

Dalla letteratura

Sonno, movimento, dieta: la somma dei piccoli passi che riduce il rischio cardiovascolare

Piccoli aggiustamenti delle abitudini quotidiane, se combinati, potrebbero tradursi in una riduzione misurabile del rischio di eventi cardiovascolari maggiori. È il messaggio pratico che emerge da un'analisi su dati UK Biobank appena pubblicata sullo *European Journal of Preventive Cardiology*: invece di puntare a grandi cambiamenti su un singolo comportamento, lo studio quantifica quali "micro-variazioni" simultanee di sonno, attività fisica e qualità della dieta si associano a un beneficio clinicamente rilevante¹.

Il lavoro ha utilizzato i dati di una sotto-coorte della UK Biobank, includendo 53.242 adulti senza pregressa "major CVD" al basale e seguiti per circa otto anni. Durante il follow-up si sono verificati 2.034 eventi dell'endpoint composito MACE (infarto miocardico, scompenso cardiaco e ictus). Sonno (ore/die) e attività fisica moderata-vigorosa (minuti/die) sono stati stimati con dispositivi indossabili e algoritmi basati su machine learning, mentre l'alimentazione è stata valutata tramite questionario con derivazione di un Dietary Quality Score (DQS) a 10 item.

L'associazione tra combinazioni di comportamenti e rischio di eventi è stata stimata con modelli di Cox, ag-

giustando per molteplici confondenti (tra cui età, sesso, fumo, deprivazione del sonno, farmaci e comorbidità), e includendo analisi di sensibilità su caratteristiche del sonno (insonnia, russamento, cronotipo, sonnolenza diurna) e su misure alternative di dieta (quota di ultra-processati).

Il risultato centrale è la definizione di una "combinazione ottimale" osservata nel campione: 8,0-9,4 ore di sonno al giorno, 42-104 minuti/die di attività fisica moderata-vigorosa e un DQS 32,5-50, associata a una riduzione del 57% del rischio di MACE rispetto al profilo meno favorevole (HR 0,43; IC95% 0,30-0,62).

Ancora più rilevante per la pratica è la stima di una soglia minima " clinicamente significativa": circa +11 minuti/die di sonno, +4,5 minuti/die di MVPA e +3 punti DQS (tradotti in modo orientativo come ~¼ di tazza di verdure in più al giorno) risultavano associati a un -10% di rischio (HR 0,90; IC95% 0,88-0,94). Gli autori riportano eterogeneità tra sottotipi, con un beneficio complessivo più marcato per lo scompenso cardiaco rispetto a infarto e ictus lungo lo spettro dei punteggi combinati, e sottolineano che non è emersa una vera interazione sinergica fra i tre comportamenti (indicatori di interazione additiva sostanzialmente nulli).

In generale, i dati supportano una comunicazione più "realistica" della

prevenzione: integrare micro-obiettivi (qualche minuto in più di attività fisica moderata-vigorosa "incorporata" nella giornata e un piccolo incremento della qualità/vegetali, insieme a un sonno più adeguato) può essere più sostenibile rispetto al perseguimento immediato di target standardizzati, soprattutto in cardiologia preventiva e nei percorsi di riabilitazione.

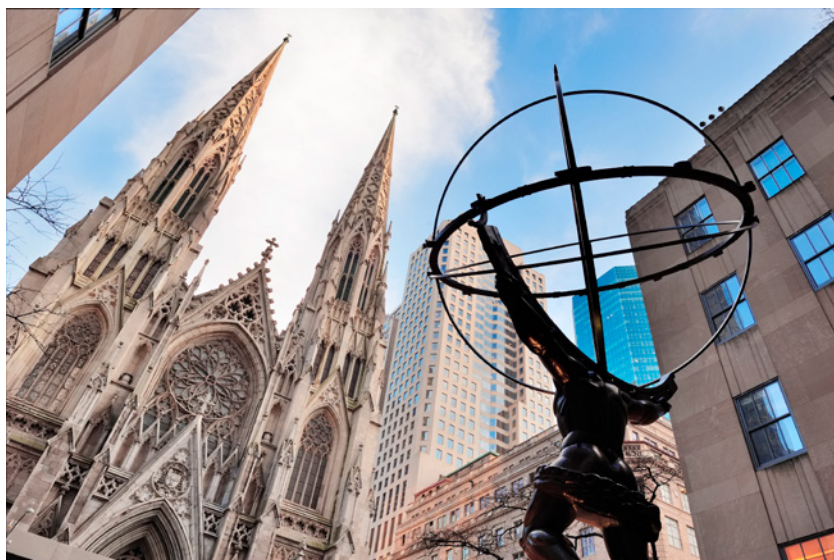
Al tempo stesso, lo studio resta osservazionale: non dimostra causalità e alcune scelte metodologiche possono attenuare o distorcere l'associazione, in particolare la dieta auto-riferita e il disallineamento temporale tra raccolta dietetica e misure da wearable; inoltre, non si può escludere confondimento residuo o reverse causation.

