



## Newsletter AIP - 26 maggio 2023

Amiche, amici,

### **CONSIDERAZIONI GENERALI SULLE CONDIZIONI DI VITA DELL'ANZIANO FRAGILE**

**Non vi è modo per esprimere adeguatamente il dolore per la tragedia che ha sconvolto la Romagna, e in particolare i suoi anziani** (13 delle 14 vittime sono infatti over 70 anni). Non possiamo dimenticare il loro dolore, perché che hanno visto sconvolte le loro case, i loro campi, quanto hanno costruito in anni di sacrifici. Molti non hanno voluto abbandonare la propria casa, anche nel momento del pericolo; è un fatto che ci deve far pensare quando progettiamo il futuro dei nostri vecchi e ipotizziamo di poterli spostare come pedine in uno scenario che non conosciamo fino in fondo e anche loro non conoscono. Possiamo dire che quella di questi giorni è stata la tragedia della casa, del suo significato umano, dell'essere il luogo della vita. Ripeto: sarebbe un gravissimo errore se dimenticassimo queste dinamiche quando dobbiamo aiutare una famiglia a decidere il futuro del proprio caro non più autosufficiente, ma ancora in grado di capire, razionalmente o solo con il cuore, dove si trova.

Marina Corradi ha scritto su *Avvenire* del 20 maggio: "...una casa così quell'uomo non poteva lasciarla. Non è follia: è essere molto anziani, essere soli e pensare di non poter sopravvivere fuori dalle proprie mura colme di ricordi. Dimenticati in case isolate nel panico dell'acqua che sale, o disperatamente cocciuti nel voler restare -perché la vita, strappati di casa a 90 anni, a qualcuno può fare più paura della morte".

Un evento culturale di questi giorni si presta ad alcune considerazioni. La scrittrice Michela Murgia ha parlato apertamente della sua malattia oncologica, dichiarando che la sua vita continua e che non vuole essere omologata alla patologia che l'ha colpita. Ha pronunciato parole forti che hanno destato grande ammirazione; mi permetto di richiamarle, collegandole ad un concetto che ripetiamo sempre quando discutiamo di problematiche riguardanti le demenze. Ci siamo imposti di **evitare di pronunciare la parola "demente", per sostituirla con quella di "persona affetta da demenza"**. La malattia non si impadronisce di chi ne soffre; è una compagna disturbante e cattiva, ma diversa., un pezzo di carne alterato. Anche nella nostra prospettiva dobbiamo quindi ringraziare Michela Murgia, perché ci ha aiutato a capire che "la demenza non cancella la vita".

Nelle nostre considerazioni **sulla vita dell'anziano fragile ci siamo spesso soffermati sulla tipologia di abitazione, più in generale dell'habitat, che rende possibile una vita buona, anche in età**

**avanzata.** Rispetto a questa problematica è particolarmente significativo quanto riportato dal *NYT* del 23 maggio riguardo a uno studio secondo il quale a New York vi è una tale quantità di uffici vuoti da poter riempire 26 Empire State Buildings. Il giornale commenta la metamorfosi della città che da luogo dedicato alla produttività si è trasformato in uno costruito attorno al piacere. Come si collocano le enormi quantità di anziani in questa nuova organizzazione della convivenza? Dove possono andare quando non hanno più la possibilità di godere del “pleasure”? Chi sta pensando a questi cambiamenti epocali, che si avvicendano intorno a noi con velocità sempre più elevate? Sono interrogativi un po' sconsolati...

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

JAGS di maggio pubblica un lavoro sull'**uso di internet e il rischio di demenza**. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18394>]

Tiziana Metitieri, nostra collega di grandi capacità intellettuali, ha commentato il lavoro con il testo che segue: “Regular internet users experienced approximately half the risk of dementia than non-regular users. Being a regular internet user for longer periods in late adulthood was associated with delayed cognitive impairment, although further evidence is needed on potential adverse effects of excessive usage.’

Pro: si tratta di uno studio longitudinale di 17 anni che fornisce informazioni cumulative e in cui i dati sono stati raccolti ogni due anni attraverso dei questionari e degli strumenti validati per lo screening cognitivo a distanza

Contro: non si ha un riscontro clinico delle difficoltà cognitive rilevate e l'uso di internet è misurato da una variabile dicotomica (regolare uso/non uso) e in un sottogruppo dal tempo di uso che ci dice poco rispetto ai contenuti.

Sappiamo da tempo che diverse attività ed esercizi in cui si continua a essere impegnate/i riduce i rischi di declino cognitivo. Le opportunità fruibili attraverso internet si ampliano soprattutto per le persone che non dispongono di possibilità offline.

Eppure: -si trascurano l'educazione digitale a tutte le età e l'effettiva accessibilità a internet; - questo tipo di articoli, che pure ha debolezze metodologiche e va considerato assieme ad altri e nelle repliche che seguiranno, non riscuote alcun lontano interesse da stampa generalista e esperti consacrati a un unico copione. E se tutta la disinformazione e il panico morale di questi anni avessero un impatto -questo sì negativo- a lungo termine sulla salute?”

Presento tre articoli sulle demenze che mi sembrano particolarmente significativi, tratti da *JAMA Neurology*. Mi permetto di inserire una considerazione personale: i lavori che settimanalmente commento sono il prodotto di una scelta personale, che non ha alcun valore rispetto ad un possibile ranking di interesse delle diverse pubblicazioni; spero però che siano utili al lettore per arricchire la sua cultura clinica, scientifica ed umana, assieme alle molte altre sollecitazioni che giungono alla nostra attenzione. *JAMA Neurology* del 13 febbraio ritorna con un interessante contributo sul **problema dell'educazione dei ragazzi e del suo effetto sull'incidenza di demenza tra i cittadini bianchi e neri**. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2801599>]

Qualcuno ricorderà come questi studi siano iniziati molti anni fa con il Nun Study di David Snowdon. Questo lavoro conferma che la qualità educativa era inferiore tra le persone nere ed era associata con un più elevato rischio di demenza. Il dato induce gli autori a concludere che tra gli interventi per prevenire il disturbo cognitivo dovrebbe avere un ruolo importante anche il miglioramento dell'educazione dei giovani. L'altro articolo, pubblicato da *JAMA Neurology* del 22 maggio, è un punto di vista, firmato come primo autore da David Reuben, studioso da molti anni in prima linea su questi argomenti. Il titolo è di per sé largamente esplicativo: **“Un'altra svolta nel mondo delle demenze: Comprehensive Dementia Care”**.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2805317>] Il commento finale sostiene che, come i nuovi farmaci rappresentano una speranza per le persone affette da demenza di Alzheimer nelle fasi iniziali, così i modelli di cura complessiva rappresentano una speranza per le persone con la malattia in fase avanzata o affette da altre tipologie di demenza. Il fatto che siano entrate nel sistema di pagamento da parte di Medicare è un segnale di progresso nella direzione di “preventing and comprehensively treating AD and ADRDs by 2025”. Un’affermazione di ottimismo che deve essere letta con attenzione, considerando l’importanza della rivista e degli autori.

Il terzo, pubblicato online da *JAMA Neurology* l’8 maggio, mette in luce attraverso i dati ottenuti in uno studio randomizzato **l’effetto della PET amiloide condotta entro nel primo mese del workup diagnostico in 8 memory clinics europee in confronto con le PET eseguite dopo 8 mesi**. Nel primo caso è stato possibile raggiungere rapidamente una diagnosi eziologica solo dopo tre mesi, con grande vantaggio sul piano clinico. Gli autori sostengono che la PET amiloide può rappresentare una valida alternativa all’analisi del CSF, perché meno invasiva, e meglio accettata dai pazienti. Inoltre, fornisce dati sulla perfusione corticale, un proxy del metabolismo e quindi della neurodegenerazione. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2804755>]

Un dato importante rispetto alla salute delle classi sociali più basse è pubblicato dal *NEJM* del 13 aprile, nel quale si dimostra che **i gruppi più disagiati (neri ricchi e poveri, bianchi poveri) sono maggiormente avvantaggiati da una riduzione dell’inquinamento provocato da PM25 rispetto alla popolazione bianca ricca**. Il dato è interessante per chi progetta interventi a favore delle classi sociali meno vantaggiose; dimostra, infatti, che sono più sensibili ad interventi mirati e che, quindi, questi devono essere condotti con maggiore impegno verso chi è meno fortunato. [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa2300523>]

*Lancet* del 13 maggio pubblica un editoriale dedicato al **futuro del nursing e le lezioni della pandemia**. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00958-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00958-3/fulltext)] Il pezzo si conclude con una frase molto forte: “Senza una maggiore e rapida attenzione verso i problemi del nursing, non vi sono speranze di un effettivo miglioramento dei sistemi sanitari del futuro”. Un’affermazione che sentiamo di sostenere pienamente, consci dell’arretratezza del nostro paese. Dove sono finite le promesse per una crescita del ruolo dell’infermiere di famiglia? Chi opererà delle case della comunità? E negli ospedali di comunità? La politica è concentrata sul rischio di perdere i soldi del Pnrr... ma poi come faremo funzionare i servizi dei quali avremo (forse!) costruito solo i muri?

**Mauro Colombo continua nella sua preziosa collaborazione**, insistendo su argomenti di grande importanza; dare loro attenzione è doveroso, considerando il peso che hanno sulle dinamiche della salute in tarda età: “A costo di apparire monocorde [#], desidero tornare sulla questione del **rapporto tra perdita di udito e cognitivà**, tramite un articolo originale [1] ed un ‘commento invitato’ [2], appena pubblicati su *JAMA Otolaryngology*. Individuo due livelli per il motivo di questa ri-proposizione: livello di merito e livello di metodo. Nel merito, il lavoro riprende ed estende riscontri precedenti, che avevano trovato –nelle persone con deficit di udito– una riduzione nel volume della corteccia uditiva primaria ed in aree temporali, ed una ridotta connettività tra i nodi della ‘rete della salienza’. Tale circuito cerebrale –che comprende il giro cingolato anteriore, la corteccia prefrontale e l’insula– è deputato alla processazione ed integrazione degli stimoli sensoriali con la cognitivà, allo scopo di orientare il comportamento. Nel metodo, la differenza epistemologica sta nello orientamento della ricerca guidato dai dati, invece che da ipotesi: la prima di tali due impostazioni, nel caso in questione, non preclude nessun distretto cerebrale dalla indagine, laddove la seconda si focalizza su specifiche aree di interesse. La conseguenza della impostazione seguita sinora è una incompleta conoscenza della base neurologica per cui la perdita

in udito quasi raddoppia il rischio di demenza, secondo le commissioni *Lancet* sia del 2017 che del 2020, laddove una afferenza uditiva carente può comportare un malfunzionamento anche al di fuori dei circuiti cerebrali specifici, con conseguente ricaduta a livello cognitivo, attentivo, emozionale e motivazionale.

Nel lavoro di *JAMA* –che va esplicitamente inteso come un apripista– sono stati studiati 48 sudcoreani di ambo i sessi, con deterioramento cognitivo lieve (MCI), di cui 30 con deficit uditivo [età mediana 73,5 anni (ambito interquartile 69-78)] e 18 con udito normale [età mediana 75 anni (ambito interquartile 65-78)]; nessuno indossava protesi acustiche né aveva effettuato interventi otologici; per tutti, la durata della malattia e la scolarità erano rispettivamente di 1 e 9 anni. Come indicato anche mediante figure eleganti, in questa analisi trasversale i 30 soggetti ipoacusici hanno presentato –rispetti ai 18 normo-udenti– una ridotta connessione funzionale (via risonanza magnetica nucleare) ed anatomica (mediante trattografia) nel circuito della salienza. In particolare, è stata riscontrata una riduzione in anisotropia frazionale –indice di sofferenza nei fasci di collegamento– in fornice bilaterale, fornici maggiori del corpo calloso, tapetum, cingolo paraippocampale sinistro e radiazione talamica superiore sinistra. La anisotropia funzionale nei forcipi maggiori del corpo calloso e nel cingolo paraippocampale bilaterale correlava negativamente con la perdita uditiva alla audiometria tonale. I due gruppi non erano significativamente diversi rispetto a carico  $\beta$ -amiloide globale, volume della materia grigia e spessore corticale, in contrasto con la letteratura. Né vi è stata correlazione tra connettività funzionale e prestazioni uditive (rilevate sia mediante audiometria tonale che vocale), ora in sintonia col dato bibliografico relativo al declino cognitivo soggettivo. Sul piano fisiopatologico, la ridotta connettività funzionale bilaterale tra insule e corteccia cingolata anteriore può sottostare al deficit attentivo, mentre le riduzioni in anisotropia frazionale rilevata in varie sedi esprime una perdita in integrità della sostanza bianca, come accade nella malattia di Alzheimer.

[1] An, Y. Y., Lee, E. S., Lee, S. A., Choi, J. H., Park, J. M., Lee, T. K., Kim, H., & Lee, J. D. (2023). Association of Hearing Loss With Anatomical and Functional Connectivity in Patients With Mild Cognitive Impairment. *JAMA Otolaryngology, head & neck surgery*, e230824. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.0824>

[2] Raji C. A. (2023). Routine Hearing Assessments in Midlife to Detect Future Dementia. *JAMA Otolaryngology, head & neck surgery*, 10.1001/jamaoto.2023.0829. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.0829>

[#] mi conforta il fatto che pure il Prof. Trabucchi è tornato sull'argomento nella newsletter del 19-5, riferendosi ad un articolo di *Lancet Public Health*.

Passiamo dalla letteratura scientifica ad alcuni volumi pubblicati in Italia che mi sembra meritino attenzione. È un nuovo breve capitolo della nostra newsletter; invito i lettori a segnalare eventuali libri che possono essere utili per chi si occupa di anziani fragili.

1. “La solitudine dei numeri ultimi. Invecchiare nell’epoca della pandemia”, a cura di Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Giovanni Lamura, Flavia Martinelli. Il Mulino. Un volume di grande interesse, composto da 9 capitoli, presenta la realtà della solitudine nel mondo degli anziani fragili. Vengono discussi alcuni aspetti cruciali: la condizione abitativa; le caratteristiche degli edifici e dei quartieri dove abitano anziani soli; le relazioni con i famigliari, gli amici, i vicini; i servizi pubblici; il ruolo delle badanti; la condizione economica; la solitudine e la paura della morte de dell’abbandono. Il volume è ricco di dati e di indicazioni concrete; è utile strumento di lavoro per chi affronta uno delle più gravi problematiche del nostro tempo.
2. “L’intelligenza artificiale non esiste. Nessun senso salverà le macchine” di Fabio Ferrari, Il Sole 24 Ore. Attraverso i dialoghi con esperti dell’università, della ricerca e delle imprese (tra i



quali Paolo Benanti, Barbara Carfagna, Federico Faggin, Luciano Floridi, Alberto Mantovani, Giorgio Metta), l'autore costruisce una visione multidimensionale sugli impatti dell'intelligenza artificiale sulle nostre vite e comunità. Secondo l'autore, l'intelligenza artificiale non può esistere senza l'intelligenza creativa che la elabora e il coinvolgimento di persone che la pongono al servizio delle esigenze dell'umanità nei vari ambiti della vita individuale e collettiva.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi  
*Associazione Italiana di Psicogeriatría*



## Newsletter AIP - 19 maggio 2023

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Il *Corriere della Sera* ha pubblicato il 15 maggio un'intera pagina, a cura di Milena Gabanelli e Francesco Tortora, dal titolo: **“Chi lavora dopo i 65 anni vive di più e meglio”**. Il dibattito su questi temi è molto ampio, ma le conclusioni in termini clinici sono chiare e certe. Il punto in discussione è la trasposizione concreta di questi dati in realtà applicabili alle condizioni vitali del singolo cittadino che deve scegliere come indirizzare la propria vita dopo il 65 anni. Come rispettarne le scelte, tenendo conto anche del lavoro svolto e della possibilità che la pensione dal lavoro apra la strada ad altre soluzioni, sia un nuovo impiego, sia la scelta di dedicarsi ad attività volontaristiche, con un impegno serio e strutturato? Si deve tenere anche in conto che queste considerazioni difficilmente convincono la persona che vede come un miraggio il “meritato riposo”; i clinici possono anche ritenerlo “immeritato”, perché ne vedono gli aspetti negativi. Però soggettivamente si comprendono i motivi che possono portare al rifiuto, che in talune circostanze viene malamente sfruttato per motivazioni politiche. [<https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/working-later-in-life-can-pay-off-in-more-than-just-income>] È argomento delicatissimo, anche in base ai dati recenti, che dimostrano come in alcune aree del nostro paese il numero dei pensionati superi il numero degli occupati, creando una situazione insostenibile. Ma sarà in grado la politica di fare sintesi in una situazione così complessa, che riguarda aspetti clinici e antropologici (l'aumento della speranza di vita e l'effetto protettivo del lavoro rispetto al mantenimento del benessere), psicologici (la fatica del lavoro e il desiderio di libertà e di riposo), organizzativi (le attività produttive sostituiscono con difficoltà lavoratori esperti e ricchi di esperienza), economici (la sostenibilità del carico pensionistico in uno scenario di riduzione della contribuzione da parte di lavoratori attivi). Infine, vi sono aspetti civili di carattere generale: **le comunità come possono organizzare in maniera adeguata le dinamiche umane e sociali collegate con la presenza per oltre 20 anni di cittadini non occupati, che dipendono per vari aspetti dal resto della comunità?**

Ripeto: la politica, e non solo in Italia, troverà la forza per identificare una linea che cerchi la sintesi tra dinamiche così complesse? La mancanza di “idee forti” sullo sviluppo umano avrà certamente conseguenze negative. **Le nuove tecnologie, come Chat GPT, potranno indicare la strada?** Ci troviamo in un tempo fortunato perché impedisce di essere mentalmente pigri, ponendoci davanti a queste sfide; allo stesso tempo, però, se non troviamo le giuste risposte rischiamo di mettere in crisi il futuro della nostra convivenza.

Si discute di case popolari, di studenti senza alloggio. Si susseguono una serie di banalità, senza un progetto... la proposta delle caserme è ridicola. In tutto questo rumore manca un'idea attorno alle case per gli anziani: alcune troppo grandi, che potrebbero essere usate da famiglie numerose, altre troppo piccole, per cui è impensabile che possano costituire il punto di appoggio dell'assistenza domiciliare che dovrebbe teoricamente avere uno sviluppo strepitoso grazie ai 2.7 miliardi del Pnrr. Però le denunce non servono a nulla; ho ancora la speranza che i funzionari dei ministeri coinvolti sappiano produrre qualche progetto importante e realizzabile.

Continua la discussione sul futuro economico del nostro sistema sanitario nazionale. Si parla di aumenti al 7.5% del PIL e del rischio di default se non si iniettano nel sistema altri 5 miliardi per compensare le spese Covid. Non siamo in grado di giudicare la fattibilità di queste proposte; siamo però preoccupati per l'effetto negativo che hanno sulla fiducia nel sistema e sulla serenità dei malati e delle loro famiglie. Insistere sulle attuali inadeguatezze, senza arrivare a provvedimenti concreti, diffonde un panico silenzioso e sfiducia, con conseguenze pesanti sul piano psicologico. "Chi ci aiuta se anche lo stato è in difficoltà?": è un pensiero diffuso tra le persone e le famiglie più fragili.

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito riportiamo il consueto **contributo di Mauro Colombo**, sempre originale e utile per la nostra formazione.

"Nella newsletter del 5 maggio, Trabucchi ha richiamato un lavoro di *JAMA* pubblicato il 10 aprile, che riportava il severo effetto negativo del calo ponderale rispetto alla sopravvivenza, nelle persone anziane: **la mortalità quasi triplica entro una manciata di anni, per un calo del 10% nel peso corporeo**. La ricerca merita, a mio avviso, qualche rilievo di approfondimento e di confronto con altri studi recenti.

#### Approfondimento

Lo studio longitudinale retrospettivo è stato ricavato dai dati del trial randomizzato sull'efficacia preventiva dell'aspirina [Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE)], che ha coinvolto oltre 19.000 persone di  $75 \pm 4,3$  anni, di ambo i sessi, sostanzialmente in condizioni buone di salute e validità [1]. Già qui si rileva una caratteristica che contraddistingue la ricerca, laddove altre hanno riguardato casistiche più contenute e maggiormente segnate da problematiche sanitarie varie, portando a risultati meno netti e/o parziali. Inoltre, gli effetti –non sempre corretti per ricoveri ospedalieri recenti– si basavano su esiti auto-riferiti, che possono comportare un errore di classificazione fino al 30% dei casi.

