

Direttore Responsabile: Fulvio Gardumi - Editore: Associazione Alzheimer Trento - via al Torrione, 6 - 38122 - Trento -
Reg. Tribunale di Trento n. 1328 del 12/06/2007 - tel. 0461/230775 - spedizione on-line
sito: www.alzheimerrento.org - e-mail: info@alzheimerrento.org

ALZHEIMER E GUIDA
indicazioni del dottor
Fabio Cembrani

Settembre 2026

15° Mese Mondiale Alzheimer

21 Settembre

33° Giornata Mondiale Alzheimer

Siamo ormai oltre la metà dell'estate che quest'anno è stata particolarmente pesante causa le temperature roventi, specialmente in città, che sono iniziate già ai primi di giugno e che stanno ancora proseguendo. Ci auguriamo che, soprattutto le famiglie dove sono presenti persone fragili per qualsiasi infermità, abbiano potuto fronteggiare al meglio questo vero e proprio flagello potendo usufruire di supporti adeguati e adottare precauzioni particolari in caso di persone a rischio.

Ormai dovremmo avvicinarci alla stagione più mite che, gradualmente, ci farà recuperare le energie indispensabili alle persone fragili per affrontare le giornate con maggior vigore e ai care-giver per riprendere con la forza necessaria il loro compito faticoso.

Fra poco inizierà il mese di settembre che da diversi anni è il mese dedicato alla malattia di Alzheimer.

Il **Mese Mondiale dell'Alzheimer** è stato istituito nel **2012** da parte dell'**Alzheimer's Disease International (ADI)**. L'iniziativa è nata per estendere a tutto settembre le campagne di sensibilizzazione, partendo dalla storica **Giornata Mondiale dell'Alzheimer**, istituita nel **1994** in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per sensibilizzare sul tema delle demenze e ridurre lo stigma associato, con eventi e attività organizzati in tutto il mondo.

La nostra Associazione quest'anno vuole celebrare questo anniversario con una mostra fotografica che riteniamo molto affascinante dal punto di vista estetico ma soprattutto per il messaggio che intende trasmettere, centrato sulla corretta concezione della persona umana e del suo valore unico *“al di là di ogni circostanza e in qualunque stato o situazione si trovi”*.

Invitiamo la cittadinanza a visitare l'esposizione, che si farà presso il **Castello del Buonconsiglio**, le due ultime settimane di settembre, sarà a entrata libera e potrà essere effettuata anche singolarmente negli orari di apertura del Castello

Le fotografie sono state realizzate dagli operatori di una casa di riposo di Treviso che hanno aderito alla bellissima idea del figlio (fotografo) di un'ospite: un'opera straordinaria che racconta il fascino dell'età matura ritraendo gli ospiti della RSA nelle vesti dei soggetti di famosi capolavori dell'Arte che troviamo in vari musei internazionali. Le persone ritratte hanno aderito all'iniziativa spontaneamente e con entusiasmo sentendosi gratificate per la considerazione e la cordialità vissuta nel corso dell'esecuzione del progetto.

Il titolo della progetto: **“Ogni vita è un capolavoro”** rispecchia perfettamente l'intento di chi ha lavorato al progetto e dà la spinta a riflettere sul valore della vita di ciascuno di noi.

In prossimità dell'inaugurazione invieremo la locandina dell'evento con tutte le informazioni.



Alzheimer, Aifa conferma il no ai farmaci anti-amiloide. "Beneficio clinico modesto e impatto organizzativo elevato"

La CSE conferma la non rimborsabilità di lecanemab e donanemab: pesano efficacia ritenuta limitata, rischi, complessità organizzativa e monitoraggio. Protestano AIMA, Lilly ed Eisai

La **Commissione scientifica ed economica (CSE) dell'Aifa** ha confermato la non ammissione alla rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale di **lecanemab e donanemab**, i due anticorpi monoclonali anti beta-amiloide indicati per il trattamento della malattia di Alzheimer nelle fasi iniziali. La decisione è accompagnata da un documento che illustra le motivazioni della valutazione e che individua nell'entità del beneficio clinico, nel profilo di sicurezza e nell'impatto organizzativo sul Servizio sanitario nazionale gli elementi principali alla base del parere negativo. La scelta ha suscitato l'immediata reazione dell'Associazione italiana malattia di Alzheimer (AIMA) e delle aziende **Lilly** ed **Eisai**, che chiedono un riesame della decisione.

