondiale, è stata caratterizzata da una serie gravissima di infortuni tecnologici, mettendo in luce i pesanti limiti di efficacia delle nuove tecnologie. Chiunque guarda con serenità a questi eventi ne trae indicazioni per esercitare grande prudenza.

Passando dal prossimo futuro al presente, con le sue ricchezze e povertà, sono stato particolarmente colpito dalla visita che ho compiuto al **Paese Ritrovato di Monza, un luogo dove si attuano nuove modalità di cura alle persone con demenza, fondate in particolare sul rispetto della loro libertà**. I dati del monitoraggio delle attività hanno documentato una diminuzione dei comportamenti aggressivi, un ridotto consumo di farmaci, un incremento del tono dell'umore, con un complessivo miglioramento della qualità della vita di malati e famigliari. La visita mi ha convinto, più di quanto già non fossi, dell'importanza di "nuove sperimentazioni in grado di coniugare risposte innovative, qualità della cura ed equilibrio economico-finanziario", come ha dichiara Roberto Mauri, presidente della cooperativa La Meridiana, che ha realizzato il Paese Ritrovato. Ma il nostro tempo, dominato dalla miopia burocratica e da restrizioni economiche sempre più pesanti, ci permetterà di assistere alla diffusione di sperimentazioni che rendano più facile la vita delle persone affette da gravi limitazioni della propria autonomia, come i nostri concittadini che soffrono per una demenza?

Infine, una notizia buona in sé, ma in grado di suscitare quale confronto preoccupato con la nostra realtà. *BMJ* del 22 maggio riporta e commenta la notizia che il governo scozzese ha stabilito un aumento del 14.5% della remunerazione dei giovani medici e una nuova regolamentazione degli adeguamenti salariali nel tempo. L'accordo è stato preceduto da scioperi per l'aumento degli stipendi perché, secondo l'associazione medica scozzese, questi hanno subito una perdita di valore reale del 26% dal 2008-2009. [<https://www.bmj.com/content/381/bmj.p1177.full>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Un editoriale di *Lancet Neurology* di giugno affronta senza reticenze il problema dell'**inadeguata predisposizione degli aspetti organizzativi collegati con l'introduzione di nuovi farmaci per la cura dell'Alzheimer**: "Time to get ready". Sostiene *Lancet* che i problemi non sono insormontabili, facendo riferimento, in particolare, a quanto è avvenuto in ambito oncologico, che ha avuto ed ha la necessità di centri infusionali, di strutture per l'imaging, e laboratori di genetica e altro. [[https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(23\)00167-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(23)00167-9/fulltext)] È necessario realizzare al più presto un progresso che veda allo stesso tempo l'identificazione di nuove molecole e la concreta organizzazione delle nuove potenzialità terapeutiche. Anche da noi sarebbe necessario un appello preciso e senza incertezze, come quello di *Lancet Neurology*.

Jama Neurology pubblica online il 17 aprile un lavoro molto importante dal punto di vista pratico perché delinea i **limiti dei trattamenti ipoglicemizzanti nel diabete di tipo 2**. I dati indicano un forte aumento del rischio di demenza (aHR:1.31) nelle persone ultracinquantenni con concentrazioni di

emoglobina glicata superiori al 9% o più. Invece, le persone con concentrazione inferiori presentano un minore rischio (ad esempio per quelli tra 6 e 7%, aHR è di 0.79). I dati meritano particolare attenzione. Il lavoro conclude affermando l'importanza di una visione equilibrata nella definizione dei trattamenti ipoglicemizzanti. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2803244>]

Su un argomento simile, cioè sull'opportunità dei trattamenti ipoglicemizzanti nelle residenze per anziani, si sofferma una research letter di JAGS di aprile riferendo la frequenza di trattamenti eccessivi anche nelle strutture di lunga assistenza e della possibilità di organizzare seriamente il deprescribing. Il lavoro conclude con l'invito ad una **maggiore attenzione anche nelle residenze agli eccessi di trattamento che possono causare danni, con effetti deleteri sulla qualità della vita**. È quindi necessaria anche nelle residenze un'equilibrata e prudente sorveglianza dei livelli glicemici e dell'emoglobina glicata, con un target tra 7.1% e l'8.5%. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18377>]

