

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'ennesimo inutile allarme sul futuro della demografia
- In Veneto un over 65 spende di più della sua pensione
- Il fallimento della Prestazione universale per gli over80

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- The Lancet Healthy Longevity* e l'aspirina a basse dosi
- JAMA* e la strategia per "Make America Healthy Again"
- JAGS*: fragilità e demenza

Amiche, amici,

Iniziamo questa newsletter con una ventata di serenità. Riporto due righe di una mail che mi ha inviato Corrado Carabellese, carissimo geriatra di Brescia: "Ieri ho valutato una signora anziana affetta da decadimento cognitivo. Da un mese è assistita da una nuova badante di 19 anni, proveniente dallo Sri Lanka. Mi ha colpito come si è creato tra le due un rapporto nonna-nipote, reciprocamente rassicurante. La signora anziana non è più oppositiva, come avveniva precedentemente: la badante nipote è accolta con serenità".

Contemporaneamente alla mail di Carabellese, mi è capitato di leggere il titolo di un articolo su *Il Sole 24 Ore*: "OpenAi, corsa alle partnership: fino a 500 miliardi in 10 mesi". Il testo precedente ci induce a pensare che la serenità può ancora trovare posto nei nostri rapporti personali; il secondo, invece, induce a non sottovalutare l'enorme concentrazione di potere tecnologico in poche mani. Sono due condizioni tra loro compatibili, in particolare quando è in gioco la vita delle persone fragili?

Però il livello di complessità collegato a queste problematiche si complica, almeno per chi scrive, leggendo quanto è scritto sul *Il Foglio AI* del 4 novembre, cioè l'edizione del giornale

costruita tutta con l'Intelligenza artificiale: "Il nuovo volto della cura non è fatto di pixel, ma di prossimità. La connessione diventa carezza, il monitoraggio diventa attenzione. Il paziente non è più un corpo da aggiustare, ma una persona da accompagnare in un percorso continuo, dove la tecnologia amplifica, non sostituisce, la sensibilità clinica". Si potrebbe sospettare che l'IA è stata educata ad essere amica della persona?

A conclusione di questa serie di osservazione sul rapporto amore-macchine, riporto la frase di un figlio indirizzata alla madre ammalata di Alzheimer e pubblicata il 31 ottobre dal *Corriere della Sera*: "Nella vita io penso che il minimo che si possa fare è ricambiare l'amore ricevuto. A te, mia cara mamma, dico, anche se non comprendi, non temere, io non vado da nessuna parte, ci sono io qui con te".

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Si continua a parlare di **demografia e delle sue ricadute sulla nostra prossima organizzazione sociale**. L'ultima occasione è stata la presentazione da parte di Confindustria di un documento "Un paese con meno giovani rischia di perdere capacità di innovazione, di generare valore e futuro". Ben vengano le parole, ma abbiamo forse visto in questi anni, oltre alle proposte teoriche, delle realizzazioni pratiche? Fino a che non si darà alla donna la possibilità di accudire i figli per almeno 2 anni, senza perdere lo stipendio, spazi in azienda, reputazione sociale, diritti pensionistici, tutto il resto è perdita di tempo. Perché il peso della convivenza dovrebbe gravare solo sulle donne?

-Mi ha impressionato un dato pubblicato dallo SPI CGIL del Veneto. **Nel 2025 a Verona l'over 65 che vive solo ha sborsato per le sue esigenze in media 1570 euro al mese**. Per una coppia la spesa arriva a 2487 euro, pari a 82.90 euro giornalieri. Sono importi che, in linea di massima, superano l'assegno previdenziale medio del Veneto, pari a 1883 euro lordi al mese. Sono dati impressionanti, che indicano le **difficoltà da parte di molti anziani a mantenere un'adeguata qualità della vita**; non tutti, infatti, possono godere di risparmi adeguati né dell'eventuale supporto dei famigliari. In questi casi diventa indispensabile la presenza di comunità coese, che attraverso interventi istituzionali o di volontariato permettono di affrontare le crisi indotte dalle ridotte disponibilità economiche. Ma dove, per mille ragioni, non esiste una comunità coesa la povertà diviene uno scenario realistico e drammatico.

-In parte collegata ai dati riportati al punto precedente, si deve rilevare il **fallimento della Prestazione universale introdotta dalla legge sulla non autosufficienza per supportare gli anziani fragilissimi**. Nel primo anno di applicazione, a settembre risultavano pervenute 5000 domande, con un accoglimento del 41%. Quindi in tutta Italia sono attualmente circa 2000 gli anziani in condizioni ultracritiche che stanno beneficiando di una misura pensata, oltre all'indennità di accompagnamento, per garantire 850 euro al mese, volti a remunerare il costo

di badanti regolarmente assunti. È una storia della burocrazia cieca e ignorante, che non è in grado di simulare la realtà prima di emanare provvedimenti adeguati ai bisogni reali dei cittadini. Come è possibile restringere il provvedimento solo a chi ha un Isee di 6000 euro? Come è possibile ipotizzare che per questi cittadini poverissimi 850 euro aggiuntivi permettano di pagare un badante, quando oggi il costo medio di un'assunzione (quindi non in nero) è attorno ai 1500 euro? Quali provvedimenti sarà possibile ipotizzare per rispondere ad un "bisogno assistenziale gravissimo"? Il riferimento all'indennità di accompagnamento rischia di essere molto costoso: e allora?

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo è dedicato alla fragilità e all'ictus**, argomenti di grande interesse in ambito psicogeriatrico.

“Nell'angolo apparso sulla newsletter AIP del 31 ottobre 2025 avevo accennato al mio passato di 'geriatra riabilitatore', per cui volentieri oriento il presente 'angolo' su un argomento di carattere neurologico, che abbina due argomenti di importanza basilare in geriatria: la fragilità e l'ictus. Questi due 'giganti' sono affrontati da autori di una università in Cina, paese dove lo 'stroke' vede un tale aumento di incidenza da diventare la prima causa di mortalità prematura. Peraltro la letteratura ha riportato pochi anni fa un collegamento indipendente, dopo ictus, tra la fragilità e disabilità a distanza di 1 anno, riammissioni ospedaliere – specie per problemi cardiaci e cerebrovascolari -, cattivi esiti funzionali e cognitivi: così l'aggancio con la psicogeriatrics diventa ancor più palese.

Ancora, non solo la fragilità costituisce un importante fattore di rischio per l'ictus, ma è stata rinvenuta anche una associazione bi-direzionale fra le due condizioni. Però, nonostante l'abbondanza di studi sui tanti e diversi fattori di rischio per la fragilità nelle persone anziane, la ricerca specificamente rivolta ai pazienti anziani ospedalizzati con ictus rimane limitata, pur nel crescente interesse per questa fascia demografica. La maggior parte degli studi esistenti tende poi a concentrarsi su singole dimensioni – fattori fisiologici o psicologici – trascurando un'analisi completa che integri più dimensioni e un'ampia ricerca multicentrica. Un altro elemento di incertezza è rappresentato – anche in recenti meta-analisi - dalle oscillazioni molto ampie nella prevalenza di fragilità tra i pazienti con stroke: si va da 1 su 50 persone ad oltre 2 su 3.

Di recente, la randomizzazione mendeliana (MR) ha guadagnato terreno come approccio metodologico nell'epidemiologia genetica, utilizzando la variabilità genetica come variabile strumentale per chiarire le relazioni causali dirette tra esposizione e fattori di esito, mitigando così le possibili influenze da parte di fattori confondenti. Inoltre, i risultati della randomizzazione mendeliana (MR) possono contribuire a orientare interventi precoci personalizzati e raccomandazioni sullo stile di vita.

Alla luce del panorama di ricerca sopra menzionato, è nata l'esigenza di uno studio mirato ad eseguire un'analisi di randomizzazione mendeliana bidirezionale, utilizzando gli indici di fragilità e l'ictus come variabili rispettivamente di esposizione e di esito. Lo studio – pubblicato a libero accesso sul numero dello 11 ottobre 2025 di *Clinical Interventions in Aging* [£] ha raccolto anche dati trasversali per condurre un'analisi approfondita e sistematica dei fattori che influenzano la fragilità nei pazienti anziani ospedalizzati con ictus, valutando questi fattori su più dimensioni, compresi gli stati fisiologici e psicologici, nonché i punteggi dei sintomi clinici. Al di là del progresso in conoscenza, lo scopo della ricerca mira ad aiutare i medici nell'identificazione precoce dei pazienti fragili ad alto rischio, facilitando lo sviluppo di strategie di intervento personalizzate per migliorare i risultati della riabilitazione e la qualità della vita, oltre ad alleggerire il carico che grava sui familiari e sulla società.

Allo scopo sono stati studiati 203 pazienti ospedalizzati ultra60enni con dati completi, sui 210 reclutati: 120 erano maschi, 41 erano ultra80enni, la ampia maggior parte comorbidi, 91 con lesioni cerebrali bilaterali, ma comunque coscienti ed in grado di collaborare. I pazienti sono stati valutati con strumenti validati, di ampia circolazione nelle ricerche neurologiche e geriatriche di qualità; in particolare:

Fugl-Meyer Motor Function Scale (FMMFS) per la funzione motoria

Berg balance scale (BBS) per l'equilibrio

Indice di Barthel modificato (MBI) per le attività di base della vita quotidiana

Mini-Mental State Examination (MMSE) per la valutazione cognitiva di base, abbinato al Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Hamilton Anxiety Scale (HAMA) e Hamilton Depression Scale (HAMD), rispettivamente per ansia e depressione

Fenotipo di fragilità secondo Fried [Fried frailty phenotype (FFP)] per inquadrare i partecipanti in 3 livelli di fragilità: assente / pre-fragilità / fragilità

In sintesi, i risultati ci dicono che l'incidenza di fragilità è stata del 66%; l'indice di fragilità è risultato positivamente correlato all'ictus e la randomizzazione mendeliana ha confermato una relazione causale bidirezionale #. L'analisi univariata ha mostrato associazioni significative tra fragilità e diabete, sede della lesione (lesioni bilaterali relativamente meno sfavorite rispetto alla insorgenza di fragilità), localizzazione della lesione (infarti lacunari relativamente meno sfavoriti) e atrofia cerebrale. Tutti gli indicatori di funzione e sintomi sono risultati associati alla fragilità fenotipica con elevata significatività statistica.

Ma la regressione logistica multivariata ha però conservato solo il punteggio di Fugl-Meyer (funzione motoria), il punteggio di Berg (equilibrio) e il punteggio MoCA (cognitività) come fattori di rischio indipendenti per la fragilità nei pazienti anziani ospedalizzati con ictus: nel senso – se vogliamo un po' tautologico – che chi produce peggiori prestazioni ha più probabilità di diventare fragile.

La discussione passa in rassegna le condizioni che entrano in campo nella relazione tra fragilità ed ictus: l'attivazione infiammatoria post-ictus, la ridotta attività fisica, la sarcopenia, disturbi metabolici, la diminuzione dell'equilibrio e la paura di cadere possono favorire la progressione della fragilità. Per converso, quest'ultima può venire ritardata o invertita – anche in pazienti con esiti ictali - dall'allenamento di resistenza combinato con un intervento nutrizionale, che può migliorare la forza muscolare, la funzione neurologica e lo stato nutrizionale.