La prospettiva indicata dagli autori è passare da stime "teoriche" a verifiche sperimentali: servono trial multi-comportamentali e strumenti digitali che aiutino a mantenere cambiamenti piccoli ma cumulativi, valutando quanto rapidamente si manifesti il beneficio e quanto sia stabile in popolazioni più diverse rispetto a UK Biobank.

Bibliografia

1. Koemel NA, Biswas RK, Simpson SJ, et al. Combined variations in sleep, physical activity, and nutrition and the risk of major adverse cardiovascular events. *Eur J Prev Cardiol* 2026 Mar 23: zwag141.

Fabio Ambrosino
in collaborazione con cardioinfo.it



Fifth Avenue, New York.

Chemioterapia domiciliare? Uno studio dice sì

La somministrazione di regimi chemioterapici in ambito domiciliare rappresenta un'opzione sicura per i pazienti oncologici. Lo afferma uno studio pubblicato su *NEJM Catalyst* che ha valutato il modello Mayo Clinic's Cancer CARE Beyond Walls (Connected Access and Remote Expertise), un protocollo integrato che combina telemedicina, monitoraggio remoto del paziente e servizi clinici domiciliari per l'erogazione di terapie oncologiche al di fuori dei tradizionali centri infusionali¹.

Nel corso dello studio pilota, un team multidisciplinare del Mayo Clinic

Comprehensive Cancer Center ha somministrato 93 infusioni chemioterapiche endovenose (EV) a un campione di 10 pazienti presso il loro domicilio. I ricercatori hanno riportato i seguenti esiti clinici: assenza di reazioni avverse correlate all'infusione; assenza di infezioni correlate al catetere vascolare; conferma della fattibilità tecnica e della sicurezza del protocollo operativo. "Il trattamento oncologico ha storicamente richiesto e ancora richiede lunghe permanenze presso i centri infusionali, spesso distanti dalle abitazioni dei pazienti", afferma Roxana Dronca, direttrice del Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center in Florida. "Questo modello permette di erogare cure di alta specializzazione direttamente al domicilio, riducendo il carico assistenziale e mantenendo standard clinici elevati".

Lo studio evidenzia il potenziale della chemioterapia domiciliare nel mitigare il carico fisico, psicologico ed economico associato al trattamento. I principali vantaggi riscontrati includono ottimizzazione della logistica (eliminazione dei tempi di spostamento per i pazienti e i loro caregiver e minore interferenza con le attività quotidiane), continuità assistenziale (monitoraggio costante tramite visite virtuali e dispositivi remoti), soddisfazione del paziente oncologico (la maggior parte dei partecipanti ha espresso un elevato grado di soddisfazione, raccomandando il modello ad altri pazienti).

Per consolidare queste evidenze, la Mayo Clinic sta proseguendo l'arruolamento per un trial clinico randomizzato già avviato nell'agosto 2023. L'obiettivo è confrontare la chemioterapia domiciliare con lo Standard of Care in setting ospedaliero. Lo studio analizza para-

metri quali sicurezza, outcome clinici, patient experience e analisi dei costi.

Bibliografia

1. Dronca RS, Jones JC, Maniaci MJ, et al. Cancer CARE (Connected Access and Remote Expertise) beyond walls – safety, feasibility, and patient experience of home-based chemotherapy. *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2026; 7(4).