Un punto di vista pubblicato da *JAMA Neurology* del 24 aprile **critica l'esecuzione dei trial farmacologici per la malattia di Alzheimer per l'inadeguatezza della loro durata in rapporto con l'evoluzione della malattia**. Infatti, nella popolazione con demenza iniziale l'evoluzione verso la malattia grave avviene in 7-17 anni. In questa prospettiva gli studi clinici di 18 mesi offrono solo una visione limitata dell'efficacia del farmaco rispetto all'evoluzione della malattia e il suo impatto a lungo termine. Anche i trial del lecanemab soffrono di queste limitazioni, mentre sarebbero necessarie maggiori informazioni da trasmettere al paziente e alla sua famiglia, riguardanti anche, a livello generale, decisioni sul rapporto costo-benefico della terapia. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2803745>]

Grazie, ancora una volta a **Mauro Colombo** perché riesce sempre a selezionare argomenti non banali e utili sul piano professionale, oltre che per il nostro approfondimento culturale.

“Nonostante sia una funzione di importanza basilare per la vita di ogni giorno, **l'equilibrio non riceve abitualmente una attenzione corrispondente nell'esame clinico consueto**. Perciò, è importante trovare un sistema standardizzato sufficientemente semplice da poter essere diffuso ed incorporato nella pratica quotidiana. A questo scopo risponde uno studio che aveva trovato risonanza anche nei mezzi di comunicazione di massa, che aveva per oggetto il test dell'equilibrio monopodalico per 10 secondi [1]. In effetti, si tratta di una prova molto semplice: occorre rimanere in equilibrio su una sola gamba, tenendo il dorso del piede scarico sollevato ed appoggiato al polpaccio della gamba sotto carico, e gli arti superiori liberi lungo i fianchi, mentre lo sguardo mira a 2 metri di distanza. Bastano 1 o 2 minuti per portare a compimento il test, per il quale già dal 2007 si cominciavano a delineare i primi valori normativi per la durata della stazione monopodalica. Così proposte, le istruzioni semplificano ed uniformano –ponendo una durata fissa– il test, che peraltro è in auge da una cinquantina di anni: in effetti, un test analogo –ma basato sulla durata della prova– era poco applicabile in ambito clinico.

Nella coorte “CLINIMEX”, che comprende persone di ambo i sessi tra i 6 ed i 99 anni di età, alla indagine trasversale su 2.978 uomini e donne di età compresa tra 41 ed 85 anni, poco dopo i 70 anni metà del campione non riusciva a superare la prova. La influenza della età sul completamento della prova era evidente anche graficamente: non vi riusciva meno dello 1% al di sotto dei 45 anni, ma quasi nessuno sopra gli 80. In un campione di CLINIMEX di uomini (68%) e donne di età compresa tra i 51 ed i 75 anni [media 61,7 (deviazione standard 6,8)] una persona su 5 falliva la prova, secondo una percentuale che raddoppiava ad ogni lustro di età: 4,7% tra quelli di 51-55 anni, 8,1% a 56-60 anni, 17,8% a 61-65 anni e il 36,8% a 66-70 anni, per poi superare la metà (53, 6%) tra i 71 ed i 75 anni. Le persone che non superavano la prova erano tendenzialmente meno sane della controparte

che vi riusciva: le diagnosi maggiormente coinvolte riguardavano coronaropatie, ipertensione arteriosa, dislipidemie, obesità, e soprattutto diabete mellito. I fattori più strettamente correlati all'esito negativo del test erano la età (avanzata) ed il rapporto tra la circonferenza addominale e l'altezza (a svantaggio dei più pingui). Va precisato che i soggetti indagati erano brasiliani rivoltisi ad un ambulatorio di medicina della Università di Rio de Janeiro per ottenere liberamente una valutazione e consigli relativi alla loro forma fisica.

Nel volgere di una osservazione di durata mediana di 7 anni (ambito interquartile circa 4 – 9 anni), il 7% dei partecipanti è deceduto, per cause sovrapponibili tra chi superava o no il test di equilibrio. Chi però non riusciva a mantenere la stazione monopodalica per 10 secondi aveva lo 84% di probabilità in più di morire, dopo aggiustamento per molte variabili socio-demografiche e cliniche: ciò si traduceva in una differenza assoluta del 12,9% (mortalità del 17,5% tra le persone instabili, contro 4,6% in quelle stabili).