La fine della discussione verte su un argomento squisitamente psicogeriatrico: la fragilità cognitiva, termine col quale si definisce una condizione che unisce la fragilità fisica a un lieve deterioramento cognitivo (non demenza franca). Oltre un paziente su tre con storia di ictus ne è interessato: il legame tra fragilità e compromissione cognitiva a seguito di stroke resiste anche all'aggiustamento per fattori di rischio cardiovascolari. Reciprocamente, la fragilità, in ultra75enni viventi in comunità è un fattore che influenza la disfunzione cognitiva, mentre quest'ultima è un fattore di rischio indipendente per la sindrome da fragilità in anziani ricoverati.

[£] Zhou, H., Han, Y., Xie, D., Zheng, K., Zhu, H., Zhou, Z., & Ji, Y. (2025). Multidimensional Analysis of Frailty and Its Influencing Factors in Hospitalized Elderly Stroke Patients. *Clinical interventions in aging*, 20, 1741–1755. <https://doi.org/10.2147/CIA.S546975>

Nota metodologica: questo 'amarcord' geriatrico riabilitativo mi offre l'occasione per accennare ad un argomento spesso portato in causa in contesti di studi di associazione genetica, dove le varianti genetiche vengono usate come strumenti per analizzare le relazioni causali, ed esplicitamente richiamato nell'articolo in questione. Si tratta della 'pleiotropia orizzontale', che si riferisce a un singolo gene che influenza più tratti fenotipici distinti e non necessariamente correlati. Gli esempi tipicamente illustrati in rete riguardano l'albinismo dove un unico allele è responsabile della mancanza di pigmento e sordità, e della fenilchetonuria, dove un unico allele è responsabile di deficit metabolici e deficit cognitivi. Gli Autori giapponesi hanno preso le opportune precauzioni nei confronti della pleiotropia orizzontale, durante le loro analisi di randomizzazione mendeliana”.

-*The Lancet Healthy Longevity* di settembre pubblica uno studio molto istruttivo sull'**effetto dell'aspirina sugli end point morte, demenza, persistente disabilità dopo 10 anni di follow up**; la conclusione è molto precisa: “L'aspirina a basse dosi (100mg.) non sembra efficace nel promuovere un'esistenza in salute in persone sane (età media oltre i 70 anni), che vivono nel territorio”. Inoltre, il lavoro conclude che i dati rinforzano la raccomandazione di non somministrare aspirina a basse dosi ad anziani sani. Ovviamente il dibattito è aperto su un argomento delicato, anche a causa di una prassi diffusa anche nel nostro paese.

-*JAMA* del 22 ottobre riporta i lavori della commissione istituita da Trump per indicare una **strategia per portare di nuovo l'America in buona salute** (la famosa formula "Healthy Again"). La commissione ha rilasciato un primo documento sulle malattie croniche dei bambini e si accinge a affrontare altre tematiche. Ancora una volta, però si palesa l'atteggiamento autocratico dell'attuale amministrazione americana; i diversi documenti, infatti, sono redatti da personale interno, senza alcun confronto con attori esterni, dai tecnici della salute al grande pubblico.

-*JAGS* di ottobre affronta una tematica delicata riguardante **la fragilità e le condizioni di salute degli anziani affetti da demenza**. Infatti, mentre la fragilità è considerata un fattore di rischio potenzialmente modificabile di demenza, la sua influenza sui risultati di salute in individui affetti da demenza rimane poco chiara. Lo studio, al quale hanno partecipato anche gli italiani Landi e Canevelli, ha preso in esame inizialmente oltre 5000 articoli, dai quali sono stati presi in considerazione 12. Dall'indagine è risultato che gli eventi avversi indotti dalla fragilità in pazienti affetti da demenza sono la mortalità, istituzionalizzazione, il declino funzionale e cognitivo, i sintomi neuropsichiatrici, la ridotta qualità della vita, il caregiver burden e l'ospedalizzazione. Il risultato dell'analisi dei 12 studi considerati potrebbe sembrare ovvio, ma ha il ruolo importante di richiamare l'attenzione sulla condizione complessiva di salute delle persone affette da demenza, in modo da predisporre interventi che riguardano l'insieme delle condizioni cliniche.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La grande attenzione per il cohousing degli anziani
- I dati dell'ISS sulle cadute degli anziani
- Solitudine e coraggio
- Un interessante convegno sulla terapia con i libri
- “Invecchiare non fa paura”

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Nature Aging* e il multilinguismo
- Lancet* e la salute negli Usa. Il denaro come obiettivo
- Lancet*: l'esigenza di evitare conflitti a causa dell'intelligenza artificiale

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Si è tenuto a Roma, per iniziativa di 50&Più, un interessante convegno sul **cohousing dell'anziano**. È argomento oggi al centro di grande attenzione diffusa, che però deve essere approfondito e analizzato seriamente, evitando posizioni superficiali come purtroppo talvolta avviene. Il bisogno sociale è pesantissimo e una società civile non può permettersi di trascurarlo o di dare risposte approssimative (in particolare mettendo assieme senza ordine tutte le varie esperienze di housing per l'anziano in atto, senza esprimere valutazioni di qualità e di appropriatezza). In questo ambito, come dovrebbe essere per tutti gli ambiti del sociale, è doveroso rifiutare senza incertezze il “meglio di niente”.

La solitudine e i timori di chi invecchia richiedono risposte ponderate; non bastano le affermazioni di principio, né la descrizione di situazioni precarie trasformate in luoghi idilliaci. Le ipotesi sul cohousing non possono diventare l'ennesima occasione per parlare dell'anziano senza rispetto per le sue reali esigenze.

L'evoluzione demografica e dei costumi impone di guardare al problema della casa dell'anziano come aspetto centrale della convivenza; come è noto, riguarda tutte le fasce di età (la casa anche per le giovani coppie rappresenta spesso un sogno irraggiungibile); ogni condizione andrebbe affrontata seriamente, anche se oggi la politica sembra disattenta.

Nella nostra newsletter seguiremo con attenzione l'evoluzione della problematica, riguardante in particolare le persone anziane; invito, quindi, chi fosse interessato a partecipare al dibattito sull'argomento; è importante qualsiasi contributo, anche limitato, per avvicinarsi ad un problema dalla mille sfaccettature.

Iniziamo proponendo di seguito alcune note.

Solitudine e sicurezza. Sono i due problemi che con maggiore intensità preoccupano la persona anziana. È quindi doveroso per le comunità individuare risposte possibili a questi problemi; non importa se solitudine e sicurezza sono condizioni oggettive e soggettive del singolo cittadino, perché in ogni modo sono in grado di rendere la vita incerta e difficile.

In questo scenario, si collocano recenti indicazioni suggerite da più parti, sulla predisposizione di ambienti di vita dove l'anziano trova risposta alle due problematiche che maggiormente ne limitano la serenità, cioè strutture abitative definite come cohousing, in grado di fornire una buona qualità della vita, perché aperte alla relazione e garanzia di sicurezza.

Molte sono le risposte possibili per rendere vivibile l'esistenza degli anziani in una società in continua trasformazione: centri diurni, luoghi di ritrovo e di aggregazione spontanei o predisposti dal volontariato, assistenza domiciliare leggera, counseling per organizzare una vita decente, in particolare in presenza di malattie croniche come la demenza.

Rispetto a queste alternative, la scelta del cohousing non deve essere una soluzione imposta obbligatoriamente dalle circostanze (solitudine, paure, incertezza sul futuro), perché prima di sradicare una persona dal suo luogo di vita (vedi "aging in place") è doveroso percorrere altre soluzioni.

Le soluzioni di cohousing devono avere alcune caratteristiche per essere davvero luoghi "possibili" dove la persona non più giovane può trovare una prospettiva per il proprio futuro:

a) estetica accurata, sia negli esterni sia negli interni; è un aspetto molto importante per la qualità della vita dei futuri inquilini, che spesso abbandonano abitazioni dignitose (il passaggio non deve essere vissuto con un downgrading sociale). Gli interni devono essere piacevoli, adatti in particolare alle donne che desiderano ricostruire angoli di vita personalizzati (attenzione a proporre angoli cottura piccoli e brutti!). Gli inquilini non devono

vivere come un fallimento personale le nuove soluzioni abitative. Inoltre, la città nel suo complesso deve riconoscere che la bellezza è un diritto di tutti, indipendentemente dall'età. Se è possibile, inserire nei nuovi edifici piccole opere d'arte. Per l'architettura contemporanea la progettazione di un cohousing rappresenta una sfida; è un aspetto irrinunciabile: troppe opere esteticamente banali abbiamo visto in questi anni nell'ambito della cura degli anziani!

b) dimensioni che permettano l'organizzazione di una vita in comune; quindi dedicare circa un 10% degli spazi a luoghi di incontro. Inoltre, deve essere previsto un appartamento per chi esercita le funzioni di portierato (privilegiando una famiglia giovane con figli); questa può allargarsi anche a compiti di stimolazione alle attività comuni.

c) collocazione in zone piacevoli e con servizi adeguati (trasporti, negozi, uffici, chiese, ecc.); non si deve dimenticare che gli abitanti del cohousing possono diventare componente significativa del microambiente esterno. Se possibile, è importante costruire alcune aree verdi fruibili da parte degli inquilini (alcune delle quali disponibili anche per il vicinato).

d) le dimensioni degli appartamenti devono essere modulabili a seconda della richiesta (singoli, coppie, presenza di badante, ecc.), con particolare attenzione alle donne sole. Inoltre, è necessario garantire sistemi di allarme e collegamenti con servizi adeguati in caso di emergenze sanitarie o legate alla sicurezza personale. In alcuni casi, si possono fornire pasti a domicilio, anche se la scelta di fondo deve essere a favore di un'autonomia dei cittadini ospiti la più ampia possibile. Lo stesso vale per il periodico accesso ad un servizio infermieristico. La conduzione del cohousing dovrà dedicare particolare attenzione ad evitare che gli inquilini si "adagino" sui servizi, perdendo progressivamente la propria autonomia psicologica e fisica.

e) un cohousing attento al progresso deve adottare criticamente le nuove tecnologie. Particolare attenzione deve essere data al controllo dell'ambiente di vita e dalla condizione di salute dell'inquilino attraverso l'adozione di rilevatori indossabili. I diversi dati devono essere raccolti in un data base centrale, che permetta attraverso l'intelligenza artificiale di delineare la possibile evoluzione futura delle condizioni dell'inquilino.

È necessario infine prevedere la possibilità di un percorso protetto verso una RSA per gli ospiti del cohousing nel caso di perdita dell'autosufficienza. È un aspetto delicato, ma importante, perché i timori per un futuro incontrollabile in caso di bisogno è diffusissima tra gli anziani. Nell'insieme l'ospite deve sentirsi libero ma protetto; non è una contraddizione, ma il risultato di una conduzione prudente, determinata, che sente la responsabilità della qualità della vita degli ospiti.