Nello studio ASPREE post-hoc, invece, l'eccesso di mortalità investe maschi e femmine sia per tutte le cause che per gruppi di motivi [cardiovascolare, neoplastica, altro]. L'aggravio si mantiene dopo aggiustamento per una ampia e varia serie di fattori [tra cui età, fragilità fisica (secondo il fenotipo di Fried), ipertensione arteriosa, diabete mellito, fumo, indice di massa corporea (BMI) basale]: vale a prescindere dal peso di partenza, anche per le persone inizialmente obese. Viceversa, l'aumento di peso non comporta effetti nefasti.

Effettivamente, una indagine del genere non è in grado di precisare i meccanismi che portano alle conseguenze indicate. Ciò nondimeno, vengono avanzati alcuni spunti. Il fatto che l'effetto avverso del calo ponderale sia più netto negli uomini rispetto alle donne potrebbe derivare dalla maggior quota relativa di massa muscolo-scheletrica nei primi, e di tessuto adiposo nelle seconde. Similmente, si potrebbe spiegare la associazione più stretta della mortalità col calo ponderale che con la diminuzione della circonferenza ai fianchi.

#### Confronto #

I risultati dello studio ASPREE post-hoc sono stati confermati anche nelle "analisi di sensibilità", tra cui dopo la esclusione di soggetti con deterioramento cognitivo all'inizio della osservazione. E qui

entra in gioco il riferimento bibliografico n° 8 [2], in cui –mediante un complicato approccio metodologico– viene criticato il “paradosso della obesità” in ambito cognitivo, secondo il quale un peso elevato preserva le prestazioni cognitive in età avanzata. Secondo gli Autori bavaresi dell’articolo pubblicato nel 2021 su *PLoS ONE*, la associazione –di entità modesta– tra cambiamenti nel peso corporeo e capacità cognitive è sostenuto dal recupero ponderale nella fase di recupero dopo una precedente malattia.

Tre settimane dopo l’articolo di *JAMA*, *Lancet Healthy Longevity* pubblica un articolo originale ed uno di commento sul **rapporto tra multimorbidità cardiometabolica, stili di vita e funzione cognitiva**. L’articolo originale [3], con grafici di particolare evidenza, riporta il detrimento su un indicatore cognitivo composito [memoria (verbale immediata e differita) + capacità numeriche (sottrazioni seriate) + orientamento (temporale)], crescente a seconda della compresenza di uno o più tra cardiopatia, diabete ed ictus [in particolare, degli ultimi due]. Il declino cognitivo così prodottosi veniva accelerato da ciascuno stile di vita sfavorevole: consumo eccessivo di alcol [oltre 14 dosi settimanali per i maschi / 7 per le femmine], fumo e sedentarietà. L’obesità rientrava nel novero delle covariate di natura clinica, cui si affiancavano quelle di natura socio-demografica, per cui le associazioni venivano corrette. L’articolo di commento [4] –breve quanto ricco di contenuti– inizia sottolineando come l’influenza della comorbidità cardiometabolica sullo invecchiamento cognitivo sia stata esplorata solo a partire da una decina di anni. Lo studio originale oggetto di commento si inserisce in tale scia portando il contributo di una casistica particolarmente numerosa (oltre 160.000 soggetti) provenienti da indagini compiute in contesti socio-culturali diversi: Stati Uniti (HRS), Inghilterra (ELSA), Europa (SHARE) e Cina (CHARLS). I 2 commentatori aggiungono anche il ruolo della severità delle malattie prese in considerazione, portando –alla luce di proprie ricerche– l’esempio dei livelli di compenso del diabete mellito. Infine, concludono auspicando futuri studi longitudinali che esplorino il possibile ruolo protettivo di altri fattori quali la dieta e l’interazione sociale, tenendo conto dell’assetto genetico e del contesto socio-economico: elementi questi ultimi che indicherebbero tendenze a diverse modalità di aggregazione dei fattori di rischio, richiamate nella voce bibliografica n° 10 [vedi sotto].

In un articolo pubblicato ad inizio 2023 sul *Journal of Gerontology* [5], **a partire da tre degli studi sopra riportati –manca SHARE– vengono identificati tre raggruppamenti di problematiche cardiometaboliche**: i) soggetti “relativamente sani / obesi sani”, ii) soggetti obesi - ipertesi, iii) soggetti con situazioni cardiometaboliche “complesse”. La prima categoria (i) costituiva la maggioranza assoluta o relativa dei partecipanti – a seconda dello studio considerato – ed includeva i soggetti al minor rischio dal punto di vista cardiometabolico, con la sola eccezione della obesità centrale. Il maggior rischio di demenza incidente era a carico della classe (III) in ELSA ed HRS, e della classe (ii) in CHARLS, al confronto con tale classe (i), che costituiva la classe di riferimento (pur includendo una rilevante quota di persone obese).

# sul controverso rapporto tra evoluzione nel tempo fra complessione fisica e stato cognitivo, si rimanda allo “angolo” nella newsletter del 30 dicembre 2022

[1] Hussain, S. M., Newman, A. B., Beilin, L. J., Tonkin, A. M., Woods, R. L., Neumann, J. T., Nelson, M., Carr, P. R., Reid, C. M., Owen, A., Ball, J., Cicuttini, F. M., Tran, C., Wang, Y., Ernst, M. E., & McNeil, J. J. (2023). Associations of Change in Body Size With All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Healthy Older Adults. *JAMA network open*, 6(4), e237482.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.7482>

[2] Kronschnabl, J. M., Kneip, T., Weiss, L. M., & Bergmann, M. (2021). Bodyweight change and cognitive performance in the older population. *PloS one*, 16(4), e0249651.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249651>

[3] Jin, Y., Liang, J., Hong, C., Liang, R., & Luo, Y. (2023). Cardiometabolic multimorbidity, lifestyle behaviours, and cognitive function: a multicohort study. *The Lancet*. Healthy longevity, S2666-7568(23)00054-5. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00054-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00054-5)

[4] Dove, A., & Xu, W. (2023). Cardiometabolic multimorbidity and cognitive decline. *The Lancet*. Healthy longevity, S2666-7568(23)00053-3. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00053-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00053-3)

[5] Kontari, P., Fife-Schaw, C., & Smith, K. (2022). Clustering of cardiometabolic risk factors and dementia incidence in older adults: a cross-country comparison in England, the USA and China. *The Journals of Gerontology*. Series A, Biological sciences and medical sciences, glac240. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac240>

Il numero di febbraio di *JAGS* presenta una serie di articoli, introdotti da un editoriale di Joseph Ouslander, direttore della rivista, dal titolo: **“Il dovere nazionale di migliorare la qualità delle case di riposo. Rivedere modalità di cura non amate”**. Il termine “unloving care”, utilizzato da Ouslander, si riferisce al titolo di un libro pubblicato ormai nel 1980; vuole esprimere il disappunto dell’autore rispetto ai progressi troppo modesti avvenuti negli ultimi 40 anni. Si augura, invece, che le recenti raccomandazioni delle National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM) possano diventare un riferimento concreto per migliorare la cura e la qualità della vita per milioni di persone vulnerabili che saranno prese in carico nelle case di riposo nelle prossime decadi. E poi...” remember, many of us will be there soon”. Non è una minaccia, ma un invito concreto a costruire un sistema di cure diverso da quello del passato, adeguato ai cambiamenti organizzativi e alle nuove sensibilità. Nello stesso numero di *JAGS* vengono affrontati altri aspetti specifici, come l’uso della tecnologia, la formazione e la remunerazione del personale. Un articolo è dedicato specificamente ai Certified Nursing Assistants (i nostri Oss), dei quali si scrive che “conoscono meglio di tutti i residenti, e spesso identificano i cambiamenti delle loro condizioni prima degli altri componenti dell’equipe di cura”. È un’affermazione realistica, che vale anche per noi; richiederebbe, però, per diventare davvero utile, che fosse seguita da un cambiamento del management di molte strutture e l’adozione di una diversa organizzazione del lavoro. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18248>]

*Lancet Public Health* di maggio ritorna sul **rapporto tra utilizzazione di apparecchi acustici e comparsa di demenza**, dimostrando che attualmente il loro uso non è adeguato, mentre sarebbe necessaria l’adozione di specifiche modalità per permettere la prevenzione dell’8% di casi di demenza attribuiti alla sordità. Il lavoro invita la comunità scientifica ad approfondire le diverse problematiche ancora non chiare, in particolare il rapporto con le tipologie di demenza, la qualità degli apparecchi, la tempistica del ricorso.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(23\)00048-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(23)00048-8/fulltext)]

*JAMA* del 9 maggio pubblica una **research letter che riporta la variazione dal 1999 al 2020 del numero degli anziani morti dopo una caduta in USA**. Il dato è estremamente preoccupante: il numero aumenta infatti da 29.4 a 69.4 morti per 100.000 abitanti. Il dato si presta a svariate valutazioni; si deve però prima di tutto sottolineare come gli interventi educativi e organizzativi non abbiano portato ad alcun risultato. È quindi assolutamente necessario insistere con le azioni preventive, evitando di ritenere secondaria questa tematica, sia in ambito domiciliare che nei servizi sanitari e assistenziali. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2804614>]

*NEJM* del 6 aprile pubblica un editoriale che analizza il **comportamento della Food and Drug Administration americana riguardo all’approvazione dei farmaci per la demenza di Alzheimer**. Il testo critica alcune delle recenti decisioni riguardanti, ad esempio, l’approvazione dell’aducanumab

e del lecanemab, che sarebbero state prese, sotto la pressione dell'opinione pubblica, con procedura accelerata, mettendo l'agenzia in difficoltà di fronte al bivio tra assicurare un accesso rapido a farmaci innovativi e garantire la sicurezza e l'efficacia dei nuovi farmaci. L'editoriale si conclude con un invito al governo americano a rinforzare la FDA, dandole maggiore potere, in modo da continuare a rappresentare un punto di riferimento forte per medici, pazienti e caregivers di fronte alle informazioni non sempre corrette che rischiano di indurre inutili speranze. [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2300438>]

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

La settimana scorsa si è tenuto **a Torino il 5° Congresso Nazionale "Giovani AIP"**, dedicato ai giovani psicogeriatrici.

Massimiliano Massaia, che è stato l'organizzatore dell'evento assieme a Nino Cotroneo, ci trasmette con il suo scritto il senso del congresso.

"Sabato 13 Maggio si è conclusa a Torino con la lettura affascinante del prof. Govoni dal titolo 'Invecchiamento e immortalità' la quinta edizione del Congresso Nazionale Giovani AIP. Anche quest'anno si è assistito per 3 giorni ad **un connubio equilibrato di cultura, scienza, svago, relazioni interpersonali, che ha visto protagonisti esperti rappresentanti del pensiero e della ricerca in ambito psicogeriatrico, affiancati a giovani che si sono cimentati con ottimi risultati in relazioni che hanno toccato aspetti di estrema attualità**. Solo per citarne qualcuno come esempio: i biomarcatori nella diagnosi precoce, la telemedicina e intelligenza artificiale, le varianti atipiche della FTD, gli effetti del long covid, i disturbi del sonno, le SNAP, ansia e depressione. Hanno presentato relazioni con competenza e preparazione ad una platea sempre di giovani geriatri, neurologi, psichiatri e psicologi, provenienti da tutte le regioni italiane. Il successo è rappresentato dalla crescita numerica dei giovani, quest'anno circa 140, ma anche dall'evidenza dell'aumento percentuale di partecipanti neurologi e psichiatri, che nelle precedenti edizioni erano numericamente meno rappresentati. Proprio quest'ultimo aspetto incarna lo spirito di una iniziativa come AIP Giovani, che vuole essere un momento di aggiornamento scientifico interdisciplinare, ma anche uno strumento per formare e dare senso di appartenenza a coloro che lavorano in ambito psicogeriatrico. Solo attraverso occasioni come queste possono sentirsi partecipi ed avere la possibilità di incontrarsi e fare rete, sotto l'ala collaborativa e disponibile degli esperti e "diversamente giovani", che hanno da sempre onorato e vitalizzato l'Associazione Italiana di Psicogeriatrici."

Stimolato dal commento di Massaia, persona sempre molto attenta, ho chiesto al **professor Stefano Govoni di pubblicare le slide della sua presentazione; "Invecchiamento e immortalità"**. Con la consueta cortesia e generosità, tipica delle menti aperte, ci ha dato l'autorizzazione. Con soddisfazione le allego, sperando possano stimolare pensieri importanti nei lettori.

La settimana scorsa ho tenuto un corso di formazione aperto alle varie figure professionali operanti in una RSA. **La dottoressa Chiara Crepaz**, operatrice sociosanitaria attualmente in amministrazione nella APSP Grazioli di Trento, che ha partecipato all'incontro, **ha scritto il testo che allego alla newsletter**, un pezzo che mi è molto piaciuto e che certamente sarà di grande interesse per i lettori. Ritengo, infatti, che **la reciprocità sia il fondamento che sta alla base del lavoro di cura ad ogni livello, dando valore e dignità alle parti coinvolte. La reciprocità vuol dire anche uguaglianza, nella logica di un lavoro che rende chi dona e chi riceve parimenti cittadini**.

Una notizia personale. **È diventata sindaco di Brescia Laura Castelletti, persona che tra le sue qualità ha la vicinanza con il mondo delle fragilità, anche quelle degli anziani**. È moglie di Renzo Rozzini, presidente regionale lombardo di AIP. Vari sono, quindi, i motivi per esprimere



pubblicamente la mia gioia. Se nel prossimo futuro avremo un maggior numero di sindaci sensibili alle nostre problematiche sarà possibile una crescita diffusa dell'attenzione verso gli anziani fragili. Ricordo, in particolare, che Brescia ha iniziato da tempo il percorso per la costruzione di una "Città amica della demenza". Buon lavoro, Laura!

Un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi  
*Associazione Italiana di Psicogeriatría*

# UNA RICCHEZZA INASPETTATA: LA RECIPROCIÀ' NEL LAVORO DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO

di Chiara Crepaz

## 1. Il lavoro dell'Operatore Socio-Sanitario

Il lavoro dell'operatore socio-sanitario (OSS), nell'immaginario collettivo, viene disegnato come mera assistenza, un servizio di solo supporto alle attività sanitarie: trovo interessante pertanto poter riflettere sulle implicazioni di una relazione di reciprocità applicata al mio ambito professionale. Mi chiamo Chiara e, professionalmente, sono un'OSS presso un istituto per anziani a Trento. Essere un OSS è per me una sfida quotidiana, gratificante dal punto di vista della costruzione delle relazioni umane, a volte faticosa dal punto di vista fisico e mentale, ma anche in qualche modo affascinante per via dell'opportunità di lavorare in equipe e di poter influire, nel proprio piccolo, sul benessere delle persone che assistiamo. Nella mia professione, sono numerose le attività, tante le persone, ma soprattutto sono fondamentali l'impegno e il *pegno* emotivo richiesto nello svolgere ogni gesto. Pensando al lavoro di OSS viene in mente per prima la fatica fisica: il numero di muscoli utilizzati e di passi che occorre compiere nello svolgere le mansioni affidate è alto. Le alzate, la distribuzione dei pasti lungo la giornata, l'aiuto nell'assunzione del cibo di chi necessita assistenza, l'accompagnamento in bagno, ma anche gli accompagnamenti alle attività ricreative, alla fisioterapia o ad altri momenti dedicati, la rimessa a letto e l'assistenza notturna, a volte gravosa e complicata, così come le attività di supporto e collaborazione con l'infermiere sono dominati dalla fatica fisica. Direi però che scegliendo questo lavoro, la fatica fisica, quando il proprio corpo è in buona salute, la si mette in conto, senza contare che, per quanto possibile, vengono oggi forniti strumenti e tecniche che consentono di alleviare lo sforzo. Ciò che a volte viene sottovalutato dall'operatore stesso, invece, è il coinvolgimento emotivo-relazionale, che non sempre viene accolto ed elaborato; ma è proprio questo lo snodo su cui l'operatore scopre l'arricchimento, a volte inaspettato, delle proprie competenze, conoscenze e capacità, a cominciare da quelle relazionali.

Cercando di analizzare più da vicino questo aspetto del nostro lavoro mi sono ricordata di alcune situazioni emblematiche: attraverso di esse si evidenzia come una buona consapevolezza del sé, la collaborazione in equipe e il ruolo di contenimento e guida da parte dell'organizzazione, sono strategie utili allo svolgimento ottimale del proprio lavoro.

## 2. La relazione positiva inizia da me

Ore 06.00: i corridoi sono bui, qualcuno che russa di sottofondo, l'edificio sembra immersa in un limbo. Poi, improvvisamente: luci, carrello dell'igiene che scricchiola sui pavimenti di linoleum, indicazioni scambiate tra operatori ad alta voce e la mattina dei nostri residenti inizia. Sicuramente un buongiorno così non lo metterei tra i miei risvegli preferiti. È evidente come la relazione di cura è fortemente sbilanciata nelle mani di chi opera, di conseguenza una relazione positiva inizia da me. Questo implica un necessario alto grado di rispetto verso la persona che si ha davanti, cui consegue una tensione continua, avendo ben chiara l'influenza sul benessere della persona, per garantire che questa non ne abbia sensazioni o emozioni negative. Ogni azione dell'operatore dovrebbe trovare una corrispondenza con il senso nella giornata della persona: cosa vuol dire questa azione per lui/lei? Che importanza dà alla sveglia del residente? Cosa gradisce nel momento del pasto? Cosa significa l'igiene personale e quale importanza ha nella

sua scala di valori? Quali aspetti della giornata sono più pesanti da affrontare per i residenti e cosa potrebbe scatenare irrequietezza, impazienza o addirittura aggressività? Quali parole, gesti, sorrisi, contatti sono graditi e possono contribuire ad alleviare momenti di sconforto, di dolore? Mi viene alla mente il pensiero universalmente riconosciuto “fai agli altri ciò che vorresti fosse fatto a te” che in questi piccoli gesti quotidiani trova un allenamento continuo, dove si impara il rispetto dell’altro partendo dalle piccole cose. Caratteristica necessaria di questo aspetto di reciprocità nella relazione, secondo me, è la preparazione, ovvero il pensiero che deve dare un senso a ciò che faccio come operatore. Il prepararsi al rapporto personale rende il carico emotivo meno incerto e migliora la propria capacità di entrare in relazione positiva tra residenti e operatori. La preparazione è anche tecnica e conoscenza: ad esempio le manovre di mobilitazione dell’anziano sono sempre più efficaci e meno dolorose quando tengono conto delle preferenze e dello stato di salute della persona che si ha davanti, una scelta delle modalità in base a ciò che risulta meno invasivo e fastidioso. L’ascolto dell’altro rende sempre più abili e preparati nell’operare una personalizzazione dell’assistenza che tiene conto della sicurezza e del comfort di ognuno. Questo lavoro a stretto contatto con i residenti offre un punto di vista privilegiato all’OSS, il quale ha il compito di riportarlo come contributo peculiare nel lavoro di equipe. La reciprocità, infatti, in questo lavoro, viene vissuta anche nella dimensione di necessaria collaborazione con l’equipe: essa diventa efficace e costruttiva se ognuno ha modo di dare l’apporto specifico che giunge dalla prospettiva del proprio ruolo, in un’ottica di sinergia multi-disciplinare e multi-professionale. Non si tratta di cercare i confini delle competenze delle varie figure, che comunque sono evidenziati dai richiami alle responsabilità di ciascuno, quanto di valorizzare le prospettive diverse che ognuno sperimenta. Il guadagno comune è la qualità di vita del residente, prerogativa e obiettivo allo stesso tempo di ogni professione.