Gli Autori –provenienti da Brasile, Finlandia, Australia, Regno Unito e California– sono consapevoli dei limiti espliciti del lavoro: in particolare, la mancanza di informazioni su elementi rilevanti quali l'anamnesi specifica su cadute precedenti, le abitudini rispetto ad attività fisica, alimentazione e fumo, la farmacoterapia. Ciò nonostante, la validità dello studio sta nella semplicità ed uniformità del metodo, che lo rende facilmente esportabile. I risultati in quanto tali non sono automaticamente generalizzabili in altri contesti, ma il loro significato di fondo è allineato ad altra letteratura, remota e recente.

A mio avviso, vi sono buoni motivi per sottolineare codesto lavoro:

la dimensione del problema, che –almeno negli Stati Uniti– sta ulteriormente aggravandosi, già partendo da livelli di particolare serietà, come indicato dal prof. Trabucchi nella newsletter del 19 maggio. Nel 2020 sono occorse 42.114 morti dovute a cadute, 86% delle quali hanno riguardato ultra65enni: quasi 4 volte quanto successo nel 1999; l'incremento di tali esiti tragici ha interessato in modo particolare i maschi bianchi, di solito considerati come una categoria relativamente privilegiata. La breve lettera di ricerca di JAMA non fa nessun cenno sulle possibili cause del fenomeno [2].

L'assonanza con una altra recente ricerca [3] che propone l'equilibrio statico [misurato mediante la capacità di tenere la posizione in semi-tandem per 10 secondi], meglio se abbinato con la forza di stretta del pugno, come fortemente predittivo della capacità cognitiva [sia per funzioni esecutive (misurate col semplice test del disegno dell'orologio) che per la memoria verbale differita]. Sia la capacità di stazione in semi-tandem che la stretta del pugno diminuiscono con l'invecchiamento.

Un ulteriore motivo consiste nel raffronto –qui sintetizzato– tra gli andamenti nel tempo dell'equilibrio statico e di altre funzioni fisiologiche. Infatti, l'equilibrio statico declina rapidamente a partire dalla sesta decade, rimanendo prima relativamente preservato [4]. Un andamento simile riguarda il declino della forza di stretta del pugno nelle donne, mentre il calo negli uomini segue un andamento meno marcato e meno segnato da uno scalino, che è posto attorno ai 30 anni [5]. La flessibilità nelle articolazioni –in particolare alle spalle ed al tronco– decresce in modo progressivo con l'età, con un vantaggio per le donne sia per la rapidità (attenuata) che per l'esordio del declino, rispetto agli uomini (ritardato nelle donne di 10 anni: a 40 invece che a 30 anni) [6]. Il consumo massimo di ossigeno diminuisce invece del 9% per ogni decade, a partire dall'inizio della terza [7]. Tornando all'equilibrio statico, va ricordata la possibilità di migliorarlo, allenandolo [8].”

[1] Araujo, C. G., de Souza E Silva, C. G., Laukkanen, J. A., Fiatarone Singh, M., Kunutsor, S. K., Myers, J., Franca, J. F., & Castro, C. L. (2022). Successful 10-second one-legged stance performance predicts survival in middle-aged and older individuals. *British journal of sports medicine*, 56(17), 975–980. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105360>

[2] Santos-Lozada A. R. (2023). Trends in Deaths From Falls Among Adults Aged 65 Years or Older in the US, 1999-2020. *JAMA*, 329(18), 1605–1607. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.3054>