-L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato dati di grande interesse sulle **cadute dell'anziano**, secondo i quali una persona di età avanzata su 5 cade periodicamente. I dati, molto preoccupanti, vanno letti nella prospettiva di alcune problematiche, che possono essere così riassunte: a) aspetti clinici: le cure mediche devono essere improntate al massimo di attenzione per i disturbi dell'equilibrio, evitando allo stesso tempo la

somministrazione di farmaci che possano rappresentare un rischio; b) aspetti di educazione sanitaria: informare con precisione (e con insistenza!) il cittadino anziano e al sua famiglia sui comportamenti da seguire per evitare le cadute nella casa e negli spazi esterni (dalle modifiche ambientali al controllo attento da parte di conviventi della comparsa di sintomi); c) aspetti organizzativi dei servizi sanitari, dagli ospedali (luoghi di elevato rischio sia per ragioni cliniche e psicologiche) alle RSA (dove si incontrano spesso realtà critiche a causa dell'incertezza delle metodologie assistenziali, vedi, in particolare, il dibattito irrisolto tra sicurezza e contenzioni). Le cadute rappresentano un grave problema di salute pubblica per le ben note conseguenze sul piano clinico, organizzativo (i costi molto altri dell'intervento ortopedico e riabilitativo) e psicologico (spesso nel caso di persone molto anziane vi è la percezione che i famigliari vivano la caduta come un atto finale nella vita del proprio caro). Il tema delle cadute, benché sia stato molto studiato negli ultimi anni, resta una degli aspetti più delicati nella vita delle persone di età avanzata; è quindi doveroso porlo al centro di ogni discussione riguardante l'assistenza ad un anziano, anche quando è apparentemente in buona salute.

-Un signore di 76 anni, che ha sempre vissuto da solo, si è perso ed è morto su una montagna del veronese dove andava a scoprire e a studiare le trincee della grande guerra. Mi piace ricordare come **la solitudine possa essere talvolta lenita dalla curiosità e la vita nella natura**. Non sappiamo se il signor Flavio fosse contento nella propria solitudine; però, certamente la curiosità e la vita con un obiettivo possono almeno in parte costruire un equilibrio anche in una vita senza compagnia. Prima di partire per il viaggio dal quale non è tornato aveva confidato ad un conoscente che aveva l'obiettivo preciso di andare a rivedere una particolare trincea in una certa zona, importante per poter completare la sua mappatura dell'area. L'interesse, il raggiungimento di obiettivi, la scoperta di cose nuove sono antidoti alla solitudine?

-Allego il programma del convegno **“Biblioterapia e Medical Humanities negli ambienti socio-educativi e sanitari”**, che si svolgerà il 20 novembre al Polo Didattico Zanotto dell'Università degli Studi di Verona. Un argomento affascinante, del quale si sa poco, ma che deve attirare la nostra attenzione.

-Allego l'articolo-recensione pubblicata su *Avvenire* del 13 novembre riguardante il mio volume **“Invecchiare non fa paura”**.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto contributo di **Mauro Colombo** (mi scuso per ripetere il termine “consueto”, perché nei pezzi di Mauro non vi è mai nulla di consueto ma, al contrario, ogni volta ci presenta problematiche originali e talvolta anche inattese!).

“Le **microemorragie cerebrali** – lesioni ovoidali di diametro < 10 mm, visibili in risonanze magnetiche nucleari, dovute a prodotti della degradazione del sangue nel parenchima cerebrale – costituiscono un marcatore precoce di vasculopatia cerebrale. L’argomento appartiene con pieno merito anche alla Psicogeriatrica, visto che tali micro-sanguinamenti [cerebral microbleeds (CMB)] comportano un rischio aumentato di ictus sintomatici e demenza.

Anche gli aspetti epidemiologici ne meritano attenzione: la prevalenza va dal 3% negli adulti al 25% negli anziani, presso la popolazione generale, ma fino al 50-70% nei pazienti con malattie cerebrovascolari, mentre l’incidenza di ictus è globalmente in crescita presso persone relativamente giovani, o di mezza età, in pieno contrasto con l’obiettivo di sviluppo sostenibile 3.4: ridurre l’incidenza dell’ictus, parte dell’obiettivo più ampio di ridurre di un terzo l’incidenza delle malattie non trasmissibili entro il 2030.

Peraltro, la apnea ostruttiva del sonno [obstructive sleep apnea (OSA)] non rientra fra i fattori di rischio riconosciuti per le microemorragie, pur essendone stata riscontrata un’elevata correlazione con le malattie cardiocerebrovascolari, come aritmie, infarto del miocardio, malattie dei piccoli vasi cerebrali e ictus. Gli studi che hanno investigato il rapporto fra apnea ostruttiva e micro - sanguinamenti hanno fornito risultati contrastanti. Da qui, l’intenzione di esaminare le associazioni tra gravità dell’OSA e rischio di CMB in un’ampia coorte prospettica di individui di mezza età avanzata e anziani nella popolazione generale. L’indagine – pubblicata sul numero del 28 ottobre di *JAMA Network Open*, a libero accesso – è stata condotta da ricercatori affiliati ad istituzioni coreane e di Boston (Massachusetts) [£].

Allo scopo è stato fatto ricorso ad una sottocoorte dello studio coreano sul genoma e l’epidemiologia (KoGES), un’indagine prospettica in corso sulla popolazione che utilizza la polisonnografia (PSG) domiciliare notturna. L’indagine è stata avviata nel periodo 2011 – 2014, con neuroimmagini raccolte nella prima (2015 – 2018) e nella seconda rivalutazione (2019 – 2022).

La OSA è stata stratificata in base allo ‘indice di apnea – ipopnea’: assente (0 – 4,9 eventi / ora) / lieve (5 – 14,9 eventi / ora) e moderata – severa (\geq 15 eventi / ora).

Dei 1441 partecipanti allo studio, di età media $57,75 \pm 5,53$ anni, 759 donne (52,67%), 436 (30,25%) e 193 (13,39%) presentavano rispettivamente OSA lieve e moderata-grave al basale; 812 partecipanti non presentavano OSA. Il tasso di incidenza cumulativa di CMB nei gruppi non-OSA, OSA lieve e OSA da moderata a grave è stato rispettivamente di 15 partecipanti (1,85%), 7 (1,61%) e 9 (4,66%) a 4 anni e di 27 partecipanti (3,33%), 14 (3,21%) e 14 (7,25%) a 8 anni.

Le persone con OSA moderata – severa presentavano un indice di massa corporea lievemente più alta rispetto alle altre 2 categorie ($26,11 \pm 3,18$ vs $25,28 \pm 2,72$) e quote più elevate di fumatori, bevitori di alcol [modalità di assunzione non specificata], ipertesi e diabetici; le abitudini all'attività fisica non differivano; le differenze nelle quote di lesioni alla sostanza bianca legate all'età non superavano, sia pur di poco, la soglia della significatività statistica. Rispetto alle persone libere da OSA, quelle che la presentavano erano più vecchie di circa 2 (OSA lieve) e 3 (OSA moderata – severa) anni, presentavano quote crescenti di maschi, e di livelli in trigliceridemia, ed invece decrescenti in colesterolemia totale, HDL e LDL.

Per quanto è dato conoscere, questo è il primo studio prospettico di coorte a segnalare l'OSA da moderata a grave come fattore di rischio indipendente associato a CMB incidenti in un'ampia popolazione generale di adulti #. Dopo aver corretto i dati per potenziali fattori confondenti, l'OSA da moderata a grave è stata associata a un aumento del rischio di sviluppare CMB rispetto al gruppo non-OSA in un follow-up di 8 anni, ma senza che sia stato osservato alcun aumento significativo del rischio dopo i primi 4 anni di osservazione. L'OSA lieve non è stata associata a un aumento del rischio di CMB in nessun periodo di follow-up. I risultati non sono stati alterati dal genotipo APOE-ε4.

Gli esatti meccanismi fisiopatologici alla base dell'associazione tra OSA e CMB non sono ben noti. I collegamenti più stretti riguardano l'ipertensione arteriosa e le aritmie cardiache, in particolare la fibrillazione atriale e le aritmie ventricolari, cui potrebbero contribuire l'ipossia intermittente e la pressione intramurale negativa esercitata dallo sforzo respiratorio nel tentativo di superare vie aeree collassate. Ma per quanto riguarda [£], la pressione arteriosa ha fatto parte delle covariate per cui i risultati sono stati aggiustati, mentre le persone con anamnesi positiva al basale sia per CMB che per malattie cardiovascolari – aritmie comprese – sono state escluse dallo studio. Il genotipo APOE-ε4 costituisce in letteratura un fattore di rischio sia per CMB che per OSA: ma nuovamente la componente genetica non è risultata influente in [£]. Altri meccanismi ipoteticamente in causa rispetto alla origine dei CMB sono rappresentati dallo stress ossidativo e dalla infiammazione indotta dalla ipossia cronica, entrambi processi capaci di danneggiare la parete vascolare.

Con onestà intellettuale, gli Autori elencano una serie di limitazioni al loro studio:

- la bassa prevalenza di portatori del genotipo APOE-ε4 (19% di eterozigoti, con 1% di omozigoti, contro una positività del 25% nelle coorti statunitensi, e del 50% in quelle europee, prese a confronto), che ha impedito una stratificazione del campione in base a questa dotazione genetica specifica
- la relativamente bassa incidenza di CMB, che ha impedito una stratificazione per distribuzione spaziale (per esempio, lobare, profonda, sotto-tentoriale); quasi tutte le lesioni erano singole, e di solito dal diametro di 2,5 mm)
- la tecnica specifica, e l'intensità del campo magnetico adoperata durante la prima ri-valutazione (1,5 tesla), potrebbero avere sottostimato la occorrenza di CMB

- possibili vizi di selezione nel campione non possono essere esclusi
- un potenziale effetto coorte potrebbe ridurre la generalizzabilità dei risultati

Ciononostante, permangono i punti di forza della ricerca #.

E, soprattutto, mi preme evidenziare quanto riportato in conclusione: le apnee ostruttive del sonno costituiscono un fattore di rischio modificabile, e perciò degno di attenzione.

[£] Siddiquee, A. T., Hwang, Y. H., Kim, S., Lee, S. K., Lee, M. H., Kim, H. J., Kim, Y. J., Kim, B. J., Hadar, P. N., Westover, M. B., Thomas, R. J., Kim, N. H., & Shin, C. (2025). Obstructive Sleep Apnea and Cerebral Microbleeds in Middle-Aged and Older Adults. *JAMA network open*, 8(10), e2539874. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.39874>".

-*Nature Aging* del 10 novembre pubblica un interessante articolo sull'**effetto positivo rispetto all'invecchiamento esercitato dal multilinguismo**; induce, infatti, 3 anni di guadagno rispetto alla possibilità di invecchiare in salute. Recentemente diversi report hanno dimostrato che le persone multilingui conservano una migliore funzione cognitiva rispetto i loro coetanei monolingui, con una migliore attenzione, memoria di lavoro, e potenziale protezione dalla comparsa di malattia di Alzheimer. Peraltro studi sulla struttura dell'encefalo hanno dimostrato un aumento della densità della sostanza grigia nel nucleo caudato e nella corteccia parietale sinistra inferiore. È interessante notare che l'effetto è massimo quando la capacità linguistica per una seconda lingua si acquisisce in età giovanile. Il commento che accompagna il lavoro sostiene, forse con troppo coraggio...: "L'uso delle lingue nel corso della vita è importante come l'attività fisica e la sospensione del fumo".