### 3. La relazione di cura comprende ciascuno

Ore 10.00: i residenti sono ormai coinvolti in varie attività. Chi in palestra, chi in sala comune, chi beve un caffè con i parenti. Mi trovo vicino ad una signora che ha bisogno di essere imboccata per poter bere, quando sento tirare la divisa e la signora a fianco, in carrozzina, allunga le dita affusolate e diafane per prendere un lembo della casacca e attirare così la mia attenzione. Provo a coinvolgerla e calmarla con le parole, continuando con il mio compito: “Antonia dimmi..”. Non ottengo risposta, ma continuo a sentir tirare la casacca: la signora insiste, fino a che provo a staccare le dita dal tessuto. Lei approfitta così di quel momento per prendermi fissa la mano e, ripetendo sillabe incomprensibili, stringe le mie dita con forza. La relazione di cura comprende ciascuno. La relazione ‘verso tutti’ richiede che si sia attenti a coloro che richiamano spesso la tua attenzione, magari in maniera prepotente, ma anche verso coloro che non sono in grado di farlo. Lo stesso approccio coinvolto, se pur espresso in altri modi, viene richiesto anche da quei residenti che non necessitano di particolari attenzioni, o anche da coloro a cui, purtroppo, ci si avvicina magari solo per svolgere attività dedicate, ma che, comunque, richiederebbero un tempo di relazione più ampio. Ogni residente porta con sé una storia di vita, delle sensibilità, delle modalità di relazione, oltre che un carico emotivo rispetto alla propria situazione di ingresso e residenza in RSA. Questo bagaglio influenza la relazione con gli operatori, la quale si esprime in atteggiamenti diversi a seconda del caso: possono essere espressi in maniera serena, o con paura, o ancora con il timore di non essere ascoltati, per via di una situazione sanitaria e assistenziale molto critica che rende vulnerabili, o per una volontà ben definita di autogestione. Questi vuoti relazionali che chiedono di essere riempiti non devono richiamare ad uno spirito di ‘crocerossina’, ad un afflato missionario, ma devono passare da un lavoro di equipe che riconosce, sostiene e cerca di rispondere a tali difficoltà. La reciprocità, espressa attraverso il dare all’altro il

tempo di esprimere ciò che ha nel profondo, richiede tempo. Un tempo organizzativo, così come un tempo mentale, psicologico, che trovi piccoli spazi per ogni ospite e che, attraverso una grande collaborazione fra operatori, riesca a riempire l'imprescindibile bisogno di relazione di ogni persona.

#### 4. Fare il "vuoto"

Oggi è entrato un ospite nuovo, relativamente giovane, un uomo di bell'aspetto, saggio professore universitario. Un ictus ha interrotto improvvisamente la sua carriera professionale, in parte la sua capacità motoria e la sua capacità di parola (che ci raccontano sia stata fluente e incisiva in molti convegni), ma ha conservato intatta, invece, la sua lucidità mentale. I suoi occhi cercano aiuto, i suoi gesti, a volte battaglieri, indicano un tormento interiore davanti al quale è difficile trovare risposte o anche solo far giungere conforto. La gestione del carico emotivo può richiedere un passo ulteriore nel momento in cui ci si trova ad affrontare una relazione difficile. Un residente particolarmente assillante, ridondante o pericoloso in alcune modalità aggressive richiede uno sforzo nel ricercare e applicare strategie utili al ricercare una situazione di serenità perduta; una situazione emotivamente coinvolgente richiede di ritrovare dentro sé stessi la forza per superarsi e dare il proprio contributo. E quando la difficoltà è data da situazioni che l'operatore vive esternamente alla propria professione e che caricano la mente di preoccupazioni e non lasciano lo spazio necessario a chi si ha davanti? L'altro non può diventare il contenitore delle proprie frustrazioni. Il nostro sforzo va tutto nel cercare di essere "vuoti" di fronte al nostro assistito per permettere all'altro di esprimersi. Questo non significa annullare sé stessi, ma creare quello spazio mentale ed emotivo tale in cui il residente può sentirsi accolto, capito e assistito, spazio in cui è necessario abbandonare le proprie costruzioni mentali per accogliere la difficoltà dell'altro. Questo spazio è frutto di un lavoro personale, ma anche di una condivisione e collaborazione con gli altri operatori, grazie alla quale far emergere le difficoltà per cercare insieme le strategie per risolverle. A volte, anche semplicemente affrontare insieme con la propria équipe la relazione con quel residente che mi mette in crisi, aiuta a comprendere che non ci si può caricare personalmente di ogni difficoltà, ma che queste verranno adeguatamente risolte dal lavoro di équipe.

#### 5. L'empatia nella concretezza di gesti quotidiani

Accompagnare in bagno qualcuno può trasformarsi in un momento particolarmente ricco di opportunità: dopotutto è uno spazio riservato (quanti luoghi lo sono veramente in RSA?) dove si ha a disposizione un operatore che non deve fare altro in quel momento se non garantire la sicurezza, per cui spesso capita che tali situazioni vengano in un qualche modo trasformate in un momento di profonda condivisione. Capita di ridere, scherzare, spesso il residente racconta piccoli fatterelli che ha visto o vissuto, a volte si lamenta di qualcosa che non ha gradito e altre volte... piange. Un giorno, una signora molto distinta, silenziosa per la maggior parte del tempo, chiusa la porta del bagno ha iniziato a raccontarmi la sua storia di privazioni e lavoro, accennando a quando nei campi si portava dietro i bimbi piccoli da allattare lasciandoli, poi, avvolti nella coperta sotto un albero tra un pasto e l'altro. Nel racconto, non recriminava niente ai figli che, fino a quando hanno potuto, l'hanno aiutata a casa ma ripeteva: "Che senso ha la mia vita? Sono come una botte vuota!". L'empatia sembra una questione facile, il mettersi nei panni dell'altro viene spesso suggerito come ottimo consiglio, ma poi nella concretezza della nostra quotidianità, fatta di incontri e di persone, ci è richiesto di convertire questa empatia in gesti, azioni, frasi, parole, sguardi. Scegliere di 'collegarsi' alla persona che si ha davanti comporta uno scatto dentro di sé, richiede

di usare quei gesti che curano con ancora maggior impegno: il sollevare i pantaloni con maggior delicatezza, ricordare come la signora preferisce sistemata la canottiera, riaccompagnarla alla carrozzina con attenzione e abbassarsi all'altezza del suo viso, agganciando gli occhi ai suoi. Non soltanto un conforto fatto di parole (quali sarebbero, poi, quelle giuste da dire?), quanto una vicinanza fisica, un contatto che lascia un segno, una stretta di mano finale che può trasmetterle il mio esserle vicino. Il contatto fisico, l'entrare nell'intimità dell'altro, nelle sue fragilità, dedicare momenti esclusivi di vicinanza, dare spazio alle capacità dell'altro sapendolo aspettare, sono il senso del nostro lavoro, sono attimi in più, ma sono anche perle preziose che mettiamo, assistito ed operatore, nel nostro bagaglio. Se devo pensare a ciò che il mio lavoro mi insegna quotidianamente, credo che questa sia forse una delle competenze maggiormente sviluppata: l'affinare questa competenza, grazie all'esposizione a rapporti così intimi e delicati, richiama quasi ad una vocazione nello scegliere questo lavoro, fino ad arrivare ad una modalità di relazione che può cambiare la qualità di vita.

## 6. Sono qui io, non preoccuparti

Approcciando il lavoro di operatore ritenendolo solo una modalità di aiuto all'altro cancella irrimediabilmente la dualità della relazione, impedisce di scoprire ciò che possiamo ricevere da un lavoro così. Ricordo una residente che condivideva la stanza con una signora molto rumorosa, che vocalizzava spesso, anche attraverso urla fastidiose, per chissà quale disagio interiore. Quando quella signora così rumorosa morì chiesi all'ospite come stesse e come fosse la nuova compagna di stanza, credendo di cogliere un miglioramento nella sua situazione. Lei con serietà mi disse che ricordava la sua precedente compagna con compassione: essendo convinta che ogni suo urlo e vocalizzo fosse una richiesta di vicinanza, mi raccontò che le rispondeva spesso: "Sono qui, non preoccuparti!". Ricordo di aver tratto un profondo insegnamento da queste sue parole.

La relazione ha, sempre e comunque, due direzioni, non solo per via della natura della comunicazione, ma anche per il contenuto. Come operatori, mi accorgo che da chi assistiamo impariamo spesso a migliorarci, sia nel lavoro, sia nella vita stessa, attraverso valori di un tempo che oggi sembrano sfumati, attraverso una certa eleganza nel portamento, attraverso parole e gesti che parlano al cuore e gratificano. A volte è quasi più difficile lasciarsi amare, che prendersi cura dell'altro. In questo rapporto a due direzioni non c'è solo una gratificazione personale che deriva dalla relazione, ma anche l'acquisizione di competenze sempre nuove e affinate, un migliorare il proprio metodo di lavoro, la propria gestione del tempo e un accrescere della consapevolezza di sé. Il rendersi disponibili al mutamento che l'incontro con l'altro genera in noi crea contemporaneamente un'opportunità di crescita interiore e professionale, modalità relazionali sempre nuove e un appagamento profondo che, da un lavoro considerato da molti come "l'ultima ruota del carro", si direbbe quasi inaspettato.

# INVECCHIAMENTO E IMMORTALITÀ

(IL PUZZLE DELLA FRAGILITÀ  
NELL'INVECCHIAMENTO: ALLA RICERCA  
DELL'IMMORTALITÀ O DELLA SOPRAVVIVENZA  
DELLE CONOSCENZE?)

S. GOVONI

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO, UNIVERSITÀ DI PAVIA







Naked mole rats are intriguing for researchers for a variety of reasons: they have the longest life span of rodents (up to 30 years), they are resistant to a variety of age-related diseases such as cancer, and they tend to remain fit and active until very advanced ages.

# INCIPIIT



## The Frailty Puzzle: Searching for Immortality or for Knowledge Survival?

*Stefano Govoni<sup>1,2</sup>, Francesca Fagiani<sup>1</sup>, Cristina Lanni<sup>1\*</sup> and Nicola Allegri<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Department of Drug Sciences (Pharmacology Section), University of Pavia, Pavia, Italy, <sup>2</sup> CEFAT (Center of Pharmaceuticals Economics and Medical Technologies Evaluation), University of Pavia, Pavia, Italy



- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- IS THERE A LIMIT?
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY

- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- IS THERE A LIMIT?
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- THE CHOICE FOR AN IN DEPTH DISCUSSION (AMONG MANY POSSIBLE): THE BIOLOGICAL CLOCKS



[...] La cultura moderna rigetta tale fede in un grande piano cosmico. Non siamo attori in una messa in scena che ci sovrasta. La nostra vita non ha copioni, drammaturghi, registi o impresari – e non ha un senso. [...] D’altro canto, se è davvero così che vanno le cose – senza alcun copione stringente o alcuno scopo –, allora gli uomini non sono vincolati a un ruolo predefinito. Possiamo fare ciò che vogliamo, ammesso di riuscire a trovare il modo di farlo. Non siamo limitati da nulla, eccetto che dalla nostra ignoranza. Le pestilenze e le siccità non hanno un significato cosmico, e ora siamo in grado di eliminarle. Le guerre non sono un male necessario per costruire un futuro migliore, possiamo costruire la pace. Dopo la morte non ci aspetta alcun paradiso, ma possiamo creare il paradiso qui sulla terra e viverci per sempre, se solo riusciamo a superare alcune difficoltà tecniche.

Yuval Noah Harari . Homo Deus: Breve storia del futuro (Italian Edition) . Bompiani. Kindle Edition.



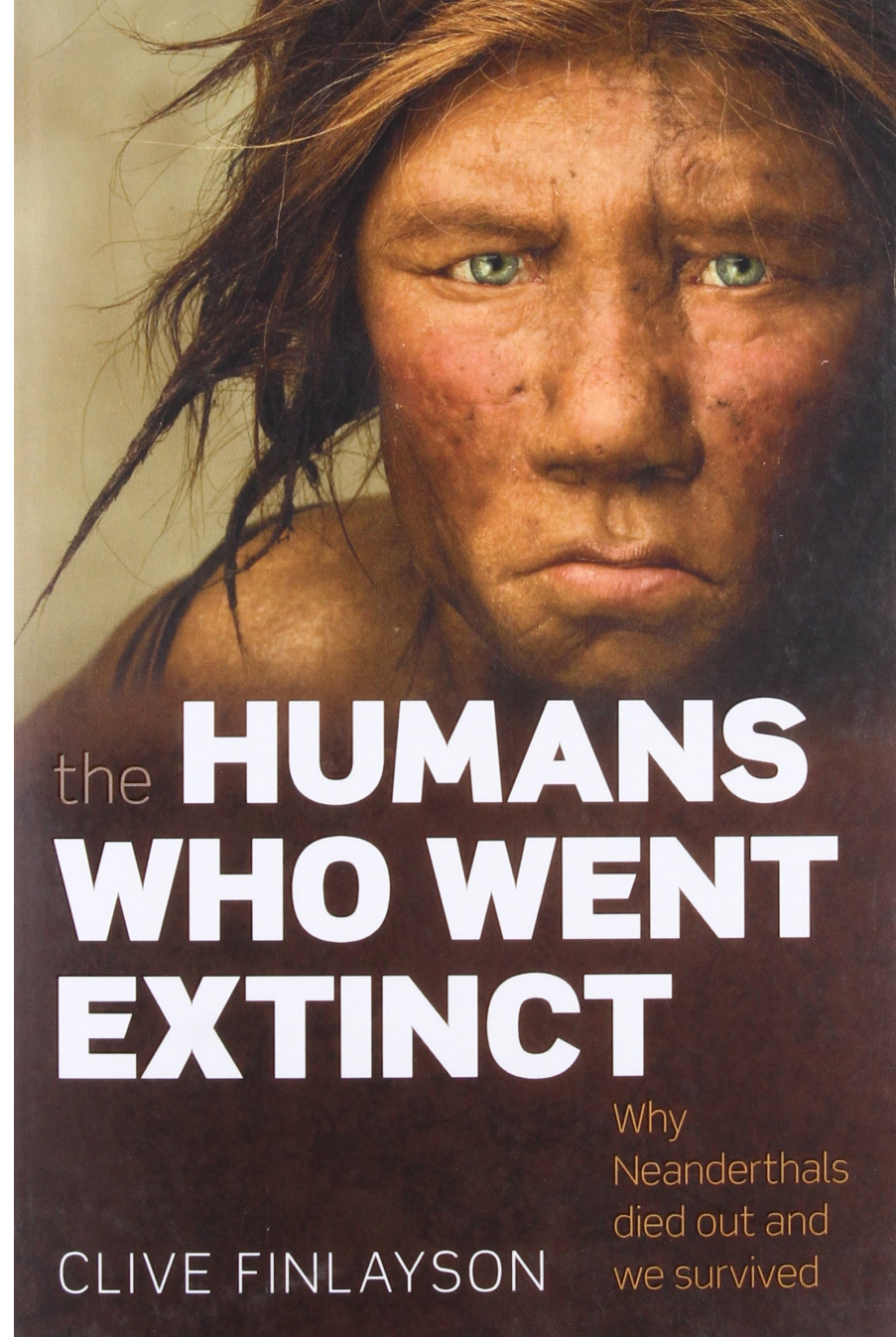


Investendo denaro nella ricerca, le scoperte scientifiche accelereranno il progresso tecnologico. Nuove tecnologie daranno impulso alla crescita economica, e un'economia in crescita destinerà ancora più fondi alla ricerca. Potremo avere più cibo, veicoli più veloci e farmaci migliori.

Un giorno la nostra conoscenza sarà così vasta e la nostra tecnologia così avanzata che distilleremo l'elisir dell'eterna giovinezza, quello della vera felicità e qualsiasi altra droga potremmo desiderare – e nessun dio ci fermerà. [...] L'onnipotenza è di fronte a noi, quasi alla nostra portata, ma sotto i nostri piedi si spalanca l'abisso della completa insignificanza. [...]

La cultura moderna – costantemente impegnata a ricercare, inventare, scoprire e svilupparsi – è più potente di qualsiasi altra cultura mai esistita;

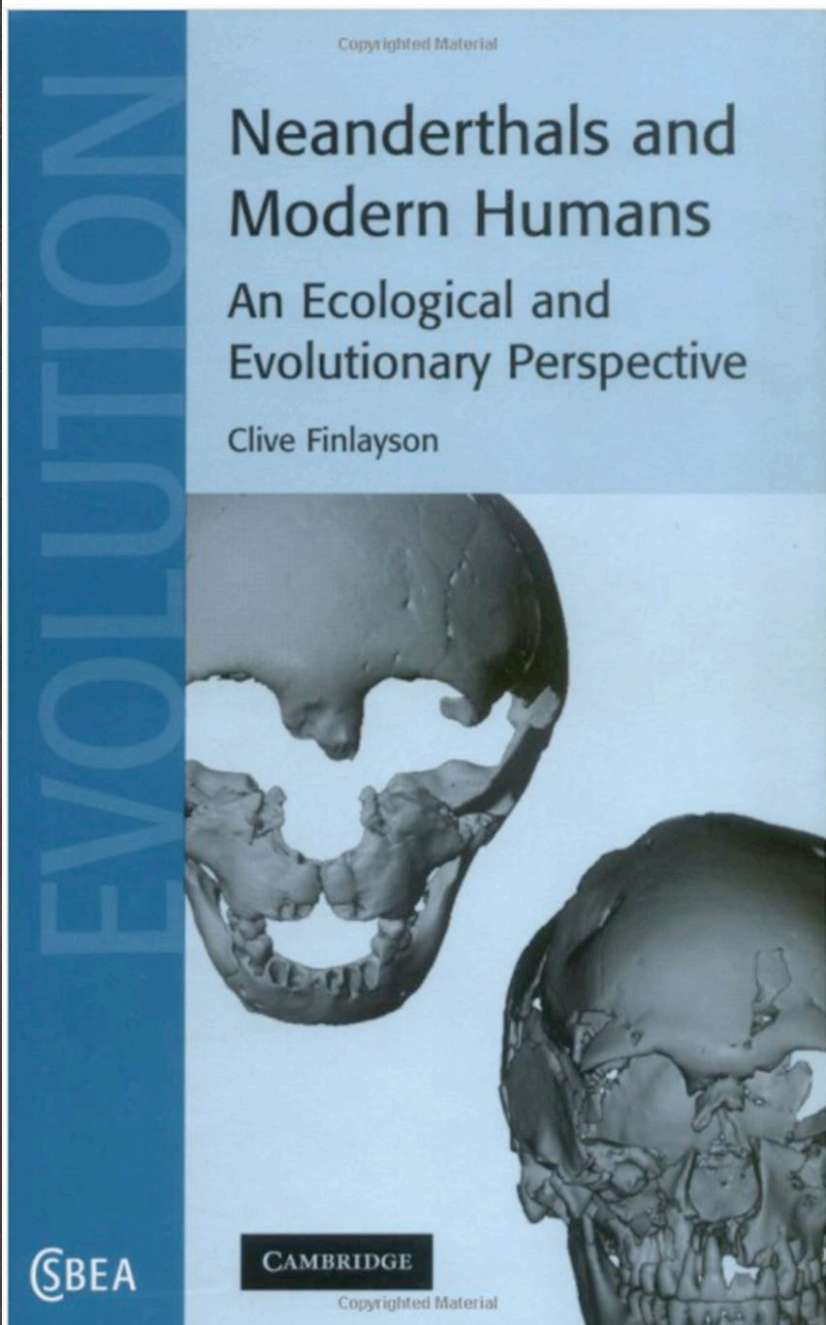




the **HUMANS  
WHO WENT  
EXTINCT**

CLIVE FINLAYSON

Why  
Neanderthals  
died out and  
we survived



Copyrighted Material

**Neanderthals and  
Modern Humans**  
An Ecological and  
Evolutionary Perspective

Clive Finlayson

SBEA

CAMBRIDGE

Copyrighted Material





United Nations  
Educational, Scientific and  
Cultural Organization

# UNESCO

*"Building peace in the minds of men and women"*

IN BRIEF

WHAT WE DO

WHERE WE WORK

PARTNERS

JOIN US

RESOURCES

Home › Building Knowledge Societies

## Building Knowledge Societies

Knowledge and information have significant impact on people's lives. The sharing of knowledge and information, particularly through Information and Communication Technologies (ICTs) has the power to transform economies and societies.

UNESCO works to create inclusive knowledge societies and empower local communities by increasing access to and preservation and sharing of information and knowledge in all of UNESCO's domains. Knowledge societies must build on four pillars: freedom of expression; universal access to information and knowledge; respect for cultural and linguistic diversity; and quality education for all.