David Frati

in collaborazione con oncoinfo.it

Tumore al seno: una disparità a "due velocità"

Il tumore al seno si conferma la principale neoplasia per incidenza e una delle prime cause di mortalità e disabilità tra le donne a livello globale. Un recente e imponente studio pubblicato su *The Lancet Oncology*, parte del progetto Global Burden of Disease (GBD) 2023, ha analizzato l'evoluzione epidemiologica della patologia in 204 Paesi dal 1990 al 2023, offrendo proiezioni fino al 2050¹. I dati delineano un quadro a "due velocità": se da un lato i progressi diagnostici e terapeutici stanno riducendo drasticamente la mortalità nei Paesi ad alto reddito, dall'altro l'aumento dei casi e delle morti nei Paesi a basso reddito segnala con sempre maggiore evidenza l'esistenza di problemi di equità e sostenibilità dei sistemi sanitari a livello globale.

L'analisi condotta dall'Institute for Health Metrics and Evaluation dell'Università di Washington su 204 paesi evidenzia come il carico della malattia si distribuisca in modo inversamente

proporzionale alle risorse disponibili. Nel 2023 sono stati stimati globalmente 2,30 milioni di nuovi casi di tumore al seno, con 764.000 decessi e una perdita di 24,1 milioni di DALYs (anni di vita persi per morte prematura o vissuti con disabilità). Mentre nei Paesi ad alto reddito l'incidenza standardizzata per età (ASIR) è rimasta sostanzialmente stabile (+1,2% dal 1990), nelle nazioni a basso reddito si è invece registrato un incremento drammatico del 147,2%.

Ancora più marcata è la divergenza sulla mortalità. Nei Paesi ad alto reddito, grazie all'efficacia degli screening e all'accesso a terapie innovative, il tasso di mortalità standardizzato (ASMR) è diminuito del 29,9%. Al contrario, nei Paesi a basso reddito lo stesso tasso è quasi raddoppiato (+99,3%). Le regioni dell'Africa sub-sahariana presentano i tassi di mortalità più elevati: 35,6 per 100.000 abitanti nell'Africa centrale sub-sahariana, 34,0 nell'Africa occidentale. In queste aree, la combinazione tra diagnosi tardive (meno del 30% dei casi viene diagnosticato in stadio I o II), accesso limitato a terapie efficaci e carenze infrastrutturali determina esiti devastanti. Secondo i dati dell'International Atomic Energy Agency, solo la metà circa dei Paesi africani dispone di servizi di radioterapia, e nessuno ha capacità sufficienti per soddisfare i bisogni della popolazione.

L'Europa occidentale presenta un quadro complessivamente favorevole, con un'incidenza standardizzata di 90,3 per 100.000 abitanti e una mortalità di 19,2 per 100.000 abitanti nel 2023. Tra il 1990 e il 2023, la regione ha registrato un aumento dell'incidenza del 4,2% ma una riduzione della mortalità del 34,5%, testimonianza dell'efficacia dei programmi di screening e dei progressi terapeutici.

I dati relativi all'Italia evidenziano l'efficacia delle politiche di prevenzione e gestione oncologica adottate negli ultimi trent'anni. Nel 2023, l'Italia ha registrato circa 51.100 nuovi casi. Sebbene il numero assoluto di casi sia cresciuto del 29,6% dal 1990 – riflettendo l'invecchiamento della popolazione e l'espansione dei programmi di screening – il dato più rilevante per la programmazione sanitaria è la riduzione dell'ASMR, sceso del 34,7%.

Questo successo indica che, nonostante l'aumento della pressione sul sistema per il numero di pazienti da prendere in carico, la capacità di diagnosi precoce (secondo i dati del Ministero della salute lo screening mam-



Rockefeller Center, New York.

mografico raggiunge il 75% della popolazione target) e l'appropriatezza dei percorsi terapeutici hanno garantito una sopravvivenza significativamente maggiore, posizionando l'Italia tra i Paesi con i risultati più solidi.

Lo studio GBD 2023 quantifica per la prima volta il contributo di sette fattori di rischio modificabili rispetto al carico globale del tumore al seno: nel complesso, questi spiegano il 28,3% dei DALYs. Il principale è rappresentato dai fattori dietetici, in particolare il consumo elevato di carne rossa (10,8%), seguito da tabacco (7,6%), glicemia elevata (5,8%), obesità negli adulti (4,1%), consumo di alcol (2,1%) e scarsa attività fisica (2%).

Interessante notare come l'impatto di questi fattori vari con l'età: l'alto BMI emerge come un rischio significativo soprattutto per le donne in post-menopausa, mentre sembra avere un ruolo differente nel periodo premenopausale. Questo dato, coerente con la letteratura scientifica che documenta effetti differenziali degli ormoni estrogeni, sottolinea l'importanza di strategie preventive mirate e differenziate per fasce d'età.

Investire in politiche di prevenzione primaria che promuovano stili di vita sani resta la strategia più sostenibile a lungo termine per alleggerire la pressione di questo tumore sui sistemi sanitari nazionali.

Le previsioni per il 2050 indicano che i casi globali di tumore al seno raggiungeranno i 3,56 milioni, con un numero di decessi annui stimato a 1,37 milioni. Questa crescita richiederà un potenziamento senza precedenti delle infrastrutture sanitarie, specialmente nelle economie emergenti.

Particolarmente preoccupante è la previsione per l'Africa sub-sahariana, dove è previsto che il tasso di mortalità standardizzato aumenti da 29,8 per 100.000 nel 2024 a 32,8 per 100.000 nel 2050, ampliando ulteriormente il divario rispetto ai Paesi ad alto reddito. Senza interventi efficaci, la maggior parte dei Paesi a basso e medio reddito non raggiungerà l'obiettivo dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di ridurre la mortalità standardizzata del 2,5% annuo entro il 2040, fissato dalla Global Breast Cancer Initiative del 2021.

Nei contesti a risorse limitate, le principali barriere includono la carenza di infrastrutture diagnostiche, la scarsa disponibilità di farmaci essenziali (inclusi nella lista OMS ma spesso inaccessibili o troppo costosi), la mancanza di personale specializzato e caratteristiche socioculturali ed



Via de' Musei, Bologna.

economiche che ritardano la ricerca di assistenza.

Uno studio pubblicato su *Lancet Global Health* nel 2020 ha documentato una sopravvivenza netta a 3 anni di appena il 50% nell'Africa sub-sahariana, rispetto all'85-90% dei Paesi ad alto reddito². Questa differenza è attribuibile principalmente alla diagnosi in stadio avanzato: mentre nei Paesi occidentali oltre il 50% dei tumori viene diagnosticato in stadio I-II, in molte regioni africane la maggioranza dei casi viene identificata in stadio III-IV, quando le opzioni terapeutiche sono limitate e la prognosi infausta.

Solo un impegno globale coordinato può sperare di invertire la tendenza all'aumento delle disuguaglianze documentata dallo studio GBD così da avvicinarsi agli ambiziosi obiettivi dell'Oms per il 2040.

Bibliografia

1. GBD 2023 Breast Cancer Collaborators. Global, regional, and national burden of breast cancer among females, 1990-2023,

with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Oncol* 2026; 27: 302-26.

2. McCormack V, McKenzie F, Foerster M, et al. Breast cancer survival and survival gap apportionment in sub-Saharan Africa (ABC-DO): a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e1203-e1212.

Mara Losi

in collaborazione con careonline.it

Lesioni del midollo spinale nell'anziano: recupero neurologico preservato, ma nuove sfide per la riabilitazione

Due studi pubblicati su *Neurology* suggeriscono che l'età avanzata non rappresenta di per sé un limite al recupero neurologico dopo una lesione del midollo spinale. Tuttavia, nei pazienti oltre i 70 anni resta più difficile tradurre questo potenziale di recupero in un reale ritorno all'autonomia nella vita quotidiana. I risultati emergono da lavori condotti da ricercatori dell'Università di Pavia e dell'Irccs Maugeri di Pavia^{1,2}.

In Italia si stimano ogni anno circa 2.500 nuovi casi di mielolesione. Sebbene i traumi rappresentino una causa importante, una quota crescente di casi è oggi legata a tumori, patologie degenerative della colonna vertebrale, malattie vascolari o infezioni. Parallelamente, l'età media dei pazienti con lesione midollare è progressivamente aumentata negli ultimi anni, riflettendo sia l'invecchiamento della popolazione sia i progressi diagnostici e terapeutici che consentono di intervenire su patologie un tempo associate a elevata mortalità.

Il primo studio ha analizzato i dati di 2.171 pazienti arruolati nello European Multicenter Study about Spinal Cord Injury, con l'obiettivo di valutare l'influenza dell'età sul recupero neurologico e funzionale dopo mielolesione. I risultati indicano che i pazienti con più di 70 anni mantengono un potenziale di recupero neurologico - in termini di forza muscolare e sensibilità - comparabile a quello dei pazienti più giovani. Tuttavia, mostrano maggiori difficoltà nel recupero funzionale, in particolare nelle attività della vita quotidiana e nella deambulazione.