[<https://www.nature.com/articles/s43587-025-01000-2>]

-*Lancet* del 21 ottobre pubblica un **lavoro critico sull'evoluzione del sistema sanitario americano**. Secondo gli autori, affermati professionisti di Harvard, il problema non sono solo le sconclusionate riforme di Trump, ma la condizione di fondo di un sistema, che non è più in grado di riconciliare i diritti umani dei pazienti con le pretese economiche degli investitori. La tematica ci interessa, quando assistiamo, anche nel nostro paese, ad una progressiva espansione del privato in sanità rispetto al sistema pubblico. Il punto cruciale, che la politica dovrebbe essere in grado di identificare, è definire quando il sistema rischia di perdere in maniera irreversibile il proprio equilibrio tra pubblico e privato, provocando crisi profonde come quelle denunciate negli USA, con grave danno per i cittadini. Non sarà impresa facile, ma non si può certo proseguire con le attuali modalità, prive di guida strategica: non una questione di collocazione politica, ma della reale capacità di immaginare un futuro nel quale i cittadini possano essere curati con il solo obiettivo del loro benessere.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01669-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01669-1/abstract)]

-*Lancet* dell'8 novembre pubblica un editoriale, firmato anche da Eric Topol, sull'esigenza che **l'evoluzione dell'intelligenza artificiale in medicina** avvenga secondo precisi binari, in particolare per **evitare la crescita della medicina difensiva** da parte dei medici che non hanno una visione completa del loro ruolo in questa fase di grande progresso. Sarebbe un grande errore per la crescita delle cure se i medici non si sentiranno in controllo delle nuove tecnologie, utilizzandole senza tranquillità e mirando a proteggersi dal progresso, piuttosto che sfruttarlo. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02211-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02211-1/abstract)]

Un cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria

Di seguito riporto alcuni brani del recente messaggio dei vescovi americani sull'immigrazione. Vorrei precedere qualche critica affermando che è non una scelta arbitraria, ma in linea con la cultura AIP di sempre. E non solo perché molti vecchi immigrati stanno subendo anche loro la deportazione, ma perché affrontare questi temi si colloca nella scelta di fondo della nostra Associazione di dare attenzione alle fragilità somatiche, psicologiche, sociali. Per questo ci occupiamo degli anziani abbandonati nelle strade, degli immigrati, dei carcerati anziani, delle difficoltà dell'assistenza negli ospedali ai molto vecchi, portatori di fragilità indotte da problematiche multiple somatiche, psicologiche e sociali, dei servizi domiciliari, dei centri diurni, della riabilitazione motoria e psicologica, degli Alzheimer Caffè. Per gli stessi motivi ci occupiamo anche delle case di riposo, luoghi nei quali convive il meglio della nostra generosità civile con talvolta, purtroppo, anche il peggio della nostra cattiveria, ma che conservano un ruolo centrale nell'assistenza, in una società nella quale spesso mancano per i cittadini anziani altri punti di certezza nelle lunghe notti psicologiche e fisiche della sofferenza. Queste nostre attenzioni si collocano assieme a quelle rivolte al progresso scientifico e clinico (vedi le pagine, sempre attualissime e incisive, di Mauro Colombo). Non si tratta di un mix in banale equilibrio tra le varie dinamiche che caratterizzano la vita delle persone anziane; è il rispetto del criterio contemporaneo di One Health, fondato su una lettura rispettosa della complessità della realtà umana, complessità che la sofferenza pone ancor più alla nostra attenzione. Solo in questo modo speriamo di mantenere il controllo anche sul progresso tecnologico. L'intelligenza artificiale potrà certamente cogliere il complesso delle dinamiche umane, sociali, clinico-tecnologiche che caratterizzano una condizione personale, però non riuscirà mai a dare un significato unitario alla vita, come noi speriamo, invece, di poter continuare a fare nei tempi che ci aspettano.

Sarei lieto se su questi temi si potesse sviluppare con i lettori un dibattito, utilissimo per il futuro della nostra Associazione.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il nostro impegno a difesa della dignità di chi è fragile
- La carta di identità per i molto vecchi
- La proposta di legge a favore dei caregiver
- La presentazione a Bookcity di due libri
- Antonio Guaita e i contenuti della newsletter n.11 dell'Osservatorio Demenze ISS

-Fabio Cembrani e la triste vicenda delle gemelle Kessler

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo ritorna ancora su alcool e salute nella vecchiaia

-*Nature Medicine* e la prevenzione della demenza

-*JAMA Summit Report on AI*

-Stefano Govoni e Cristina Lanni sui rapporti intestino-cervello

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La segreteria fornisce sistematicamente le informazioni sulle attività dell'AIP

-Stefano Boffelli e i Caffè Alzheimer

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-I vescovi americani hanno pubblicato un testo molto forte **in difesa degli immigrati negli Stati Uniti** e contro le violenze psicologiche e fisiche alle quali sono sottoposti. “Siamo preoccupati quando vediamo nel nostro popolo un clima di paura e di ansia per le questioni che riguardano l’immigrazione. Siamo rattristati per la qualità del dibattito attuale e per la denigrazione degli immigranti. Siamo molto preoccupati per lo stato dei centri di detenzione e per l’impossibilità di garantirvi le cure pastorali. Non possiamo accettare che molti immigranti abbiano perso arbitrariamente il loro status legale. Siamo molto preoccupati per gli atti di violenza messi in atto senza rispettare la santità dei luoghi di preghiera e la dignità degli ospedali e delle scuole. Siamo addolorati quando incontriamo genitori che hanno paura di essere arrestati quando accompagnano i figli a scuola o quando cercano di consolare i loro parenti che sono già stati separati dalla persone alle quali sono legate da affetto”.

Ho riprodotto queste frasi molto chiare, e che non si prestano a mediazioni, perché qualsiasi violenza ci riguarda, in particolare ogni violenza contro le persone fragili riguarda anche chi si occupa di ogni altra fattispecie di fragilità. Così riguarda noi che curiamo gli anziani con molte malattie, riduzione dell’autosufficienza, spesso condizioni di vita non adeguate.

-Qualcuno ha proposto che **dopo i 70 anni** i cittadini non hanno più bisogno di rinnovare la carta d'identità. La **carta d'identità scaduta diventerà un simbolo**: l'anziano non conta nulla, non è più pericoloso, appartiene ad una schiera indistinta, che non ha la necessità di essere caratterizzata singolarmente da un documento. E' incredibile la mancanza di sensibilità da parte dei burocrati che fanno proposte secondo le proprie idee meschine. Spetterebbe poi alla politica rifiutare proposte senza senso e lesive della dignità umana... ma su questa capacità di giudizio autonomo ho da tempo perso ogni speranza! Nessuno pensa che questi atteggiamenti ageistici provocano enormi danni alla convivenza e alla speranza per il futuro di tanti nostri concittadini. La guerra all'ageismo deve riguardare tutti noi, sul piano civile, ma anche su quello educativo: chi fa proposte da bar dell'angolo è spesso più stupido che cattivo!

-Si discute in questi giorni della **bozza di legge di supporto ai caregiver**. Non abbiamo ancora avuto la possibilità di consultarla, ma ci auguriamo che prima di essere promulgata si facciano alcuni conti precisi, definendo con precisione: 1. Chi sono i destinatari, tenendo conto che il costo dell'assistenza ad un malato cronico è un peso insopportabile non solo per le famiglie povere, ma anche per chi ha bassi salari e pensioni di scarso valore; 2. L'ammontare del contributo, considerando, ad esempio, che in media oggi il costo di una badante regolarmente assunta è di almeno 1600 euro al mese (e spesso le badanti devono essere due). Per contribuire ad alleggerire in modo significativo questi costi non bastano le mance; e attenzione anche ai livelli di Isee (l'errore di livelli troppo bassi); 3. I controlli che devono essere severi per concentrare gli eventuali contributi sulle famiglie che devono affrontare costi elevati (ed esempio, con l'assunzione di più di una badante). Speriamo che il testo della legge non ci deluda come cittadini, ma soprattutto non faccia perdere la fiducia sociale alle persone più in difficoltà.

-A **Bookcity** la grande manifestazione culturale nella quale sono stati presentate alcune centinaia di volumi sono stati discussi anche il recente **volume di Renzo Rozzini intitolato "Il canone geriatrico"** (edizione Morcelliana) (vedi allegata la locandina) e **il mio volume "Invecchiare non fa paura"** (San Paolo) (anche di questo evento allego la locandina). A proposito di Bookcity, Vittorio Lingiardi ha affermato: "L'energia di Bookcity: più iniziative sociali e culturali e meno ristoranti. Il rischio di molte città oggi è dividersi tra la solitudine anonima del cemento e l'eccessiva funzione digerente".

-**Antonio Guaita** riassume i contenuti della **newsletter dell'Osservatorio Demenze n.11 dell'Istituto Superiore di Sanità**. Lo ringrazio, perché ci permette di rimanere collegati con il grande, importante lavoro che sta svolgendo in questi anni dall'Osservatorio.

“La newsletter dell’Osservatorio Demenze dell’ISS numero 11 del 2025 riporta i seguenti contenuti:

Si sottolinea l’importanza di utilizzare nella stesura delle raccomandazioni di una LG il sistema GRADE. In una fase molto confusa nel nostro Paese, in cui le proposte di modifica dell’art. 5 della Legge Gelli-Bianco intendono mettere sullo stesso piano le raccomandazioni prodotte con una LG con quelle elaborate in un documento di Buone Pratiche, è importante sottolineare che l’adozione di un metodo riconosciuto e validato implica elevare anche la qualità di un documento con ricadute importanti per il SSN. Nel secondo contributo viene presentato il progetto LETHE che si focalizza sull’impiego dei big data nell’ambito del deterioramento cognitivo con notevoli implicazioni etiche sull’uso dei dati a livello personale. Nel terzo contributo ci si focalizza sull’importanza degli ausili per le persone con demenza. Al di là di poche realtà virtuose, questa opportunità è inspiegabilmente trascurata nella pratica clinica della maggior parte degli specialisti che si occupano di demenza. Un obiettivo di sanità pubblica dovrebbe essere quello di considerare questo tema all’interno dei progetti regionali del Fondo Alzheimer e Demenze in corso. Nella rassegna della letteratura viene affrontato un tema di grandissima rilevanza per il futuro: cosa pensano i pazienti e i familiari dei nuovi farmaci per la malattia di Alzheimer. E’ urgente condurre studi anche nel contesto italiano. Queste informazioni saranno utili quando gli specialisti dovranno comunicare con le persone con demenza e i loro familiari. Infine per assistere da remoto al XVIII convegno dei CDCD, che si terrà presso l’Istituto Superiore di Sanità il 27 e 28 novembre, in considerazione dell’elevato numero di iscritti registrato, vi è la possibilità di seguire l’evento da remoto tramite la piattaforma Microsoft Teams. Ricordiamo che la partecipazione in modalità da remoto non prevede il rilascio dell’attestato di partecipazione e non necessita di alcuna iscrizione preventiva”.