- [3] Blackwood, J., Amini, R., Conti, G., Counseller, Q., Taylor, R., & Fayyad, D. (2023). Balance performance and grip strength as predictors of cognitive function among community-dwelling older adults in the USA. *Journal of frailty, sarcopenia and falls*, 8(1), 23–31. <https://doi.org/10.22540/JFSF-08-023>
- [4] Springer, B. A., Marin, R., Cyhan, T., Roberts, H., & Gill, N. W. (2007). Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed. *Journal of geriatric physical therapy* (2001), 30(1), 8–15. <https://doi.org/10.1519/00139143-200704000-00003>
- [5] Vianna, L. C., Oliveira, R. B., & Araújo, C. G. (2007). Age-related decline in handgrip strength differs according to gender. *Journal of strength and conditioning research*, 21(4), 1310–1314. <https://doi.org/10.1519/R-23156.1>
- [6] Medeiros, H. B., de Araújo, D. S., & de Araújo, C. G. (2013). Age-related mobility loss is joint-specific: an analysis from 6,000 Flexitest results. *Age* (Dordrecht, Netherlands), 35(6), 2399–2407. <https://doi.org/10.1007/s11357-013-9525-z>
- [7] Peterman, J. E., Arena, R., Myers, J., Marzolini, S., Ross, R., Lavie, C. J., Wisløff, U., Stensvold, D., & Kaminsky, L. A. (2020). Development of Global Reference Standards for Directly Measured Cardiorespiratory Fitness: A Report From the Fitness Registry and Importance of Exercise National Database (FRIEND). *Mayo Clinic proceedings*, 95(2), 255–264. <https://doi.org/10.1016/j.jmayocp.2019.06.013>
- [8] Keating, C. J., Cabrera-Linares, J. C., Párraga-Montilla, J. A., Latorre-Román, P. A., Del Castillo, R. M., & García-Pinillos, F. (2021). Influence of Resistance Training on Gait & Balance Parameters in Older Adults: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1759. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041759>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego alla newsletter il programma della **Summer School AIP dedicata alla depressione dell'anziano**, che si svolgerà la settimana prossima a Torino. Si è registrata un'adesione molto alta da parte di giovani psicogeriatrici, a dimostrazione della grande attenzione clinica al problema della depressione dell'anziano e, allo stesso tempo, del desiderio dei giovani di essere informati e formati sul progresso in ambito clinico e terapeutico.

Con viva amicizia e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

SUMMER SCHOOL

PATOLOGIE
DEPRESSIVE
NELL'ANZIANO

TORINO

8-11 GIUGNO 2023



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

L'Associazione Italiana di Psicogeriatra si occupa dei problemi psichici degli anziani come la depressione, l'ansia, le difficoltà di adattamento, i disturbi cognitivi, con l'obiettivo di offrire agli anziani la possibilità di invecchiare mantenendo attive le proprie capacità fisiche e mentali.

La mission è promuovere e sviluppare la cura dell'anziano utilizzando gli strumenti conoscitivi di più discipline, attraverso la formazione continua di esperti e giovani professionisti del settore. L'associazione ritiene fondamentale attuare un processo trasformativo e di cambiamento, in cui giovani professionisti del settore possano sentirsi protagonisti a pieno titolo delle attività e della cultura promossa da AIP. Alla base vi è la considerazione che un futuro occupazionale solido necessiti di un percorso personale arricchito anche da competenze trasversali, di tipo relazionale e sociale. Il successo professionale non dipende solo dal titolo di studio ma anche da competenze che si acquisiscono mettendosi direttamente alla prova con le realtà di settore.

Obiettivi

Da questa consapevolezza nasce il progetto Summer School, volto a diffondere e rinforzare un senso di appartenenza comunitario tra i giovani professionisti con l'intento di valorizzare l'approccio multidisciplinare alla cura dell'anziano.

La missione è di contribuire alla creazione e allo sviluppo di una moderna classe di professionisti della salute mentale, sia nel settore privato che nel pubblico, attraverso attività di alta formazione, di informazione e di indagine, combinando nei percorsi formativi teoria e prassi, ricerca e risultato, metodo e innovazione.

Comitato Organizzatore

Antonino Maria Cotroneo Torino

Diego De Leo Padova

Massimiliano Massaia Torino

Marco Trabucchi Roma

Comitato Scientifico

Giuseppe Bellelli - Geriatria *Milano*

Bernardo Carpiello - Psichiatria *Cagliari*

Nicola Ferrara - Geriatria *Napoli*

Giancarlo Logroscino - Neurologia *Bari*

Fabio Sambataro - Psichiatria *Padova*

Andrea Ungar - Geriatria *Firenze*

Erika Borella - Psicologia dell'Invecchiamento *Padova*

Andrea De Bartolomeis - Psichiatria *Napoli*

Giovanni Frisoni - Neurologia *Ginevra*

Alessandro Padovani - Neurologia *Brescia*

Carlo Serrati - Neurologia *Imperia*

Daniela Vai - Neuropsicologia *Torino*

Claudio Vampini - Psichiatria *Verona*

Destinatari

N. 50 circa partecipanti, professionisti della salute mentale, possibilmente under 40. In particolare giovani specialisti e medici specializzandi (psichiatria, neurologia, geriatria), medici di medicina generale, psicologi e psicoterapeuti.

21 ore di lezione

1h Introduzione il Giovedì sera; **8h** Venerdì e Sabato; **4h** Domenica.

ECM

Il corso sarà accreditato al Sistema di Formazione Continua in Medicina del Ministero della Salute.

N° crediti ECM: **21**

Attività didattica

Per favorire l'apprendimento, verrà utilizzato un approccio coinvolgente volto a far imparare, sperimentare e incontrare, attraverso l'alternanza di lezioni frontali e gruppi di discussione. Il tema "Patologie depressive nell'anziano" verrà approfondito attraverso una prospettiva multidisciplinare. L'analisi del tema verrà estesa al concorso coordinato di più discipline quali la psichiatria, la psicologia e la neuropsicologia, la geriatria, la neurologia e le scienze sociologiche, al fine di sviluppare una conoscenza e una competenza multidimensionale. Per questo motivo, la strategia progettuale prevede di approfondire, in maniera sequenziale, gli elementi cardine che definiscono il tema di lavoro selezionato attraverso la prospettiva di ogni disciplina, incoraggiandone i punti di connessione, la rilevanza dell'approccio collaborativo così come le necessarie specificità.

Location e durata

La **Summer School** si terrà dall'**8 all'11 Giugno 2023** c/o il Centro Internazionale di Formazione (ITC-ILO)

Le attività sociali

Il programma didattico verrà accompagnato da attività sociali di diversa natura (sportive, culturali e ricreative) in modo da creare momenti di scambio e condivisione, incentivando l'appartenenza comunitaria e il senso di affiliazione.

Il Centro internazionale di formazione è stato fondato nel 1964 a Torino (Italia), come istituto di perfezionamento professionale, dall'Organizzazione internazionale del lavoro in collaborazione con il governo italiano.

Da allora, il Centro si è trasformato a poco a poco in un polo di perfezionamento e specializzazione.

Il centro è dotato di struttura alberghiera e servizi di ristorazione a disposizione dei partecipanti ai corsi, dei formatori e del personale.

ISCRIZIONI

Quote iscrizione: **MEDICI e PSICOLOGI : 450,00 €** (Sconto del 20% ai Soci AIP)- **SPECIALIZZANDI : 200,00 €**.

La quota d'iscrizione comprende: kit, materiale didattico, partecipazione ai lavori, attestati di frequenza e di attribuzione crediti ECM (solo agli aventi diritto), colazioni di lavoro, coffee break, vitto e alloggio in formula "campus" (3 pernottamenti - 3 cene) - partecipazione alle attività sociali.

N° posti disponibili: **50**

Le iscrizioni dovranno essere effettuate in modalità **online** dal **15/3 al 30/5 2023** sul sito www.pelagusofficia.it

La registrazione al portale servirà anche per scaricare gli attestati di partecipazione e ECM.

N° crediti ECM: **21**

SEDE

Centro Internazionale di Formazione (ITC-ILO) - Viale Maestri del Lavoro, 10 - 10127 TORINO

www.itcilo.org/it/about/turin-campus

PROGRAMMA

Giovedì 8 giugno, ore 18.00

- 18.00** Introduzione al corso
Diego de Leo
- 18.15** Depressione: Definizioni, Epidemiologia, Criteri diagnostici (DSM 5 TR e ICD-11)
Giovanni De Girolamo
- 19.00** Cocktail di benvenuto

Venerdì 9 giugno, ore 8.30

Eziologia

Chairperson: *Antonio M. Cotroneo*

- 8.30** Cause biologiche (genetica, perdita progressiva di sinapsi e/o neurotrasmettitori, malattia fisica...)
Stefano Govoni
- 9.00** Cause psicologiche (perdita di autostima, sentimenti di inadeguatezza, disperazione, malattia fisica...)
Elena Lucchi
- 9.30** Cause sociali (isolamento, perdita di supporto sociale, lutto, perdita delle capacità economiche, pensionamento, assistenza a malati, ageismo)
Leo Nahon
- 10.00** Coffee break

Chairperson: *Luigi Ferrannini*

- 10.15** La depressione nell'ambulatorio geriatrico
Renzo Rozzini
- 10.45** La depressione nell'ospedale geriatrico
Antonino M. Cotroneo
- 11.15** L'anziano depresso e l'istituzione residenziale
Luigi Pernigotti
- 11.45** Question time
- 12.30** Lunch break

Venerdì 9 giugno, ore 14.00

Quadri clinici specifici

Chairperson: *Leo Nahon*

- 14.00** La depressione "vascolare"
Carlo Serrati
- 14.30** La depressione nella malattia di Alzheimer
Orazio Zanetti
- 15.00** Depressione e apatia: diagnosi differenziale
Daniela Leotta
- 15.30** Coffee break
- Chairperson: *Orazio Zanetti*
- 15.45** Neuroimaging e diagnosi di depressione
Fabio Sambataro
- 16.15** La depressione associata ai disturbi della memoria
Massimiliano Massaia
- 16.45** Question time
- 17.45** Torneo di pallavolo: Eliminatorie

Sabato 10 giugno, ore 8.30

Le conseguenze della depressione nella persona anziana

Chairperson: *Giovanna Ferrandes*

- 8.30** Aspetti psico-somatici
Angelo Bianchetti
- 9.00** Depressione e performances cognitive
Daniela Vai
- 9.30** Depressione, pseudo-demenza e demenza
Giovanni Frisoni
- 10.00** Coffee break
- Chairperson: *Elena Lucchi*
- 10.15** Depressione, solitudine, isolamento sociale
Diego De Leo
- 10.45** Delirium
Giuseppe Bellelli
- 11.15** L'intervista al paziente depresso
Fabrizio Asioli
- 11.45** Question time
- 12.30** Lunch break

Sabato 10 giugno, ore 14.00

Il trattamento della depressione nella persona anziana

Chairperson: *Angelo Bianchetti*

- 14.00** Principi di trattamento farmacologico
Andrea De Bartolomeis
- 14.30** Indicazioni di trattamento e scelta dell'antidepressivo
Claudio Vampini
- 15.00** Effetti collaterali degli antidepressivi
Claudio Vampini
- 15.30** Coffee break
- Chairperson: *Carlo Serrati*
- 15.45** Trattamento con psicodislettici, terapie elettroconvulsive, stimolazione magnetica transcranica
Claudio Vampini
- 16.15** Interventi psicologici e mindfulness
Federica Gottardi
- 16.45** Trattamenti complementari: nutraceutica e dietetica
Angelo Bianchetti
- 17.15** Question time
- 18.00** Torneo di pallavolo: Finali

Domenica 11 giugno, ore 9.00

Nuove tecnologie e strategie di prevenzione

Chairperson: *Massimiliano Massaia*

- 9.00** Telemedicina e medicina digitale
Cristian Leorin
- 9.30** Valutazione del rischio suicidario ed elementi di prevenzione
Diego de Leo
- 10.00** La depressione cronica: aspetti medico-legali e di bioetica
Fabio Cembrani
- 10.30** Coffee break
- Chairperson: *Diego de Leo*
- 10.45** Come prevenire la depressione nella persona anziana
Marco Trabucchi
- 11.15** Question time
- 12.00** Conclusioni generali
Marco Trabucchi

ARRIVEDERCI ALLA PROSSIMA EDIZIONE DELLA SCUOLA ESTIVA AIP!

Pelagus
fficia
meeting & event planner

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

segreteria@pelagusofficia.it
cell: 370.3773395

 **MANAGER**
BE TALENT, BE YOURSELF
PROVIDER ECM AGENAS 3384

PROVIDER ECM

Provider ECM ID 3384
C.so F. Turati 11/C – 10128, Torino



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