Secondo Chiara Pavese, docente dell'Università di Pavia e specialista in riabilitazione neuromotoria presso l'Irccs Maugeri, diversi fattori contribuiscono a questa discrepanza tra recupero neurologico e autonomia funzionale. Tra questi rientrano la presenza di comorbidità frequenti nell'anziano - come patologie cardiovascolari, diabete o osteoporosi - ma anche aspetti cognitivi, motivazionali e la diversa capacità di apprendere e consolidare le strategie riabilitative. Per questo motivo, sottolineano gli autori, diventa necessario sviluppare percorsi riabilitativi più specifici e personalizzati, capaci di rendere il recupero neurologico effettivamente traducibile nelle attività quotidiane.

Il secondo lavoro, una revisione sistematica che ha incluso 404 individui (303 pazienti con lesione midollare e 101 controlli sani), affronta invece un aspetto meno esplorato della riabilitazione del paziente mieloleso: le alterazioni della voce. Con l'aumento dell'età dei pazienti emergono infatti disturbi meno frequenti nei soggetti giovani, tra cui disfonia e difficoltà di deglutizione, condizioni che possono incidere significativamente sulla salute generale e sulla qualità di vita. L'analisi delle evidenze disponibili ha permesso agli autori di delineare indicazioni diagnostiche e di proporre un protocollo riabilitativo specifico per la gestione

della disfonia dopo lesione del midollo spinale.

Come osserva Antonio Nardone, direttore dell'Unità Spinale dell'Irccs Maugeri e professore ordinario di Medicina fisica e riabilitativa all'Università di Pavia, l'evoluzione epidemiologica delle mielolesioni impone una revisione dei modelli di presa in carico. Nelle strutture di neuroriabilitazione, delle gravi cerebrolesioni e nelle unità spinali, l'attività clinica è sempre più integrata con programmi di ricerca dedicati allo sviluppo di protocolli riabilitativi avanzati e personalizzati.

Le attività dell'Irccs Maugeri si inseriscono in questo contesto attraverso collaborazioni internazionali e progetti di innovazione tecnologica finanziati a livello nazionale e regionale, tra cui "Fit4Medical Robotics" e "REDRIWE". L'obiettivo, sottolineano i ricercatori, è tradurre i progressi scientifici in percorsi riabilitativi più efficaci e adattati al nuovo profilo dei pazienti con mielolesione, sempre più anziani e con bisogni clinici complessi.

Bibliografia

1. Pavese C, Scivoletto G, Puci M, et al. The relationship between age and recovery after spinal cord injury: a longitudinal cohort study. *Neurology* 2026; 106: e214516.
2. Poggi B, Zupo R, Caggiano N, et al. Diagnosis and rehabilitation of dysphonia after spinal cord injury: a systematic review. *Neurology* 2026; 106: e214689.

Luciano De Fiore
in collaborazione con neuroinfo.it

Il supporto dell'IA nello screening mammografico: MASAI è il punto di svolta?

L'intelligenza artificiale (IA) ha il potenziale per supportare i radiologi nella lettura delle immagini e migliorare le prestazioni dello screening, oltre a ridurre il loro carico di lavoro. MASAI (Mammography Screening with Artificial Intelligence), uno studio pubblicato su *The Lancet* e coordinato da Kristina Lång della Lund University (Malmö, Svezia), ha coinvolto più di 105mila donne nel più grande trial randomizzato controllato sull'uso dell'IA predittiva in medicina¹.

Lo screening mammografico è associato a una riduzione della mortalità per tumore al seno, in gran parte attribuibile alla sua diagnosi e trattamento precoce. Tuttavia, nonostante la procedura di doppia lettura delle immagini raccomandata dalle linee guida europee, non tutti i tumori vengono individuati durante lo screening. Alcuni di questi possono manifestarsi come tumori intervallo, che sono associati a caratteristiche istopatologiche meno favorevoli e a una maggiore mortalità specifica per tumore mammario rispetto a quelli rilevati in sede di screening.

Il tasso di tumori intervallo è quindi un importante indicatore dell'efficacia dello screening. MASAI è un trial randomizzato controllato a cui hanno partecipato 105.936 donne svedesi tra i 40 e i 74 anni, randomizzate in un design 1:1 per confrontare lo screening mammografico supportato dall'IA con



Fontana dell'Atlante a Castle Howard, Yorkshire.

la doppia lettura standard senza IA. Nel gruppo di intervento, il supporto dell'IA avveniva in due fasi distinte: prima assegnava un punteggio di rischio, e in seconda battuta veniva utilizzata come supporto alla valutazione del radiologo.

Sebbene lo studio non fosse stato disegnato per mostrare la superiorità della lettura singola con il supporto dell'IA ma la sua non inferiorità, i tumori intervallo diagnosticati nel gruppo intervento presentavano caratteristiche più favorevoli rispetto a quelli diagnosticati nel gruppo di controllo. Rispetto alla doppia lettura standard, lo screening supportato dall'IA ha portato a una maggiore sensibilità e un miglioramento costante in tutte le fasce d'età e densità mammaria, mentre la specificità è rimasta invariata.

In MASAI, le più di 53mila donne assegnate al gruppo intervento hanno eseguito uno screening con il sistema Transpara, che assegnava inizialmente uno score di rischio: le mammografie con score tra 1 e 9 erano indirizzate a lettura singola con il supporto di IA, quelle con score 10 a doppia lettura con AI. Il gruppo di controllo ha ricevuto la doppia lettura standard, senza utilizzo di IA. La popolazione aveva un'età mediana di 53,8 anni nel gruppo intervento e 53,7 nel controllo.

L'outcome primario, il tasso di tumori intervallo, è risultato 1,55 per 1.000 partecipanti (IC 95% 1,23-1,92) nel gruppo IA e 1,76 (1,42-2,15) nel gruppo controllo, con un proportion ratio di 0,88 (IC 95% 0,65-1,18; $p=0,41$), e ha soddisfatto il criterio di non inferiorità predefinito (margine del 20%). In termini assoluti, la riduzione è stata di 0,21 tumori intervallo ogni 1.000 partecipanti che hanno effettuato lo screening.

Eric Topol, nel suo commento su *Ground Truths* dell'8 febbraio, ha definito l'insieme delle evidenze disponibili come sufficienti a rendere il supporto IA uno standard di cura per tutte le mammografie². Secondo Topol, che nel suo articolo ha menzionato MASAI e altri studi, la combinazione di maggiore detection, nessun aumento dei richiami e riduzione del carico radiologico a oggi rendono l'IA "occhi digitali che vedono ciò che gli umani non riescono a vedere".

Topol ha segnalato inoltre una dimensione spesso trascurata: l'IA applicata alla mammografia può identificare le calcificazioni delle arterie mammarie (breast arterial calcification - BAC), marker validato di rischio cardiovascolare. Algoritmi già approvati

dalla FDA hanno documentato che un incremento di categoria della BAC si associa a un aumento del rischio di eventi cardiovascolari maggiori fino al 91%, trasformando la mammografia in uno strumento di screening anche per la malattia cardiaca, principale causa di morte nelle donne.

Sul fronte degli ostacoli all'implementazione, Topol ha sottolineato che negli Stati Uniti l'accesso all'IA mammografica rimane limitato a pochi network radiologici, con costi aggiuntivi a carico della paziente e nessuna copertura assicurativa standard. Transpara è l'unico algoritmo validato in un RCT di questa portata, mentre gli altri sistemi in uso clinico (DeepHealth, Vara, Lunit, Kheiron) non hanno ricevuto la stessa valutazione rigorosa, rendendo incerta la trasferibilità dei risultati MASAI ad altre implementazioni.

Bibliografia

1. Gommers J, Hernström V, Josefsson V, et al. Interval cancer, sensitivity, and specificity comparing AI-supported mammography screening with standard double reading without AI in the MASAI study: a randomised, controlled, non-inferiority, single-blinded, population-based, screening-accuracy trial. *Lancet* 2026; 407: 505-14.
2. Topol EJ. Why all mammograms should incorporate AI. *Ground Truths* [Substack] 2026; 8 febbraio.

in collaborazione con inmedicina.it

I dati sulla prevalenza della demenza in Europa mostrano una crescita netta

L'ultimo *Dementia Prevalence Report 2025* di Alzheimer Europe aggiorna le stime del 2019 e restituisce un quadro epidemiologico che, per la neurologia clinica e la programmazione dei servizi, ha il peso di un indicatore "di sistema"¹. Il documento nasce anche come risposta a una domanda crescente di dati aggiornati da parte di decisori, ricercatori e associazioni, in un contesto in cui la pandemia di Covid-19 ha colpito in modo sproporzionato le fasce anziane e ha temporaneamente inciso sull'aspettativa di vita, senza però invertire la traiettoria di fondo dell'invecchiamento demografico.

Sul piano metodologico, Alzheimer Europe ha condotto una revisione della letteratura sulle stime di prevalenza pubblicate dopo il 2019, con una ricerca su PubMed tra il 10 luglio 2019 e il 3 febbraio 2025 che ha identificato 3.588 pubblicazioni, poi sottoposte a screening secondo criteri predefiniti in continuità con l'approccio EuroCoDe (studi di comunità, campione minimo 300, criteri diagnostici standardizzati, partecipazione >50%, disponibilità di dati grezzi). Dopo la selezione, gli autori degli studi eleggibili sono stati contattati per ottenere i raw data, che sono stati integrati con il dataset già costruito nel 2019. In totale l'analisi incorpora 18 studi e i dati di 43.995 partecipanti; le prevalenze specifiche per età e sesso



Unisfera a Flushing Meadows Park, New York.

sono state quindi applicate alle stime demografiche UN World Population Prospects 2024 per derivare i numeri paese-per-paese per 2025 e 2050.

I risultati quantificano una crescita netta. Nel 2025, nei 27 Paesi UE vivo- no con demenza 9.065.706 persone; estendendo lo sguardo anche ai Paesi europei non UE inclusi nel report, il totale sale a 12.122.979. La proiezio- ne al 2050 è ancora più impegnativa: 14.335.788 casi nell'UE27 (incremento del 58%) e 19.905.856 considerando UE + non UE (incremento del 64%). In parallelo, il report segnala variazio- ni per specifiche fasce d'età rispetto alle stime 2019, con un aumento par- ticolarmente visibile nei 70-74 anni (soprattutto negli uomini), mentre in alcune fasce successive il quadro nelle donne appare più misto.

Nel confronto europeo, l'Italia emer- ge tra i Paesi a più alta quota di popo- lazione coinvolta. Le stime indicano 1.436.859 persone con demenza nel 2025, pari al 2,43% della popolazione totale, con un marcato divario di gene- re: 945.672 donne e 491.187 uomini. Al 2050, i casi attesi superano i 2,2 milio- ni (2.218.571), con una prevalenza che arriverebbe al 4,28% dell'intera popo- lazione nazionale: un valore che, letto insieme alla struttura demografica del Paese, anticipa pressioni rilevanti su diagnosi, follow-up e continuità assi- stenziale.

Il report affianca ai numeri un mes- saggio operativo: senza un cambio di passo su capacità e infrastrutture dei sistemi sanitari e sociali, il carico clini- co rischia di crescere più rapidamente della risposta. Il tema dell'accuratez- za diagnostica viene esplicitamente collegato anche ai nuovi scenari tera- peutici, perché l'eventuale implemen- tazione di trattamenti anti-amiloide richiede percorsi in grado di diagno-



Statua di Prometeo a Borjomi (Georgia).

sticare, trattare e monitorare in modo appropriato. Sul fronte della preven- zione, il documento richiama le stime della Lancet Commission secondo cui fino al 45% dei casi potrebbe essere at- tribuibile a 14 fattori di rischio modifi- cabili, indicando un'area di intervento che, per la neurologia, implica integra- zione con la sanità pubblica e politiche intersettoriali.

Restano limiti strutturali: la scarsità di studi di comunità che includano in modo adeguato le età più giovani rende fragile la stima sotto i 65 anni e obbliga a mantenere, per alcune fasce, riferimenti a dati storici e a scelte me- todologiche di continuità. Proprio que- sto punto, insieme alla richiesta di dati più granulari sui sottotipi di demenza e sullo stadio di malattia, è indicato come

priorità per la ricerca futura. In sintesi, il report 2025 fotografa un incremento destinato a diventare "ordinario" nei prossimi decenni: l'Europa si avvicina a una soglia epidemiologica senza precedenti e l'Italia, per demografia e percentuali, è tra i Paesi chiamati a pianificare per primi una risposta pro- porzionata.

Bibliografia

1. Alzheimer Europe Dementia Prevalence Report 2025. The Prevalence of Dementia in Europe 2025. Alzheimer Europe 2026. Disponibile su: <https://short.do/VkDssP> [ultimo accesso 23 aprile 2026].

Fabio Ambrosino
in collaborazione con neuroinfo.it