-Allego un testo di **Fabio Cembrani** che ci fa pensare alla **dolorosa vicenda delle gemelle Kessler**.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il testo di grande interesse di **Mauro Colombo**.

“Avevo chiuso un ‘angolo’ apparso sulla newsletter AIP del 17 ottobre 2025 e dedicato ai **rapporti fra alcol e demenza**, ripromettendomi di tornare su due voci bibliografiche che non avevo trovato nei riferimenti di un articolo fortemente negativo nei confronti di qualunque forma e quantità di alcol [1].

Ringrazio Giovanni Zuliani – che da tanto tempo apprezzo per competenza scientifica e stimolo per spessore professionale ed umano, e con il quale la Fondazione Golgi Cenci sta collaborando per una interessante ricerca a sfondo biologico – per il pronto intervento, pubblicato sul numero successivo della newsletter, il 24 ottobre. Vi si critica opportunamente

la ‘demonizzazione’ nei confronti dell’alcol – purché assunto con moderazione – in termini di malattie cardiovascolari, neoplasie e mortalità generale, sulla base della letteratura. ‘Per quanto riguarda specificamente la demenza, diverse metanalisi hanno dimostrato che l’alcol ha un effetto protettivo nei confronti della demenza in generale e della malattia di Alzheimer in particolare’ (riportato letteralmente). E qui l’amico Giovanni – appassionato ed esperto enologo - riporta la sintesi di 3 lavori, di cui uno basato sulla randomizzazione mendeliana, come effettuato in [1].

A questo punto, come ripromesso, torno su quelle due voci bibliografiche, che tra l’altro avevo adoperati entrambi in occasioni didattiche, compresa la ‘Scuola estiva’ AIP del settembre 2024.

In [2], *JAMA Network Open* ha analizzato il rapporto fra abitudini e cambiamento di abitudini nella assunzione di alcol e demenza, presentando 2 elementi di novità: si tratta della prima ricerca ad affrontare la questione dei cambiamenti, ed ad adoperare come gruppo di riferimento non solo gli astemi, ma anche coloro che mantengono apporti stabili, a prescindere dalla quantità. Sono stati studiati retrospettivamente quasi 4 milioni di adulti [età media 55 (\pm 9,6) anni], bilanciati tra i 2 sessi, seguiti in media per oltre 6 anni, i cui dati sono inseriti nell’archivio del gestore sanitario unico della Sud Corea. I criteri di esclusione hanno salvaguardato per quanto possibile da confondimenti e dalla ‘causalità inversa’. Gli apporti di alcol sono stati categorizzati come astinenti / lievi (<15 grammi al dì) / moderati (15 – 29,9 g/die) / marcati (\geq 30 g/die), ricordando che la Commissione Lancet 2020 pone a 24 g/die la soglia per cui l’apporto pesante di alcol costituisce un fattore modificabile di rischio di demenza. I bevitori lievi (<15 grammi al dì), e quelli moderati (15 – 29,9 g/die), andavano incontro ad una riduzione del rischio di demenza per tutte le cause rispettivamente del 21% e del 17% rispetto ai non bevitori [3 gruppi stabili]. I forti bevitori stabili, invece, avevano un rischio aumentato dell’8%. Nei confronti di coloro che hanno mantenuto gli apporti comunque stabili, riguardo al rischio di demenza per tutte le cause [e di demenza da Alzheimer (AD)], si individuano 2 traiettorie di modifiche comportamentali che convergono verso un beneficio: i forti bevitori che diventano moderati bevitori ottengono una riduzione nel rischio dello 8%, mentre gli astemi che salgono al consumo di bevitori moderati abbassano il rischio del 7%. Al contrario, sia coloro che hanno aumentato il consumo di alcol da un livello lieve o moderato ad un livello pesante, sia coloro che hanno interrotto la assunzione, sono incorsi in un aumento del rischio di demenza per tutte le cause e AD. L’entità di tale aumento dipende dallo scarto: per esempio, una crescita del 30% in chi da astemio diventava forte bevitore.

Simili risultati – ottenuti avendo tenuto conto di età, sesso, fumo, attività fisica, area di residenza, reddito, comorbidità, pressione arteriosa, dati di laboratorio – meritano alcune considerazioni:

-come già segnalato in letteratura, la eventualità del ‘rinunciatario malato’ non riesce a rendere conto in pieno della associazione sfavorevole tra abbandono dell’alcol e rischio di sviluppare demenza

-analisi di sottogruppo sostengono la robustezza dei risultati; i risultati ottenuti sulla maggioranza del campione – costituito da adulti – si estendono immutati ai soggetti ultra65enni

-si conferma nel complesso la relazione a J od U tra apporto di alcol e demenza per tutte le cause, alzheimeriana e vascolare, nonostante per quest'ultima tipologia i risultati siano meno 'robusti' causa la sua relativamente scarsa occorrenza

-ma la novità introdotta dal presente studio [la associazione favorevole tra avvio degli apporti ed esito dementigeno] potrebbe indurre a rivedere le linee guida correnti –che sconsigliano gli astemi dal cambiare comportamento–, pur tenendo conto delle differenze inter-individuali nella suscettibilità all'alcol.

Il secondo lavoro su cui desidero tornare è invece stato citato in [1]: pubblicato nel 2018 sul *British Medical Journal (BMJ)*, è stato scritto da Autori/Autrici francesi (Parigi, Montpellier) – alcuni/e con affiliazione anche presso lo University College di Londra – e si rifà alla indagine longitudinale sul servizio amministrativo britannico [3]. In questi dipendenti pubblici, rispetto al consumo da 1 a 14 unità / settimana (dove 1 unità equivale ad 8 grammi di alcol etilico), la astinenza è collegata a + 45% nel rischio di sviluppare demenza [intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) = 1,27 – 1,86] (a). Per tenere conto della quota di spiegazione dovuta alla malattia cardiovascolare, tra gli astemi che ne sono scevri il rapporto di rischio è 1,33 (IC 95% = 0,88 – 2,02). Tra chi assume > 14 unità / settimana, ogni incremento di 7 unità / settimana è associato a + 18% nel medesimo rischio (IC 95% = 1,04 – 1,34) (b). Questi valori vengono modificati tenendo conto del 'rischio competitivo' dovuto alla mortalità: il rischio per (a) scende a + 44% (IC 95% = 1,21 – 1,71), mentre per (b) cala al 16% (IC 95% = 1,07 – 1,25). Tenendo conto che bicchieri di vino, pinte di birra e bicchierini di liquore sono stati convertiti in unità di alcol, ai fini di una analisi di regressione secondo Cox, aggiustata per fattori socio-demografici, a prescindere dal tipo di alcol assunto, il rischio di demenza aumenta linearmente con gli apporti, a partire circa da 14 unità / settimana.

A latere, in senso contrario, segnalo un altro lavoro – peraltro non citato in [1] - che riporta, tramite randomizzazione mendeliana, prove di un'associazione causale tra consumo di alcol ed una precoce età di insorgenza dell'Alzheimer, suggerendo che un consumo di alcol da leggero a moderato non riduca il rischio di malattia di Alzheimer [4].

Chiudo il quadro spostando l'attenzione dalla sola quantità allo abbinamento con la qualità, ed al confronto con altre bevande, tramite una ricerca [5] condotta da nutrizionisti, endocrinologi – ed una matematica – tedeschi, su dati dalla bio-banca britannica, indagata per oltre 350 000 partecipanti adulti (età mediana 58 anni) lungo una durata mediana di 12 anni, per un totale di oltre 4,2 milioni di persone-anno di osservazione. Ne è risultato che all'interno – nuovamente – di una curva ad U, il minimo di sviluppo di demenza si è verificato per un consumo di vino corrispondente ad un apporto in alcol compreso tra 21 e 23 grammi al giorno. Qualsiasi altra tipologia di assunzione di alcol è risultata associata all'insorgenza di demenza secondo una risposta lineare dose-dipendente, a partire dal livello 0 di apporto

alcolico. Il caffè non risulterebbe influente, mentre la curva ad U varrebbe anche per il tè, col minimo per 6 – 7 tazze al giorno. Senza poterlo precisare, si presume che si tratti di tè nero, ma il risultato dovrebbe valere per tutti i tipi di tè.

PS) con Giovanni Zuliani, dopo un simpatico ‘siparietto’ postale, abbiamo brindato per via telematica, apprezzando la scelta di un Falerio Pecorino”.

[1] Topiwala, A., Levey, D. F., Zhou, H., Deak, J. D., Adhikari, K., Ebmeier, K. P., Bell, S., Burgess, S., Nichols, T. E., Gaziano, M., Stein, M., & Gelernter, J. (2025). Alcohol use and risk of dementia in diverse populations: evidence from cohort, case-control and Mendelian randomisation approaches. *BMJ evidence-based medicine*, bmjebm-2025-113913. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2025-113913>

[2] Jeon, K. H., Han, K., Jeong, S. M., Park, J., Yoo, J. E., Yoo, J., Lee, J., Kim, S., & Shin, D. W. (2023). Changes in Alcohol Consumption and Risk of Dementia in a Nationwide Cohort in South Korea. *JAMA network open*, 6(2), e2254771. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.54771>

[3] Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., Dugravot, A., Akbaraly, T., Britton, A., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2018). Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ* (Clinical research ed.), 362, k2927. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2927>

[4] Andrews, S. J., Goate, A., & Anstey, K. J. (2020). Association between alcohol consumption and Alzheimer's disease: A Mendelian randomization study. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 16(2), 345–353. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.09.086>

[5] Schaefer, S. M., Kaiser, A., Behrendt, I., Eichner, G., & Fasshauer, M. (2022). Association of Alcohol Types, Coffee, and Tea Intake with Risk of Dementia: Prospective Cohort Study of UK Biobank Participants. *Brain sciences*, 12(3), 360. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030360>

-*Nature Medicine* ha pubblicato un testo critico riguardo alle affermazioni più frequenti sulla **possibilità di prevenire la demenza**. Infatti, sostiene che vi sia bisogno di maggiore evidenza scientifica rispetto alle affermazioni popolari, secondo le quali se si adottasse un insieme di pratiche si potrebbe ridurre del 45% il rischio di demenza. Però tali affermazioni per rilevarne la loro effettiva importanza devono essere confermate attraverso studi randomizzati e controllati; infatti, le informazioni disponibili fino ad oggi indicano risultati incerti, che pongono gravi interrogativi sulla possibilità di costruire fondati progetti preventivi evidence-based. L'editoriale di *Nature Medicine* rappresenta un punto fermo rispetto alla programmazione di interventi che rischiano di essere inefficaci; infatti, ed è particolarmente importante, sono necessari più dati su come gli ambienti fisici, sociali e culturali possano modificare l'efficacia degli eventuali specifici interventi. Secondo *Nature*, puntualizzare in modo più corretto le strategie preventive è non solo un imperativo etico, ma anche

indispensabile per ottenere un reale impatto sulla vita degli atti preventivi. La medicina non deve mai farsi dominare dall'imprecisione e non promettere risultati privi dei necessari fondamenti basati sull'evidenza scientifica. In questo ambito, un certo pressapochismo rischia di danneggiare gli studi seri, che si vanno sempre più diffondendo sul tema della demenze. [<https://www.nature.com/articles/s41591-025-03552-7>]

-*JAMA* del 13 ottobre pubblica un testo di vasto interesse su “**AI, Health, and Health Care Today and Tomorrow**”. Anche se siamo perfettamente consci che in questo ambito l'innovazione corre così veloce da rendere difficile costruire un report che non invecchi in pochi mesi, il testo di *JAMA* rappresenta un punto fermo di valore, che merita di essere analizzato. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2840175>]

-**Stefano Govoni** presenta e discute uno studio molto interessante sul rapporto intestino cervello.