Secondo la Commissione, il rallentamento della progressione della malattia osservato nei trial registrativi a 18 mesi è statisticamente significativo ma presenta un'entità ritenuta modesta sul piano clinico. Aifa osserva inoltre che le analisi di estensione a 36 mesi, basate sul confronto con coorti esterne, devono essere interpretate con cautela per la presenza di possibili fattori di confondimento e di un'elevata quota di dati mancanti. Tra gli elementi considerati figurano anche il rischio di anomalie radiologiche correlate all'amiloide (ARIA), che richiedono un attento monitoraggio, e la complessità organizzativa necessaria per identificare e seguire i pazienti eleggibili, attraverso PET o puntura lombare, risonanze magnetiche ed esami di controllo. La Commissione ricorda infine che le linee guida del Sistema Nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità raccomandano interventi non farmacologici quali stimolazione cognitiva e training cognitivo nelle diverse fasi della malat-

tia.

La presa di posizione ha provocato la dura reazione di **AIMA**, che parla di "secondo no" alle prime terapie in grado di rallentare la progressione dell'Alzheimer. La presidente **Patrizia Spadin** definisce "incomprensibile" la decisione della CSE e giudica "irrispettoso" il riferimento agli interventi di training e stimolazione cognitiva contenuto nelle motivazioni del provvedimento. Secondo l'associazione, in molte aree del Paese tali percorsi non sono disponibili oppure sono accessibili soltanto privatamente, con costi non sostenibili per numerose famiglie.

AIMA sostiene inoltre che l'introduzione delle nuove terapie avrebbe rappresentato un'occasione per rafforzare i Centri per i disturbi cognitivi e le demenze, investire nella diagnosi precoce, formare il personale e ridurre le disuguaglianze territoriali nell'assistenza.





Per l'associazione, il mancato accesso ai farmaci rischia invece di rinviare ancora una volta questi interventi organizzativi.

Anche **Lilly**, titolare di **donanemab**, esprime "forte disappunto e sorpresa" per il parere della CSE. L'azienda ricorda che il farmaco è autorizzato dall'Agenzia europea dei medicinali (EMA) dal settembre 2025 e che il rimborso è già previsto, con modalità differenti, in diversi Paesi, mentre sono in corso le valutazioni di Health Technology Assessment in altri sistemi sanitari europei. Secondo Lilly, definire "modesto" il beneficio clinico non riflette il valore di una terapia in grado di rallentare la progressione della malattia.

L'azienda sottolinea inoltre che in Italia sono già oltre **200** i pazienti trattati in **50** centri distribuiti in **15 Regioni** e annuncia che presenterà formalmente ad Aifa le proprie controdeduzioni, chiedendo un riesame della decisione già nella prossima riunione della Commissione scientifica ed economica.

Posizione analoga quella di **Eisai**, che definisce difficile comprendere la decisione alla luce delle evidenze disponibili. L'azienda ritiene che la valutazione avrebbe dovuto considerare con maggiore attenzione i dati di lungo periodo e osserva che il valore di lecanemab non può essere misurato esclusivamente sui risultati a 18 mesi, ma sulla capacità di ritardare la perdita di autonomia nelle fasi iniziali della malattia. Eisai conferma la disponibilità a proseguire il confronto con Aifa e con le istituzioni per individuare modalità di accesso ritenute appropriate e sostenibili.

articolo apparso su "Sanità/33" di fine giugno 2026, sulla mancata copertura dei nuovi farmaci da parte del SSN



Comunichiamo che il mese di agosto la Sede dell'Associazione resterà chiusa.

Per eventuali richieste di informazioni urgenti sarà attiva la segreteria telefonica: se volete lasciare un messaggio e il Vostro numero di telefono, sarete richiamati appena possibile.

Demenza e patente di guida: quando è consigliabile evitare la guida di automezzi a persone con demenza di Alzheimer o decadimento cognitivo medio?

Lo abbiamo chiesto al dott. Cembrani Fabio, medico di medicina legale e docente all'Università di Verona



Ecco le sue considerazioni:

La questione è particolarmente delicata e lo è per tutta una serie di fattori, i quali, se da un lato coinvolgono l'auto-determinazione, i diversi livelli di autonomia della persona, la sua possibilità di mantenere integre le sue relazioni ed i suoi contatti sociali e l'esigenza di preservarli il più a lungo possibile, incidono, dall'altro, sulla sicurezza e sulla incolumità di terzi e, non certo in subordine, sugli effetti delle coperture assicurative previsti dalle polizze di RC auto che potrebbero non valere nel caso di omessa informazione della malattia alla Compagnia assicurativa.

Partirei da questa **premessa**: la guida in sicurezza dei veicoli a motore richiede l'integrazione di complessi processi visivi, motori e cognitivi i quali, nella persona anziana, subiscono un lento ma progressivo declino con deficit che possono essere lievi, moderati o anche gravi e molto gravi in uno o più di questi ambiti. Spesso gli anziani sono in grado di adattare autonomamente il loro stile di vita, compresa la guida di veicoli a motore, così da compensare questi deficit funzionali con autonome regole di prudenza evitando, ad es., di guidare al crepuscolo, la guida notturna, i lunghi viaggi, le ore di punta, la guida in autostrada, ecc.. Anche se questo adattamento non è una costante perché ci sono guidatori anziani che, per il mancato riconoscimento dei propri limiti funzionali

(riduzione dell'insight) e/o per il forte desiderio di mantenere la loro autonomia e indipendenza, continuano a guidare nonostante una significativa compromissione di quelle complesse capacità che rendono sicura la guida di veicoli a motore.

Problematiche specifiche pongono, a questo riguardo, i deficit cognitivi anche se l'idea che il guidatore con demenza sia sempre e comunque inidoneo a guidare in sicurezza è un pregiudizio che deve essere contrastato con la forza delle evidenze: soprattutto nel *mild cognitive impairment* e nelle primissime fasi della demenza (CDR 0,5 e CDR 1 o in caso di perdita di almeno due o più IADL) perché in queste fasi della malattia la persona, di regola, se non si associano altre compromissioni funzionali (quelle in particolare della funzione visiva e della coordinazione motoria), è ancora in grado di guidare in sicurezza **con le minime prescrizioni (raggio di guida limitato a 5-10 km, divieto di guida in autostrada, evitare le ore serali e notturne, ecc.)** che potrebbero essere al riguardo imposte dall'organo tecnico (la Commissione medica locale per le patenti di guida) chiamato, in questi casi, alla valutazione della idoneità: **idoneità che dovrà essere necessariamente limitata nel tempo con una revisione sempre programmata non oltre i sei mesi.**



Pacifico ammettere che, in queste situazioni, il deficit cognitivo e la sua natura deve essere stato accertato dal geriatra, dal neurologo o dagli specialisti dei CDCD ai quali compete,

sempre e necessariamente, la forte responsabilizzazione del paziente **perché il suo coinvolgimento in tutte le decisioni clinico assistenziali è una regola generale da cui mai si può derogare** come previsto da tutte le linee-guida interne e internazionali: **escludere la persona e delegare i *caregivers* a rimedi di fortuna (ad es. nascondere le chiavi dell'autoveicolo, staccare la batteria, svuotare il serbatoio del carburante) se non addirittura alle diverse forme di *signaling delegation* è una pratica discriminatoria (ageistica) da scoraggiare e da condannare in maniera risoluta.** Poiché i conducenti anziani con deterioramento cognitivo **possono avere scarsa consapevolezza, è sempre necessario coinvolgere una persona per loro significativa o di riferimento in questa complessa e non sempre agevole valutazione.**



Anche in questa fase esistono, tuttavia, tutta una serie di **segnali premonitori** che devono preoccupare e chiedere (pretendere) che la persona smetta di guidare. Tra questi segnali **particolari rilievo** assumono:

1. **la riduzione dell'attenzione** (dimenticare la destinazione di guida, dimenticare le prescrizioni date da un segnale di allerta, ecc.);
2. **compromissione visuo-spaziale** (alterata percezione della prossimità di un altro veicolo,

incapacità a mantenere una traiettoria costante in una corsia definita colpendo il cordolo, difficoltà nel seguire i piccoli cambiamenti di direzione della carreggiata);

3. **la mancata risposta ai livelli di rischio** (ripetuta mancata risposta in ambienti affollati come incroci o rotatorie).
4. **la compromissione del processo decisionale** (declino nella capacità di prendere decisioni indipendenti durante la guida, richiesta verbale al passeggero, correzione eccessiva o errata in relazione ai cambiamenti di direzione stradale o dell'ambiente;
5. **gli errori di sequenziamento** (mancato rilascio del freno a mano, mancato controllo dei pericoli prima di partire, problemi nel cambio di marce o cambi di marcia persi);
6. **non da ultimo il maggior livello di vigilanza richiesto ai passeggeri che cessano di essere viaggiatori perché costretti a dare continui suggerimenti o traiettorie di correzione al guidatore.**