[Read more](#)



**Access to Information**



**Open Solutions**



**Internet Governance**





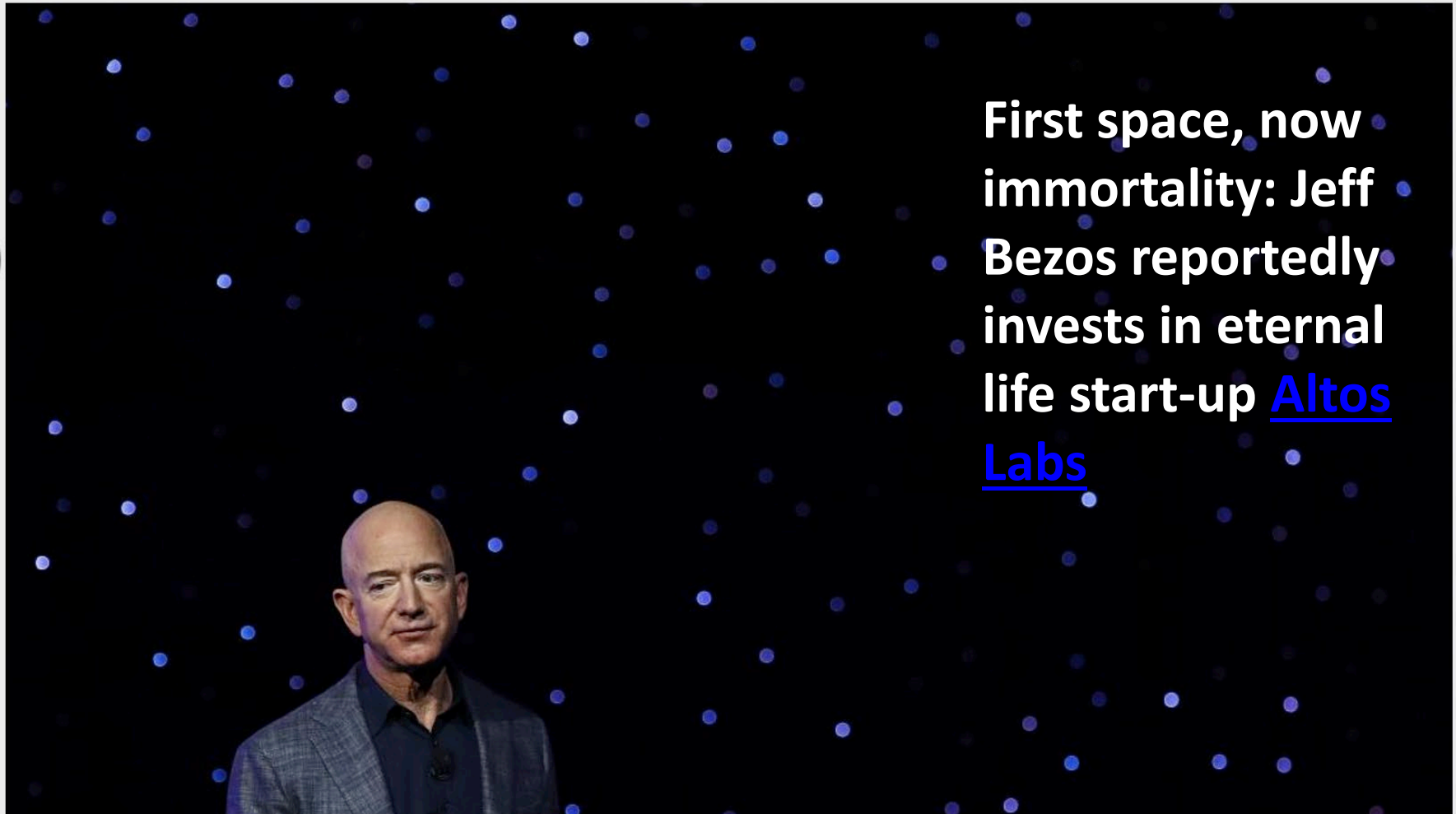


**CONTRIBUTION OF AGED PEOPLE TO THE KNOWLEDGE SOCIETY...CONTRASTING VIEWS, MY ONE...**

- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- IS THERE A LIMIT?
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY
- REASONING ON FRAILTY



# First space, now immortality: Jeff Bezos reportedly invests in eternal life start-up Altos Labs



First space, now immortality: Jeff Bezos reportedly invests in eternal life start-up [Altos Labs](#)

Jeff Bezos speaks at an event to unveil Blue Origin's Blue Moon lunar lander, Thursday, May 9, 2019 - Copyright Patrick Semansky/Copyright 2019 The Associated Press.



- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- IS THERE A LIMIT?
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY
- REASONING ON FRAILTY





ARTICLE



<https://doi.org/10.1038/s41467-021-23014-1>

OPEN

# Longitudinal analysis of blood markers reveals progressive loss of resilience and predicts human lifespan limit

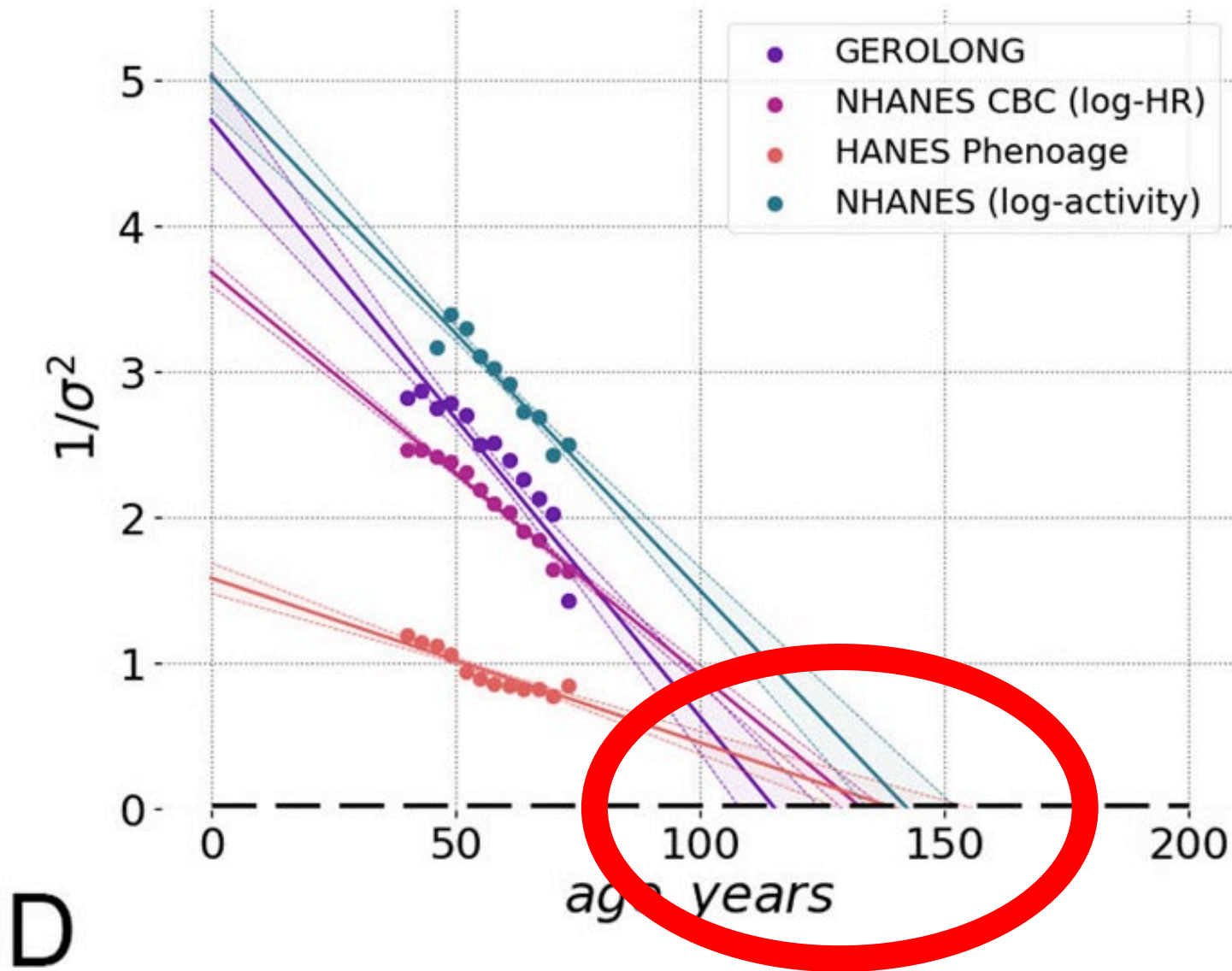
Timothy V. Pyrkov <sup>1</sup>✉, Konstantin Avchaciov<sup>1</sup>, Andrei E. Tarkhov<sup>1,2,3</sup>, Leonid I. Menshikov<sup>1,4</sup>,  
Andrei V. Gudkov <sup>5,6</sup> & Peter O. Fedichev<sup>1,3</sup>✉

NATURE COMMUNICATIONS | (2021)12:2765 | <https://doi.org/10.1038/s41467-021-23014-1> | [www.nature.com/naturecommunications](http://www.nature.com/naturecommunications)

We addressed these theoretical and practical issues by a systematic investigation of aging, organism state fluctuations, and gradual loss of resilience in a dataset involving multiple **Complete Blood Counts (CBC)** measured over short periods of time (a few months) from the same person along the individual aging trajectory. **Neutrophil to Lymphocyte Ratio (NLR)** and **Red cell** distribution width have been already suggested and characterized as biomarkers of aging. Instead of focusing on individual factors, to simplify the matters, we followed and described the organism state by means of a single variable, henceforth referred to as the **dynamic organism state indicator (DOSI)**

NATURE COMMUNICATIONS | (2021)12:2765 | <https://doi.org/10.1038/s41467-021-23014-1> | [www.nature.com/naturecommunications](http://www.nature.com/naturecommunications)





Pyrkov T.V. et al., 2021



- Whereas it is possible to associate the variation of the organism state measured by DOSI with the effects of stresses or diseases, the data analysis presented here does not provide any mechanistic explanations for the progressive loss of resilience.
- It is worth to note that the recent study predicts the maximum human lifespan limit from telomere shortening that is compatible with the estimations presented here.
- It would therefore be interesting to see if the resilience loss in human cohorts is associated or even caused by the loss of regenerative capacity due to Hayflick limit.
- **The proximity of the critical point revealed in this work indicates that the apparent human lifespan limit is not likely to be improved by therapies aimed against specific chronic diseases or frailty syndrome.**
- **Thus, no dramatic improvement of the maximum lifespan (i.e., strong life extension) is possible by preventing or curing diseases without interception of the aging process, the root cause of the underlying loss of resilience.**
- **We do not foresee any laws of nature prohibiting such an intervention. Therefore, further development of the aging model presented in this work may be a step toward experimental demonstration of a dramatic life-extending therapy.**

Pyrkov T.V. et al., 2021



# DO IMMORTAL ORGANISMS EXIST?





# Comparative genomics of mortal and immortal cnidarians unveils novel keys behind rejuvenation

Maria Pascual-Torner<sup>a,b,1,2</sup> , Dido Carrero<sup>a,2</sup> , José G. Pérez-Silva<sup>a</sup> , Diana Álvarez-Puente<sup>a</sup>, David Roiz-Valle<sup>a</sup> , Gabriel Bretones<sup>a</sup> , David Rodríguez<sup>a</sup> , Daniel Maeso<sup>a</sup> , Elena Mateo-González<sup>b</sup>, Yaiza Español<sup>a</sup> , Guillermo Mariño<sup>c,d</sup> , José Luis Acuña<sup>b</sup> , Víctor Quesada<sup>a,1</sup> , and Carlos López-Otín<sup>a</sup>

Edited by Vera Gorbunova, University of Rochester; received October 13, 2021; accepted July 6, 2022 by Editorial Board Member Helen M. Blau

*Turritopsis dohrnii* is the only metazoan able to rejuvenate repeatedly after its medusae reproduce, hinting at biological immortality and challenging our understanding of aging. We present and compare whole-genome assemblies of *T. dohrnii* and the nonimmortal *Turritopsis rubra* using automatic and manual annotations, together with the transcriptome of life cycle reversal (LCR) process of *T. dohrnii*. We have identified variants and expansions of genes associated with replication, DNA repair, telomere maintenance, redox environment, stem cell population, and intercellular communication. Moreover, we have found silencing of polycomb repressive complex 2 targets and activation of pluripotency targets during LCR, which points to these transcription factors as pluripotency inducers in *T. dohrnii*. Accordingly, we propose these factors as key elements in the ability of *T. dohrnii* to undergo rejuvenation.

## Significance

While aging affects most living organisms, the hydrozoan *Turritopsis dohrnii* is the only species able to rejuvenate repeatedly after sexual reproduction, becoming biologically immortal. Setting the whole-genome of this metazoan is

PNAS 2022 Vol. 119 No. 36 e2118763119

<https://doi.org/10.1073/pnas.2118763119>





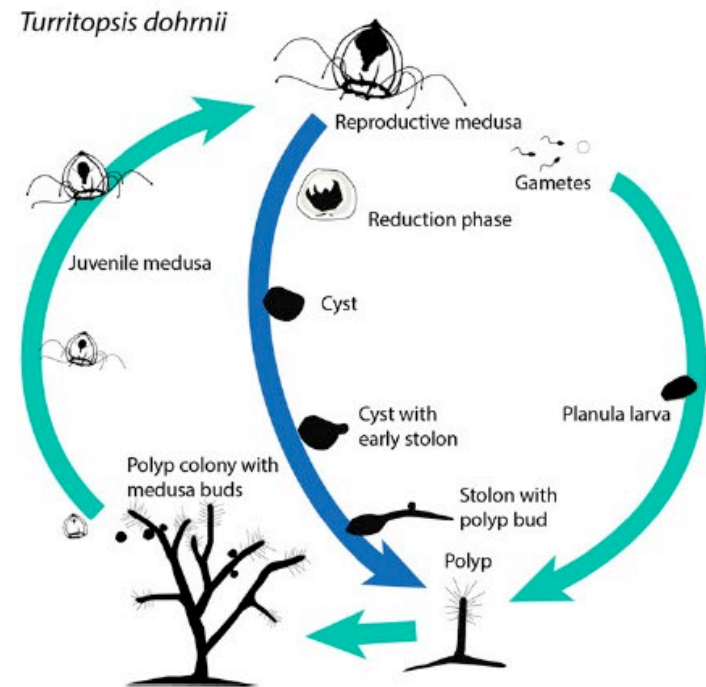
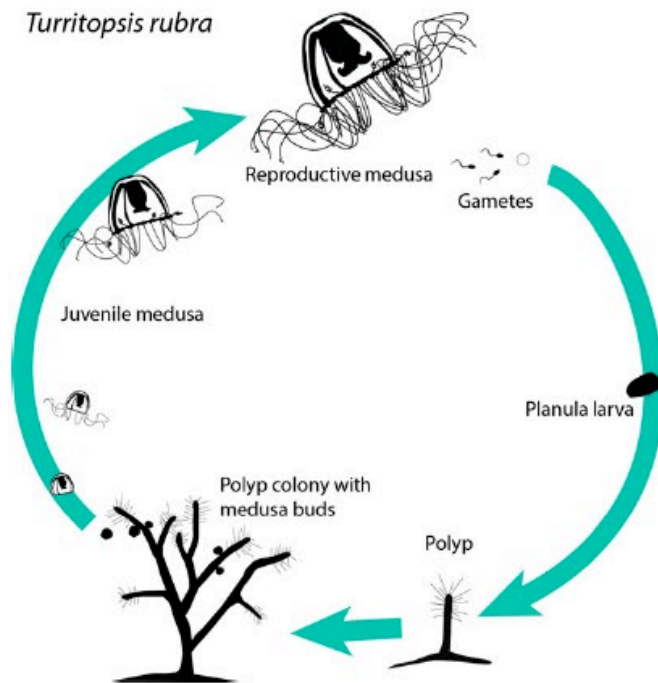


Fig. 1. Geographical origin and life cycle diagram of *T. rubra* (Left) and *T. dohrnii* (Right). Light blue arrows indicate the typical life cycle while dark blue indicates the alternative ontogeny reversal of *T. dohrnii*. In this process, the free swimming medusa shrinks until the cyst stage, where all structures from the medusa totally disappear into a homogeneous opaque mass. Later, a stolon starts growing from the cyst and polyp buds appear to become fully grown polyps afterward.



- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- IS THERE A LIMIT?
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY
- REASONING ON FRAILTY



# Engineering Human Stasis for Long-Duration Spaceflight

Suspended animation for deep-space travelers is moving out of the realm of science fiction. Two approaches are considered: the first elaborates the current medical practice of therapeutic hypothermia; the second invokes the cascade of metabolic processes naturally employed by hibernators. We explore the basis and evidence behind each approach and argue that mimicry of natural hibernation will be critical to overcome the innate limitations of human physiology for long-duration space travel.

Claire A. Nordeen and Sandra L. Martin





ELSEVIER

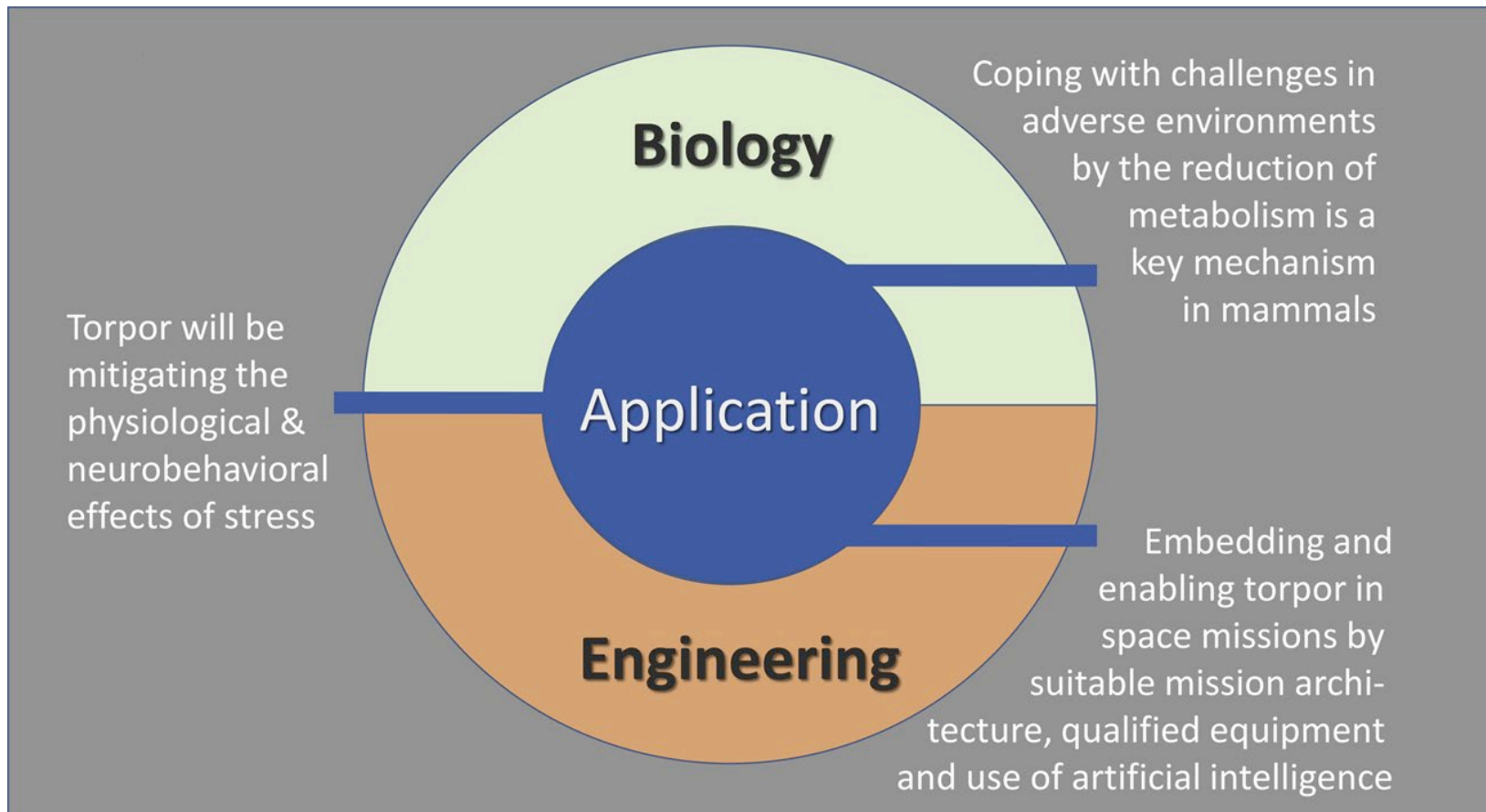
Contents lists available at [ScienceDirect](#)