“L'articolo, da poco pubblicato da **Cristina Lanni** e finanziato dalla Alzheimer Association statunitense (grant AARG-23-1140660 to C.L.) e da numerosi altri enti finanziatori italiani, **descrive l'effetto di una infiammazione intestinale acuta sui complessi meccanismi di controllo del sistema glinfatico** che rimuove dal cervello prodotti di scarto, tra cui beta amiloide e tau. Da notare che la funzione del sistema glinfatico è finemente controllata dal ritmo circadiano e risulta compromessa nelle patologie neurodegenerative.

Per lo studio il gruppo di ricerca ha utilizzato un modello murino di colite acuta indotta da destrano sodio solfato (DSS) per valutare come un *trigger* infiammatorio periferico acuto potesse influenzare il CNS. L'obiettivo principale era quello di dettagliare un'eventuale compromissione della dinamica e della *clearance* dei fluidi cerebrali, associata a un'alterazione del *crosstalk* neurone-astrocita, potenzialmente in grado di innescare segnali precoci di sinaptopatia.

Mediante MRI in vivo, è stato osservato un allargamento significativo dei ventricoli laterali cerebrali ad indicare una compromissione della circolazione glinfatica e della *clearance*. Conseguentemente alla stasi circolatoria dei fluidi cerebrali, è stato riscontrato un aumento della deposizione di prodotti di scarto all'interno del parenchima cerebrale, quali proteina tau fosforilata nell'ippocampo e oligomeri di amiloide nella corteccia.

L'esposizione al DSS ha disorganizzato gli orologi circadiani a livello del CNS, disfunzione associata a una compromissione della funzione astrocitaria (evidenziata dalla riduzione dei marcatori astrocitari, inclusa l'aquaporina-4, AQP4). Il risultato è stato un'alterazione del *crosstalk* tra neuroni e astrociti, che potenzialmente innesca la sinaptopatia.

Come conseguenza di questa serie di alterazioni, il CSF dei topi con colite presentava alterazioni nella composizione proteica, arricchita di mediatori dell'infiammazione e proteine

legate alle vie metaboliche neuronali e lipidiche. Inoltre, sono state rilevate alterazioni nella concentrazione dei metaboliti cerebrali e nella dinamica del rilascio dei neurotrasmettitori, con compromissione della trasmissione eccitatoria e dei meccanismi di controllo inibitorio coerenti con le alterazioni comportamentali degli animali nei test per l'ansia.

Oltre alle belle immagini (Figure 1B e 1E del lavoro) che illustrano le alterazioni del flusso glinfatico, una foto e un grafico (Figura 3D e 3E) sono emblematici di quanto accade: bastano otto giorni (cinque di trattamento e tre di recupero) per osservare negli animali trattati neuroni che stanno accumulando al proprio interno proteina tau fosforilata e, contemporaneamente, beta amiloide a livello parenchimale.

Riassumendo brutalmente si potrebbe dire: 5 giorni di mal di pancia e il cervello assume un 'assetto' almeno parzialmente simile al quadro degenerativo che si osserva in alcuni dei topi transgenici considerati un modello della malattia di Alzheimer. Il dato suggerisce, come tante altre volte abbiamo scritto, che elementi (amiloide e tau), che hanno dinamiche biologiche così complesse e rapide, non 'fittano' con l'idea che beta amiloide o tau siano i soli determinanti di tutte le forme neurodegenerative e che quindi sia sufficiente 'complessarle' con un anticorpo monoclonale per realizzare una *disease modifying therapy*. Piuttosto si può parlare di *disease targeted therapy* in quanto si agisce su elementi coinvolti nella malattia (ma non necessariamente unici e primi agenti causali). Lo studio colloca tali elementi e tanti altri non ancora completamente dettagliati all'interno di processi complessi regolati da ritmi circadiani e suscettibili a fattori che includono la storia di malattie altrimenti considerate 'periferiche' che possono invece partecipare a determinare disfunzioni cerebrali acute profonde, la cui evoluzione a lungo termine è da studiare.

Tali fattori di rischio di deragliamento dei sistemi cerebrali sono oggetto di indagine in diversi laboratori di ricerca preclinica e in studi epidemiologici che indicano come il sistema glinfatico possa essere considerato un bersaglio terapeutico candidato per indirizzare la ricerca farmacologica e prevenire le comorbidità neurologiche a lungo termine nei pazienti affetti da malattie infiammatorie intestinali.

L'articolo 'Intestinal inflammation induces glymphatic remodeling, priming early neurodegenerative signals in male mice'. *Alzheimer's & Dementia*, Vol. 21, Issue 10, Oct 2025, è liberamente scaricabile da <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/alz.70640>".

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Nei giorni scorsi si è tenuto a Montegrotto Terme il **Consiglio Direttivo AIP**. Tra le varie decisioni, si è stabilito che la segreteria nazionale si assume il compito di inviare in redazione per la pubblicazione ogni settimana, o quando ritenuto opportuno, il materiale riguardante la vita della nostra Associazione. In questo modo si evitano non volute, eventuali dimenticanze.

Sono sicuro che la collaborazione con Margherita Camporese sarà efficace e utile per l'Associazione.

- si tiene oggi (venerdì 21 novembre) a Pistoia il **Congresso Regionale di AIP Toscana**. Il link al sito è <https://www.psicogeriatría.it/evento/intrecci-di-competenze-in-psicogeriatría/>

- il 5 e 6 dicembre p.v. si terrà a Palermo il **Convegno "La Longevità, sacca della memoria di quel che è stato e di quel che sarà"**.

- dal 26 al 28 marzo 2026 si terrà a Padova il **26° Congresso Nazionale AIP** <https://congresso-aip.it/>

- Sabato 15 novembre, come da tradizione, si è tenuta a Padova la **Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano**, che quest'anno è arrivata alla sua 8ª edizione. L'evento, molto partecipato, è stato organizzato da AIP in collaborazione con la De Leo Fund. La Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano rappresenta un'occasione per riflettere sull'importanza delle relazioni umane nella vita delle persone anziane e per promuovere una cultura dell'ascolto e della vicinanza, elementi fondamentali per il benessere psicologico e sociale.

Hanno guidato la mattinata la Prof.ssa Erika Borella e il Prof. Fabio Sambataro. Si è analizzato il problema della Solitudine da diverse prospettive – medica, psicologica e sociale – e discusso strategie efficaci per prevenirlo e contrastarlo. Dopo i saluti del Presidente Diego De Leo, la giornata si è aperta con l'intervento della Dott.ssa Cristina Rigon, che ha presentato i risultati del Telefono Amico e del "Pronto Soccorso emozionale", frutto di oltre 100.000 contatti di persone in difficoltà. A seguire Il Dott. Nicola Meda ha portato le evidenze emerse dagli studi longitudinali sul ruolo della solitudine nel rischio di suicidio in età avanzata. Come casi esemplari per ridurre il senso di isolamento e solitudine negli ospiti delle case di riposo i Dottori Antonio Guaita e Mauro Colombo hanno illustrato il caso dell'Istituto Golgi di Abbiategrasso, mentre la Dott.ssa Michela Rigon e il Dott. Fabio Toso hanno presentato le iniziative della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus di Padova. A concludere, il Prof. Diego De Leo ha offerto un aggiornamento sugli interventi e le iniziative internazionali per arginare il fenomeno.

Dal sito si possono scaricare le presentazioni dei relatori <https://www.psicogeriatría.it/evento/viii-giornata-nazionale-contro-la-solitudine/>

-**Stefano Boffelli** ha inviato un suo punto di vista dal titolo **"Solitudine? Non pervenuta...nei Caffè Alzheimer"**.

"Il 15 novembre, come ormai da molti anni, si sono riuniti a Padova, con la delicata regia del Professor De Leo, gli esperti veneti e nazionali della osservazione ma anche della lotta alla solitudine.

Solitudine a casa, nella scelta della egoistica separazione delle case e delle vite ('solo magari con un can, solo col can, solo come un can') ... solitudine nei luoghi di cura, quando il tuo corpo è un oggetto che gli altri manipolano parlando di ferie... solitudine nella vita sociale, chiusa nell'amicizia virtuale, che non dà compagnia e contatto umano. Ma soprattutto, combattere la solitudine, che è una malattia sociale, come già sottolineava il Professor Marco Trabucchi anni fa, parlando del silenzioso e prezioso lavoro delle nuore coi suoceri.

Già, avere persone intorno salva la vita e il morale: chi trova un amico trova davvero un tesoro.

E la cura della solitudine come si fa? Un atteggiamento paternalistico, con le persone malate, è ancora di moda, o fa parte di una vecchia macchietta dei film di Alberto Sordi? Quale consolazione dà, sentirsi inferiori e per questo doverosamente grati a chi ti cura?

Non più. Le persone gentili, empatiche, quelle che non dicono parolacce, ma sorridono aiutando, quelle che scendono dal piedistallo, sono le persone che curano la solitudine. Sono le persone preparate, esperte, ma anche dolci, materne. Nei Caffè Alzheimer, l'inclusione, la simpatia, la gentilezza, sono la cura. La solitudine non esiste dal momento in cui entri nel caffè, la loneliness si combatte, e si torna a casa col cuore caldo, e gonfio di emozioni. Vale per chi lo frequenta, vale per chi lo organizza e gestisce. Il Caffè Alzheimer è terapeutico.

I dati del nostro primo studio nazionale sui Caffè Alzheimer mostrano come nei caregiver la qualità di vita percepita migliori, e lo stress si riduca. Il Caffè Alzheimer è il luogo aperto, gratuito, inclusivo, che combatte la solitudine dei caregiver, e dà il senso della protezione e della cura gentile a chi lo frequenta”.

-Colgo l'occasione per **ringraziare personalmente le colleghe e i colleghi che in questi mesi hanno inviato messaggi di supporto, sia con parole sia con contributi economici.** Vorrei si rendessero conto di quanto è importante il supporto dei lettori per continuare adeguatamente il lavoro; la nostra non è una newsletter “fredda”, ma un luogo di dialogo su aspetti che ci riguardano direttamente. Peraltro, la nostra non è, e non deve essere, una professione “fredda”, distaccata dalla realtà della sofferenza e delle fragilità.