In queste situazioni è doveroso **trasferire questi segnali di forte allerta: (a) allo specialista neurologo, allo specialista geriatra o agli specialisti dei CDGD per una approfondita valutazione dello stato clinico della persona e della sua situazione cognitiva (b) allo specialista che ha in carico la persona alla quale già è stato diagnosticato il deficit cognitivo e la sua natura perché, del tutto probabilmente, è giunto il momento di convincerla a sospendere definitivamente la guida fermo restando che, sul piano giuridico, non esiste al momento, per il medico, nessun obbligo di segnalazione all'Autorità amministrativa.** Anche se la **Linea-guida approvata dall'Istituto superiore di sanità** ('Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment'), nella parte dedicata al coinvolgimento della persona, suggerisce, quando ciò sia ritenuto appropriato, **di informare dei pericoli derivanti dalla guida il medico**

di medicina generale della persona con demenza o la Commissione medica locale per le patenti di guida coinvolta nel rinnovo della patente stessa (così la Raccomandazione n. 55 della Linea guida). Con un errore di fondo perché né il medico di medicina generale né la Commissione medica locale per le patenti di guida sono certo i soggetti istituzionali titolati a procedere alla revisione della patente di guida che è **competenza propria, specifica e non delegabile riservata agli Uffici della Motorizzazione civile** e, nei soli casi previsti dal Codice della strada (guida sotto l'influsso di alcol e/o di stupefacenti), al Prefetto. Al solo Servizio della Motorizzazione civile dovrebbe essere così segnalata, quando ciò è opportuno e necessario, la pericolosità alla guida della persona con demenza o, meglio ed in termini molto più appropriati, **l'intervenuta perdita dei requisiti psico-fisici ed attitudinali previsti dal Codice della strada**: ipotesi questa che si deve onorare nel caso in cui la persona con demenza sia abilitata alla conduzione di mezzi pesanti o di trasporto di passeggeri e nel caso delle demenze fronto-temporali spesso causa di allucinazioni, di disinibizione, di alterazioni comportamentali, del linguaggio e della personalità. Questa eventuale segnalazione, naturalmente, non può prescindere dal dovere di informare la persona del suo inoltro nel rispetto di quanto previsto dalle direttive interne e di quelle euro-comunitarie in materia di trattamento dei dati.

Termino con questi **suggerimenti che propongo sulla base delle evidenze disponibili**:

- la diagnosi di demenza non è sufficiente per il ritiro della patente di guida;
- le preoccupazioni espresse motivatamente dai caregiver devono essere sempre prese sul serio senza mai sottovalutarle;
- le persone con demenza moderata (CDR 2) e

quelle che hanno perso 2 o più attività strumentali della vita quotidiana (IADL) a causa del declino cognitivo (ma senza perdita delle attività di base della vita quotidiana) sono quelle esposte a maggior rischio durante la guida;

- i guidatori con *mild cognitive impairment* e demenza iniziale per continuare a guidare devono essere rivalutati ogni 6 mesi (o prima se indicato);
- gli stessi devono essere sempre comunque coinvolti, anche nel caso di compromissione dell'*insight*, in queste decisioni con un counselling strutturato che potrebbe anche essere effettuato negli ambienti dell'Associazione e per il quale mi rendo disponibile.

Trento, giugno 2026



dott. Fabio Cembrani



Questo articolo fa seguito al continuo aumento di richieste di chiarimenti su questo tema che, molto spesso, le famiglie non riescono ad affrontare anche nel timore di ferire il proprio familiare malato.

È aperta la campagna di rinnovo delle quote sociali per l'anno 2026.
Come già da diversi anni abbiamo mantenuto stabile l'importo della quota.

L'Associazione vive grazie alla collaborazione attiva dei Soci ed è quindi prezioso ogni aiuto, in funzione delle possibilità di ciascuno.

La quota o l'offerta può essere versata tramite Bonifico alla "Banca per il Trentino Alto Adige"

codice IBAN: IT 52 M 08304 01803 000020312204

oppure

presso la nostra sede sociale in via al Torrione, 6
negli orari di apertura, segnalati a fondo pagina

QUOTA SOCIO ORDINARIO € 20.00

QUOTA SOCIO SOSTENITORE € 30.00

Le offerte all'Associazione sono fiscalmente detraibili solo se versate con bonifico bancario

Grazie a tutti coloro che, in qualsiasi forma, ci hanno aiutato a proseguire nella nostra attività di sostegno alle famiglie dei malati di Alzheimer.

Tale generosità è una dimostrazione di fiducia e di stima nei confronti di tutti noi ed è quindi uno sprone a continuare per cercare di far sentire meno sole le famiglie impegnate ad affrontare questa malattia!



Alzheimer Trento è sempre alla ricerca di persone volenterose che abbiano del tempo libero da offrire per aiutare le famiglie dei malati di Alzheimer anche offrendo qualche ora presso la segreteria dell'Associazione.

L'associazione si impegna a formare le persone disponibili in modo da offrire loro le competenze necessarie a svolgere la loro preziosa collaborazione.

ALZHEIMER TRENTO ODV
via al Torrione, 6 38122 TRENTO
Tel. 0461/230775
sito: www.alzheimertrento.org
email: info@alzheimertrento.org

Orario di segreteria:

Lunedì, giovedì e venerdì dalle 10.00 alle 12.00

martedì dalle 16,00 alle 18.00