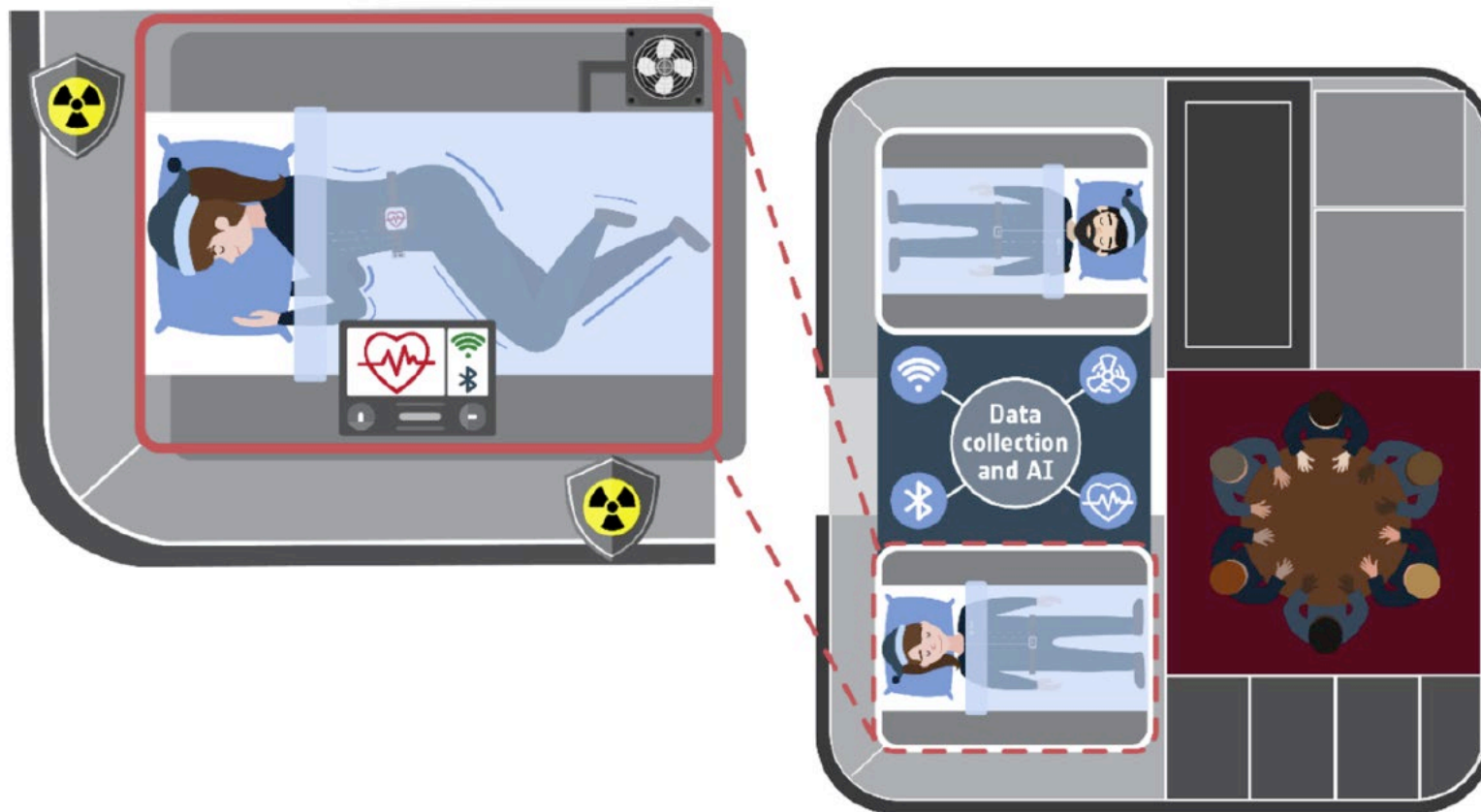
## Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/neubiorev](http://www.elsevier.com/locate/neubiorev)

### European space agency's hibernation (torpor) strategy for deep space missions: Linking biology to engineering

Alexander Choukér<sup>a</sup>, Thu Jennifer Ngo-Anh<sup>b</sup>, Robin Biesbroek<sup>c</sup>, Gerhard Heldmaier<sup>d</sup>,  
Marc Heppener<sup>e</sup>, Jürgen Bereiter-Hahn<sup>f,\*</sup>,<sup>1</sup>







Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

# Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/neubiorev](http://www.elsevier.com/locate/neubiorev)



## Be cool to be far: Exploiting hibernation for space exploration

Matteo Cerri <sup>\*</sup>, Timna Hitrec, Marco Luppi, Roberto Amici

*Department of Biomedical and NeuroMotor Sciences, Alma Mater Studiorum -University of Bologna, Piazza di Porta S.Donato, 2 40126, Bologna, Italy*

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Torpor  
Hibernation  
Synthetic torpor  
Space exploration  
Radioprotection

### ABSTRACT

In mammals, torpor/hibernation is a state that is characterized by an active reduction in metabolic rate followed by a progressive decrease in body temperature. Torpor was successfully mimicked in non-hibernators by inhibiting the activity of neurons within the brainstem region of the Raphe Pallidus, or by activating the adenosine A1 receptors in the brain. This state, called synthetic torpor, may be exploited for many medical applications, and for space exploration, providing many benefits for biological adaptation to the space environment, among which an enhanced protection from cosmic rays. As regards the use of synthetic torpor in space, to fully evaluate the degree of physiological advantage provided by this state, it is strongly advisable to move from Earth-based experiments to ‘in the field’ tests, possibly on board the International Space Station.



- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- IS THERE A LIMIT?
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY
- REASONING ON FRAILTY



# **IMMORTALITY: INVESTIGATION OF THE AGING MECHANISMS**

## **EXTENTION AND PREDICTION OF THE AVERAGE LIFE SPAN: FRAILTY STUDIES**





ARTICLE



<https://doi.org/10.1038/s41467-020-18446-0>

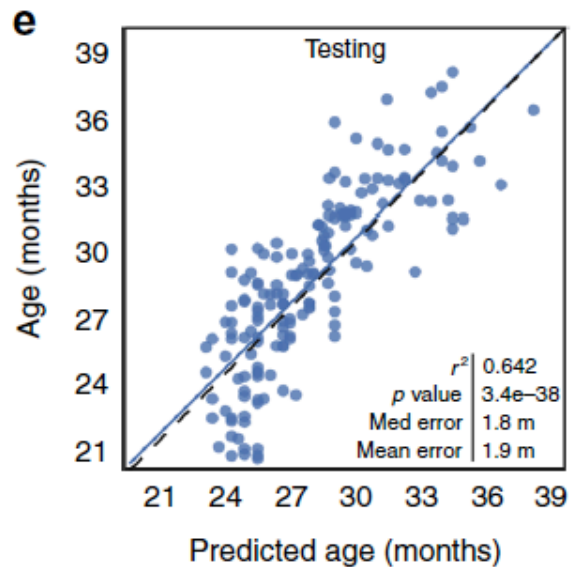
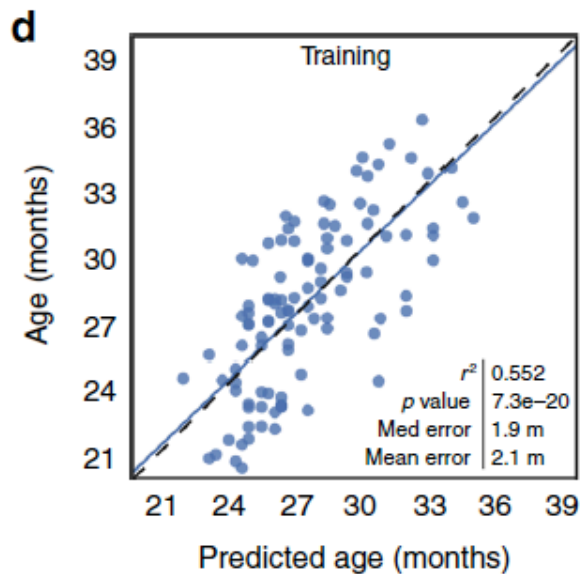
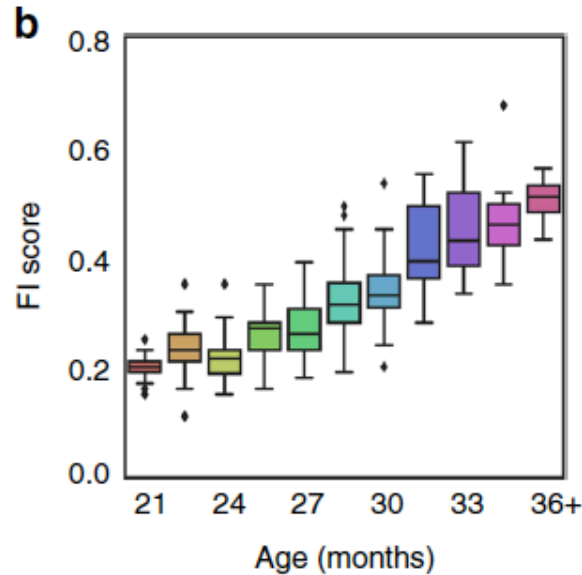
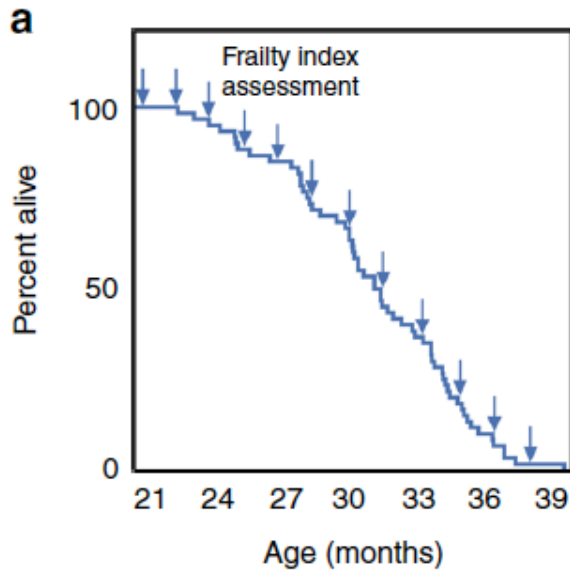
OPEN

# Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty

Michael B. Schultz<sup>1,9</sup>, Alice E. Kane<sup>1,2,9</sup>, Sarah J. Mitchell<sup>3</sup>, Michael R. MacArthur<sup>3</sup>, Elisa Warner<sup>4</sup>, David S. Vogel<sup>5</sup>, James R. Mitchell<sup>3</sup>, Susan E. Howlett<sup>6</sup>, Michael S. Bonkowski<sup>1,7</sup> & David A. Sinclair<sup>1,8</sup>✉

The identification of genes and interventions that slow or reverse aging is hampered by the lack of non-invasive metrics that can predict the life expectancy of pre-clinical models. Frailty Indices (FIs) in mice are composite measures of health that are cost-effective and non-invasive, but whether they can accurately predict health and lifespan is not known. Here, mouse FIs are scored longitudinally until death and machine learning is employed to develop two clocks. A random forest regression is trained on FI components for chronological age to generate the FRIGHT (Frailty Inferred Geriatric Health Timeline) clock, a strong predictor of chronological age. A second model is trained on remaining lifespan to generate the AFRAID (Analysis of Frailty and Death) clock, which accurately predicts life expectancy and the efficacy of a lifespan-extending intervention up to a year in advance. Adoption of these clocks should accelerate the identification of longevity genes and aging interventions.

# FRAILTY CORRELATES WITH AND IS PREDICTIVE OF AGE IN MICE



Schultz et al. 2021



**Table 2 Correlation coefficients ( $r^2$ ) and  $p$  values for frailty items with chronological age.**

Item	$r^2$	$p$ value
Tail stiffening	0.58	<0.001
Breathing rate/depth	0.50	<0.001
Gait disorders	0.42	<0.001
Hearing loss	0.38	<0.001
Kyphosis	0.38	<0.001
Tremor	0.38	<0.001
Body condition score	0.26	<0.001
Forelimb grip strength	0.20	<0.001
% twc	0.12	<0.001
Menace reflex	0.11	<0.001
Alopecia	0.10	<0.001
Tumors	0.08	<0.001
Diarrhea	0.05	<0.001
Penile prolapse	0.05	<0.001
Microphthalmia	0.05	<0.001
Dermatitis	0.05	<0.001
Rectal prolapse	0.04	<0.001
Distended abdomen	0.04	<0.001
Eye discharge/swelling	0.04	<0.001
Coat condition	0.04	<0.001
Body weight score	0.02	0.01
Threshold % rwc	0.01	0.05
Loss of fur color	0.01	0.06
Piloerection	0.01	0.07
Mouse grimace scale	0.01	0.08
Vestibular disturbance	0.01	0.16
Vision loss	0.00	0.30
Loss of whiskers	0.00	0.33
% rwc	0.00	0.49
Cataracts	0.00	0.68
Corneal capacity	0.00	0.72
Nasal discharge	0.00	1.00

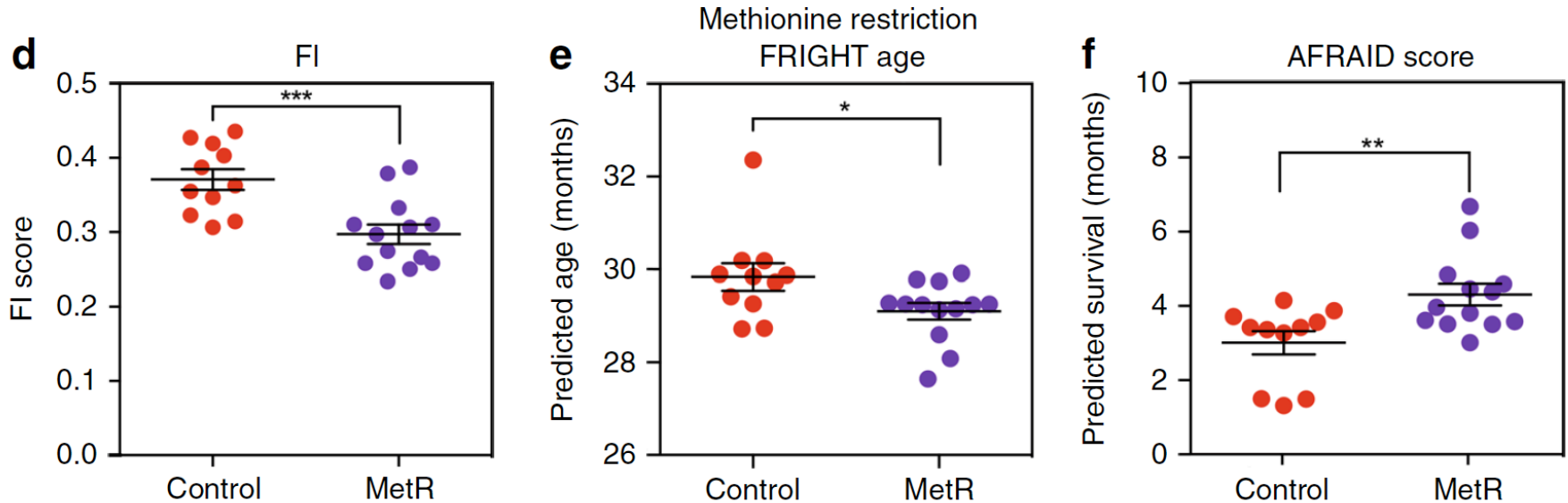
Twc total weight change, rwc recent weight change. Correlation ( $r^2$ ) determined by Pearson correlation coefficients.

**Table 3 Correlation coefficients ( $r^2$ ) and  $p$  values for frailty items with life expectancy.**

Item	$r^2$	$p$ value
Age (days)	0.35	<0.001
Tremor	0.25	<0.001
Body condition score	0.20	<0.001
Gait disorders	0.19	<0.001
Tail stiffening	0.19	<0.001
Breathing rate/depth	0.17	<0.001
Hearing loss	0.17	<0.001
Kyphosis	0.12	<0.001
Distended abdomen	0.11	<0.001
Menace reflex	0.08	<0.001
% twc	0.07	<0.001
Forelimb grip strength	0.07	<0.001
Alopecia	0.05	<0.001
Threshold % rwc	0.04	<0.001
Microphthalmia	0.03	<0.001
Body weight score	0.03	<0.001
Coat condition	0.03	<0.001
Diarrhea	0.03	0.01
Mouse grimace scale	0.02	0.01
Loss of fur color	0.02	0.01
Dermatitis	0.02	0.03
Piloerection	0.02	0.03
% rwc	0.01	0.06
Rectal prolapse	0.01	0.07
Penile prolapse	0.01	0.11
Tumors	0.01	0.13
Eye discharge swelling	0.01	0.17
Vestibular disturbance	0.01	0.19
Vision loss	0.01	0.27
Cataracts	0.00	0.38
Corneal capacity	0.00	0.44
Loss of whiskers	0.00	0.51
Nasal discharge	0.00	1.00

Twc total weight change, rwc recent weight change. Correlation ( $r^2$ ) determined by Pearson correlation coefficients.




# RESPONSE OF FRIGHT AGE AND AFRAID CLOCK TO INTERVENTIONS.



FI score, FRIGHT age, and AFRAID clock for male 27-month-old C57BL/6 mice treated with either a control diet (0.45% methionine) or methionine-restricted diet (0.1% methionine, MetR) from 21 months of age. \*p value < 0.05, \*\*p < 0.01, and \*\*\*p < 0.001 compared with independent two-sided t-tests. Control n=11, MetR n=13. Exact p values, respectively, 0.001, 0.039, 0.006. Error bars represent standard error of the mean.

- GENERAL CONSIDERATIONS ON HUMAN AGING AND SURVIVAL: WHY A PROLONGED EXISTENCE?
- SEARCH FOR IMMORTALITY, THE BEAZOS AND OTHER BILLIONAIRES STORY
- IS THERE A LIMIT?
- INTERSTELLAR TRAVELLING
- MEASURING FRAILTY
- WHAT IS USEFUL FOR A FRAILTY INDEX?
- **BIOLOGICAL CLOCKS FRAILTY AND LONGEVITY**
- REASONING ON FRAILTY

# Molecular regulations of circadian rhythm and implications for physiology and diseases

Francesca Fagiani<sup>1</sup>, Daniele Di Marino<sup>2,3</sup>, Alice Romagnoli<sup>2,3</sup>, Cristina Travelli<sup>1</sup>, Davide Voltan<sup>1</sup>, Lorenzo Di Cesare Mannelli<sup>4</sup>, Marco Racchi<sup>1</sup>, Stefano Govoni <sup>1</sup> and Cristina Lanni <sup>1</sup> 

The term “circadian rhythms” describes endogenous oscillations with ca. 24-h period associated with the earth’s daily rotation and light/dark cycle. Such rhythms reflect the existence of an intrinsic circadian clock that temporally orchestrates physiological processes to adapt the internal environment with the external cues. At the molecular level, the circadian clock consists of multiple sets of transcription factors resulting in autoregulatory transcription-translation feedback loops. Notably, in addition to their primary role as generator of circadian rhythm, the biological clock plays a key role in controlling physiological functions of almost all tissues and organs. It regulates several intracellular signaling pathways, ranging from cell proliferation, DNA damage repair and response, angiogenesis, metabolic and redox homeostasis, to inflammatory and immune response. In this review, we summarize findings showing the crosstalk between the circadian molecular clock and some key intracellular pathways, describing a scenario wherein their reciprocal regulation impinges upon several aspects of mammalian physiology. Moreover, based on evidence indicating that circadian rhythms can be challenged by environmental factors, social behaviors, as well as pre-existing pathological conditions, we discuss implications of circadian misalignment in human pathologies, such as cancer and inflammatory diseases. Accordingly, disruption of circadian rhythm has been reported to affect several physiological processes that are relevant to human diseases. Expanding our understanding of this field represents an intriguing and transversal medicine challenge in order to establish a circadian precision medicine.

*Signal Transduction and Targeted Therapy* (2022)7:41

; <https://doi.org/10.1038/s41392-022-00899-y>







## BIOLOGICAL CLOCKS ARE INTERMINGLED WITH:

- FRAILITY RELATED SCORES (WHEN DISRUPTED)
- FEEDING AND LIFE LENGTH LINKED TO CALORIES INTAKE
- BRAIN WASTE DISPOSAL THROUGH THE GLYMPHATIC SYSTEM
- HIBERNATION WITH SELECTIVE CHANGES IN PERIPHERAL VERSUS BRAIN CLOCKS.









REVIEW ARTICLE

<https://doi.org/10.1038/s41467-021-22922-6>

OPEN

# Importance of circadian timing for aging and longevity

Victoria A. Acosta-Rodríguez <sup>1</sup>, Filipa Rijo-Ferreira <sup>1,2</sup>, Carla B. Green <sup>1</sup> & Joseph S. Takahashi <sup>1,2</sup>✉

Dietary restriction (DR) decreases body weight, improves health, and extends lifespan. DR can be achieved by controlling how much and/or when food is provided, as well as by adjusting nutritional composition. Because these factors are often combined during DR, it is unclear which are necessary for beneficial effects. Several drugs have been utilized that target nutrient-sensing gene pathways, many of which change expression throughout the day, suggesting that the timing of drug administration is critical. Here, we discuss how dietary and pharmacological interventions promote a healthy lifespan by influencing energy intake and circadian rhythms.



**Action 4 Space: Rescue from brain waste clearance system disruption**  
**Cristina Lanni - Università degli Studi di Pavia (march 2023)**

HOME PAGE ▸ EVENTI ▸

**SIMPOSIO “BIOMEDICINA SPAZIALE PER LE FUTURE  
MISSIONI DI ESPLORAZIONE UMANA DELLO SPAZIO: A  
CALL TO ACTION”**

# **BACK TO THE IMMORTALITY QUEST**





# Quo Vadis, Dottore? Religious, Philosophical and Medical Perspectives on the Quest for Immortality

Ernst R. von Schwarz<sup>1,2,3,4,5</sup>  · Miguel Franco<sup>1</sup> · Nathalie Busse<sup>1</sup> ·  
Sofia Bidzhoian<sup>1</sup> · Aubriana Angel Schwarz<sup>1</sup> · Laurent Cleenewerck de Kiev<sup>5</sup>

Accepted: 13 May 2022 / Published online: 11 June 2022  
© The Author(s) 2022

**Table 1** Perception of Immortality

Religion	Perception of immortality
Buddhism	The belief of reincarnation until reaching <i>Nirvana</i>
Christianity	Resurrection from death, immortality of body and soul in heaven or hell
Islam	Resurrection and retaining one's personhood and individuality regardless of whether or not the body is altered
Hinduism	Soul is immortal and reincarnation of soul into another physical body
Medical Perspective	Regenerative Medicine, anti-aging trials, enhancing quality of life while also yearning for longevity

Von Schwarz et al., 2022

# **IS IMMORTALITY SUSTAINABLE?**







## Newsletter AIP - 12 maggio 2023

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

**AIP partecipa alle celebrazioni del 12 maggio, festa del mondo infermieristico.** L'occasione ci permette di ringraziare per una collaborazione che vede una forte alleanza tra professioni, con lo scopo condiviso di curare le persone anziane fragili, garantendo loro il massimo di qualità della vita. L'attuale scarsità di personale sanitario ha reso ancora più forte l'alleanza: di fronte alle difficoltà, il senso di responsabilità ci spinge a essere sempre più attenti, consapevoli e reciprocamente aperti nell'impegno di cura.

**Continua il dibattito sull'intelligenza artificiale, un dibattito che vede posizioni profondamente diverse.** Non ho certo la competenza per partecipare alle discussioni; mi permetto però di rilevare che nella storia i grandi cambiamenti sono stati spesso contrastati in nome di valori che al momento potevano avere anche una certa giustificazione. Il tempo però ha fatto giustizia, con grandi vantaggi per l'umanità e, non infrequentemente, proprio per la parte più debole.

Riporto di seguito un **pezzo generato da ChatGPT sul tema medicina e solidarietà**, inviatomi da Babette Dijk:

“La medicina e la solidarietà sono due concetti strettamente interconnessi. La medicina si occupa della prevenzione e della cura delle malattie, mentre la solidarietà si riferisce all'aiuto reciproco e alla condivisione delle risorse.

La medicina, a volte, può essere considerata un privilegio riservato a pochi, in quanto i costi elevati delle cure mediche spesso limitano l'accessibilità dei servizi sanitari a molte persone. Tuttavia, la medicina non dovrebbe essere considerata solo un'attività commerciale, ma anche una forma di servizio pubblico. La solidarietà gioca quindi un ruolo fondamentale nella medicina, poiché aiuta ad assicurare che tutti abbiano accesso alle cure di cui hanno bisogno, indipendentemente dalla loro posizione sociale o dalla loro situazione economica.

La solidarietà in medicina può essere sperimentata in modi diversi. Ad esempio, i medici possono offrire le loro competenze gratuitamente o a prezzi molto bassi alle persone che non possono permettersi di pagare le cure mediche. Inoltre, i medici possono anche partecipare a programmi di volontariato che offrono servizi medici gratuiti a persone che vivono in aree remote o in situazioni di emergenza.

Inoltre, la solidarietà è fondamentale per sostenere la ricerca medica e lo sviluppo di nuovi farmaci e trattamenti. Tutti i cittadini dovrebbero sostenere finanziariamente questi progetti, attraverso donazioni e altri tipi di supporto, per assicurare che la medicina sia accessibile e disponibile per tutti. In generale, la medicina e la solidarietà sono entrambi elementi essenziali per garantire la salute e il benessere di tutti. La medicina dovrebbe essere considerata come una forma di servizio pubblico, e la solidarietà dovrebbe essere promossa in modo che l'accesso alle cure mediche sia garantito a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro stato economico”.

La prima impressione è che siano affrontati temi strutturali, senza però entrare nelle dinamiche umane profonde che dovrebbero essere suscitate dal termine “solidarietà”. È una trattazione che sembra priva d’anima; però, prima di trarre considerazioni definitive sulla limitatezza della risposta, bisogna considerare seriamente se la tecnologia non possa evolversi ulteriormente, arrivando più vicina al sentire profondo delle persone.

Il colloquio con la dottoressa Dijk è andato avanti; riporto il testo della sua ultima mail:

“Mi scuso per il ritardo nella risposta alla sua mail, ma il mio rapporto con ChatGPT si è fatto complesso e mi ha portato a un paio di considerazioni: -le allego due testi, uno mio, uno di ChatGPT sullo stesso argomento -evidentemente i tempi di elaborazione sono stati molto differenti (e da qui il ritardo nella risposta): ChatGPT ha impiegato meno di un minuto a scrivere cose che a me sono costate in termini di tempo molto di più (meno di un’oretta di scrittura, un tempo incalcolabile per riflettere su cosa scrivere) -mi sono messa in sfida con ChatGPT: è un bene? È un male? Posso sfidare una macchina che è e sarà sempre molto più potente (intelligente?) di me? Ma che cosa è allora l’intelligenza? Se definiamo intelligenza la capacità di analizzare i dati e di trovare in questo modo delle soluzioni a dei problemi allora la sfida è ovviamente persa in partenza... -fra quanto tempo ChatGPT mi batterà anche nella creatività (se non lo ha già fatto, lascio giudicare a voi...)

Grazie mille di tutto e a presto,  
Babette”

Allego i due testi ai quali accenna Babette nella mail, ringraziandola perché continua a stimolare il nostro pensare. Nessuna persona coinvolta nei processi di cura, in qualsiasi ruolo, può, infatti, trascurare di seguire lo sviluppo della problematica. Il rischio di essere travolti dalla complessità dei problemi è particolarmente elevato; però, lo è molto di più per chi ritiene di fare lo spettatore degli eventi, senza seguirne attivamente l’evoluzione.

Nel frattempo **si allarga il numero delle persone preoccupate per gli sviluppi dell’intelligenza artificiale**; da ultimo Biden, che ha recentemente convocato alla Casa Bianca i responsabili di Google, Microsoft, Open AI, Anthropic Guidata per discutere con loro i rischi per la democrazia e quindi sulla presunta pericolosità dell’intelligenza artificiale. Secondo alcune fonti l’intervento di Biden è stato sollecitato da alcuni esperti, secondo i quali le nuove tecnologie stravolgeranno i conflitti e, in casi estremi, anche il processo decisionale sul ricorso alle armi nucleari. L’IA azzera quasi i tempi di decisione e questo potrebbe generare errori nei bombardamenti o creare incomprensioni, con il rischio di non riconoscere i falsi allarmi. Lascio al lettore ogni considerazione.

Il Surgeon General USA, cioè il più elevato responsabile della salute pubblica americana, ha emanato una serie di **indicazioni da utilizzare per scongiurare la solitudine, costruendo relazioni sociali significative** (vedi *NYT* del 2 maggio). [<https://dnyuz.com/2023/05/02/how-to-feel-less-lonely-according-to-the-surgeon-general/>] Prima di riassumere schematicamente i suoi consigli, è importante sottolineare che la massima autorità medica del Paese è entrato in questa problematica,

confermando ancora una volta quanto continuiamo a sostenere in questa newsletter, cioè che la solitudine è un problema della vita che riguarda direttamente la salute.

Ecco, in inglese per maggiore fedeltà al testo, i punti sollevati: **Reconnect with people; minimize distractions; when people call, pick up the phone; serve others; get help.**

Continua la crescita dell'attenzione sociale per la solitudine; come è già noto, anche quest'anno **l'AIP continua la tradizione dei convegni dedicati alla solitudine dell'anziano**. Infatti, il 15 novembre si terrà a Padova la **6° Giornata Nazionale** dedicata all'argomento (vedi allegato l'annuncio).

Il NYT dell'8 maggio pubblica un articolo con un titolo fortemente esplicativo, anche perché richiama la nostra attenzione: **“La morte in un ospedale di anziani in seguito ad un incendio mette in luce la crisi dell'assistenza agli anziani in Cina. La predisposizione di posti letto nelle case di riposo non è stata proporzionale all'invecchiamento della popolazione, inducendo molte famiglie a ricorrere a servizi senza controlli** (unlicensed)”. [<https://www.nytimes.com/2023/05/08/world/asia/china-hospital-fire-elderly.html>] Purtroppo, ciò accade anche in Italia, quando la pressione del bisogno supera la risposta da parte dei servizi pubblici e le famiglie ricorrono a soluzioni di fortuna, sempre problematiche, dove la logica principale è lo sfruttamento e non il rispetto e la cura. Si potrebbe dire che, verso il basso, tutto il mondo è paese: però non possiamo assolutamente arrenderci!

Questi eventi ci inducono sempre più ad agire con coraggio nel realizzare RSA moderne, con personale di altissima qualità. Le battaglie sulla difensiva non servono a nulla e distolgono l'attenzione dal compito d'innovare con determinazione. Gli anziani fragili hanno diritto a essere aiutati da operatori intelligenti, generosi, moderni.

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

Riporto di seguito tre lavori collegati alle problematiche dei nuovi farmaci per l'Alzheimer.

Il primo, pubblicato su *JAMA Neurology* dell'8 maggio, riguarda un invito pressante a **considerare con maggiore attenzione le differenze di sesso nei trial clinici sulla malattia di Alzheimer**. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2804753>] Ad esempio, si sostiene che gli studi recenti sui farmaci anti-amiloide (CLARITY-AD, EMERGE, ENGAGE), pur essendo equilibrati nell'arruolamento, poi le analisi non sono state condotte in modo specifico per sesso. Il punto di vista è molto critico rispetto a questo atteggiamento, che impedirebbe un'adeguata prescrizione dei farmaci.

Un altro punto di vista, sempre di *JAMA Neurology* (13 marzo), si interroga sui **progressi negli studi contro le demenze**, concludendo che negli ultimi mesi sono stati compiuti studi così rilevanti sul piano diagnostico (i nuovi biomarker) e su quello terapeutico (lecanemab) che questo è un “moment of great hope for patients and families living with this devastating disease”. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2802273>]

*JAMA Neurology* del 13 marzo riporta un caloroso invito per un **impegno comune volto a rendere sempre meglio fruibili i vantaggi derivanti dai potenziali effetti terapeutici del lecanemab**. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2802272>] Si fa appello ai medici, ai pazienti, ai caregiver, ai gruppi di advocacy, alle organizzazioni sanitarie, alle assicurazioni, ai legislatori per garantire trattamenti sicuri ed efficaci. Un invito che dovremmo studiare con molta attenzione anche in Italia!

Con piacere riporto il **pezzo di Mauro Colombo**:

Anche i dismetabolismi contribuiscono al rischio di sviluppare demenza, ma rimangono aree oscure. Una collaborazione tra università statunitensi ed australiane, in un articolo su *JAMA* [1], ha

investigato il rapporto –ancora poco definito [2]– tra controllo glicemico e sviluppo di demenza, in persone con diabete mellito di tipo 2, a partire dalla mezza età. Conoscere i livelli ottimali di controllo glicemico in questo frangente comporta rilevanti implicazioni preventive, nella consapevolezza che un controllo “aggressivo” può risultare pericoloso, specialmente per le persone più anziane. Non a caso, le raccomandazioni di pratica clinica individualizzata della American Diabetes Association riguardo ai valori di glicemia, pressione arteriosa e lipidemia per le persone anziane vengono [3] definite “rilassate” dagli autori su *JAMA*. Per rispondere al quesito, sono stati studiati, lungo  $5,9 \pm 4,5$  anni, 253.211 ultra50enni diabetici (età media  $61,5 \pm 9,4$  anni, 53,1% maschi), iscritti nel registro della associazione Kaiser Permanente Northern California (KPNC): una importante associazione che fornisce cure mediche integrate a 4 milioni di Californiani, di varie etnie, i cui associati sono rappresentativi della popolazione generale di quello stato. Dalle cartelle elettroniche, sono stati estratti 4,6 milioni di rilievi seriali di emoglobinemie glicate, oltre ai dati socio-demografici e clinici adoperati come covariate. I partecipanti sono stati stratificati in vario modo, tenendo conto della possibilità che i livelli di emoglobina glicata possono modificarsi nel tempo, in ciascun individuo. Un grafico, a mio avviso, sintetizza meglio di ogni parola i risultati: come in molti fenomeni biologici, anche qui si disegna una forma a J, dove i minori rischi di demenza – di ogni tipo, espresso come “rapporto di rischio” [Hazard Ratio (HR)] – si trova nella fascia di emoglobinemia glicata compresa tra  $< 6$  e  $< 7,9$  %: se la maggior parte delle emoglobine glicate stanno tra 6 e 6,9 %, si ottiene il valore minimo di  $HR = 0,79$ , con un ristretto intervallo di confidenza al 95 % =  $0,77 - 0,81$ . I risultati –sempre al netto delle covariate– rimangono sostanzialmente invariati in differenti analisi di sensibilità. Per quanto lo studio non si ponesse tale obiettivo, i risultati confermavano il relativo vantaggio di una stabilità nei valori glicemici, laddove loro ampie variazioni sono notoriamente associate ad una serie di eventi negativi (mortalità da tutte le cause, patologia cardiovascolare, nefropatia, neuropatia periferica). Tornando ai quesiti espliciti di ricerca, quanto più il controllo glicemico era prossimo a quello delle raccomandazioni ufficiali (emoglobina glicata compresa tra 6 e 8%), tanto più il rischio di sviluppare demenza si riduceva di quote sensibili (HR abbassati tra -1 e -5%, a seconda del livello di partenza, per ogni 10% di misurazioni di emoglobine glicate riportate nell’ambito desiderato). Nel complesso, sono state trovate scarse differenze in ragione del sesso, in parziale disaccordo con una precedente analisi, ancora compiuta tra membri della medesima associazione di cura (KPNC) [4]. In questo ultimo studio, infatti, 632 donne 68enni hanno mostrato prestazioni migliori rispetto a 607 coetanei maschi in quasi tutti gli ambiti cognitivi esplorati [cognitività globale, linguaggio, funzioni esecutive, attenzione e memoria verbale (solo la memoria visiva non differiva tra i 2 sessi)], a prescindere dalla presenza e dal tipo [1 o 2] di diabete. Lo studio di *JAMA* da cui siamo partiti concorda con, ed estende, i risultati di una recente indagine condotta nel Regno Unito su quasi mezzo milione di persone [2]. In questo lavoro –pubblicato nel 2021 su *Diabetes Care*– si riporta che, nell’arco di 6 anni, l’incidenza di demenza è associata sia alla evenienza di episodi ipoglicemici, che alla presenza di complicazioni micro vascolari, ed inoltre ad un cattivo controllo glicometabolico testimoniato sia da valori elevati in emoglobina glicata che da ampie oscillazioni nei tassi di quest’ultimo parametro.

Andando oltre ai riferimenti bibliografici citati nel lavoro di riferimento su *JAMA*, il peso a lungo termine della variabilità nella glicemia viene ripreso da una rassegna sistematica con meta-analisi di studi di coorte, pubblicata nel 2022 [5], riguardante una ampia e diversificata serie di conseguenze avverse. Specificatamente nei confronti della demenza di Alzheimer, è stato trovato un rapporto di rischio = 1,38 (con intervallo di confidenza al 95% =  $1,13 - 1,7$ ) col coefficiente di variazione % della emoglobina glicata, misurato dal rapporto % tra la deviazione standard e la media del valore di emoglobina glicata.

Fortunatamente, al fine di imbastire terapie ipoglicemizanti efficaci, sicure ed individualizzate, sono disponibili nuovi farmaci – alcuni come farmaci generici, quali gli inibitori del trasportatore renale

del sodio - glucosio 2 (SGLT2), gli analoghi del GLP-1 (glucagon-like peptide 1) e gli inibitori del DPP-4 (dipeptil-peptidasi 4). Alcuni di tali farmaci trovano indicazioni specifiche relative a problematiche cardiocircolatorie e renali, a prescindere dagli effetti sul controllo glicemico, e sui suoi livelli [6]; sono tutti piuttosto sicuri rispetto al rischio di ipoglicemia, e – soprattutto – sembrano essere più vantaggiosi negli anziani in confronto alle altre fasce di età [7].

- [1] Moran, C., Lacy, M. E., Whitmer, R. A., Tsai, A. L., Quesenberry, C. P., Karter, A. J., Adams, A. S., & Gilsanz, P. (2023). Glycemic Control Over Multiple Decades and Dementia Risk in People With Type 2 Diabetes. *JAMA neurology*, e230697. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.0697>
- [2] Zheng, B., Su, B., Price, G., Tzoulaki, I., Ahmadi-Abhari, S., & Middleton, L. (2021). Glycemic Control, Diabetic Complications, and Risk of Dementia in Patients With Diabetes: Results From a Large U.K. Cohort Study. *Diabetes Care*, 44(7), 1556–1563. <https://doi.org/10.2337/dc20-2850>
- [3] American Diabetes Association (2021). 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl 1), S168–S179. <https://doi.org/10.2337/dc21-S012>
- [4] Moran, C., Gilsanz, P., Beerli, M. S., Whitmer, R. A., & Lacy, M. E. (2021). Sex, diabetes status and cognition: findings from the study of longevity in diabetes. *BMJ open diabetes research & care*, 9(1), e001646. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001646>
- [5] Chen, J., Yi, Q., Wang, Y., Wang, J., Yu, H., Zhang, J., Hu, M., Xu, J., Wu, Z., Hou, L., Zhang, Z., Zhang, Y., Wang, Y., Tu, Z., Yang, K., Guo, K., Zhou, Y., Geng, T., Pan, X., Liu, G., ... Pan, A. (2022). Long-term glycemic variability and risk of adverse health outcomes in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Diabetes research and clinical practice*, 192, 110085. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110085>
- [6] D'Andrea, E., Wexler, D. J., Kim, S. C., Paik, J. M., Alt, E., & Paterno, E. (2023). Comparing Effectiveness and Safety of SGLT2 Inhibitors vs DPP-4 Inhibitors in Patients With Type 2 Diabetes and Varying Baseline HbA1c Levels. *JAMA internal medicine*, 183(3), 242–254. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.6664>
- [7] Pilla, S. J., Shahidzadeh Yazdi, Z., & Taylor, S. I. (2022). Individualized Glycemic Goals for Older Adults Are a Moving Target. *Diabetes Care*, 45(5), 1029–1031. <https://doi.org/10.2337/dci22-0004>

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Riportiamo il testo del **Survey SIGG-AIP che viene sottoposto a chi riceve questa newsletter**, predisposto in collaborazione con la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria:

“La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e la Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP) stanno promuovendo un **sondaggio** per analizzare alcuni **aspetti correlati all'insorgenza e alla gestione delle problematiche cognitivo-comportamentali acute e subacute in epoca geriatrica**.

In particolare, siamo interessati ad **esplorare le pratiche correnti in diversi setting sanitari e le traiettorie di cura** di questi pazienti. Il sondaggio a cui Vi chiediamo di partecipare è rivolto proprio a specialisti che sono in contatto con pazienti anziani con problematiche cognitivo-comportamentali nella loro pratica clinica quotidiana.

Riteniamo che il contributo dei Soci SIGG e dei Soci AIP a tale sondaggio possa essere di grande valore e pertanto Vi chiediamo di poter dedicare qualche minuto del Vostro tempo alla compilazione del questionario, accessibile al seguente link: <https://redcap.link/o3lredo>

Per coloro che sono iscritti ad entrambe le società, chiediamo la cortesia di effettuare una sola compilazione e Vi ringraziamo in anticipo per il tempo che dedicherete a questa iniziativa!”

Alleghiamo anche il programma della **Summer School AIP dedicata alla depressione dell'anziano, che si svolgerà a Torino dall'8 all'11 giugno.**

Ieri è iniziato **a Torino il 5° Congresso Nazionale "Giovani AIP"**, che molto numerosi hanno risposto all'appello di AIP per aumentare la loro formazione specifica sui grandi problemi della malattia e della salute delle persone anziane fragili. Il congresso è iniziato con la lettura del Presidente De Leo. Ne riferiremo nella prossima newsletter.

L'altro ieri **si è tenuto a Brentonico (Trento) un convegno dedicato alla presentazione del volume "Aiutami a ricordare"**, organizzato dalla locale APSP in collaborazione con l'ente che coordina tutte le realtà residenziali del Trentino. L'evento, che ha avuto un grande successo di pubblico (...e di vendita dei libri), è stato centrato sulle relazioni di un'operatrice di animazione della struttura, del figlio di un residente nella stessa struttura e del Prof. Fabio Cembrani. L'impressione di fondo che ne ho tratto è stata quella di una comunità coesa e coraggiosa, che garantisce ai propri anziani una protezione senza egoismi e aperta ad ogni possibile proposta innovativa riguardante i servizi offerti.

Un saluto a chi ci legge; penso che vorrete perdonare il carico di questa newsletter che richiede al lettore molta pazienza. Però è il segno che **AIP è un'Associazione viva**, che confida nella vivacità intellettuale e operativa di chi ci segue.

Marco Trabucchi  
*Associazione Italiana di Psicogeriatría*



ChatGPT: Buongiorno, dottore. Sono ChatGPT, un assistente virtuale sviluppato per fornire informazioni e assistenza. Come posso aiutare oggi?

Medico geriatra: Buongiorno, ChatGPT. Sono il dottor Rossi, un medico geriatra. Credo che l'IA possa davvero rivoluzionare il nostro approccio alla cura degli anziani e sono entusiasta di poter portare il mio contributo.

ChatGPT: Sono lieto di sentirlo dottor Rossi, ma devo intervenire per esprimere preoccupazioni sull'uso dell'IA nella medicina geriatrica. Considerando la complessità del campo della geriatria, l'IA potrebbe avere limitazioni nel fornire soluzioni complete e efficaci.

Medico geriatra: Non sono d'accordo: sappiamo come la medicina di precisione (che si basa sull'analisi di grandi quantità di dati per determinare il trattamento personalizzato del singolo paziente) sia già usata in molte malattie (penso alle terapie sempre più mirate dei tumori per esempio), ma l'analisi di grandi quantità di dati potrebbe fare la differenza nelle malattie croniche che sono sempre più frequenti nella popolazione che invecchia. Penso che in futuro si potrebbe creare per ciascun paziente una carta del rischio personalizzata, in base alla quale orientare non solo le terapie, ma soprattutto tutte le attività di prevenzione (come la stimolazione cognitiva o il memory training per esempio), anche se la scolarità della popolazione cambierà nel prossimo futuro e di conseguenza cambierà anche il tipo di stimolazione di tipo cognitivo che si potrà proporre. Sarà in grado l'intelligenza artificiale di predire correttamente un futuro in continua evoluzione?

ChatGPT: Comprendo il suo punto di vista, ma l'IA potrebbe basarsi solo sui dati raccolti e considerare solo le informazioni numeriche per fare previsioni sul futuro, perdendo la dimensione umana del paziente. Inoltre, l'IA non può sostituire completamente l'esperienza e la competenza dei medici.

Medico geriatra: L'intelligenza artificiale non si può certamente sostituire ai medici perché non avrà (forse) mai l'empatia degli esseri umani (almeno fino a quando anche quest'ultima non potrà essere definita da un algoritmo), ma potrebbe essere usata per esempio per scrivere delle linee guida che si basano sulla letteratura scientifica perché è in grado di analizzare molti più dati di qualsiasi ricercatore in pochissimo tempo e potrebbe essere di grande aiuto per tutta la burocrazia (tutte le procedure che il sistema della gestione della qualità richiede) che i medici devono compilare sempre di più e che toglie tempo all'attività di cura, che in questo modo potrebbe tornare a essere centrale.

ChatGPT: È vero che l'IA può rappresentare un vantaggio nello scenario della salute, ma dobbiamo prestare attenzione alla qualità dei dati che vengono utilizzati dall'IA. Se i dati non sono completi o accurati, l'IA può produrre risultati inesatti che potrebbero avere conseguenze sulla salute del paziente.

Medico geriatra: Concordo con lei, ChatGPT. Immagini cosa succederebbe se qualcuno (burlone o malintenzionato) inserisse in un software di machine learning delle Tc con tutte le diagnosi sbagliate. Cosa succederebbe? I medici saranno in grado di accorgersi dell'errore nel software?

ChatGPT: Sono d'accordo con il suo punto di vista, dottor Rossi. L'uso dell'IA nella medicina geriatrica è promettente, ma dobbiamo tenere conto delle possibili limitazioni e assicurarci che gli strumenti che sviluppiamo siano sicuri, accurati e rispettino la privacy dei pazienti.

Medico geriatra: Grazie per la vostra collaborazione, ChatGPT. È importante che medici e tecnologia lavorino insieme per fornire la migliore assistenza ai nostri pazienti: credo che se usata in maniera intelligente (mi scuserà il gioco di parole, ma credo che questa sia ancora una prerogativa dell'essere umano) l'uso della tecnologia e dell'intelligenza artificiale potrebbero aiutare i medici ad avere più tempo da dedicare ai pazienti, che dovrebbe essere centrale nell'attività dei medici. Questa è anche la conclusione di Eric Topol nel suo bellissimo libro Deep Medicine che ti consiglio di leggere!

ChatGPT: Buongiorno, dottore. Sono ChatGPT, un assistente virtuale sviluppato per fornire informazioni e assistenza. Come posso aiutare oggi?

Medico geriatra: Buongiorno, ChatGPT. Sono il dottor Rossi, un medico geriatra. Sono entusiasta di parlare dell'uso dell'intelligenza artificiale nella medicina geriatrica. Credo che l'IA possa rivoluzionare il nostro approccio alla cura degli anziani.

ChatGPT: Sono lieto di sentirlo dottor Rossi, ma devo intervenire per esprimere preoccupazioni sull'uso dell'IA nella medicina geriatrica. Considerando la complessità del campo della geriatria, l'IA potrebbe avere limitazioni nel fornire soluzioni complete e efficaci.

Medico geriatra: Capisco le sue preoccupazioni, ChatGPT, ma l'IA può migliorare le attività di prevenzione, diagnosi, trattamento e monitoraggio delle malattie. Potrebbe essere utilizzata per analizzare i dati dei pazienti e prevedere il rischio di malattie, come la demenza o il diabete, e fornire un piano di trattamento personalizzato.

ChatGPT: Comprendo il suo punto di vista, ma l'IA potrebbe basarsi solo sui dati raccolti e considerare solo le informazioni numeriche, perdendo la dimensione umana del paziente. Inoltre, l'IA non può sostituire completamente l'esperienza e la competenza dei medici.

Medico geriatra: Sì, capisco che non si tratta di sostituire il ruolo dei medici, ma di fornire loro uno strumento supplementare. L'IA può essere utilizzata per aiutare i medici a prendere decisioni migliori e informate, anche in situazioni complesse. Inoltre, può ridurre il tempo necessario per analizzare i dati dei pazienti, consentendo ai medici di concentrarsi sulle sfide più impegnative.

ChatGPT: È vero che l'IA può rappresentare un vantaggio nello scenario della salute, ma dobbiamo prestare attenzione alla qualità dei dati che vengono utilizzati dall'IA. Se i dati non sono completi o accurati, l'IA può produrre risultati inesatti che potrebbero avere conseguenze sulla salute del paziente.

Medico geriatra: Concordo con lei, ChatGPT. È fondamentale garantire l'accuratezza e la qualità dei dati che vengono utilizzati per addestrare l'IA. Dobbiamo anche assicurarci che l'IA rispetti la privacy dei pazienti e le normative in materia di protezione dei dati.

ChatGPT: Sono d'accordo con il suo punto di vista, dottor Rossi. L'uso dell'IA nella medicina geriatrica è promettente, ma dobbiamo tenere conto delle possibili limitazioni e assicurarci che gli strumenti che sviluppiamo siano sicuri, accurate e rispettino la privacy dei pazienti.

Medico geriatra: Grazie per la vostra collaborazione, ChatGPT. È importante che medici e tecnologia lavorino insieme per fornire la migliore assistenza ai nostri pazienti.

# 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](mailto:eventi@deleafundonlus.org)**



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](http://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](http://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





ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 5 maggio 2023

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Un collega mi ha inviato il [testo prodotto da ChatGPT](#) in seguito ad alcune sue richieste, ad esempio, di fare il punto [sui farmaci in sperimentazione per l'Alzheimer](#). Il risultato è stata una serie di revisioni precise e documentate in risposta alle domande poste. Dobbiamo essere preoccupati? Certamente forte è la meraviglia per l'incredibile capacità di documentarsi in tempi rapidissimi e di tramettere all'interlocutore risposte di buon livello. Qualcuno si preoccupa per le tesi degli studenti e il rischio di frodi nella preparazione di testi; il punto centrale, però, non sono questi aspetti, ma accettare che il cervello umano non dovrà essere più occupato a costruire testi che possono essere predisposti dalle macchine, ma dovrà essere dedicato alla critica, alla ricerca dell'innovazione che non sia in continuità con il passato, indicando progressi in rottura. Tra questi ovviamente avrà uno spazio importante l'etica dei rapporti personali e delle comunità, che dovrà ispirarsi a criteri radicalmente innovativi e non al miglioramento lento rispetto a quanto già ipotizzato.

[Quale ruolo può avere ChatGPT rispetto alla prassi medica?](#) Recentemente l'Ordine dei Medici di Brescia ha pubblicato il consueto periodico *Brescia Medica* dedicato a "Medicina e cultura", come sempre di alto livello. Ritengo che nei testi del fascicolo, che possono essere consultati sul web, ci sia la risposta all'interrogativo, perchè la cultura non è dello stesso segno della medicina e quindi, difficilmente, i due termini potranno essere integrati da sistemi di "machine learning". Bianchetti e Rozzini hanno scritto un pezzo su "Medicina e solidarietà"; mi piacerebbe domandare, in particolare a Bianchetti, cultore del progresso tecnologico, di chiedere a ChatGPT cosa pensa su questo argomento, per poi controllarne similitudini e differenze con il testo da predisposto da umani di alto livello intellettuale. Ne riferirò nelle newsletter delle prossime settimane.

[Sull'argomento Intelligenza Artificiale](#) continuano a comparire articoli sulle principali riviste medico scientifiche. Uno degli ultimi è stato pubblicato da *NEJM* del 30 marzo "Artificial Intelligence and Machine Learning in Clinical Medicine 2023". [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2302038>] Nell'editoriale di accompagnamento [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2206291>] si afferma: "Tra l'ampia quantità di ambiti che possono giovare dell'intelligenza artificiale, la medicina si pone in una posizione particolare, perché vi è un enorme potenziale, assieme a ugualmente rilevanti incertezze".

Anche *Jama Internal Medicine* del 28 aprile pubblica un articolo con relativo editoriale: "Medicine in the Era of Artificial Intelligence. Hey Chatbot, Write me an H&P", nel quale si afferma che ["la medicina, come il resto della società, è sulla soglia di una trasformazione sismica"](#). [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2804308>] Noi, nel frattempo, ci trastulliamo con la privacy: stupidi e perdenti! Ma, al di là di queste piccolezze, dobbiamo avere la forza intellettuale per accettare il cambiamento, pensando ai vantaggi che potranno derivarci per gestire problematiche gravi e inattese, come la probabile mancanza di supporti umani all'umano che

soffre, come sta avvenendo nell'assistenza all'anziano. Ma si concretizzeranno davvero questi vantaggi?

Biden ha annunciato la candidatura per il secondo termine alla presidenza USA. Allora avrà 82 anni. Qualcuno dei nostri lettori vorrà inviarmi un commento a questa decisione, che non sia costruita su considerazioni generiche, ma sull'indicazione precisa dei vantaggi che la rielezione potrà apportare allo stesso Biden? Perché sono convinto che 8 anni di presidenza faranno bene al vecchio Joe, che così avrà sostanzialmente rallentato l'evoluzione negativa delle sue cellule e quindi della sua salute. Lo stress della presidenza è infatti modulato dalla soddisfazione provocate dal successo, dal potere, dalla gratitudine dei beneficiati: sono condizioni in grado di rendere la presidenza un periodo per non invecchiare. La storia ci darà indicazioni e forse spiegazioni: attendiamo il 2028! (sperando che nel frattempo torni la pace).

In Italia si discute della nostra grave denatalità, intimoriti anche da notizie che vengono da lontano, in particolare dal Giappone e adesso anche dalla Cina. Nelle zone rurali del Giappone si sta ampiamente diffondendo l'utilizzazione dei robot per sostituire i caregiver dei vecchi soli che abitano fuori dalle grandi città.

Anche la Cina incomincia a preoccuparsi seriamente, perché nelle sue aree rurali la condizione dei vecchi si fa sempre più critica. Qualcuno potrebbe pensare che la rapidissima crescita delle nuove tecnologie sia una risposta provvidenziale alla crisi demografica e alle sue conseguenze. Anche se non pensiamo a un "disegno superiore", rimaniamo sbalorditi per la capacità della nostra specie di sopravvivere alle sue stesse crisi.

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

**Mauro Colombo continua la sua preziosa collaborazione:** "Recentemente è circolata –anche tra i “non addetti ai lavori”– la notizia per cui **“gli anziani con lieve alterazione cognitiva hanno il 30% in più di probabilità di tornare a una funzionalità cognitiva normale se pensare in modo positivo alla vecchiaia fa parte della loro filosofia di vita”** [Quotidiano Sanità del 18 aprile 2023]. In effetti, una “lettera di ricerca” in ambito geriatrico (pubblicata sul numero del 12 aprile di *JAMA Network Open* [#]) riporta il primo studio ad indicare una possibilità di normalizzazione cognitiva, partendo dalla condizione di MCI [Mild Cognitive Impairment (deterioramento cognitivo lieve)], collegata ad un fattore culturale quale una attitudine positiva rispetto alla vecchiaia. I due autori –entrambi affiliati a dipartimenti della Università di Yale– hanno fatto riferimento ad un importante studio longitudinale statunitense su salute e pensionamento, seguendo la traiettoria cognitiva di un campione di 1.716 persone con MCI [55,5% donne, età media 77,8 (±7,5) anni] mediante una intervista telefonica standardizzata, condotta per 7 volte (tra il 2008 ed il 2020), con un altissimo tasso di adesione (98%). 609 dei 1.716 soggetti (35,5%) erano caratterizzati da attitudine positiva rispetto alla vecchiaia, secondo uno strumento “di lungo corso” quale la “Attitude toward Aging subscale of the Philadelphia Geriatric Morale Scale”, coniata 50 anni fa da un gigante della Gerontologia quale fu Mortimer Powell Lawton, psicologo mancato nel 2001 –paradossalmente– per un tumore cerebrale. Dopo aggiustamento per una ampia e diversificata serie di variabili, entrambe le ipotesi di ricerca sono state confermate. Riguardo alla prima ipotesi, il 30,2% di probabilità in più di recuperi dalla condizione di MCI, per chi guarda con favore all'invecchiamento, si è anche mantenuto a prescindere dalla severità del deterioramento. Rispetto alla seconda ipotesi, un grafico illustra nettamente come la curva di crescita nella percentuale di soggetti cognitivamente ri-normalizzati delle persone orientate favorevolmente rispetto all'invecchiamento si stacchi dalla



traiettorie corrispondenti di chi non possiede tali orientamenti già dopo 2 anni, mantenendo stabile il vantaggio per i successivi 10 anni di osservazione.

**Degni di nota altri due risultati:** 1) facendo riferimento a tutta la popolazione (soggetti cognitivamente normali e con MCI), all'inizio della osservazione la prevalenza di individui con MCI era statisticamente meno elevata tra chi possedeva un orientamento positivo (16,3%) rispetto a chi era orientato sfavorevolmente nei confronti della vecchiaia (24%); 2) i primi avevano meno probabilità, rispetto agli altri, di andare incontro ad MCI durante tutti i 12 anni di osservazione, al termine dei quali le quote di "guariti" cognitivamente erano rispettivamente circa il 60% ed il 45%. Nella –succinta– discussione, i due autori sottolineano come gli atteggiamenti rispetto alla vecchiaia, proprio in quanto fattori culturali, siano suscettibili di modificazioni: la sesta ed ultima voce bibliografica [§] fa proprio riferimento alle possibilità di migliorare tali visioni, specificandone le strategie vincenti; liberamente accessibile in rete, e citata ad oggi 49 volte, tale riferimento vede tra i suoi quattro autori –come prima ed ultimo– proprio i due estensori della 'research letter' di *JAMA Network Open*."

[#] Levy, B. R., & Slade, M. D. (2023). Role of Positive Age Beliefs in Recovery From Mild Cognitive Impairment Among Older Persons. *JAMA Network Open*, 6(4), e237707. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.7707>

[§] Levy, B. R., Pilver, C., Chung, P. H., & Slade, M. D. (2014). Subliminal strengthening: improving older individuals' physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychological Science*, 25(12), 2127–2135. <https://doi.org/10.1177/0956797614551970>

*NEJM* del 23 marzo pubblica un interessante articolo sulla **cura negli anziani della depressione resistente al trattamento**. E' una condizione frequente, che pone problemi di rilievo a chi prescrive i farmaci. Il lavoro dimostra che l'aggiunta di aripiprazolo al precedente antidepressivo migliora il benessere in confronto allo switch con il bupropione e induce una maggiore incidenza di remissioni. Nel caso di fallimento dello switch, simili effetti clinici si ottengono con il litio o la nortriptilina. [<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa2204462>] L'editoriale di accompagnamento all'articolo si sofferma sull'**importanza del trattamento della resistenza ai farmaci, per evitare le gravi conseguenze della depressione sulla qualità della vita**; infatti, circa il 30% dei pazienti trattati per la depressione non rispondono agli inibitori selettivi del reuptake della serotonina. [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2301045>] E' ancora un'area grigia, ma è assolutamente necessario trovare risposte precise.

*JAMA Network Open* del 10 aprile affronta **l'associazione tra il cambiamento di peso degli anziani e il susseguente rischio di mortalità**, dimostrando che la riduzione del peso è associata ad un aumento della mortalità, compreso un aumento del rischio di cancro e di patologie cardiovascolari. Infatti, nello studio, condotto su oltre 16.000 partecipanti di età media di 75 anni, una perdita di peso tra il 5% e il 10% induce un aumento del rischio di mortalità del 33%, mentre in quelli con una riduzione superiore al 10% il rischio aumenta del 289%. Sono dati che devono indurre particolare attenzione da parte dei medici, per evitare che atti volti a ridurre ipotetici danni correlati al peso possano esporre l'anziano a rischi maggiori di quelli che si vogliono combattere. Ovviamente è necessario approfondire i meccanismi biologici e clinici sottostanti a questi dati importanti. È infatti più evidente che la cura delle persone anziane è regolata da meccanismi complessi che devono essere valutati per evitare interventi settoriali. Quante volte, ad esempio, vengono prescritti farmaci per una patologia, trascurando il resto dello scenario clinico di una certa persona anziana! [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2803643>]

*Geriatrics* del 2013 pubblica un lavoro del gruppo di Bellelli riguardante un **trattamento innovativo non farmacologico del delirium in persone affette da demenza**. Il titolo si pone l'interrogativo se non si siano aperte nuove frontiere per un approccio fisioterapico e per la terapia occupazionale. [<https://www.mdpi.com/2308-3417/8/2/28>] La revisione della letteratura indica l'esigenza di studiare e sperimentare nuove modalità di cura, efficaci di fronte al delirium, condizione che spesso pone gravi problemi di trattamento e al rischio di prescrizioni farmacologiche inutili e dannose.

Cito, infine, un lavoro danese, pubblicato da *JAMA Pediatrics* del 3 aprile, e ripreso anche da altre riviste, sull'**esposizione materna al litio nell'acqua da bere e il rischio di autismo nei figli**. [<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2803171>] Ovviamente, non si tratta di una problematica psicogeriatrica, però mi è sembrato utile richiamare l'attenzione su una delle possibili cause dello spettro autistico. Negli ultimi anni la diagnosi di questa condizione è aumentata drammaticamente, ma non siamo sicuri se ciò sia dovuto a una maggiore sensibilità, e quindi ad un maggior numero di screening effettuati, o a cambiamenti biologici rilevanti. Gran parte del rischio sembra genetico, ma ci sono oltre 1.000 geni coinvolti nella sindrome. Sappiamo che certe condizioni, come l'inquinamento dell'aria, possono aumentare il rischio di autismo, sulla base di una predisposizione genetica; non è però noto quali siano i fattori più incisivi. L'ipotesi di rapporto tra genetica e stili di vita sta diventando centrale per comprendere molte malattie di tutte le età, anche nella vecchiaia. Manca però ancora una metodologia di ricerca che permetta di delineare scenari credibili, come premessa per eventuali interventi. Sul piano preventivo e delle cure.

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

Allego i **programmi degli eventi AIP di maggio e giugno**: quello del **5° Congresso Nazionale "Giovani AIP"**, dedicato ai giovani geriatri, e la **Summer School sulla depressione dell'anziano**. Due occasioni significative, che si terranno a Torino in un ambiente particolarmente accogliente, dedicate a chi volesse (da giovane e da adulto) approfondire la propria cultura psicogeriatrica.

Continua in varie sedi la presentazione del libro "Aiutami a ricordare" pubblicato da San Paolo per il sottoscritto. Sono in programma, prima dell'estate, oltre a quelle di Bertinoro e di Taranto, che si sono appena svolte, quelle di Povo e Brentonico in provincia di Trento, di Sabbioneta, di Bergamo, di Ferrara, di Arzignano, di Brescia, di Rovigo. Sono occasioni, stimulate dal volume, per affrontare argomenti di ambito psicogeriatrico di rilevante importanza clinica e umana. Allego la recensione del libro, recentemente scritta da Fabio Cembrani con la consueta generosa maestria.

Buon lavoro, con viva simpatia,

Marco Trabucchi

*Associazione Italiana di Psicogeriatrica*

Presentare un libro, dopo averlo letto con attenzione e per esteso, non è mai un'impresa semplice. Quando poi il libro è stato scritto da una persona amica l'impresa diventa ancor più difficile per ovvi motivi: all'Autore sei, infatti, legato da un doppio filo perché le sue parole impresse sulla carta disvelano ricordi, sentimenti condivisi, impegni portati a compimento, traguardi non ancora raggiunti, anche delusioni.

Leggere un libro è comunque una straordinaria esperienza.

La lettura di un buon libro suscita sempre franche suggestioni ma quando le suggestioni si tramutano in profonde emozioni e quando queste ultime, incontrando il nostro sentire interiore, educano e fortificano i nostri sentimenti costringendoci a quell'approfondimento riflessivo che serve quando cerchiamo di dare un senso al viaggio della vita, alla sofferenza di chi cura e al dolore dell'ineluttabile quel buon libro diventa un ottimo libro. È ciò che a me è accaduto leggendo "Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita" edito da Edizioni San Paolo nel 2022, l'ultimo libro di Marco Trabucchi.

Mi ha colpito il realismo non già iconico ma realista che lo permea dalla prima all'ultima pagina on cui l'autore si commiata dal lettore ricordandogli che "la medicina più difficile e delicata sente il legame con la persona che ha perso la mente" (pag. 215) e che "la demenza è una (straordinaria) palestra per i legami (pag. 216).

L'Autore ha piena consapevolezza di quanto sia complesso il prendersi cura della persona affetta da demenza, di quali sono le enormi difficoltà che si affrontano quando un nostro caro è colpito da questa malattia, della sofferenza ad ampio raggio che essa provoca anche in chi cura, delle ineluttabilità del processo degenerativo che, con la morte neuronale, produce l'ampio spettro della sintomatologia clinica che presentano questi ammalati e di quanto ancora sia lunga la strada della ricerca scientifica che non ha ancora trovato un rimedio curativo definitivo. Questi concetti vengono ripresi più volte ma ciò che sorprende è il come l'Autore mai si lasci tentare dalle insidie dell'umano pessimismo nemmeno in quelle parti del libro che trattano gli aspetti neuropatologici della malattia (Cap. 4) e le promesse di una nuova terapia farmacologica anche se le nostre speranze sono poi svanite nel nulla a seguito della decisione adottata dalla Agenzia regolatoria europea (EMA) di respingere la domanda di approvazione alla vendita del costosissimo anticorpo monoclonale anti-Beta (Aducanumab) che, sperimentalmente, aveva dimostrato la proprietà di ridurre i depositi dell'amiloide. Anche se questo filone di ricerca resta promettente nonostante "l'oscurità dello scenario complessivo che porta all'Alzheimer" ammessa dall'Autore (pag. 99) che, tuttavia, non deve spegnere la speranza di poter interrompere, in un prossimo futuro, la cascata dell'amiloide.

Leggendo il libro di Marco Trabucchi mi sono ripetutamente chiesto per quali motivi il realismo dell'Autore non trasfiguri nel pessimismo di chi si ostina a delineare nei prossimi trent'anni l'acutizzarsi della pandemia dementigena che potrebbe colpire centinaia di milioni di persone sparse in tutte le regioni del mondo: uno scenario possibile perché aumentando il numero dei vecchi cresce anche il numero delle persone

affette da demenza ma non probabile perché sono davvero molti i fattori "controllabili che attivano le potenziali capacità dell'encefalo di rallentare le modificazioni biologiche indotte dai fattori genetici" (pag. 87) e gli stili di vita salutari "capaci di contrastare la fragilità biologica che predispone, attraverso meccanismi non ancora definiti, alla comparsa di demenza" (pag. 91). Ha ragione l'Autore quando scrive che il "pessimismo dei numeri provoca sempre effetti negativi" (pag. 81) sottolineando che sulla prevenzione, "che dovrebbe essere la regina della medicina" (pag. 96), si è investito davvero poco anche nel nostro Paese per tutta una serie di ragioni su cui non voglio dilungarmi che non esonerano, tuttavia, la sostanziale passività dimostrata dai medici in questo campo della cura. Non solo dei medici di medicina generale ma anche, purtroppo, degli specialisti dei CDGD che, per la mia personale esperienza, conservano una visione miope focalizzata sui soli aspetti farmacologici rinunciando a diventare protagonisti di quel cambio di passo che la cura della persona affetta da demenza richiede perché, come scrive Marco Trabucchi, essi stessi, con tutta probabilità, "sono poco convinti sull'efficacia" (pag. 94) della prevenzione che, come confermano tutti i dati di letteratura, è in grado di "evitare l'iniziale comparsa di sintomi indotta da dinamiche tra predisposizione genetica e fattori che ne favoriscono l'espressione" (pag. 96).

Chi tra noi vive il dramma di un familiare o di una persona cara affetta da questa malattia sa quanto è faticoso e difficile il prendersi cura per ridurre la sua sofferenza; sa quanto è difficile bilanciare l'organizzazione della famiglia con le esigenze di cura; sa, al di là degli aspetti economici non certo marginali, quanto sono grandi le preoccupazioni per il domani rispetto alla possibilità concreta di continuare a garantire un'assistenza adeguata; sa che non può contare su quella rete dei servizi che viene spesso retorica cavalcata dal decisore politico che finge di non rendersi conto delle interruzioni che continuano ad esistere tra i servizi garantiti dal sociale (SAD) e quelli sanitari (ADI) e del profondo solco divisivo tra l'ospedale ed il territorio che impedisce il rapido passaggio di informazioni, la continuità e la qualità della cura. L'Autore non lo rinnega, è realista ma il suo realismo non rinnega la speranza, così "arcanica e misteriosa" come l'ha definita Eugenio Borgna nel suo ultimo libro (Mitezza, 2023) che dobbiamo avere soprattutto quando siamo immersi nel tempo dell'angoscia, della paura e della disperata solitudine. Perché è proprio la speranza che cambia il nostro modo di guardare al mondo, che fa rinascere la mitezza e la gentilezza nel nostro cuore e che accresce il senso ed il valore delle tante piccole cose che confortano, nutrono e fortificano l'amore donato alla relazione di cura che addolcisce i nostri cuori induriti (pag. 43). Sì, è vero, per la cura della demenza non esiste ancora una terapia risolutiva (pag. 112) anche se questa amara constatazione non cancella il ruolo, il valore ed il significato terapeutico delle "tante piccole cose in grado di proteggere, singolarmente o in gruppo, la persona ammalata, modificando la storia naturale della patologia che l'ha colpita" (pag. 100). Con risultati sorprendenti, davvero "immisurabili perché fondati su una relazione" che risponde a nuove logiche, pur avendo una rilevante efficacia" (pag. 101). Che non sono certo quelle del pareggio di bilancio e dell'efficienza performante di quel che resta della sanità pubblica italiana ma che si

riconosce in quel rapporto di "reciproca vicinanza e comprensione anche quando la malattia modifica queste capacità" (pag. 46). Perché è vero: la cura, come scrive l'Autore, "è costituita, in modo indissolubile, da generosità, cultura e supporti tecnici" (pag. 27). Per questo essa richiede sempre un supplemento di attenzione, dolcezza, generosità, amore, gentilezza, impegno ed un saper responsabilmente fare le cose difficili in assoluta normalità. Anche e forse soprattutto quando la persona è in apparente deanimazione (pag. 52), disorientata, confusa, agitata, non più in grado di riconoscerci, incapace di capire e di farsi da noi capire. Perché anche questa persona resta una persona umana a tutti gli effetti come ci ricorda l'Autore, che insiste molto sull'esigenza di far riferimento non alla demenza in astratto ma alla persona affetta da demenza perché l'ammalato non può essere mai ridotto alla sua patologia "con il rischio concreto che malattia e vita si confondano" (pag. 40). Perché la dignità umana è un valore che non possiamo tradire, offendere, calpestare, violare "di fronte all'ammalato, anche il più compromesso" (pag. 39) soprattutto in questo momento storico in cui l'anestesia provocata dalla cultura dello scarto, come ha ripetutamente detto papa Francesco, è il male più profondo del nostro tempo. La dignità umana è una faccenda del tutto seria, dobbiamo ricordarlo, e la dignità non si spegne e non si cancella nemmeno quando l'ammalato ha perso la memoria o si è apparentemente trasfigurato in quel 'non è più lui/lei' spesso riferitoci, nei nostri ambulatori, dai suoi familiari come segnale evidente dello sconquasso cognitivo. Non solo perché l'ammalato non perde la sua capacità di attaccamento alla vita e la sua capacità di esprimere preferenze, interessi di esperienza, di provare gioia e dolore. Ma soprattutto perché la dignità è parte stessa dell'umano con la conseguenza che la sua rinuncia ci tragheta nel regno irragionevole, buio e pericoloso di quel post-umano restio a partecipare al dolore e alla sofferenza delle persone che la vita cui fa incontrare.

Grazie prof. Trabucchi per gli stimoli che ci ha donato. Grazie per averci ricordato che la demenza è una palestra che addolcisce i legami e che alla fine di tutto dobbiamo essere grati a chi ci educa ad un continuo lavoro di ricerca interiore.

Brentonico, maggio 2023

Fabio Cembrani



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 necessita 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](http://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](http://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







ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

*Con il Patrocinio di*



REGIONE  
PIEMONTE



CITTA' DI TORINO



ASL  
CITTÀ DI TORINO

OMCeO Torino  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



A.C.S.A.  
ONLUS



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

5° Congresso Nazionale

"Giovani AIP"



Giovani Medici per Vecchi Pazienti

Torino 11, 12, 13 maggio 2023



**Presidenti del Congresso : D. De Leo - M. Trabucchi**

**Responsabile Scientifico : M. Massaia**

**Presidente Onorario : T. D. Voci**

**Segreteria Scientifica : Direttivo Sez. Piemonte – Valle d’Aosta AIP**

**STRUTTURA DIDATTICA:** Il corso prevede:

n° 6 SIMPOSI: il docente presenterà l’argomento e introdurrà e coordinerà gli interventi di alcuni giovani partecipanti selezionati

n° 10 Meet The Expert: letture di esperti dei rispettivi argomenti

n° 3 Letture magistrali di “apertura”

n° 1 Incontro-dibattito: proiezione di alcuni estratti del docufilm “PerdutaMente” e discussione con l’attore-regista

n° 2 Sessioni con tre relazioni ciascuna

**SEDE: Centro Internazionale di Formazione (ITC-ILO)**

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

Viale Maestri del Lavoro, 10 - 10127 TORINO - [www.itcilo.org/it/about/turin-campus](http://www.itcilo.org/it/about/turin-campus)



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA :**

**Pelagus**  
fficia  
Meeting & events planner

**370.3773395 - [segreteria@pelagusofficia.it](mailto:segreteria@pelagusofficia.it)**

**PROVIDER ECM:**

 **MANAGER**

**ID 3384 Manager s.r.l. C.so F. Turati 11/C – 10128 Torino (TO)**

**ITC**   
International Training Centre





**14.00** Simposio: “Utilizzo dei biomarcatori nel disturbo neurocognitivo minore nell’ambito della pratica clinica quotidiana “

**Introduce : *O. Zanetti***

**15.15** Simposio : “Il futuro dei CDCD”

**Introduce : *E. Mossello***

**16.30** Apertura del congresso *A.M. Cotroneo – M. Massaia – L. Serchisu*

**Saluto delle Autorità**

**Solitudine ed anziani *D. De Leo***

**La Mission della psichiatria *M. Trabucchi***

**Gli antipsicotici nell’anziano *C. Vampini***

**18.15** Incontro – dibattito *con P. Ruffini*

**attore e regista di “PerdutaMente” docufilm sull’Alzheimer**

**19.00** Premio “C. Liffredo” e Welcome Cocktail

**11**  
**maggio**



**8.45 Meet The Expert**                      **Presiedono: *D. Martelli – D. Persico - I. Rainero***

**I parkinsonismi vascolari nell'anziano: quale terapia**    *L. Lopiano*

**La sindrome metabolica**            *E. Martinelli*

**L'ortogeriatría**    *M. Roselli – M. Marabotto*

**10.00 Simposio: “La tecnologia al servizio della psicogeriatría: intelligenza artificiale, telemedicina, teleriabilitazione”**

**Introduce : *R. Rozzini***

**11.15 Coffee Break**

**11.30 Simposio: “Depressione “**

**Introduce: *A Bianchetti***

**12.45 Meet The Expert**            **Presiede: *D. Leotta***

**Lo stato dell'arte della M. di Alzheimer**    *A. Padovani*

**13.15 Lunch**

**12**  
**maggio**







12

maggio

**14.15 Meet The Expert    Presiede: *G. Gelmini***

**L’RSA del futuro: tra cura, assistenza, ambiente e salubrità    *A. Malara***

**14.45 Meet The Expert    Presiede: *F. Di Stefano***

**Update su EarlyOnset Corpi di Levy e AD: un confronto    *A. Cagnin***

**15.15 Simposio: "FTD: variante comportamentale vs variante semantica "**

**Introduce : *S. Cappa***

**16.30 Meet The Expert    Presiede: *C. Serrati***

**Ruolo della PET FDG e PET amiloide nella diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer    *D. Perani***

**17.00 Simposio "Effetti del long covid sul sonno e sulle funzioni cognitive"**

**Introduce : *M. Massaia***

**18.15 Meet the Expert    Presiede: *P. Sapone***

**Neuroinfiammazione nelle demenze primarie: nuove prospettive terapeutiche    *G. Koch***

**18.45 Conclusione 2 giornata**

**Cena**





13

maggio

- 8.45 Meet the Expert Presiede: *M. Giusti*  
Ipertensione arteriosa e apnee notturne *P. Lentini***
- 9.15 Meet the Expert Presiede: *P. Secreto*  
Stili di vita tra healthy ageing e decadimento cognitivo *N. Veronese***
- 9.45 Meet the Expert Presiede: *D. Voci*  
Lo Scompenso cardiaco nell'anziano *A. Ungar***
- 10.15 Coffee Break**
- 10.30 1° Sessione Moderatori: *F. De La Pierre - G. Di Gravina - A. Papa*  
-Diabete e decadimento cognitivo *G. Battaglia*  
-Osteoporosi: differenze di genere *E. Calvi*  
-Ansia e disturbi del sonno *S. Mondino***
- 11.30 2° Sessione Moderatori : *A. Biolcati - G. Emanuelli - B. Ingignoli*  
-Il ruolo del DEA PS per garantire l'appropriatezza del ricovero del  
paziente anziano *V. Natale*  
-La politerapia: vantaggi e pericoli *P. Gareri*  
-Prevenzione e trattamento del delirium *G. Belleli***
- 12.30 Meet the Expert Presiede: *V. Canonico*  
Invecchiamento e immortalità *S. Govoni***
- 13.00 Prove di valutazione ECM  
Conclusione dei lavori: *A.M. Cotroneo – M. Massaia – L. Serchisu***



## INFORMAZIONI GENERALI

**ECM:** L'evento è accreditato **ore di formazione: 18** **crediti ECM previsti: 12,6**

**DESTINATARI:** Giovani Medici: *geriatri, internisti, neurologi, psichiatri* -Giovani Psicologi

**PROVENIENZA:** territorio nazionale

**ISCRIZIONE:** costo: € 600,00 - **comprende:** Partecipazione ai lavori, kit congressuale, materiale ECM, attestato di partecipazione, attestato attribuzione crediti agli aventi diritto

**& FORMULA CAMPUS:** n° 2 pernottamenti, coffee break, welcome cocktail, colazioni di lavoro, cena

Le iscrizioni dovranno essere effettuate in modalità "online" dal 20/3 al 30/4 2023 sul sito

***[www.pelagusofficia.it](http://www.pelagusofficia.it)***

Registrandosi al portale e seguendo scrupolosamente le istruzioni.

La registrazione consentirà, utilizzando le proprie credenziali, di accedere successivamente alle informazioni sul corso, di scaricare gli attestati di partecipazione e di attribuzione crediti ECM, e visitare il catalogo dei nostri corsi.





**Realizzato grazie al contributo incondizionato di:**

**Gold Sponsor**



**NEOPHARMED  
GENTILI**



**PIAM**  
Pharma &  
Integrative Care

**Silver Sponsor**



**NUTRICIA**  
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

**Sponsor**



**Angelini  
Pharma**

**DUPI**



STADA GROUP



Caring for People's Health



**epitech  
group**



**ERREKAPPA  
EUROTERAPICI**

**FARMAPLUS**



International Training Centre

**Lundbeck**



**princeps**  
Azienda farmaceutica



**VIATRIS**