Un saluto e l'augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Sul concetto di dignità del morire
- Il 75esimo di Medici con l'Africa
- Africa: un paese giovanissimo governato da molto anziani
- Michele Farina e l'indisponibilità del Fondo demenze
- Kennedy e le sue "istruzioni" sui vaccini per il CDC
- Jacqueline Bisset e il bisogno di protezione
- Ancora sul suicidio assistito

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo sul suicidio degli anziani
- JAMA Neurology*: una revisione sistematica sulla demenza frontotemporale
- Erika Borella e la percezione della propria salute da parte dei caregiver

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il congresso regionale AIP della regione Toscana
- I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

Sarà pure deprecabile autocelebrazione, ma la mail che riproduco di seguito mi ha fatto un grande piacere: "Scusate il disturbo, ma sento il bisogno di ringraziarvi per la vostra mail settimanale. Non sono un medico, nemmeno un'infermiera o una OSS, solo una ex caregiver. A volte per me qualche articolo è troppo tecnico, ma in un mare di fake, pressapochismo, superficialità e banalità la vostra mail è una boccata d'ossigeno. Nel mio piccolo ho cercato anche di supportarvi con un contributo concreto". Grazie, gentilissima amica!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-L'idea diffusa che la **dignità del morire** sia caratteristica solo della scelta del suicidio non può lasciare indifferente il nostro mondo professionale, quello di chi opera in sanità, medici, infermieri, psicologi e altre competenze. Definire dignitosa solo la morte autoprocurata dichiara implicitamente che il lavoro di chi cura e assiste nelle lunghe fasi terminali dell'esistenza, cariche di dolore e di angoscia anche per l'operatore, non rispetta la dignità della persona e che l'impegno di accompagnare attraverso la fatica di vivere l'ammalato sarebbe impresa violenta. Ma è davvero accettabile che il nostro lavoro sia interpretato come un impedimento ad una vita con dignità? Dobbiamo però chiederci se questa interpretazione non sia la conseguenza di atteggiamenti di cura inadeguati rispetto al bisogno di aiuto.

-Si è svolta a Padova la celebrazione per festeggiare il **75esimo anniversario dei Medici con l'Africa-CUAMM** (medici "con" e non medici "per"!). Era presente il Capo dello Stato, accolto da un interminabile standing ovation dalle migliaia di presenti. I valori del CUAMM sono forse fuori moda: pazienza, costanza, progetti a lungo termine, empatia invece di trascuratezza, la fatica verso la comodità, l'impegno a tenere accesa la luce sulla povertà, una vita non sprecata per costruire una vita meravigliosa. 75 anni fa l'approccio era adeguato ai tempi, oggi invece si valorizza la profonda cultura dell'Africa; nuove competenze, nuova capacità di lettura del mondo che cambia. Mi ha fatto impressione la notizia che al momento della crisi, perché Trump ha tagliato senza preavviso un contributo di 2 milioni, sono intervenute quattro Fondazioni bancarie italiane, che sono riuscite in emergenza a tamponare il buco creato dall'ennesima decisione improvvida e irresponsabile del presidente USA.

-**Severino Filippi** ha inviato una pagina del Manifesto (che allego) riguardante la paradossale **gerontocrazia africana in un continente la cui età media è di 19 anni**. Come si legge nel pezzo, in Malawi è diventato presidente un 85enne, in Camerun un 92enne, in Costa d'Avorio un 83enne. Ci si deve domandare la causa di questa realtà: i giovani sono forse incapaci di autogoverno e si affidano all'equilibrio e alla saggezza degli anziani? Certamente è un fenomeno da seguire con attenzione.

-**Michele Farina**, l'inventore e realizzatore dell'Alzheimer Fest, ha scritto sul *Corriere della Sera* del 23 novembre la sua **protesta contro la decisione della legge finanziaria di dirottare i 100 milioni previsti per il Piano Alzheimer** verso una disponibilità economica per le Regioni al fine di coprire i costi dei rimborsi della quota versata alle RSA dalle famiglie per gli ospiti affetti da demenza (vedi allegato). E' una triste guerra tra i poveri, dalla quale i poveri non ottengono alcun vantaggio. Anche il direttore del Corriere Salute Ripamonti si è associato al testo di Farina con un forte editoriale; purtroppo, però, vi sono poche possibilità che il grido

di dolore, espresso per conto delle famiglie, possa trovare ascolto nei luoghi del potere. Dopo le notizie sconcertanti sul finanziamento della legge per i caregiver, è l'ennesima dimostrazione di "ageismo implicito": tutto viene prima rispetto ai bisogni dei "poveri vecchi ammalati". Al massimo si stanziavano un po' di soldi, che poi però diventano poca cosa se suddivisi per i molti, diversi bisogni.

-Il NYT del 21 novembre riporta la notizia che **Kennedy**, l'improvvisato ministro della sanità USA (una cugina: "quello è un problema per la nostra famiglia!") ha dato **istruzioni al Center for Disease Control and Prevention perché l'ente abbandonasse la propria posizione secondo la quale i vaccini non causano autismo**. Il ministro ha deciso di non considerare il parere del mondo scientifico, sottomettendo il CDC al suo volere. E' la gravissima scelta di una certa parte politica che non rispetta l'autonomia della scienza, come negli anni 50 è avvenuto in Unione Sovietica. La storia si ripete, ma tragicamente si deve considerare che le dittature, più o meno mascherate, non rispettano il valore delle persone, l'autonomia della società e quella della scienza.

-**Jacqueline Bisset**, la famosa attrice di 81 anni, ha preso la parola in questi giorni al Torino Film Festival per descrivere una situazione da lei recentemente vissuta, traendone indicazione per discutere della **condizione critica delle persone fragili, povere, senza alcuna difesa**. Ha raccontato che la sera prima in albergo ha sentito l'esigenza di andare in bagno, ma che nell'oscurità si confonde e imbocca la porta della stanza, chiudendola involontariamente alle spalle. Non sa come fare; è senza telefono e nessuno a cui rivolgersi. E' fuori dalla sua stanza, che in quel momento era tutto il suo mondo, svestita, senza calze né scarpe. Si sente disperatamente sola e non sa a chi chiedere aiuto, vergognandosi del suo errore involontario. Alla fine del racconto, Bisset si domanda che cosa farebbe se nella vita si trovasse in una condizione di solitudine e di abbandono come quella descritta e come capita normalmente alle persone fragili. Una lezione particolarmente incisiva per noi che dovremmo in ogni momento impostare la cura dopo esserci immedesimati nella condizione di sofferenza della persona fragile che a noi si rivolge.

-Allego copia del **mio articolo** comparso su *Avvenire* del 20 novembre che discute attorno alla triste notizia del **suicidio assistito delle Gemelle Kessler**.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'intervento di **Mauro Colombo** sull'importantissimo tema del **suicidio negli anziani**.

"Sabato 15 novembre mattina, nella magnifica cornice del centro storico di Padova (nei locali della Sala del Palazzo del Monte di Pietà, in Piazza Duomo) è stata celebrata – sotto la

moderazione della psicologa Erika Borella e dello psichiatra Fabio Sambataro, entrambi professori presso l'università locale, tra le più antiche al mondo – la 8ª Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano, organizzata dalla Associazione Italiana di Psicogeriatria e dalla De Leo Fund.

Desidero per questo 'angolo' partire da un articolo – a libero accesso in rete - uscito ad agosto 2025 su *Frontiers in Psychiatry* [1], che vede tra gli Autori appunto il presidente AIP Diego De Leo – ultimo autore -, Fabio Sambataro, e come prima firma Nicola Meda, psichiatra dottorando in neuroscienze a Padova; in coda, qualche riferimento alla presentazione del giovane brillante collega, che ha suscitato consensi ed animato una vivace discussione.

La meta-analisi è stata compiuta in [1] su 42 studi pubblicati fra il 1978 ed il 2024, che hanno riguardato 71 paesi lungo 122 anni (dal 1900 al 2021). I risultati di queste indagini – prevalentemente retrospettive - mettono in dubbio il dato riportato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità che stima in 727 000 il tasso annuale planetario di suicidi. Molte possono essere le cause per una sostanziale sottostima (10 – 30%): scarsa qualità dei dati – anche per limiti strutturali e di competenze nella trafila amministrativa delle registrazioni -, fattori culturali, religiosi, finanziari e legali, quali per esempio stigma familiare, scarsità di autopsie, rischio di invalidamento di polizze assicurative. Vanno tenute in conto anche difficoltà tecniche, quando il suicidio si iscrive in una poli-patologia, o si confonde con avvelenamenti accidentali: molti suicidi vengono perciò ascritti a cause di morte indeterminata od accidentale. Se sono facilmente riconoscibili i suicidi per impiccagione, non altrettanto vale per cause meno violente. A livello metodologico, una statistica viene considerata attendibile quando il tasso di morti non identificate sta sotto ai 2 casi ogni 100 000 decessi §, e quando il rapporto fra morti non identificate e suicidi è inferiore al 20%. Almeno in Europa, ad ogni 1% di aumento nella quota di autopsie corrisponde un incremento nel riscontro di suicidi. Altrettanto vale, a livello planetario, rispetto alle investigazioni medico-legali.

Per quello che riguarda gli anziani, è facile che suicidi occorsi tra gli ultra75enni vengano misconosciuti come morti 'accidentali', specialmente nel caso delle cadute. Una altra categoria sfavorita - in termini di corretta attribuzione delle cause di morte – è costituita, a livello mondiale, da migranti ed in generale da minoranze più o meno marginalizzate, specialmente in assenza di infermità mentali riconosciute formalmente. Anche alcuni incidenti stradali andrebbero rivalutati #.

L'articolo – ampio (22 pagine scritte con un carattere piccolo, od almeno tale da imporre a noi 'vecchietti' gli occhiali da lettura ...), molto dettagliato e corredato da una corposa bibliografia (82 voci) – passa in rassegna aggregazioni di dati per macro-aree territoriali: mi limito qui a riportare informazioni relative all'Europa, abbinata come settore occidentale alla Australia [USA e Canada sono accostati nel secondo settore dei paesi occidentali (a Canada per ora indipendente, Trump permettendo...)]. 7 studi hanno riguardato Norvegia, Svezia, Portogallo, Polonia, Paesi Bassi ed Irlanda; 2 il Regno Unito ed 1 l'Australia, dando luogo ad una sottostima del 27 - 30%, soprattutto a carico delle donne; le % di mancato riporto sono

particolarmente elevate nei campioni irlandesi ed inglesi. Quasi 1 incidente automobilistico letale su 10, dove il guidatore ne era responsabile, andrebbe riclassificato come suicidio, specie nel caso che l'unico passeggero fosse anche il conducente #, nella casistica norvegese.

A livello globale, spiccano alcuni fattori socio-culturali che sostengono la sottostima dei suicidi: il pregiudizio secondo cui le femmine sarebbero meno inclini al suicidio, magari adottando metodi meno violenti, col rischio di trascurare soprattutto i suicidi collegati al parto ed in generale alla maternità; riguardo all'età, la sottostima investe soprattutto giovani ed anziani; nei paesi a più forte impronta ortodossa o cattolica si scende sovente a stime sotto a 3/100 000, cioè 1/3 della media mondiale; in 19 su 21 paesi islamici il tasso di morti da cause non determinate o classificate come accidentali rispetto a quelle suicidarie supera la soglia di 2\$, sorpassando il valore di 15 in quasi la metà di loro. Un altro fattore importante di sottovalutazione è la residenza in zone rurali, dove vive 3/4 della popolazione indiana, ed una quota rilevante di quella cinese: eppure queste due nazioni insieme assommano al 40% dei suicidi riportati nelle statistiche mondiali.

Portare la stima planetaria dei suicidi dai 770 000 al superamento del milione di casi non è indifferente. 'Le implicazioni di questa sottostima sono di vasta portata, poiché diminuisce la percezione dell'importanza del suicidio come problema di salute pubblica e mina gli sforzi per allocare risorse appropriate per la prevenzione e l'intervento'. Invece, come ricordano gli Autori '... per ottenere statistiche accurate sui suicidi sono necessari sforzi continui per mantenere e migliorare infrastrutture di sorveglianza efficaci'.

Dato che [1] non è stato esplicitamente citato nelle diapositive proiettate da Nicola Meda e da Diego De Leo [l'accesso alle prime è disponibile mediante il collegamento riportato sulla newsletter del venerdì 21 novembre 2025], completo questo 'angolo' accennando per sommi capi ad uno stralcio tra altri apporti significativi indicati da Nicola Meda, di cui riporto i riferimenti bibliografici – liberamente accessibili in rete magari con un po' di fantasia e di perseveranza -, per chi volesse risalire alle fonti.

Innanzitutto, un dato epidemiologico di tutto rilievo per la Psicogeriatria: il tasso standardizzato per età più alto di tutti riguarda proprio gli uomini anziani, con un 19,9/100 000 casi per gli ultra70enni maschi, che surclassa tutte le altre fasce di età, almeno secondo le statistiche nazionali del 2016 [2]

I fattori associati alla solitudine – secondo una 'revisione ad ombrello' di studi osservazionali, tra i cui Autori figurano 3 italiani partecipi del direttivo AIP: De Leo, Trabucchi e Cester – sono: l'età (secondo una relazione 'ad U', che vede i valori più alti tra i giovani e gli anziani), il sesso femminile, una bassa qualità dei contatti sociali, la scarsa competenza, un modesto stato socio-economico e le malattie croniche; la medesima indagine – di cui ho trovato in libero accesso in rete una versione accettata al posto della pubblicazione originale - attribuisce alla solitudine un incremento del 26% nello sviluppo di demenza [3]

La 'stanchezza di vivere' o la ideazione suicidaria possono comportare un aumento di mortalità generale a distanza di 16 anni da quando sono state esperite, in ultra60enni svedesi di ambo i sessi, seguiti grazie ai registri della nazione scandinava [4]

L'apprendimento automatico è stato adoperato per predire fattori di rischio / protezione rispetto al suicidio in persone anziane; applicato ai dati forniti dallo studio longitudinale sulla salute e invecchiamento a partire dai 50 anni (SHARE), che ha effettuato interviste ogni 2-3 anni dal 2005 (a oggi 9 in totale) per confrontare soggetti deceduti per suicidio o per cause verificate come accidentali, ha individuato – con accuratezza, sensibilità e specificità tutte vicine allo 80% - 3 fattori principali: il tempo durante il quale il soggetto è stato ammalato prima di morire (superiore a 1 mese), la frequenza dei contatti con la persona più prossima (se meno che quotidiani), ed il numero dei figli in vita (se meno di 3). Viceversa, avere 3 figli o più mitiga il rischio di suicidio a prescindere dalla durata superiore al mese della condizione di malattia. Avere contatti più volte la settimana o giornalieri con i propri figli (anche pochi) potrebbe ridurre la mortalità per suicidio [5]. Simili risultati si accordano con un modello teorico disegnato più di un lustro prima [6], che a sua volta si rifaceva al classico 'Studio di Sociologia' di Émile Durkheim del 1897. Da notare che SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) è il più grande studio europeo nell'ambito delle scienze sociali. Quanto a [5], 3 Autori su 4 figuravano tra i relatori od i moderatori della giornata.

A questo punto si pone per forza di cose la domanda sul che fare; vengono riportate 2 proposte favorevoli:

Possedere un animale domestico può apportare benefici al benessere, tra cui l'attenuazione della sensazione di solitudine (- 36% di probabilità) e delle relative conseguenze, tra gli anziani che vivono da soli [7]

Man mano che passa il tempo, viene ulteriormente confermato il valore della promessa costituita dal tele-controllo e dal tele-soccorso, avviato in Veneto dal prof. De Leo ancora nel millennio scorso: oltre 2 suicidi su 3 di anziani possono venire evitati, specialmente fra le donne [8].

E così ci ricollegiamo alla prima presentazione della giornata, quella della [d.ssa](#) Cristina Rigon, disponibile tramite il collegamento sulla newsletter AIP, che ha raccontato con calore e supporto di dati la esperienza di 'Telefono Amico'.

PS1) pochissimi giorni dopo avere concordato col prof. Trabucchi argomento e contenuto per questo 'angolo', è circolata la notizia della morte – per suicidio assistito concomitante – delle indimenticabili gemelle Kessler: per questa vicenda, rimando alle note scritte dal prof. Fabio Cembrani in allegato alla newsletter del venerdì 21 novembre 2025

PS2) mentre scrivevo questo 'angolo', una revisione sistematica con meta-analisi di JAMA Network Open sottolinea il ruolo della vicinanza e dell'ascolto durante il rapporto terapeutico [9]".

- [1] Meda, N., Angelozzi, L., Poletto, M., Patane', A., Zammarrelli, J., Slongo, I., Sambataro, F., & De Leo, D. (2025). How many people die by suicide each year? Not 727,000: a systematic review and meta-analysis of suicide underreporting across 71 countries over 122 years. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1609580. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1609580>
- [2] Silvia Ghirini e Monica Vichi. Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, Volume 1 (2) 2020, pagg. 3 – 10
- [3] Solmi, M., Veronese, N., Galvano, D., Favaro, A., Ostinelli, E. G., Noventa, V., Favaretto, E., Tudor, F., Finessi, M., Shin, J. I., Smith, L., Koyanagi, A., Cester, A., Bolzetta, F., Cotroneo, A., Maggi, S., Demurtas, J., De Leo, D., & Trabucchi, M. (2020). Factors Associated With Loneliness: An Umbrella Review Of Observational Studies. *Journal of affective disorders*, 271, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>
- [4] Fagerström, C., Welmer, A. K., Elmståhl, S., & Tuveson, H. (2021). Life weariness, suicidal thoughts and mortality: a sixteen-year longitudinal study among men and women older than 60 years. *BMC public health*, 21(1), 1359. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11329-z>
- [5] Meda, N., Zammarrelli, J., Sambataro, F., & De Leo, D. (2024). Late-life suicide: machine learning predictors from a large European longitudinal cohort. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1455247. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1455247>
- [6] Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- [7] Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen, C., & Van Orden, K. A. (2014). Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging & mental health*, 18(3), 394–399. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837147>
- [8] De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 181, 226–229. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.226>
- [9] Janssen, W. C., Mérelle, S. Y. M., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., & Bockting, C. L. H. (2025). Cognitive Behavior Therapy With and Without Narrative Assessment and Suicide Attempts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 8(11), e2544632. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44632>

-*JAMA Neurology* dell'8 settembre pubblica una **metaanalisi sull'incidenza e la prevalenza della demenza frontotemporale**, argomento sul quale fino ad ora non esiste una trattazione

accurata. I dati ottenuti con la metaanalisi di 32 studi ha dimostrato che la demenza frontotemporale ha una frequenza paragonabile a quella della Lewy Body e superiore a quella della paralisi sopranucleare progressiva, della sindrome corticobasale e della sclerosi laterale amiotrofica.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2838666>]

-La professoressa **Erika Borella** riassume un interessante lavoro sulla **percezione della propria salute da parte dei caregivers**. E' molto significativo analizzare come la continua vicinanza con la sofferenza modifichi la visione della propria realtà.

Visioni del proprio invecchiamento in caregivers di persone con demenza e non-caregivers

“Prendersi cura di un proprio caro con demenza può avere un impatto sulle visioni o opinioni che il caregiver familiare ha rispetto al proprio stesso processo di invecchiamento?

Lo studio recentemente pubblicato su Healthcare ha voluto rispondere a questo quesito coinvolgendo un campione di familiari (caregivers informali) di persone con demenza e adulti-anziani che non hanno mai assunto questo ruolo. Tutti i partecipanti hanno valutato la propria salute fisica e psicologica e hanno completato una serie di questionari che indagano diverse visioni o opinioni personali sull'invecchiamento, quali l'età soggettiva e la consapevolezza di cambiamenti positivi e negativi correlati all'invecchiamento in diversi ambiti di funzionamento (es., fisico, cognitivo, socio-emotivo). I caregivers informali hanno valutato anche il proprio distress legato alla gestione di disturbi psicologici e comportamentali caratteristici della demenza, oltre che il peso fisico, emotivo e sociale legato al lavoro di cura (burden).

I risultati confermano che prendersi cura di una persona con demenza ha ripercussioni sulla salute e sul funzionamento psicologico. Inoltre, esperire in particolare un maggior peso fisico, emotivo e sociale legato al lavoro di cura, esacerbato da un umore più deflesso, è risultato associato ad una visione del proprio invecchiamento caratterizzata da cambiamenti negativi nei caregivers informali. Questi risultati suggeriscono l'importanza di valutare, accanto allo stato di salute e al peso del lavoro di cura esperito dai caregivers informali, anche le opinioni che il caregiver ha rispetto al proprio processo di invecchiamento. Inoltre, sviluppare interventi che non solo forniscano strumenti e competenze a supporto del lavoro di cura, ma che promuovano anche una visione più corretta e positiva dell'invecchiamento può essere un efficace approccio per permettere ai caregivers di persone con demenza di prendersi anche cura di sé, per un invecchiamento in salute”.

Autori: Elena Carbone, Serena Sabatini, Federica Piras, Enrico Sella, Beth Fairfield, Salvatore Bazzano, Flavio Busonera, Lucia Borgia, Linda Clare, Erika Borella

Link all'articolo: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/22/2884>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il 21 novembre si è tenuto a Pistoia con grade partecipazione il **congresso regionale AIP della Toscana** dal titolo particolarmente significativo **“Intrecci di competenze in Psicogeriatria”**. Le presentazioni hanno espresso ad alto livello il fondamento culturale e operativo della nostra Associazione, che si distingue per l'integrazione delle competenze attorno allo studio e alla cura degli eventi che caratterizzano l'età avanzata e le diverse patologie che la accompagnano. Particolarmente originale la sessione su: “Il verde cura?”, con gli interventi di Andrea Mati su: “Gli spazi verdi per i disturbi cognitivi e psichiatrici”, di Dimitri Becheri sulla “Forest therapy in geriatria” e di Padre Guidalberto Bormolini sui percorsi di cura tra verde terapeutico e nuove tecnologie. Un dibattito originale e vivace tra il teologo, il medico, l'esperto della bellezza del verde: insieme alla ricerca delle migliori modalità per offrire una vita serena anche nelle fragilità, quando il dolore sembra dominare ogni spazio.

-Il **5 e 6 dicembre** p.v. si terrà a **Palermo il Convegno "La Longevità, sacca della memoria di quel che è stato e di quel che sarà"**. Il programma è consultabile al link <https://bit.ly/Palermo-5-6-12>

-Fino al 18/01/2026 è possibile iscriversi al prossimo **Congresso Nazionale AIP** e ai **Corsi pregressuali** con prezzo Early Bird. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

Un cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatria