ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 30 aprile 2026

n. 17/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-L'esempio di Zubin Metha
-La Maratona di Padova
-La demenza non cancella la vita
-Bianchetti e la relazione di cura

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Un articolo di De Leo sul ruolo dell'ottimismo nella cura
-*Lancet Healty Longevity* sul rapporto tra infezioni e demenza

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La scuola estiva AIP 2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Zubin Metha ha dichiarato che a 90 anni continua a studiare**. Penso ad una doppia utilità di questo comportamento: studiare mantiene giovani e permette di interpretare la musica in modo sempre più perfetto; dimostra inoltre a chi fosse tentato dall'ageismo le potenzialità che possono essere espresse anche dalle persone molto anziane. Infine è un esempio per chi ritiene che la vita sia fortuna e non impegno!

-**Alla maratona di Padova hanno partecipato molti anziani** ospiti di AltaVita-IRA.
Di seguito un commento dell'evento del direttore generale della struttura Adelaide Biondaro.
"Domenica 26 aprile si è svolta la Padova Marathon (detta anche Maratona di S. Antonio) che ha registrato nuovi record: oltre 46.000 partecipanti, 3 gare agonistiche e stracittadine, atleti provenienti da 70 nazioni.
Ho avuto l'enorme piacere di accompagnare anche 35 Atleti molto speciali: alcuni residenti (non autosufficienti) nei Centri Servizi 'Beato Pellegrino' di Padova e 'G.A. Bolis' di Selvazzano Dentro (PD), alcuni residenti del Pensionato "Piaggi" e alcuni frequentatori dei Centri Diurni "Gidoni" e 'Monte Grande'.
Partiti alle 8.30 con 5 automezzi attrezzati, siamo stati scortati dalla Polizia Locale. Tutti in maglietta gialla e ciascuno con il pettorale ben in vista, siamo arrivati in Prato della Valle, assieme al personale infermieristico, ad Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Educatori di AltaVita IRA e ad alcuni Familiari e Amici.

Dopo aver ascoltato i Bersaglieri e l'Inno Nazionale, il gruppo di Atleti (chi in carrozzina, chi con il deambulatore, chi modo autonomo), è partito! Per tutto il tragitto (1 km) ci ha fatto da apripista un Volontario, vestito da angelo, e siamo stati scortati dal Direttore della Centrale Operativa SUEM, con un collaboratore e da una Volontaria dell'organizzazione che segnava i metri percorsi.
Gli Atleti sono stati bravissimi: tutti sono arrivati al traguardo. La signora Giovanna Fassini (classe 1931) è stata intervistata all'arrivo, mentre la signora Maria Ponchio (classe 1933) è tornata a gareggiare, dopo una vita da runner.
È stata un'esperienza meravigliosa: gli Atleti 'meno giovani' (così li hanno definiti i giornalisti) si sono divertiti e hanno dimostrato una forza di volontà incredibile. Per noi di AltaVita IRA è stata la soddisfazione di dimostrare che nonostante le difficoltà fisiche, queste Persone hanno un gran desiderio di divertirsi e di dimostrare che sono ancora vincenti. Tutti orgogliosi di aver conquistato la medaglia al collo!
Siamo davvero grati all'organizzazione della Padova Marathon e ai suoi Volontari, ad Assindustria Sport, al Comune di Padova, al SUEM, alla Polizia Locale. In particolare, al ringraziamento fatto al Commissario della Polizia Locale, Fabio Varotto, questa è stata la sua risposta: "*non vi è mai stato dubbio alcuno sulla possibilità di partecipazione dei Vostri ospiti alla manifestazione! Ed è stata una gioia anche per me/noi l'aver contribuito affinché ciò potesse avvenire. Gli 'ostacoli' legati alla chiusura dei percorsi ed alle tempistiche di arrivo in Prato della Valle sono stati superati ed ovviati anche con il Vostro prezioso contributo e tutto si è svolto secondo programmazione. Ben felice di poterVi aiutare anche in futuro affinché Padova Marathon possa accoglierVi nuovamente! Ringrazio di cuore tutti Voi ed i Vostri ospiti*".
La partecipazione a questo evento ha dimostrato che quando le persone e le Istituzioni si uniscono, anche la fragilità diventa forza: insieme, ogni ostacolo può essere affrontato e superato, restituendo dignità, sicurezza e valore alla vita delle Persone anziane.

-Di seguito riporto **l'articolo molto incisivo di Don Marco Mori**, sacerdote bresciano, pubblicato sul *Giornale di Brescia* **riguardante la sua impressione sull'atteggiamento delle persone affette da demenza nel corso della messa celebrata all'interno di una RSA**. Il pezzo si colloca nella cultura da sempre portata avanti da AIP, secondo la quale "la demenza non cancella la vita".
"Mi raggiunge sempre con sorpresa la vitalità dei malati di Alzheimer nella Rsa Anziani Sacro Cuore ogni volta che celebro la messa per loro. Sì, vitalità è la parola giusta e inaspettata, per noi abituati troppo ad una concezione dell'esistenza accentuata da produttività e che pensa di scoprire significato solo quando tutto è sotto controllo. I 'miei' nonni, invece, mi dimostrano che c'è molta vita anche là dove le aspettative sembrano irrimediabilmente segnate e appaiono inevitabilmente deludenti.
Prima di tutto mi insegnano che la vita è anche il ricordo. E che alcuni ricordi non passano mai e, quindi, è sempre possibile vivere. Nel mio caso sono i ricordi religiosi più semplici che riescono a sopravvivere alla malattia perché hanno scavato in profondità: così posso cantare, intervenire, lamentarsi che la predica è troppo lunga, ricevere la comunione, darsi la pace. Vedrò la stessa dinamica nelle attività di animazione curate all'interno della Rsa quando si parla di mestieri del passato e si racconta, quando si ricordano ad alta voce le abitudini di un tempo della propria famiglia… È molto umano toccare concretamente come i ricordi che sono andati più in profondità sono nostri sempre, diventano dati personali che, accanto a quello genetico, forma l'ossatura di chi siamo.
Intorno a questo nucleo, recitato in modo particolare dal rito, si innesta la relazione, che è un dono prezioso e che ci può accompagnare e sostenere in tutta la vita: non ho mai preso così tanti baci come quando sono con loro! E sono baci sinceri, pieni di affetto. Mi rimarranno, sempre nel cuore, le carezze di Agnese, che qualche giorno prima di morire, non riuscendo più a parlare, mi ha voluto

accarezzare per dieci minuti (cronometrati!): nessuno mai mi ha salutato così, con la serena consapevolezza di essere alla fine ma con la decisa volontà di condividere il bello fino in fondo. Spesso i 'miei' nonni sono semplificati perché li relaziono qui che li abito, dove facciamo fatica a parlare e, perfino, ad incontrarci. Mi pare che questa, al netto della non facile gestione di situazioni indubbiamente segnate dal dolore e dalla sofferenza sia, anche, l'esperienza più alta di relazioni familiari, che hanno meno da farsi condizionare dai pensieri organizzati e dai propri cari (grazie all'attenta professionalità delle tante persone che si muovono intorno a loro) e si possono concentrare sul bene prezioso delle parole condivise: vedo la gioia nei loro occhi quando, nonostante la malattia che limita le loro possibilità, si chiamano, desiderano. Questo è possibile perché c'è spazio e tempo per la relazione. E anche così solo per quella.
Infine, si costruisce un pezzo di storia con loro, proprio con loro che rischiano di non avere più memoria. È la storia dei ricordi a breve termine: esprimono i loro disagi per la salute, apprezzano i complimenti per le cose belle che sanno fare e per l'attenzione che si può avere per le caratteristiche, in particolare i pregi, del loro carattere (che, al contrario della memoria, al posto di sfumarsi si accentua ancora di più), si ricordano che ogni settimana condividiamo la bellezza del poter stare insieme e del celebrare l'esistenza e la fede.
Tutto questo è vita? La domanda va presa sul serio e la risposta deve essere per forza articolata. Nonostante i limiti che segnano l'esistenza di questi ospiti così particolari della Rsa, risponderei di sì. E soprattutto perché, comunque sia, loro donano di più a me di quanto io possa donare a loro. Se vivere significa poter donare agli altri qualcosa di sé, loro lo fanno, eccome. Se vivere significa tenere per sé, consumare per sé, scegliere per sé, loro mi dicono che questa concezione è un po' ristretta pensando a tutta la nostra esistenza, che ha bisogno di dinamiche di accompagnamento oltre i momenti in cui si esprime in tutta la sua pienezza. Questo vale anche per tutte le persone che sono intorno ad essi: infatti, quando si vive la cura degli altri, anche in quelli più deboli o poco presenti nella consapevolezza di sé e del mondo, si compie un atto che riporta al centro della nostra esistenza il senso più profondo: viviamo grazie alle cure degli altri, perché siamo troppo piccoli e fragili, e prendersi cura significa comunque essere vicini alla vita.
La vita è un mistero, nel senso più positivo del termine: ha declinazioni così inaspettate da poter essere vissuta ovunque, conserva significati nascosti e condivisibili se ne curiamo le possibilità, ci obbliga a cambiare nella logica di un'attenzione a servirla più che a definirla. E, anche se i 'miei' nonni non lo sanno fino in fondo e mancano di qualche consapevolezza, va bene lo stesso!"

-**Angelo Bianchetti**, pars magna della nostra Associazione, ha scritto il testo che accludo sulla rivista *BresciaMedica*. Mi sembra **un contributo che sintetizza con cultura e sensibilità quello che molti di noi pensano sulla relazione di cura nel tempo di oggi.**
"Il progresso tecnologico sta riscrivendo i confini della medicina con una velocità che spesso supera la nostra capacità di riflessione critica. In questo scenario, la comunicazione tra medico e paziente emerge non come un accessorio burocratico o un semplice atto di cortesia, ma come il fondamento stesso dell'atto terapeutico. Per questa ragione abbiamo voluto dedicare al tema della relazione e della comunicazione medico paziente questo numero di *BresciaMedica*.
L'articolo 20 del Codice Deontologico sancisce con chiarezza: il tempo della comunicazione è tempo di cura. Eppure, la realtà quotidiana degli ambulatori e delle corsie d'ospedale racconta spesso una storia diversa, fatta di sguardi incollati agli schermi e di una 'scienza' che, pur progredendo tecnicamente, rischia l'arretratezza sul piano umano.
Viviamo un'epoca di straordinaria efficienza diagnostica. Siamo in grado di mappare il genoma, trapiantare organi e utilizzare l'Intelligenza Artificiale per prevedere l'andamento di patologie complesse. Tuttavia, questa potenza tecnica genera un paradosso: più gli strumenti diventano sofisticati, più il paziente rischia di sentirsi un 'fantasma di passaggio', un oggetto rappresentato da

un organo malato piuttosto che una persona nella sua interezza. L'avvento dell'Intelligenza Artificiale (IA) e del Machine Learning rappresenta l'ultima frontiera di questa trasformazione.
Progetti di supporto all'assistenza territoriale e l'uso di modelli predittivi possono certamente ottimizzare la gestione delle cronicità e ridurre l'errore umano. Ma la tecnica, per sua natura, opera nel dominio del cronos — il tempo misurabile e sequenziale — mentre la cura appartiene al kairos, il momento opportuno e unico dell'incontro umano. Un algoritmo può processare dati con velocità sovrumana, ma non possiede la 'sensibilità affettiva' necessaria per cogliere l'indicibile che si nasconde in uno sguardo o in un silenzio.
Saper dire 'non so' accompagnato dall'impegno a restare accanto al paziente ha un valore terapeutico superiore a qualsiasi rassicurazione generica.
L'approccio umanistico in medicina non è un richiamo nostalgico al passato, ma una necessità clinica. La sofferenza non è mai solo un dato biologico; è un'esperienza che cambia il modo di essere e di sentire del malato. Curare significa dunque passare dal semplice trattamento della malattia al 'prendersi cura' della persona, riconoscendo quella condizione di vulnerabilità che accomuna chi cura e chi è curato.
In questo contesto, la comunicazione efficace diventa lo strumento per gestire l'incertezza, che è parte intrinseca della clinica. La tecnologia promette certezze oggettive, ma la realtà della malattia è spesso ambigua e complessa. Solo una relazione basata sull'ascolto attivo e sull'empatia permette di costruire quell'alleanza terapeutica che garantisce l'aderenza alle cure e sostiene la speranza, anche di fronte a prognosi infauste. Saper dire 'non so', se accompagnato dall'impegno a restare accanto al paziente, ha un valore terapeutico superiore a qualsiasi rassicurazione generica o automatizzata.
La sfida del futuro non è scegliere tra umanesimo e tecnologia, ma realizzare un'armonica integrazione tra questi due mondi necessariamente integrati. L'IA e gli strumenti digitali devono restare mezzi nelle mani del medico, 'assistenti' capaci di liberare tempo per la relazione, non barriere che allontanano lo sguardo. La responsabilità clinica e il rapporto di fiducia restano, e devono restare, prerogative umane.
Dobbiamo quindi guardare alla tecnologia con 'meraviglia', come suggeriva Aristotele, ma senza esserne diretti. L'obiettivo è una medicina che utilizzi il rigore del metodo scientifico per potenziare, e non sostituire, la capacità di provare com-passione. Il medico del futuro dovrà essere un 'professionista riflessivo', capace di usare algoritmi complessi e, allo stesso tempo, di 'udire meglio con l'orecchio interiore'.
La qualità della nostra professione si misurerà sempre più sulla capacità di non smarrire l'umanità e la capacità di relazione. La comunicazione rimane lo strumento più efficace capace di trasformare una fredda prestazione tecnica in un autentico gesto di cura".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-I lettori avranno notato l'assenza del testo di Mauro Colombo, la parte più significativa della nostra newsletter. Ci scusiamo, certi della Vostra comprensione.

-Allego **un articolo di Diego De Leo** e apparso su Enciclopedia di aprile, che **affronta la tematica di interesse pratico e teorico sul ruolo dell'ottimismo nella cura**. Mi permetto di riprodurre alcune righe: "La prospettiva etica richiede di bilanciare la speranza con l'onestà, equilibrando la comunicazione con le preferenze del paziente, e tenendo in conto le realtà emotive e strutturali che si accompagnano all'invecchiamento. Lo scopo non è scoraggiare l'ottimismo, ma di usarlo sapientemente, supportando le forme di speranza che sono già presenti tra i valori, le esperienze e i bisogni".

-Un editoriale e un articolo apparsi sul numero marzo di ***Lancet healty Longevity*** affrontano l **problematica del rapporto tra infezioni e demenza**. Secondo l'editoriale a commento dell'articolo di Pyry Sipila l'ipotesi del rapporto infezioni-demenza è già stata proposta in passato. Alcuni aspetti però meritano di essere chiariti: la correlazione non è patogeno-specifica e può essere spiegata da una generale infiammazione sistemica. Peraltro non tutti gli autori concordano con questo dato; le infezioni meno gravi, che non richiedono l'ospedalizzazione, non sono associate con un aumentato rischio di demenza, richiamando quindi l'attenzione sulla gravità dell'infezione. L'autore suggerisce l'importanza di ulteriori studi riguardanti, in particolare, la possibilità di coinfezioni, l'eventuale comparsa di delirium; inoltre è necessario rilevare se le infezioni smascherano una demenza non diagnosticata o se fungono da acceleratore di una patologia già in atto. L'ipotesi di una significativa correlazione non è stata ancora chiarita e si aggiunge alle molte teorie incerte sulla genesi delle demenze, in particolare l'Alzheimer e la demenza vascolare. Possiamo essere ottimisti di fronte a questa enorme quantità di osservazioni, nessuna delle quali però supera un esame attento e serio?
[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(26)00023-1/fulltext]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Sono aperte le iscrizioni alla Summer School AIP!
Anche quest'anno, nella meravigliosa località di Portici, si svolgerà la Summer School AIP. Quasi 20 ore di lezioni frontali, laboratori pratici e momenti di confronto. Un evento rivolto ai giovani medici, psicologi, specializzandi e professionisti che operano nell'ambito della Psicogeriatria.
Il corso da diritto a 19 crediti E.M.C. Programma ed info al link:
[https://www.psicogeriatria.it/evento/aip-summer-school-3/]

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di…" presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un augurio di buon lavoro, in particolare nella giornata del 1 maggio. Dedico questo pensiero augurale alle colleghe e ai colleghi che si dedicano al lavoro di cura con intelligenza, cultura e generosità, ma che non sono adeguatamente valorizzati per il loro impegno. Spero abbiano la forza di continuare a testimoniare che le nostre professioni hanno grande valore e grande utilità umana e sociale, indipendentemente dalla valutazione degli organi di governo.

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

encyclopedia

MDPI

Entry

Balance of Promoting Optimism in Older Patients

Diego De Leo [1,2,3,4,*] and Josephine Zammarrelli [1]

[1] De Leo Fund, 35137 Padua, Italy
[2] Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, Brisbane 4122, Australia
[3] Slovenian Centre for Suicide Research, Primorska University, 6000 Koper, Slovenia
[4] Italian Psychogeriatric Association, 35137 Padua, Italy
* Correspondence: d.deleo@griffith.edu.au

Definition

Aging is a complex physiological process influenced by various factors, including individuals' mental attitude. This interaction between biological vulnerability and psychological resources characterizes the entire life course; however, in older age, it becomes particularly salient due to the higher prevalence of multimorbidity, frailty, functional decline, and existential transitions (e.g., retirement, bereavement, loss of social roles), which intensify the impact of mental outlook on adaptation and quality of survival. Optimism has gained growing attention in clinical practice as a psychological asset associated with better health. This has also encouraged the incorporation of optimism-enhancing strategies into geriatric care. However, encouraging optimism in older patients, although well intentioned, can create ethical tensions in clinical communication, decision-making, and care planning. Sensitivity should be paid to aspects such as education, cultural background and religion within interactions with older adult patients. Uncritical promotion of optimism can undermine autonomy, foster unrealistic expectations, or place emotional burdens on patients who may already feel vulnerable. The appeal of optimism should therefore be balanced with careful ethical consideration.

Keywords: optimism; older patients; ethical issues; toxic positivity; cultural background; education; religion

1. Introduction

Aging is a complex physiological process influenced by multiple biological, psychological, and social factors that, taken together, condition the quality of life of individuals [1]. Although such multidimensional conditioning applies across the lifespan, aging presents distinctive features: cumulative biological burden, increased chronic disease prevalence, progressive functional limitations, and proximity to end-of-life decision-making, which amplify the clinical and ethical implications of psychological factors compared to earlier life stages [2]. Quality of life is also linked to subjective factors such as the individuals' mental attitude, which is equally influential in medical care. Optimism has gained growing attention in clinical practice and popular culture as a psychological asset associated with better physical and mental health [3].

Among older adults, higher optimism has been linked with healthier aging trajectories, lower rates of frailty, improved cardiovascular outcomes, and greater longevity or increased likelihood of exceptional survival, rather than a literal "reduction of mortality" [4,5]. These findings have encouraged the incorporation of optimism-enhancing strategies—such as positive psychology exercises, strengths-based approaches (i.e., clinical strategies that identify

Check for updates

Academic Editor: Jose L. Arias

Received: 21 January 2026
Revised: 11 April 2026
Accepted: 17 April 2026
Published: 18 April 2026

Copyright: © 2026 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license.

and mobilize patients' residual capacities, coping skills, life achievements, social resources, and spiritual assets rather than focusing exclusively on deficits) [6,7], and communication styles that emphasize hopeful framing—into geriatric care [8].

Clinical scenarios illustrate potential benefits: for example, in an older patient with chronic heart failure and low adherence, recalling previous successful coping with illness can reinforce self-efficacy and improve medication adherence; in rehabilitation settings, emphasizing preserved abilities rather than functional loss has been associated with greater engagement and mood improvement [7].

However, efforts to cultivate or encourage optimism in older patients, although well intentioned, can create ethical tensions in clinical communication, decision-making, and care planning. Older adults often face complex challenges, including multimorbidity, cognitive impairment, loneliness, functional decline, and end-of-life concerns. In these contexts, uncritical promotion of optimism can inadvertently undermine autonomy, foster unrealistic expectations, or place emotional burdens on patients who may already feel vulnerable. The appeal of optimism must therefore be balanced with careful ethical consideration.

2. The Appeal of Optimism in the Care of Older Adults

Positive psychology research has suggested that optimism can support resilience, adaptability, and healthy behaviors [9]. Some interventions, including gratitude exercises, positively framed life review activities, and strengths-based discussions, have shown improvements in well-being among older adults [10]. Optimistic framing in clinical communication can reduce anxiety, improve patient-physician relationships, and support treatment adherence [11].

In this context, the optimistic approach of healthcare professionals also plays a key role in supporting treatment adherence in older adults. The typical challenges of aging—such as cognitive deterioration, multiple comorbidities, polypharmacy, and low motivation—can undermine compliance. However, an empathetic, realistic, and confident attitude from professionals can strengthen the therapeutic alliance, create a favorable relational context and foster trust, participation, and a sense of self-efficacy in patients [12]. Older patients follow medical advice more closely when they perceive their professional as understanding, available, and reassuring [13]. While some of the evidence discussed above is derived from non-geriatric populations, its inclusion is grounded in shared psychosocial and clinical mechanisms that become particularly salient in older adults. Nevertheless, direct empirical validation in exclusively older adult samples remains limited in certain domains, highlighting an important area for future geriatric-specific research.

Healthcare systems are increasingly viewing optimism-focused approaches as low-cost and scalable tools, consistent with public health narratives promoting "successful aging." These approaches appear to offer a way to address psychological distress while reducing reliance on resource-intensive services. For clinicians, encouraging optimism may seem like an accessible and humane way to lift a patient's spirits when faced with challenging diagnoses [3]. However, these benefits do not offset the ethical risks that may accompany the routine or unevaluated use of optimism-promoting practices in older populations.

Importantly, the recent literature distinguishes between realistic optimism and unrealistic or illusory optimism. While the former is associated with adaptive coping, the latter may lead to risk underestimation, overly aggressive treatment choices, delayed palliative care referral, and inadequate advance care planning [14–16].

The therapeutic use of optimism in the care of older adults represents a complex and ethically nuanced clinical strategy rather than a universally applicable communication technique. The translation of optimism into geriatric clinical communication requires contextual sensitivity to age-related experience, family structure, educational background,

cultural norms, and religious worldview. Without such calibration, optimistic messaging may inadvertently undermine trust, compromise informed consent, or conflict with deeply held values.

Furthermore, although this discussion has largely drawn on European clinical contexts, evidence from Asia, Africa, and Latin America indicates that models of autonomy, family involvement, and hope expression vary significantly across cultures [17,18]. In collectivist societies, optimistic communication may be mediated through family decision-making structures, while in highly individualistic contexts it may be expected to directly support personal autonomy.

3. Aspects of Concern

Chronological age alone does not determine responsiveness to optimism; rather, cumulative life experience and generational socialization shape interpretive frameworks. Many older adults have navigated repeated health challenges, bereavement, and functional decline, contributing to a pragmatic orientation toward illness [19]. Research in geriatric communication suggests that older patients often prioritize clarity, respect, and dignity over affective reassurance [20]. Consequently, exaggerated or unqualified optimism may be perceived as dismissive or incongruent with lived experience.

Excessive optimism may also generate psychological harm when expectations are later contradicted by clinical reality, potentially producing disillusionment, anger, or loss of trust [21]. In some cases, persistent encouragement to "stay positive" may suppress emotional expression, a phenomenon described as "toxic positivity," which can undermine emotional validation and patient-centered care [22].

In this population, effective optimism is grounded in realism and resilience, emphasizing coping capacity and meaningful goals rather than deterministic outcomes. Such "realistic optimism" aligns with models of adaptive aging and selective optimization with compensation [23]: *"You've managed difficult health challenges before. Let's build on that."*

Family background constitutes a second critical variable. Family systems theory underscores the relational embeddedness of individual coping processes [24]. In older adults, decision-making frequently occurs within multigenerational contexts, particularly in collectivist cultural settings [17]. Supportive family structures may reinforce therapeutic optimism, enhancing adherence and emotional regulation. Conversely, family anxiety or catastrophic thinking may amplify patient distress and counteract physician efforts at balanced hope. Clinicians must therefore assess family dynamics and tailor optimistic communication accordingly. Framing hope within shared relational goals—such as maintaining function or preserving meaningful interaction—may be especially effective in family-centred systems.

Educational background and health literacy further mediate the reception of optimistic messaging. Limited health literacy has been associated with misunderstanding of risk probabilities and overestimation of treatment benefit [25]. In such cases, optimistic framing may inadvertently be interpreted as a guarantee of favourable outcome, potentially compromising informed consent. Conversely, highly educated patients may seek probabilistic data and evidence-based justification for optimistic projections. Risk communication literature suggests that combining numerical probabilities with narrative framing improves comprehension and preserves trust [26].

Cultural background significantly influences perceptions of illness, autonomy, authority, and emotional expression. Cross-cultural research demonstrates variability in preferred decision-making styles, ranging from individual autonomy to family-mediated or physician-directed models [27]. In high power-distance cultures, confident and directive communication may be equated with competence, rendering cautiously framed optimism

reassuring. In contrast, cultures that emphasize stoicism or acceptance of fate may interpret overtly enthusiastic reassurance as inappropriate or unrealistic. Furthermore, cultural illness narratives may attribute disease to moral, spiritual, or communal factors, altering expectations of recovery [28]. Culturally discordant optimism risks eroding therapeutic alliance and diminishing perceived empathy. Culturally responsive care, therefore, requires interpretive humility and adaptive communication strategies. An appropriate way could be, *"Be reassured that we will do everything possible, and there are good reasons to feel hopeful."*

Religious and spiritual beliefs often exert a profound influence on older adults' perceptions of illness trajectory, suffering, and mortality. Studies indicate that spirituality is frequently associated with enhanced coping and psychological resilience in late life [29]. However, religious frameworks may also shape expectations regarding miraculous recovery, divine will, or redemptive suffering. In such contexts, unqualified medical optimism may conflict with theological interpretations, while overly deterministic prognostic statements may undermine spiritual coping. A collaborative approach—articulating hope while acknowledging uncertainty: "*We are hoping for the best outcome while preparing carefully*"—supports both medical integrity and spiritual meaning-making [30]. Integrating spiritual assessment into clinical encounters may therefore enhance alignment between therapeutic optimism and patient worldview.

4. Risks to Autonomy and Decision-Making

Autonomy is best served when physicians strive for balance rather than persuasion. Although realistic hope can support motivation and the ability to cope with illness, false hope can cause harm. Overly optimistic messages can lead patients to pursue burdensome treatments with little expected benefit, delay acceptance of palliative care, or avoid conversations about advance directives and future dependency. When reality ultimately contradicts optimistic expectations, patients and families may experience anguish, disillusionment, or a sense of betrayal [31]. Clinicians sometimes struggle to find the right balance between honesty and empathy, especially when patients express fear or despair. However, optimism that overshadows the prognosis does not protect patients; on the contrary, it can reduce opportunities for meaningful planning (including wills) and shared decision-making at the end of life.

Empirical studies suggest that unrealistic expectations in serious illness are associated with more intensive end-of-life interventions and lower likelihood of timely hospice referral [15,32].

A less visible but significant ethical concern is the emotional burden that calls to "stay positive" can place on older adults. When positivity is implicitly valued, patients may feel pressured to hide distress or interpret their suffering as a personal failure of attitude. This phenomenon, known as "toxic positivity" [33], can undermine psychological well-being. Emotional validation is a critical component of patient-centered care; older adults should feel empowered to acknowledge fear, pain, or worry without the expectation that these emotions will be quickly reframed as opportunities for optimism. Clinicians must consider the entire emotional landscape of aging, not just its hopeful elements. In addition, people with cognitive impairment may not fully understand optimistic messages, and those with serious illnesses may perceive them as disabling. For patients nearing the end of life, hope is still essential, but its content is changing. Instead of focusing on treatment or functional improvement, hope may focus on comfort, companionship, personal meaning, or spiritual peace. Efforts to encourage optimism must align with these evolving forms of hope rather than relying on general positive thinking.

5. Toward Ethical Approaches to Optimism

An ethically grounded approach to optimism in older patients is based on several principles. First, clinicians should promote realistic, value-based hope, not generalized positivity. Hope can be directed toward goals such as symptom relief, participation in meaningful activities, or maintaining relationships. Aligning optimism with what matters most to the patient preserves dignity and autonomy [34].

Second, clinicians should validate emotions before encouraging optimism.

Third, shared decision-making can help determine a patient's preferred level of optimism or realism. Asking questions such as "How would you like information about prognosis to be discussed? Would you prefer detailed statistical information about potential risks and outcomes, or a broader overview focused on practical implications? Should these discussions include your family members?" [35,36] provides clarity and respects individual differences.

Fourth, optimism should be complemented, not replaced, by advance care planning. Encouraging hope while helping patients prepare for potential decline promotes both autonomy and emotional well-being. Finally, clinicians should maintain awareness of the structural determinants of health and promote resources that address the isolation, unmet care needs, and social inequalities that affect older adults [37] (see Table 1).

Table 1. Conceptual Model: Ethical Use of Optimism in Geriatric Care.

Dimension	Realistic Optimism	Unrealistic Optimism	Ethical Considerations
Definition	Hope grounded in clinical evidence, experience, and realistic possibilities	Excessively positive expectations not supported by clinical reality	Need to balance hope and truth
Objective	Promote coping, resilience, and quality of life	Reduce anxiety or distress through unrealistic reassurance	Promote autonomy and informed decision-making
Clinical communication	Honest, empathetic, and tailored to the patient ("We hope for the best, while preparing for different possibilities")	Emphasizes only positive outcomes, minimizes risks and uncertainties	Transparency, informed consent, respect for communication preferences
Effects on the patient	Improved psychological adaptation, better treatment adherence	Possible disillusionment, loss of trust, inappropriate decisions	Protection of emotional and relational well-being
Decision-making impact	Supports proportionate choices and advance care planning	May lead to disproportionate treatments or delayed palliative care	Centrality of autonomy and shared decision-making
Main risks	Limited if appropriately calibrated	False hope, "toxic positivity," denial of reality	Avoid emotional coercion and unrealistic expectations
Role of family	Balanced and supportive involvement	Pressure toward unrealistic expectations	Consider family dynamics and cultural context
Modulating factors	Health literacy, culture, religion, life experience	Poor risk understanding, distorted beliefs	Personalized and culturally sensitive communication
Recommended approach	Validate emotions and promote concrete and meaningful hope	Avoid generic reassurance ("everything will be fine")	Integration of empathy, realism, and patient values

6. Conclusions

Optimism is not ethically neutral. If promoted without context sensitivity, it can undermine autonomy, fuel unrealistic expectations, or place excessive emotional demands on patients. Moreover, when transformed into unrealistic optimism, it may distort risk perception, delay appropriate palliative transitions, and compromise informed consent.

Ethical practice requires balancing hope with honesty, tailoring communication to patient preferences, and acknowledging the emotional and structural realities of aging. The goal is not to discourage optimism, but to use it thoughtfully, supporting forms of hope that align with each patient's values, experiences, and needs.

Integrating cross-cultural variability in perceptions of hope and optimism, together with recent empirical findings on their clinical and ethical implications, provides a more robust ethical framework and increases the relevance of this discussion for contemporary geriatric practice.

In summary, optimism in geriatric practice functions as a relational and context-dependent communicative intervention. Its therapeutic effectiveness depends upon sensitivity to age-related experience, family dynamics, educational attainment, cultural norms, and religious commitments. Future research should examine how tailored optimistic communication influences clinical outcomes, adherence behaviours, psychological adjustment, and end-of-life decision-making across diverse older populations. Structured training in culturally and spiritually informed communication may enhance clinicians' capacity to employ optimism ethically and effectively while preserving dignity and informed consent.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: No new data were created or analyzed in this study. Data sharing is not applicable to this article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Ayala, A.; Rodríguez-Blázquez, C.; Calderón-Larrañaga, A.; Beridze, G.; Teixeira, L.; Araújo, L.; Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Rodríguez-Rodríguez, V.; Quirós-González, V.; et al. Influence of active and healthy ageing on quality-of-life changes: Insights from the comparison of three European countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 4152. [CrossRef] [PubMed]
2. World Health Organization. *World Report on Ageing and Health 2022*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2022.
3. Conversano, C.; Rotondo, A.; Lensi, E.; Della Vista, O.; Arpone, F.; Reda, M.A. Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health CP EMH* **2010**, *6*, 25–29. [CrossRef]
4. Lee, L.O.; James, P.; Zevon, E.S.; Kim, E.S.; Trudel-Fitzgerald, C.; Spiro, A.; Grodstein, F.; Kubzansky, L.D. Optimism is associated with exceptional longevity in two epidemiologic cohorts of men and women. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* **2019**, *116*, 18357–18362. [CrossRef]
5. James, P.; Kim, E.S.; Kubzansky, L.D.; Zevon, E.S.; Trudel-Fitzgerald, C.; Grodstein, F. Optimism and Healthy Aging in Women. *Am. J. Prev. Med.* **2019**, *56*, 116–124. [CrossRef]
6. Baumann, D.; Ruch, W.; Margelisch, K.; Gander, F.; Wagner, L. Character strengths and life satisfaction in later life: An analysis of different living conditions. *Appl. Res. Qual. Life* **2020**, *15*, 329–347. [CrossRef]
7. Rozanski, A.; Bavishi, C.; Kubzansky, L.D.; Cohen, R. Association of Optimism with Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw. Open* **2019**, *2*, e1912200. [CrossRef]
8. Proyer, R.T.; Gander, F.; Wellenzohn, S.; Ruch, W. Positive psychology interventions in older adults: A randomized controlled trial. *Aging Ment. Health* **2014**, *18*, 997–1005. [CrossRef]
9. Aldbyani, A.; Wang, G.; Qi, Y.; Chuanxia, Z.; Li, J.; Leng, J.; Alhimaidi, A. Positive psychological traits and psychological well-being: Investigating roles of positive coping strategies and life stressors. *BMC Psychol.* **2025**, *13*, 465. [CrossRef]

10. Salces-Cubero, I.; Ramírez-Fernández, E.; Ortega-Martínez, A. Strengths in older adults: Differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging Ment. Health* **2019**, *23*, 1017–1024. [CrossRef]
11. Hughes, S.; Vennik, J.L.; Smith, K.A.; Bostock, J.; Howick, J.; Mallen, C.; Little, P.; Ratnapalan, M.; Lyness, E.; Leydon, G.M.; et al. Clinician views on optimism and empathy in primary care consultations: A qualitative interview study. *BJGP Open* **2022**, *6*. [CrossRef] [PubMed]
12. Greene, M.G.; Adelman, R.D.; Friedman, E.; Charon, R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc. Sci. Med.* **1994**, *61*, 2175–2184. [CrossRef]
13. Gellad, W.F.; Grenard, J.L.; Marcum, Z.A. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* **2011**, *9*, 11–23. [CrossRef]
14. Shepperd, J.A.; Waters, E.; Weinstein, N.D.; Klein, W.M. A Primer on Unrealistic Optimism. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* **2015**, *24*, 232–237. [CrossRef] [PubMed]
15. Hui, D.; Paiva, C.E.; Del Fabbro, E.G.; Steer, C.; Naberhuis, J.; van de Wetering, M.; Fernández-Ortega, P.; Morita, T.; Suh, S.Y.; Bruera, E.; et al. Prognostication in advanced cancer: Update and directions for future research. *Support. Care Cancer Off. J. Multinatl. Assoc. Support. Care Cancer* **2019**, *27*, 1973–1984. [CrossRef]
16. Delgado-Guay, M.O.; De La Cruz, M.G.; Epner, D.E. 'I don't want to burden my family': Handling communication challenges in geriatric oncology. *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol.* **2013**, *24*, vii30–vii35. [CrossRef]
17. Kwak, J.; Haley, W.E. Current research findings on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *Gerontologist* **2005**, *45*, 634–641. [CrossRef]
18. Hira, V.; Palnati, S.R.; Bhakta, S. Understanding the Influence of Culture on End-of-Life, Palliative, and Hospice Care: A Narrative Review. *Cureus* **2025**, *17*, e87960. [CrossRef]
19. Baltes, P.B.; Smith, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* **2003**, *49*, 123–135. [CrossRef]
20. Adelman, R.D.; Greene, M.G.; Ory, M.G. Communication between older patients and their physicians. *Clin. Geriatr. Med.* **2000**, *16*, 1–24, vii. [CrossRef] [PubMed]
21. de Meza, D.; Dawson, C. Neither an Optimist Nor a Pessimist Be: Mistaken Expectations Lower Well-Being. *Personal. Soc. Psychol. Bull.* **2021**, *47*, 540–550. [CrossRef] [PubMed]
22. Michailidou, E.M. Toxic Positivity: The Pressure to Always Feel Happy as a Health Care Worker and How to Deal with a Negative Review in The Hospital Workplace. The Importance of Mentoring. *Br. J. Healthc. Med. Res.* **2023**, *10*, 277–280. [CrossRef]
23. Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (Eds.) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 1990; pp. 1–34. [CrossRef]
24. Bowen, M. *Family Therapy in Clinical Practice*; Jason Aronson: Lanham, MD, USA, 1982.
25. Berkman, N.D.; Sheridan, S.L.; Donahue, K.E.; Halpern, D.J.; Crotty, K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann. Intern. Med.* **2011**, *155*, 97–107. [CrossRef] [PubMed]
26. Gigerenzer, G.; Edwards, A. Simple tools for understanding risks: From innumeracy to insight. *BMJ* **2003**, *327*, 741–744. [CrossRef] [PubMed]
27. Searight, H.R.; Gafford, J. Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *Am. Fam. Physician* **2005**, *71*, 515–522. [PubMed]
28. Kleinman, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*; Basic Books: New York, NY, USA, 1988.
29. Koenig, H.G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* **2012**, *2012*, 278730. [CrossRef]
30. Puchalski, C.M.; Ferrell, B.; Virani, R.; Otis-Green, S.; Baird, P.; Bull, J.; Chochinov, H.; Handzo, G.; Nelson-Becker, H.; Prince-Paul, M.; et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *J. Palliat. Med.* **2009**, *12*, 885–904. [CrossRef] [PubMed]
31. Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Segerstrom, S.C. Optimism. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**, *30*, 879–889. [CrossRef]
32. Weeks, J.C.; Cook, E.F.; O'Day, S.J.; Peterson, L.M.; Wenger, N.; Reding, D.; Harrell, F.E.; Kussin, P.; Dawson, N.V.; Connors, A.F., Jr.; et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* **1998**, *279*, 1709–1714. [CrossRef]
33. Wyatt, Z. The Dark Side of #PositiveVibes: Understanding Toxic Positivity in Modern Culture. *Psychiatry Behav. Health* **2024**, *3*, 1–6. [CrossRef]
34. Chochinov, H.M. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* **2007**, *335*, 184–187. [CrossRef]
35. Back, A.L.; Arnold, R.M.; Tulsky, J.A. *Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope*; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2020.

36. Wattanapisit, S.; Wagland, R.; Hunt, K. Prognostic disclosure and quality of life in palliative care: A systematic review. *BMJ Support. Palliat. Care* **2021**, *11*, 361–370. [CrossRef] [PubMed]
37. Chen, Y.; Nakamura, J.S.; Kim, E.S.; Kubzansky, L.D.; VanderWeele, T.J. Changes in optimism and subsequent health and wellbeing outcomes in older adults: An outcome-wide analysis. *Aging Ment. Health* **2025**, *29*, 736–746. [CrossRef] [PubMed]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 24 aprile 2026

n. 16/2026

Pacifici lo si è a tutte le età, non solo quando si è maturi….

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Vivian Lamarque compie 80 anni
-*Lancet*: le economie di guerra e la crisi dei sistemi sanitari
-Osini: il paese che allunga la vita
-Nello Utah l'iA decide le cure
-Cembrani e la solitudine

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto angolo, sempre di grande interesse, di Mauro Colombo
-*PNAS* e gli studi innovativi sul sonno
-*J Epid Community Health*: cucinare previene la demenza?

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-I prossimi impegni di AIP: la scuola estiva

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Vivian Lamarque compie 80 anni

"**Oggi compio 80 anni.** Ma lo dicevo già a 73, avendo piacevolmente scoperto che così mi dicevano -ma come li porta bene signora! - Ora nessuno batte più ciglio, dovrò di nuovo alzare il tiro, chissà che complimenti quando dirò di averne 90!

Ho 80 anni, dunque sono vecchia. Mi piace la parola vecchia, l'ho infilata persino nel titolo del mio ultimo libro, nonostante l'editore e le amiche coetanee fossero perplessi. E mi piace, per ora, anche la vecchiaia. So che potrà trasformarsi in men che non si dica in malattia e anche peggio. Ma mi dico -come Snoopy diceva a Charlie Brown che lamentava che **moriremo tutti un giorno- -ma tutti gli altri giorni no! -**
Sono fortunata, ho una figlia, due nipoti e la poesia. E una penna e un pc con cui scrivo di tutto, lettere, cartoline, whatsApp, mail, diari di ogni genere (anche uno solo per fatterelli da niente ma belli, e poesie, e fiabe, e 'gentilmente' per voi e anche disegnini come le greche sui quaderni del tempo che fu, e persino parole crociate senza numeri. Ho anche un'altra fortuna: se Pascoli aveva il suo Fanciullino, io ho una piccola badantina vispissima ad assistermi: cioè nella mia vecchiaia è entrata la mia infanzia. Veramente mi ha sempre tallonata, ma ora è come un attack. Quando mi si affacciano pensieri e paure da vecchia lei mi distrae come si fa con i bambini che piangono, mi dice 'guarda, guarda Vivian lì, alla finestra'. E io guardo e in un baleno mi dimentico la paura e tutto quello che mi aspetterà un giorno (ma tutti gli altri no!).
Ps: e ancora una fortuna: non dimentico che la maggior parte del nostro povero pianeta non avrà mai mai mai neppure la millesima parte di quello che abbiamo noi.

-**Lancet** dell'11 aprile pubblica una corrispondenza di **due autori inglesi** i quali **sostengono che ad ogni aumento** dell'1% **delle spese militari corrisponde una diminuzione** dello 0.62% **dei finanziamenti per la sanità pubblica**. Questa tendenza è ancora più netta nei paesi a basso reddito, nei quali la riduzione è dello 0.96%. "La pace è necessaria per l'assistenza sanitaria pubblica e deve essere mantenuta anche nei periodi di conflitto, considerando che in questi frangenti la domanda di servizi sanitari aumenta esponenzialmente. Si deve riconoscere che le sanzioni devono essere considerate come determinanti sociali della salute. Inoltre i servizi sanitari devono essere protetti e l'accesso degli aiuti umanitari mai impedito. La salute non deve essere dimenticata nelle economie di guerra." (Le conclusioni degli autori).
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)00544-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email]

-**Osini**, in Ogliastra, **è uno dei posti più longevi di tutto il mondo**. È di grande interesse cercare di capire davvero le ragioni della longevità degli abitanti di questo paese dell'Ogliastra. Infatti troppe imprecisioni e ricerche superficiali sono state condotte in passato; per questo motivo mi permetto di invitare il nostro carissimo amico e collega Andrea Fabbo, direttore generale dell'ASL dell'Ogliastra e studioso di alto livello, a impostare progetti di lungo respiro, che possano essere realmente utili per diffondere una cultura della longevità fondata su basi solide. In particolare in questo momento di dialettica tra la componente genetica e quella ambientale in senso lato (vedi gli studi dell'Human Exposome Project, Nature Medicine del 18 marzo) l'obiettivo è anche quello di ridurre il ruolo di tante ricerche sulla longevità che non stanno dando risultati di rilievo, se non per chi utilizza alcune ipotesi infondate per scopi commerciali.

-**Nello Utah** si sono fatti **passi avanti molto coraggiosi** (spericolati?) **nell'utilizzazione dell'intelligenza artificiale nella pratica clinica**. *NEJM* del 23 aprile ne discute in una Perspective, nella quale presenta un programma pilota di 12 mesi adottato nello stato dello Utah, che prevede la possibilità che l'IA controlli direttamente alcune prescrizioni riguardanti ammalati cronici, senza la supervisione umana. Sebbene attualmente il programma sia limitato a 192 farmaci di comune prescrizione, il futuro prevederebbe l'inclusione di altri prodotti ed anche la prima prescrizione. Uno degli scopi principali del progetto sarebbe identificare le condizioni di non aderenza per alcune malattie come il diabete e l'ipertensione. Il rinnovo automatico della prescrizione però non

influenza, sostiene l'articolo, altre determinanti della non aderenza, come la cultura medica, gli effetti collaterali dei farmaci, i costi ed altri fattori psicosociali.
La problematica è al centro dell'attenzione della FDA che si pone in maniera dialettica rispetto alla legislazione dello stato. Anche altre nazioni (vedi il Salvador) si sono messi sulla stessa strada. Recentemente l'istituto Humanitas ha annunciato di aver introdotto nella pratica clinica quotidiana un "assistente virtuale" all'attività del medico, un sistema di trascrizione basato sull'intelligenza artificiale. La proposta continua di nuovi approcci tecnologici è di grande interesse; la medicina saprà essere autocritica rispetto alle nuove proposte esercitando una selezione in base a criteri scientifici e ed etici? La domanda esprime una certa preoccupazione ma anche fiducia.
[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2601148]

-**Fabio Cembrani**, amico intelligente e dalle molte competenze, **ha inviato il testo** che segue, **riguardante il suo impegno contro la solitudine, in particolare nella sua provincia di Trento**.
"In questi mesi, con alcuni editoriali pubblicati sui quotidiani locali e dopo aver organizzato una Conferenza dei servizi rivolta alla classe politica trentina sul tema della solitudine, ho provato a far riflettere la mia comunità sulle tante conseguenze provocate da questa pandemia emergenziale. Ancora purtroppo sconosciuta ai professionisti come conferma la recente esperienza formativa che ho maturato nel Corso di 300 ore dedicate ai 60 futuri manager e mild manager delle nostre 14 neonate (non ancora tutte aperte nonostante i ripetuti tagli inaugurativi) Case della Comunità. Ai partecipanti ho posto questo interrogativo prima di iniziare la mia lezione: "Tell me! Do you know a risk factor (morbility and mortality) twice as high as that caused by obesity, comparable to physical inactivity, smoking 15 cigarettes day for 30 years, and drink 6 drinks day for a decade?". Drammaticamente, nessuno ha saputo rispondere confermandomi che la solitudine è un ambito tematico ancora poco conosciuto dai medici e dagli infermieri anche se questa realtà non è un altro fenomeno italico come documentano le evidenze internazionale (cfr. B. Lawlor et Al., Do doctors appreciate that social isolation and loneliness are health issues? Front Public Health. 2024 Dec.). La mia delusione è stata però ridimensionata da un'iniziativa politica decisa, in queste settimane, da una consigliera provinciale dell'attuale minoranza: il deposito di una mozione che impegna la Giunta provinciale della Provincia autonoma di Trento ad istituire una delega specifica alla solitudine e all'inclusione sociale affidandola ad un Consigliere o ad una Consigliera o Assessore o Assessora provinciale con l'obiettivo di predisporre un piano provinciale contro la solitudine, di sviluppare un sistema di monitoraggio permanente sul fenomeno e di promuovere campagne di sensibilizzazione contro l'isolamento sociale anche valorizzando il ruolo del volontariato e del terzo settore. La mozione non è stata ancora discussa nell'agone politico e non so quale esito finale essa avrà. Quel poco che so è che, per il suo sostegno, sono stati organizzati una serie di incontri pubblici ai quali ho partecipato, a Cles, ad Avio, a Fiavè e, qualche giorno fa, anche a Brentonico, incontro, quest'ultimo, organizzato dalla locale APSP ed al suo interno. Con grandissimo interesse, toccante attenzione e folta partecipazione con testimonianze personali che mi convincono a dire che questa è una strada che dobbiamo seguire e possibilmente esportare in altre realtà. Non so se l'impegno profuso sortirà gli auspicati effetti pratici sul piano dell'agenda politica anche se resto convinto che i livelli di conoscenza responsabilizzano le persone e le motivano a quel sussulto umano che deve farci finalmente riemergere da quella pericolosa voragine dell'anestesia dominante in cui la modernità ci ha purtroppo precipitati.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-L'angolo di **Mauro Colombo**
"**Periodicamente sento il bisogno di tornare sulla letteratura che ha segnato i miei primi passi** in Gerontologia Clinica *: un percorso che ha intrapreso una svolta decisiva con il mio approdo ad

Abbiategrasso (2-7-1983 …), quando sono venuto a contatto con gli insegnamenti del prof. Ugo Cavalieri, che definiva la geriatria una 'avventura dello spirito' £. Dopo una fase iniziale – lo confesso – di perplessità, se non di rigetto, e sforzandomi di mantenere sempre un libero atteggiamento critico, ho apprezzato sempre di più le sue ampie visioni, derivate da una cultura vastissima e polivalente, e soprattutto dalla capacità di legare argomenti multiformi apparentemente distanti. Mi rifaccio al suo tentativo di proporre una concezione 'più biologicamente sensata' dei fenomeni collegati all'invecchiamento, da interpretarsi sulla base di processi sconosciuti alle età antecedenti, caratterizzati da una finalità ambigua e da correlazioni complesse. Perno di questa concezione era la introduzione di un 'principio di compensazione' all'interno della 'esigenza biologica' sottostante alla Gerontologia Clinica *. Tale principio è alla base della 'fisiopatologia adattiva della età avanzata' §, che concepisce una 'vocazione al compromesso biologico', cui conseguono nuovi equilibri, lontani da quelli che caratterizzano l'età adulta e giovanile. Esiste infatti una differenza profonda tra un sistema che si allontana dallo stato di equilibrio ed uno che invece sia pure lentamente e gradualmente, vi si va avvicinando. Tali adattamenti e compensazioni tendono prevalentemente ad aiutare l'organismo a barcamenarsi tra le insidie della vecchiaia, fin dove ciò è compatibile con la 'vitalità' dell'assieme del sistema o di alcune sue parti di decisiva importanza biologica. Se questa è la finalità comune a questi processi, va pur sempre tenuta in conto la ambiguità della situazione: l'invecchiamento umano se da una parte è una lunga fase di perdurante vitalità, dall'altra è anche un periodo di più o meno lenta e graduale preparazione alla morte. Questa lunga premessa mi è servita per inquadrare l'argomento di questo 'angolo d'antan': un articolo - disponibile questa volta a pagamento - apparso su Neurology nel 1961 ad opera di tre Autori che sono stati 'pilastri' della neurologia del secolo scorso. Il lavoro – citato in articoli ed in libri di Cavalieri – interessa – come indicato nel titolo [1] - le relazioni fra elettroencefalogramma e pressione arteriosa nelle persone anziane. Lo spunto di partenza consiste nelle osservazioni – pubblicate da due dei medesimi Autori nel 1958 – di tracciati inaspettatamente normali in pazienti psicogeriatrici con regimi pressori lievemente elevati, contrapposte ad alterazioni (prevalentemente sotto forma di rallentamenti) nelle controparti con regimi pressori normali od ipotesi, specialmente in concomitanza di malattie cardiovascolari. L'ipotesi interpretativa era che lievi elevazioni della pressione giovino alla preservazione della normalità nei tracciati elettroencefalografici, mantenendo una adeguata perfusione cerebrale, laddove una relativa ipotensione ostacolerebbe la circolazione, con conseguenti anomalie elettrocardiografiche. L'ipotesi era sostenuta nella letteratura, che già dai primi anni '50 indicava il frequente riscontro negli anziani di aumentate resistenze cerebrovascolari, con concomitanti insufficienze vascolari cerebrali, specialmente in presenza di arteriosclerosi e 'deterioramento mentale senile'.

Inoltre, a partire dagli anni '40 erano state colte onde lente diffuse (delta e teta) nella insufficienza cardiaca congestizia e nella ipotensione ortostatica, mentre le medesime attività lente erano focalizzate in caso di eventi cerebrovascolari; infine, tali anomalie si mostravano reversibili # allorché era possibile ristabilire un livello critico di circolazione. I tre Autori di [1], hanno studiato 233 pazienti psichiatrici di età media 74,8 anni, e 261 soggetti normali di età media 73 anni (compreso un longevo di 112 anni). 227 dei 233 pazienti erano stati ospedalizzati da poco tempo, metà per 'sindromi cerebrali acute o croniche', e metà per disordini funzionali (per esempio, reazioni depressive o stati paranoidi). Nei pazienti psichiatrici, pressioni arteriose elevate erano associate ad una maggiore frequenza di tracciati normali, mentre pressioni più basse si associavano più spesso ad anomalie lente diffuse. Viceversa nei partecipanti normali non era stata rilevata una correlazione fra pressione arteriosa e tipologie dei tracciati elettroencefalografici, caratterizzati nel complesso da meno frequenti alterazioni lente, in questa categoria di soggetti. In generale, solo le attività 'lente' hanno mostrato una correlazione apprezzabile col regime pressorio; per converso, tale rallentamento diffuso era stato osservato prevalentemente in pazienti con 'sindrome cerebrale cronica': la casistica

comprendeva ‘demenze organiche’. I risultati confermano la ipotesi di partenza, di per sé ragionevole, ma contro-intuitiva se contrapposta alla concezione corrente detrimentale per la ipertensione arteriosa. Va allora precisato che solo pochi pazienti psicogeriatrici presentavano una ipertensione severa, mentre la loro pressione media era simile – se non inferiore – a quella della popolazione anziana generale sana, e tendenzialmente inferiore alla casistica di controllo. Pertanto, solo una elevazione lieve della pressione arteriosa era associata ad una normalità elettroencefalografica. Gli Autori hanno ipotizzato che i loro pazienti psicogeriatrici presentassero un aumento delle resistenze vascolari cerebrali, così da far derivare le loro anomalie negli elettroencefalogrammi ad una maggiore severità arteriosclerotica combinata ad una ipoperfusione. Se nessuna di queste alterazioni è sufficiente da sola a produrre alterazioni nei tracciati, una % sostanziale - non precisata – dei pazienti psicogeriatrici presentava l’abbinamento di pressione arteriosa ridotta con malattie cardiovascolari diagnosticate. Viceversa, questa combinazione non si realizzava nella casistica di controllo, dove invece valori pressori elevati erano associati a segni di arteriosclerosi. In sostanza, possiamo facilmente intendere come questo articolo si possa porre come un esempio paradigmatico di ‘fisiopatologia adattiva della età avanzata’, anche se il termine in quanto tale non appare nel testo originale. Per questo motivo, invoco la comprensione del lettore, se in questo angolo mi sono lasciato prendere dal fascino di articoli ‘rétro’, un po’ come quando – se mi è concesso un paragone troppo azzardato … - *JAMA* pubblica suoi antichi articoli ‘rivisitati’, magari a distanza di un secolo. Senz’altro, alcune pecche di [1] sono palesi: certe ingenuità statistiche @ oggi non verrebbero ammesse, men che meno su ‘Neurology’; il vocabolario riflette codici dell’epoca: un termine come ‘sindromi cerebrali croniche’ appartiene ad un gergo di conio statunitense apparso negli anni ’50; ora desueto, è stato sostituito da ‘Disordini Neurocognitivi’

Pratiche come la compressione carotidea – chiamata in causa a proposito della reversibilità # delle anomalie elettrocardiografiche da ipoperfusione cerebrale – potrebbero sollevare qualche riserva etica … [Peter D. Drummond “Carotid artery compression”, *The Lancet,* Vol. 358No. 9289p1223Published: October 13, 2001]

Come ultimo commento personale, un – dovuto - ritorno alla contemporaneità: provando semplicemente ad inserire in una tabella di contingenza la occorrenza di demenza e la graduazione di severità della ipertensione arteriosa [mediante CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)], presi dalla base di dati dello studio longitudinale ‘InveCeAb’ (Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrasso), è risultata una associazione statisticamente significativa fra insorgenza di demenza ed ipertensione lieve o moderata. Però, nel computo del punteggio di rischio per la demenza – ricavato mediante metodiche statistiche ben più raffinate, sulla medesima casistica, e poi validate su quella trevigiana ‘TRELONG’ – la ipertensione arteriosa (trattata o meno) non è rientrata fra i fattori che lo vanno a comporre, nella indagine ‘PREDIMED’ promossa dallo Istituto Superiore di Sanità [2]. Ancora, da uno studio su oltre mezzo milione di partecipanti a 5 studi abbinati condotti in UK ed USA, la ipertensione arteriosa ha presentato solo una tendenza non statisticamente significativa con lo sviluppo di demenza, ad esordio sia precoce che tardivo [3]. Ma di questo parlerò in un prossimo angolo …

* Le maiuscole sono ‘mie’

£ invito a spendere un quarto d’ora per seguire su YouTube il filmato dedicato al prof. Cavalieri, che è stato direttore medico dell’Istituto Geriatrico “Camillo Golgi” di Abbiategrasso dal 1954 al 1981, con cui ha poi mantenuto forti contatti, in cui sono stato piacevolmente ed utilmente coinvolto. Tra i fondatori della geriatria, ai tempi di Greppi, già nel 1965 trattava di Psicogeriatria, in “CAVALIERI U. ELEMENTI DI PSICOGERIATRIA [ELEMENTS OF PSYCHOGERIATRICS]. Minerva Med. 1965 Jun 23; 56:2199-206. Italian. PMID: 14341440”.

§ Cavalieri U. (1978). La fisiopatologia adattativa dell'età avanzata [Adaptive physiopathology of advanced age]. Minerva medica, 69(15), 991–1004.

@ nonostante la piccola “gemma” statistica dell’impiego della media geometrica invece della consueta media aritmetica, per stimare le pressioni arteriose

[1] OBRIST, W. D., BUSSE, E. W., & HENRY, C. E. (1961). Relation of electro-encephalogram to blood pressure in elderly persons. *Neurology*, 11, 151–158. https://doi.org/10.1212/wnl.11.2.151
[2] Rossi, M., Brianzoni, I., Colombo, M., Davin, A., Gallucci, M., Guaita, A., Vanacore, N., & Rolandi, E. (2026). Development and validation of the LateDem-Risk score to predict dementia incidence in the InveCe.Ab and Trelong Italian cohorts. Scientific reports, 16(1), 9008. https://doi.org/10.1038/s41598-026-39205-z
[3] Giorgio, K., Stephen, J. J., Mansolf, M., Peterson, E. A., Gross, A. L., Briceño, E. M., Levine, D. A., Helmer, C., Debette, S., Soumaré, A., Ikram, M. A., Wolters, F. J., Seshadri, S., Satizabal, C. L., Himali, J. J., Launer, L. J., Li, D., Mbangdadji, D., Lloyd-Jones, D. M., Sorond, F. A., … Sedaghat, S. (2026). Risk factors for early-onset and late-onset dementia: a prospective cohort study. *The lancet. Healthy longevity*, 7(3), 100831. https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100831

-***PNAS*** del 24 marzo ha pubblicato **uno studio nel quale che si dimostra l’importanza del sonno**, oltre ai ben noti effetti sull’attività neuronale, nel mantenere l’omeostasi del tessuto cerebrale, facilitata dal trasporto di soluti da parte del liquido cerebrospinale. È un richiamo all’importanza che i processi non neuronali, come le onde idrodinamiche su base vasomotoria, possano avere nel mantenimento della salute del cervello.
[https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2510731123]

-***Il Journal Epid Community Health*** pubblica alcuni dati apparentemente interessanti, secondo i quali **occuparsi di cucina**, almeno una volta alla settimana, **svolge un’azione preventiva rispetto alla comparsa di demenza**. Sono dati epidemiologicamente affidabili e quantitativamente di rilievo (SHR di 0.77 per gli uomini e 0.73 per le donne). Ma è più rilevante del dato quantitativo dare attenzione e critica al significato del risultato, che si può anche estendere ad una serie di lavori pubblicati recentemente riguardanti modalità diverse per prevenire le demenze. Come è possibile distinguere nella definizione del campione la persona che cucina in base alla sua condizione cognitiva, per cui solo le persone più integre sarebbero portate a cucinare? Lo studio secondo questa interpretazione dimostrerebbe una realtà che è già presente in modo indipendente dall' essere brave cuoche o meno. Inoltre la disposizione a lavorare in cucina dimostra una condizione motoria e manuale adeguata, una buona capacità di progettare il futuro (cioè il mettere in fila atti necessari per preparare un pasto), una efficace sensibilità del gusto e dell’odorato (oltre che della vista: oggi si insiste molto sulla bellezza dei piatti!). Quindi ben venga questo studio se serve a convincere qualche persona recalcitrante rispetto all’importanza per la salute del lavoro dietro ai fornelli, ma non facciamone una tappa significativa nell’ambito dei modelli preventivi delle demenze.
[https://jech.bmj.com/content/early/2026/03/18/jech-2025-225139]
Una tematica simile ha recentemente avuto largo spazio nei quotidiani; si riferisce ad un lavoro pubblicato su Nutritional Journal (8 giugno 2024), nel quale si dimostra che il giardinaggio è associato in modo significativo in un campione di oltre 136000 ultra 45enni ad un migliore stato cognitivo, evento che però può essere attribuito ad una migliore condizione emotiva e all’assunzione di frutta e vegetali. Ancora una volta si devono rilevare i risultati positivi di certe scelte sulla cognitività, anche se non è dimostrabile un effetto diretto, ma piuttosto mediato da altri fattori.

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-**Sono aperte le iscrizioni alla Summer School di AIP!**

Anche quest'anno, nella meravigliosa località di Portici, si svolgerà la Summer School di AIP. Quasi 20 ore di lezioni frontali, laboratori pratici e momenti di confronto. Un evento rivolto a giovani medici, psicologi, specializzandi e professionisti che operano nell'ambito della Psicogeriatria.
Il corso dà diritto a 19 crediti E.C.M. Programma ed info al link
[https://www.psicogeriatria.it/evento/aip-summer-school-3/]

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di…" presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto cordiale e il consueto augurio di buon lavoro
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 17 aprile 2026

n. 15/2026

Un collega carissimo e attento mi ha riferito di una signora di 89 anni, affetta da demenza, che spesso scambia i figli per i propri genitori, la quale ha detto, rivolta a loro: "So sempre meno cose e vi voglio sempre più bene".
Chi conosce la cultura dell'AIP rispetto alla dignità e al valore delle persone affette da demenza non ha certo bisogno di interpretazioni di questa frase!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-La memoria fonda le comunità
-Vino e longevità
-Longevità: investimento per la crescita (Roberto Bernabei)
-Accelerare l'assunzione di OSS dall'estero
-La leva civica dei senior in Lombardia
-La nostra scelta di non giudicare l'equilibrio psichico di un anziano

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il contributo di Mauro Colombo
-*Lancet Healthy Longevity* su delirium e cadute
-Ancora su autismo e demenza (Tiziano Gomiero)

Amiche, amici,
ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-Talvolta mi soffermo sulla pagina dei necrologi di un settimanale e sono colpito dalla frequente presenza di necrologie che ricordano a distanza di molti anni un proprio caro. Recentemente ho letto della ricorrenza del quarantanovesimo anniversario della morte del padre da parte dei due figli. **La forza degli affetti permette alla memoria di non spegnersi**, con una continuità che costituisce il fondamento delle nostre comunità. Nell'era della tecnologia, la forza della memoria costruisce il futuro.

-**Nel paese di San Pietro in Cariano** in provincia di Verona **vivono 15 ultracentenari** (12 donne e 3 uomini), **una prevalenza che supera di quasi tre volte la media nazionale**. Il fatto ha destato molta curiosità ed alcuni commentatori hanno ricordato che il paese si trova in Valpolicella, una delle aree dove si producano i migliori vini italiani. Qualcuno ha provato a mettere in confronto le due realtà (vedi il titolo del giornale locale: "Ben 15 ultracentenari nel paese dove c'è la botte più grande del mondo"). Però, al di là delle battute piacevoli, resta ancora aperto sul piano degli studi epidemiologici seri la comprensione del ruolo del vino sull'invecchiamento, in particolare

dell'encefalo. Sarebbero necessari studi approfondi; dovrebbero essere gli stessi produttori di vini eccellenti ad impegnarsi seriamente su questa strada per togliere ogni dubbio sul ruolo di un vino buono sul piano del benessere psichico, ma anche fisico. Non si può più contare su studi fatti in modo generico, sulla base di "impressioni".

-Riporto in allegato **un interessante recente articolo di Roberto Bernabei dal titolo: "Longevità, investimento per la crescita"**. Roberto, che ha sempre rappresentato una punta avanzata della cultura geriatrica e gerontologica italiana, indica uno scenario nel quale l'invecchiamento della popolazione può rappresentare un punto di partenza per una nuova convivenza civile, con vantaggio per tutta la comunità.

-**Alla Camera** è stato approvato un **ordine del giorno per** chiedere al governo di **rendere più semplici le procedure per assumere operatori sociosanitari con qualifica conseguita all'estero**. La notizia può essere letta da diverse angolature. La prima riguarda la soddisfazione perché forse in questo modo si potranno superare molte barriere che rallentano l'assunzione di stranieri, provvedimento necessario di fronte alla drammatica crisi di personale nelle nostre strutture residenziali. Una seconda lettura è invece meno positiva: con questa facilitazione dell'assunzione di oss stranieri di fatto si disincentiva l'impegno che sarebbe necessario per organizzare corsi di formazione di buon livello sia sul piano professionale che organizzativo-economico. Una terza lettura è legata al rischio che l'allentamento dei controlli porti ad assumere operatori con preparazione mediocre con la logica che "meglio poco che niente". Da sempre AIP sostiene l'importante ruolo degli oss nelle strutture per anziani; esprime, quindi, la speranza che il provvedimento legislativo che dovrà essere approvato sia scritto con prudenza e realismo, valorizzando una professione strategica e spesso sottovalutata.
[https://www.uneba.org/oss-camera-comaroli/]

-La **regione Lombardia** ha lanciato il **progetto di una leva civica dei senior** per coinvolgere un elevato numero di volontari al fine di svolgere varie funzioni sociali. L'impegno è di 15 ore settimanali, per un compenso di 356 euro mensili, cioè circa 6 euro l'ora lordi, che facilmente si riducono a meno di 5. La proposta è interessante; però non deve essere interpretata come sostitutiva di un lavoro vero per le persone anziane, con valutazioni economiche ben superiori a quelle del progetto leva dei senior. L'evoluzione demografica imporrà infatti un sempre maggiore coinvolgimento delle persone anziane nel mondo del lavoro, con pari dignità e diritti delle altre età, in primis la remunerazione. (molte funzioni non potranno infatti essere sostituite dall'IA).

-La nostra cultura ci ha sempre indotto a **difendere la salute mentale degli anziani, anche in presenza di sintomi**. Continuiamo ad adottare questo atteggiamento di rispetto della dignità di un anziano anche nei riguardi del presidente USA e ai suoi recenti atteggiamenti bizzarri, contradditori, offensivi. Non possiamo però nascondere una forte preoccupazione.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
Il contributo di **Mauro Colombo** sui biomarcatori di demenza. Ci presenta un quadro comprensibile e di questo lo ringraziamo molto. Come preannunciato la settimana scorsa, vengo alla **seconda puntata del "dittico" sui biomarcatori plasmatici di demenza**, arrivando all'articolo più recente – liberamente accessibile in rete – pubblicato sul numero di aprile 2026 su "*Lancet Neurology*" [1], ad opera di Autori spesso dotati di affiliazioni multiple, presso istituzioni sparse in Svezia – prevalentemente -, Stati Uniti, Canada, Spagna, Olanda. Tra costoro spiccano nomi di studiosi che

seguo da anni, e che ho citato in alcuni 'angoli', quali gli svedesi Niklas Mattsson-Carlgren, Sebastian Palmqvist e Rik Ossenkoppele.
L'articolo introduce il concetto di marcatori principali 1 (che riflettono la presenza della patologia della malattia di Alzheimer) e biomarcatori principali 2 (che riflettono la patologia dei grovigli di proteina tau), utilizzati per la stadiazione biologica. La proteina tau plasmatica fosforilata all'amminoacido (treonina) in posizione 217 (p-tau217) - in parte associata all'accumulo di placche amiloidi e alla patologia dei grovigli neurofibrillari - ha dimostrato un'elevata efficacia nell'identificazione della patologia della malattia di Alzheimer ed è considerata un biomarcatore principale 1. Poiché la patologia Aβ è presente per anni prima della comparsa dei sintomi cognitivi, molti anziani con o senza deficit cognitivo presentano livelli elevati di p-tau217 associati alla fase iniziale della malattia di Alzheimer, ma senza un declino cognitivo significativo dovuto alla malattia. Pertanto, affidarsi esclusivamente alla p-tau217 plasmatica nella valutazione del deterioramento cognitivo potrebbe portare a una sovradiagnosi della malattia di Alzheimer già conclamata (deterioramento clinico causato dalla patologia della malattia di Alzheimer).
Viceversa, come biomarcatore complementare, la concentrazione di tau243 nella regione di legame ai microtubuli (MTBR-tau243) (o eMTBR-tau243 quando misurata nel plasma) è elevata specificatamente in relazione alla patologia dei grovigli di tau aggregati, rappresentando un potenziale biomarcatore principale 2. Un elevato valore di eMTBR-tau243 potrebbe supportare l'ipotesi che il declino cognitivo sia dovuto alla malattia di Alzheimer, che si ritiene richieda lo sviluppo di una significativa quota di patologia tau aggregata. Ma sinora nessuno studio ha convalidato una analisi sequenziale basata su marcatori nel sangue, o ha testato sistematicamente se la combinazione di p-tau217 con eMTBR-tau243 migliori la stratificazione clinica.
Da queste premesse è originato uno studio il cui obiettivo primario consisteva indagare come eMTBR-tau243 potesse essere utilizzato al meglio insieme a un test p-tau217 [come % nel plasma rispetto ad un peptide non fosforilato (%p-tau217)] per supportare la diagnosi della malattia di Alzheimer £. Per entrambi tali biomarcatori sono stati adoperati test ad alte prestazioni mediante spettrometria di massa: metodo considerato altrettanto affidabile – se non superiore – al dosaggio sul liquor. Gli obiettivi secondari erano di esaminare se %p-tau217 e eMTBR-tau243 potessero predire il declino cognitivo longitudinale e l'accumulo di grovigli di tau, nonché di identificare un carico di tau particolarmente elevato, utile a fini di stratificazione della malattia. L'ipotesi di partenza degli Autori era che %p-tau217 potesse essere utilizzato per identificare la presenza della patologia della malattia di Alzheimer, e che invece eMTBR-tau243 valutasse se la patologia della malattia di Alzheimer contribuisce ai sintomi.
Il carico tau veniva misurato mediante tomografia ad emissione di positroni (PET), in conformità a precedenti trials, in modo da cogliere meglio la rilevanza clinica dell'indagine, disegnando stadi Braak (il bersaglio era rappresentato dagli ultimi due stadi: V e VI). Veniva computata anche una misura di carico complessivo di patologia alzheimeriana che integrava il rapporto liquorale Aβ42/Aβ40 con l'assorbimento PET di tau in un unico punteggio.
Il campione di partenza è derivato dagli ambulatori dello studio svedese BioFINDER-2; i risultati sono stati validati ricorrendo ai volontari dello "Knight Alzheimer Disease Research Center" di Washington (https://knightadrc.wustl.edu). Sono stati esaminati 572 soggetti che lamentavano sintomi cognitivi, di circa 75 anni, di ambo i sessi equilibratamente, seguiti in media per 1 anno e mezzo: 142 presentavano declino cognitivo soggettivo, 259 deterioramento cognitivo lieve, 171 demenza.
350 (61%) dei 572 pazienti presentavano %p-tau217 plasmatico positivo. Tra questi, 341 (97%) erano positivi per la proteina beta-amiloide (Aβ) mediante biomarcatori nel liquido cerebrospinale o PET e 199 (57%) avevano una diagnosi accertata di malattia di Alzheimer: ne derivava un valore

predittivo positivo (PPV) 57%, con intervallo di confidenza al 95 % (95% IC) = 51–61, per il solo %p-tau217.
Una figura a colori mostra che, nell'analisi trasversale di Aβ e delle due misure correlate alla tau, rispetto al carico complessivo della malattia di Alzheimer, i livelli di %p-tau217 e l'assorbimento PET di Aβ hanno iniziato ad aumentare a bassi livelli di patologia della malattia di Alzheimer. Invece, l'assorbimento di Tau tramite PET ha mostrato un lieve aumento iniziale nelle regioni allo stadio iniziale di Braak (stadi i e II), con aumenti progressivi nelle regioni successive (stadi Braak da III a VI), in parallelo alla accelerazione nei livelli di MTBR-tau243.
Un grafico a barre colorate mostra 151 falsi positivi al %p-tau217 [151 / 350 (43 %)]; il testo indica che 125 di costoro (83 %) sono risultati negativi alla tau PET (stadi Braak da I a IV), e 63 (42 %) presentavano un declino cognitivo soggettivo. Questi risultati suggeriscono che un'elevata percentuale di p-tau217 rappresenta una risposta precoce alla patologia della malattia di Alzheimer e, pertanto, non fornisce informazioni sul fatto che la patologia della malattia di Alzheimer contribuisca ai sintomi cognitivi della malattia. Verso quest'ultimo obiettivo, le analisi combinate di sensibilità e specificità rivelano prestazioni migliori per eMTBR-tau243 che per %p-tau217 #.
Un grafico a colori mostra come – nelle analisi cognitive longitudinali – i soggetti eMTBR-tau243-positivi hanno avuto prestazioni peggiori nella maggior parte dei test cognitivi § rispetto ai pazienti eMTBR-tau243-negativi sia al basale che nel tempo. Un altro grafico a colori illustra la associazione pressoché lineare fra tau PET e eMTBR-tau243 negli individui tau217 positivi; in questi casi, la AUC # di eMTBR-tau243 rispetto alla tau PET presenta prestazioni elevate = 0,94 (95 % CI = 0,92 – 0,96).
In discussione viene sottolineato come, sebbene [1] confermi la superiore accuratezza di %p-tau217 nel cogliere la patologia Aβ, %p-tau217 da sola non possa porsi come automaticamente equivalente ad un riscontro di malattia di Alzheimer conclamata: quel 43 % di soggetti %p-tau217 positivi in cui mancavano la positività a tau PET o sintomi clinici sottolinea i limiti della diagnostica incentrata sulla proteina Aβ (sebbene questa sia fondamentale per una diagnosi molto precoce, prima della comparsa dei sintomi). Una difficoltà simile vale anche per i biomarcatori PET dell'amiloide o Aβ nel liquido cerebrospinale, che risultano positivi in circa il 30% degli ottantenni cognitivamente integri. Ciò crea una sfida diagnostica: i medici devono stabilire se il riscontro del biomarcatore sia clinicamente rilevante o se un'altra causa spieghi il deficit cognitivo. La combinazione sequenziale di %p-tau217 e MTBR-tau243 – come illustrato in una figura - potrebbe contribuire ad attenuare questo problema identificando gli individui Aβ-positivi il cui deterioramento cognitivo è probabilmente dovuto alla patologia della malattia di Alzheimer.
L'approccio proposto dagli Autori migliora la precisione diagnostica, poiché l'integrazione di eMTBR-tau243 ha ridotto i falsi positivi rispetto al solo %p-tau217, pur mantenendo un'elevata sensibilità per la malattia di Alzheimer conclamata. La sequenza in due fasi proposta consente la stratificazione degli individui positivi all'Aβ in categorie di probabile patologia asintomatica della malattia di Alzheimer (eMTBR-tau243-negativo) e di malattia di Alzheimer conclamata (eMTBR-tau243-positivo).
Nella pratica clinica, questo approccio potrebbe consentire una scrematura più efficiente ed economicamente vantaggiosa (sostituendo molti test PET o sul liquido cerebrospinale), riducendo al contempo la sovradiagnosi nei pazienti con patologia asintomatica della malattia di Alzheimer.
Sempre in riferimento alla clinica nel mondo reale, una limitazione esplicitata dagli Autori riguarda la riproducibilità dei risultati adottando dosaggi immunologici al posto della spettrometria di massa: la letteratura sembra offrire indicazioni ottimistiche [3].
£ diagnosi definita secondo i criteri dello International Working Group (IWG), che comprendono un fenotipo clinico della malattia di Alzheimer allo stadio di lieve compromissione cognitiva o demenza

(senza dati sui biomarcatori plasmatici), confermato con biomarcatori della malattia di Alzheimer nel liquido cerebrospinale o tramite PET [2]."
'AUROC' / 'AUC' ["Area under the receiver operating characteristics curves' (Area sottesa alle curve delle caratteristiche operative del ricevitore) / 'Area under the curve' (area sottesa alla curva)] = 0,88 (95% CI = 0,85 − 0,92) per MTBR-tau243, contro 0,83 (95% CI = 0,79 – 0,88) per %p-tau217 (p = 0,0038 al test di DeLong)
§ Mini Mental State Examination (MMSE), prova di richiamo mnesico allo ADAS-Cog, test di velocità di processazione delle informazioni [Trail Making Test – A (TMT-A)] e di funzioni esecutive [Trail Making Test – B (TMT-B)]"
[1] Mattsson-Carlgren, N., Palmqvist, S., Horie, K., Barthélemy, N., Salvadó, G., Binette, A. P., Tideman, P., Morris, J. C., Benzinger, T. L., Perrin, R. J., Janelidze, S., Collij, L. E., Ossenkoppele, R., Schindler, S. E., Stomrud, E., Bateman, R. J., & Hansson, O. (2026). Integration of plasma eMTBR-tau243 and p-tau217 in the diagnosis and stratification of Alzheimer's disease: a prospective cohort study. *The Lancet. Neurology*, 25(4), 357–367. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(26)00029-3
[2] Dubois, B., Villain, N., Frisoni, G. B., Rabinovici, G. D., Sabbagh, M., Cappa, S., Bejanin, A., Bombois, S., Epelbaum, S., Teichmann, M., Habert, M. O., Nordberg, A., Blennow, K., Galasko, D., Stern, Y., Rowe, C. C., Salloway, S., Schneider, L. S., Cummings, J. L., & Feldman, H. H. (2021). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. *The Lancet Neurology*, 20(6), 484–496. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00066-1
[3] Gonzalez-Ortiz, F., Ferreira, P. C. L., González-Escalante, A., Montoliu-Gaya, L., Ortiz-Romero, P., Kac, P. R., Turton, M., Kvartsberg, H., Ashton, N. J., Zetterberg, H., Harrison, P., Bellaver, B., Povala, G., Villemagne, V. L., Pascoal, T. A., Ganguli, M., Cohen, A. D., Minguillon, C., Contador, J., Suárez-Calvet, M., … Blennow, K. (2024). A novel ultrasensitive assay for plasma p-tau217: Performance in individuals with subjective cognitive decline and early Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(2), 1239–1249. https://doi.org/10.1002/alz.13525

-**Lancet Healty Longevity** di gennaio **pubblica uno studio** condotto **su** una popolazione di oltre 30.000 persone suddivisa tra **soggetti ricoverati in ospedale che sono andati incontro ad un episodio di delirium e controlli**. Nel periodo di follow-up le persone ospedalizzate che hanno avuto delirium hanno presentato un rischio elevato di cadute, di lesioni da decubito, di fratture di femore, sepsi, incontinenza fecale, scompenso cardiaco e di emorragia gastrointestinale. I dati dimostrano che il delirium durante un ricovero ospedaliero è associato con un'ampia tipologia di eventi clinicamente rilevanti, indipendentemente dal livello di fragilità e dalla presenza di demenza. Il lavoro è di estrema importanza per il follow-up degli anziani che hanno avuto un delirium: è, infatti, un evento sentinella che indica una vulnerabilità a lungo termine che deve rappresentare un motivo di specifica attenzione da parte dei medici (anche se l'attenzione al delirium, e delle sue conseguenze non è ancora così diffusa come indicherebbe anche questo studio).
[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(25)00135-7/fulltext?rss=yes]

-**Tiziano Gomiero**, direttore tecnico scientifico della Lega del Filo d'Oro, studioso molto qualificato del rapporto tra disabilità e demenza, **interviene** con il contributo che segue **sul tema autismo e malattia di Alzheimer**, da noi trattato nella scorsa newsletter. Gomiero nella sua vita professionale ha richiamato l'attenzione sui rapporti tra situazioni patologiche, aprendo interessanti filoni di ricerca, ad esempio, sulle persone affette da trisomia 21.
"L'invecchiamento delle persone con disturbo dello spettro autistico pone numerose sfide cliniche, organizzative e di policy, in particolare rispetto al riconoscimento e alla gestione delle demenze. Una premessa necessaria è legata alla varietà et eterogeneità di condizioni che sussistono sotto questo

termine che rende estremamente difficile poter ipotizzare delle indicazioni esaustive anche se le prime review nella letteratura sono apparse più di 10 anni fa. (Perkins and Berkman, 2012). Mi limito a sintetizzare alcuni dei contributi prodotti in un recente summit (Janicki et al., 2025-2026) che si è concentrato in particolare su questo tema. Il summit voleva offrire un quadro integrato su tre dimensioni chiave: i fattori di rischio e i quadri neuropatologici associati, le criticità diagnostiche e i bisogni di sostegno post-diagnostico.

Nel complesso, la letteratura esprime dati controversi su un aumento generalizzato del rischio di malattia di Alzheimer nelle persone con disturbo dello spettro autistico, mentre emerge una maggiore associazione con altre forme di demenza e questo dato viene riscontrato soprattutto in presenza di disabilità intellettiva e in specifiche condizioni genetiche (Vivanti et al., 2025; Chang, et al., 2025). Ovviamente la relazione tra disturbo dello spettro autistico e declino neurocognitivo resta molto complessa, anche a causa di fattori confondenti quali le possibili comorbidità mediche e psichiatriche, nonché l'uso protratto di alcuni trattamenti farmacologici.

Una delle principali criticità riguarda la diagnosi di demenza nelle persone con disturbo dello spettro autistico, resa particolarmente difficile dalla sovrapposizione tra caratteristiche neuroevolutive di lunga durata e sintomi neurodegenerativi emergenti. Sono noti i limiti di molti strumenti diagnostici, non validati per questa popolazione e quindi viene enfatizzata l'importanza di approcci longitudinali, multidisciplinari e fondati sulla conoscenza della storia di vita della persona. In questa prospettiva, la diagnosi non può essere concepita come un atto isolato, ma come parte di un processo clinico continuo e contestualizzato, che coinvolga in modo strutturato familiari, caregiver e servizi. È altresì chiaro che con l'invecchiamento della popolazione che interessa tutte le condizioni un tema particolarmente rilevante è quello del sostegno post-diagnostico, che risulta tuttora ampiamente insufficiente per le persone con disturbo dello spettro autistico che sviluppano una demenza. I modelli tradizionali di dementia care si dimostrano spesso inadeguati nel rispondere a bisogni specifici legati a sensibilità sensoriali, modalità comunicative atipiche, rigidità comportamentali e traiettorie di vita profondamente diverse che enfatizzano la necessità di un approccio personalizzato, capace di integrare interventi farmacologici e psicosociali, adattamenti ambientali, sostegno ai caregiver e una pianificazione anticipata, flessibile e continuativa dei percorsi di cura.

In questa prospettiva, la sfida non è esclusivamente clinica, ma soprattutto culturale e sistemica: sviluppare politiche, competenze professionali e modelli organizzativi capaci di garantire continuità, appropriatezza e qualità della vita alle persone con disturbo dello spettro autistico che invecchiano e alle loro reti di sostegno è un vantaggio per tutti perché significa abilitarsi a sostenere i fragili tra i fragili.

Perkins EA, Berkman KA. Into the unknown: aging with autism spectrum disorders. Am J Intellect Dev Disabil. 2012 Nov;117(6):478-96. doi: 10.1352/1944-7558-117.6.478

Janicki M. P. et al., (2025). Autism and dementia: A summative report from the 2nd International Summit on Intellectual Disabilities and Dementia*. Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06843-7

Janicki M. P., et al., (2025). Autism, diagnostics, and dementia: A consensus report from the 2nd International Summit on Intellectual Disabilities and Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(6), e70110. https://doi.org/10.1002/gps.70110

Janicki M. P., et al., (2026). Autism, dementia, and post-diagnostic support: A consensus report from the Second International Summit on Intellectual Disabilities and Dementia. Autism. Feb 9:13623613261416670. doi: 10.1177/13623613261416670

Vivanti G, Lee W, Ventimiglia J, Tao S, Lyall K, Shea LL. Prevalence of Dementia Among US Adults with Autism Spectrum Disorder. *JAMA Netw Open*. 2025;8(1): e2453691. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.53691

Chang, Z., Yao, H., Sun, S. et al. Association between autism and dementia across generations: evidence from a family study of the Swedish population. *Mol Psychiatry 30, 4605–4612 (2025). https://doi.org/10.1038/s41380-025-03045-6*

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di…" presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

Quotidiano
12-04-2026
Pagina 1+14
Foglio 1 / 2

Il Messaggero

www.ecostampa.it

L'INCHIESTA

Effetto longevità, un'occasione per la crescita

L'inedito di Roberto Bernabei a pag. 14

Longevità investimento per la crescita

LE INCHIESTE DEL MESSAGGERO
L'inedito

Roberto Bernabei*

Questo pezzo dovrebbe essere scritto da un economista con qualche competenza sociologica ed è invece scritto da un geriatra/gerontologo (il geriatra è il medico che cura gli anziani mentre il gerontologo svaria su tutti i fenomeni collegati all' invecchiamento, dalla biologia alla longevità). Metto così le mani avanti per le possibili critiche... ma devo fortemente sostenere che è tempo di "utilizzare" i nostri longevi per produrre prodotto interno lordo, Pil. Ripeto quanto già detto in un precedente articolo su questo giornale: il 25% degli italiani ha più di 65 anni, vuoto per pieno una quindicina di milioni in termini assoluti. Di questi 5 sono non autosufficienti e quindi bisogna occuparsi che siano dotati di assistenza domiciliare, case di comunità, cure palliative, reparti ospedalieri di Geriatria. Sei milioni sono affetti da malattie croniche ma in sostanziale compenso per le cure mediche oggi disponibili e quattro milioni sono semplicemente come erano. Sani, attivi, capaci di tutto.

Questo è un inedito, mai era capitato nella storia dell'uomo un invecchiamento di massa così, con certo i problemi dei primi 5 milioni ma il capitale incredibile dei 10 rimanenti. Un mucchio di vecchi diversamente giovani, finti vecchi di cui non c'è nemmeno il nome. Senior? Longevi? Maturi? Adotto, al momento, il termine "senior". Ora, di tutti questi senior nessuno si accorge, fosse anche per monetizzarne a livello individuale, tantomeno a livello di popolazione. Rimangono lì, parcheggiati più che pensionati, ognuno ad inventarsi la propria lunga ed inedita senioritudine.

TRE GRUPPI DI SENIOR

Lo schema che ho in testa, e propongo, è quello di occuparci in modo sistematico dei tre tipi di senior che costituiscono il 25% della popolazione italiana: per i 5 milioni di non autosufficienti ci si deve riferire al DM 77 che prevede una Centrale Operativa territoriale (COT) che supervede le necessità di questa popolazione di fragili con l'articolazione nella casa di comunità dove si recano per essere visitati ed assistiti quando sulle proprie gambe, nell'ospedale di comunità quando necessitino di un ricovero per essere osservati e gestiti in sicurezza, nella mitica assistenza domiciliare quando è la casa il luogo della cura della non autosufficienza.

La vostra ASL di riferimento, senza girare da Ponzio a Pilato come è sempre accaduto, vi deve dire dove recarvi per essere approcciati e "serviti" da una delle strutture sopracitate che agiscono tutte in collaborazione o con la gestione diretta (ad es. nella casa di comunità) con il medico di medicina generale.

Medico di medicina generale (mmg) che si deve impegnare in prima persona per tutto il percorso che i suoi assistiti debbono compiere per arrivare il più sani possibile alla senioritudine. E, se poco sani per malattie croniche (ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica, artropatie varie etc) sopraggiunte una volta senior, i mmg debbono gestire con l'armamentario terapeutico e di controlli strumentali quei 6 milioni (sui 15 totali) di "malati" autosufficienti. Bisognerà poi, ma questa è fantasia mia, disporre di cliniche dei sani dove "insegnare" e monitorare il percorso longevità a partire dall'entrata nel mondo del lavoro. Tutto questo percorso, e la gestione delle malattie croniche territoriale, è cruciale per non ammazzare il Servizio Sanitario Nazionale di costi o di esplosione degli ospedali.

Rimane il terzo tipo di senior, quelli sani. 4 su 15 milioni, ricordo. Tanti e per la prima volta nella storia dell' uomo. Beh... io sono di parte perché geriatra ma mi occuperei assai di loro e privilegerei politiche e strategie ad essi dedicate. Amici: i giovani son semi finiti, siamo al record mondiale di meno figli per donna -1.12- tanto che non rimpiazziamo gli italiani deceduti mentre i senior sono tanti e tanti sani.

STRATEGIA MIRATA

Utilizziamoli ma con strade indicate e rese percorribili da una politica dedicata. Istituiamo un Ministero della Longevità o aggiungiamo questa delega e dicitura al Ministero della Salute, troviamo una fiscalità adeguata per chi produca una volta pensionato, finanziamo come stato o sistema bancario progetti che producano imprenditoria e trapasso nozioni. Insomma una "economia della longevità".

Mi rafforza, e non ce ne era bisogno, il 15° Piano quinquennale della Repubblica Popolare della Cina che definisce lo sviluppo del paese per i prossimi anni seguendo alcune direttrici fondamentali, con lo scopo di raggiungere un'autosufficienza scientifica e tecnologica e modernizzare le strutture economiche e sociali del paese.

Quattro strade: transizione verde, sviluppo centrato sulle persone, crescita trainata dall'innovazione e, appunto, costruzione di un' economia della longevità! Il Piano cinese parla chiaro, l'invecchiamento demografico deve essere sfruttato e deve supportare una strategia economica. E quindi iniziative per sostenere i consumi degli anziani, accrescere i servizi di assistenza e sostenere l'assistenza a lungo termine (domiciliare, RSA, palliazione).

Ma anche sostenere iniziative turistiche, e qui il contropiano italiano potrebbe fornire luoghi e ristorazione per gli oltre 300 milioni di cinesi longevi che il 15° Piano vuol mandare in giro per il mondo cosiccome la nostra industria manifatturiera può iniziare a produrre manufatti pensati ed indirizzati ai senior di tutto il mondo.

Facevo l' esempio in un articolo precedente della poltrona sollevatrice per coloro che hanno difficoltà motorie e di alzata... una bella poltrona o un bel divano prodotti dai nostri designer e mobilifici si venderebbero in tutto il mondo. E farebbero Pil.

Mi servirebbe allora che un giorno ci si trovasse tipo con il presidente di Confindustria, Confcommercio, Coldiretti, Confartigianato, Ikea, Coop, Abi (banche), Amia (assicurazioni) ed una platea di industriali, cavalieri del lavoro, direttori generali di imprese e ministeri, Rettori di università... insomma il Paese. Riuniti per ascoltare, tutti, due che conosco io e che hanno studiato i perché biologici di questa longevità ed i sistemi assistenziali/stili di vita migliori. Un po' di conoscenze in più non guastano mai... E poi chiederei alla lista dei presidenti che stanno facendo loro e le loro organizzazioni per la longevità/vecchiezza. Cosa producono, cosa prevedono, quali difficoltà incontrano. Chiederei le stesse cose ad uno scrittore, un regista, un televisionista, un teologo...Shakererei il tutto e qualcosa comincerà a muoversi. Vi pare?

* *Presidente di Italia Longeva (Agenzia del Ministero della Salute), già direttore del dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa collo del Policlinico Gemelli e membro del CdA della Cattolica, è uno dei massimi promotori della geriatria in Europa.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

071084

L'ECO DELLA STAMPA
LEADER IN MEDIA INTELLIGENCE

Universita' Cattolica - Roma

Il Messaggero

www.ecostampa.it

Un italiano su 4 ha più di 65 anni Un "partito" di senior che può immettere nel sistema Paese competenze e produttività E che ora chiede una strategia

SERVE UNA NUOVA SPINTA ALLA TUTELA SANITARIA DI QUESTA FASCIA SOCIALE E UNA PIANIFICAZIONE MIRATA E CONVINTA

CREIAMO UN VERO MINISTERO DELLA LONGEVITÀ. E UNA FISCALITÀ ADEGUATA PER CHI PRODUCE UNA VOLTA PENSIONATO

Il Messaggero

Usa-Iran, si tratta a oltranza

Roma spaccata

Longevità investimento per la crescita

Artemis, astronauti rientrati sulla Terra Trump: «Il prossimo passo sarà Marte»

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

071084

L'ECO DELLA STAMPA
LEADER IN MEDIA INTELLIGENCE

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 10 aprile 2026

n. 14/2026

"Pur sapendo che la possibilità di raggiungere la cima della montagna sono quasi nulle, Sisifo spinge la pietra semplicemente perché non ha altra possibilità e per essere in sintonia con sé stesso e per dare, almeno in questo modo, un senso alla propria vita e scoprire così l'orizzonte della speranza" (Vraclav Havel).

Mi permetto di avvicinare a questa splendida frase di Havel, quanto ho ricevuto da Stefano Boffelli, il coordinatore del Progetto Caffè Alzheimer della Fondazione Maratona Alzheimer dal titolo "Speranza, una parola del nostro tempo."

"Buona Domenica di Pasqua. La newsletter è ogni settimana una boccata d'aria anche in luoghi dove la geriatria dovrebbe essere la Geriatria, nobile e compassionevole, culturalmente e scientificamente preparata. High tech and high touch. Con consigli e aiuti anche per i caffè Alzheimer, low tech and very high touch. Ne si esce sempre con parole di speranza. E, come dice la mia amica Helen, sponsor di un caffè Alzheimer, non solo questa giornata, ma ogni giorno, ogni lettura, ogni incontro, è occasione di rigenerazione e per chi crede, di resurrezione. Cito anche Paola Müller, docente Unicatt: "…Una speranza forte, adulta, agostiniana: quella che non si spegne quando le cose vanno male, che non si sottomette all'oggi, che non si piega al disincanto. È la speranza che ha già un'àncora nel porto, mentre navighiamo ancora nel tempo". Ogni giorno siamo nella speranza, con coraggio e costanza, anche se abbiamo dormito poco e male, anche se siamo affaticati, anche se sembra che le cose siano incomplete e i risultati delle nostre attività lontani dal realizzarsi. L'impegno dà i suoi frutti, a partire anche solo dal sorriso delle persone che curiamo".

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Stefano Crooke e l'ageismo
-Erica Borella e la visione personale della propria qualità della vita.
-Autismo e Alzheimer: vi è un legame clinico e biologico?
-Il lavoro del PS: i numeri di Verona
-Un convegno a Roma sul cohousing

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo sempre di grande interesse a cura di Mauro Colombo

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-L'AMICO **Stefano Crooke** <stefano.crooke@icloud.com> ha scritto questa **mail molto significativa e incisiva attorno alla tematica dell'agesismo** sulla quale continuiamo ad insistere, perché centrale per il nostro sviluppo civile.

"Gentilissimo Professore,

La ringrazio per la sempre interessante Newsletter che rappresenta anche una preziosa fonte di aggiornamento. L'ageismo, si sa, imperversa a tutti livelli. Ho letto su un quotidiano la notizia di un segretario comunale a riposo di 86 anni e di sua moglie di 82 anni, i quali non sono più ospiti graditi dallo stabilimento balneare, che frequentavano da 46 anni. In passato sarebbero stati persino premiati per la loro fedeltà, con sconti vari e da tempo avevano il posto in prima fila, assicurata con il pagamento anticipato di 4.000 euro.

La coppia di Coniugi ha ricevuto un messaggio con cui venivano informati, dal titolare dello stabilimento balneare, che si stava: "orientando la struttura verso una clientela più dinamica, che viva lo stabilimento in modo completo, seguendo modelli di fruizione diversi rispetto al passato".

Si rimane amareggiati che nel 2026 vi siano atteggiamenti diffusi nella società, che mostrano una mancanza di rispetto per la dignità di persone che vorrebbero socializzare, divertirsi e respirare un po' di sana aria di mare, anche se non hanno più 20 anni.

Come specialisti, noi, ovviamente, incoraggiamo gli adulti più grandi a mettere in atto comportamenti virtuosi che possano favorire una longevità attiva. Credo che gli stabilimenti balneari, laddove è possibile, dovrebbero essere attrezzati per consentire a tutti, anche a coloro, di qualsiasi età, che presentino difficoltà motorie, di accedere e di godere, anche a titolo oneroso, di ciò che viene offerto. Sarebbe un atto di civiltà."

Ricordo a proposito di quest' ultima considerazione di Crooke che faccio mia che a Cesenatico da alcuni anni è attivo un programma di ospitalità al mare riservato alle persone affette da demenza e ai loro famigliari. Un esempio di civiltà, mentre l'atmosfera diventa sempre più rispettosa verso le persone anziane

-La collega **Erika Borella ha inviato questa recensione su** un argomento che ritengo particolarmente interessante

"Visioni sull'invecchiamento e qualità di vita in adulti e anziani: il ruolo della riserva cognitiva"

Lo studio ha indagato la relazione tra visioni personali sull'invecchiamento, quali l'età percepita, gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento e la consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento, e la qualità di vita in adulti e anziani, esplorando quanto indicatori di riserva cognitiva potessero essere un meccanismo che contribuisca a mediare e spiegare tali relazioni. Sono stati proposti questionari per valutare le visioni personali sull'invecchiamento e la qualità di vita, e il Questionario di Riserva Cognitiva Attuale e Passata, che coglie la natura dinamica della riserva cognitiva attraverso diversi indicatori -status socio-economico, coinvolgimento familiare, coinvolgimento in attività stimolanti a livello mentale, fisico e sociale e partecipazione in attività religiose/spirituali- valutati sia attualmente che in riferimento alla giovinezza.

I risultati confermano il ruolo positivo che atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento e una maggior consapevolezza di guadagni e minor consapevolezza di perdite correlate all'invecchiamento, insieme alla riserva cognitiva passata, hanno sulla qualità di vita. Di particolare interesse è l'avere dimostrato l'influenza delle visioni sull'invecchiamento su indicatori di riserva cognitiva attuale e passata, ed il ruolo di mediazione della riserva cognitiva: sia la riserva attuale che quella passata mediano l'effetto degli atteggiamenti positivi verso il proprio invecchiamento sulla qualità di vita, mentre solo la riserva cognitiva attuale media l'effetto della percezione di guadagni correlati all'invecchiamento sulla qualità di vita.

Nel complesso, questi risultati suggeriscono come non sia tanto "quanto invecchiamo" ma "come viviamo e interpretiamo l'invecchiamento", insieme a esperienze che coltiviamo nel tempo e che

contribuiscono a costruire risorse protettive per il nostro funzionamento, a fare la differenza per supportare e promuovere qualità di vita con l'avanzare dell'età.
Autori: Elena Carbone, Enrico Sella, Paolo Ghisletta, Erika Borella
https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2026.1778263/full

-**Autismo e Alzheimer**: attorno a questa tematica si è recentemente acceso **grande interesse, sia nella letteratura scientifica sia nell'attenzione del pubblico**. Ne riferisco per completezza informativa, come abbiamo fatto recentemente riguardo alle potenzialità terapeutiche del litio nella malattia di Alzheimer, per fornire a chi ci segue informazioni utili allo scopo di costruire un proprio panorama di conoscenze, al fine di comprendere l'evoluzione delle ricerche nei vari campi. Le indagini sulle possibili interazioni tra autismo e Alzheimer seguono due filoni. Il primo riguarda le basi biologiche condivise tra le due malattie e quindi la possibilità di comprendere le criticità, che a loro volta potrebbero permettere di identificare ambiti di possibili interventi. Ad esempio, i dati sul gene shank3 dimostrano che è in comune, insieme a numerosi altri, tra autismo e Alzheimer. In questo momento gli studi di genetica hanno uno spazio particolare, anche rispetto a quelli epidemiologici compiuti negli anni scorsi, secondo i quali le persone con diagnosi di autismo hanno una probabilità 2.5 volte superiore di incorrere nella diagnosi di Alzheimer ad esordio precoce rispetto al resto della popolazione. Oggi però prevale una visione che insiste nel porre l'attenzione sugli aspetti biologici.
A proposito delle ricerche al centro dell'attenzione sul rapporto autismo-Alzheimer un amico mi ha scritto preoccupato: "Le persone che vivono l'esperienza dell'autismo e le loro famiglie, in mezzo a tante difficoltà e preoccupazioni, devono aggiungervi anche quella di avere maggiori possibilità di sviluppare demenza, anche in età avanzata?". Non vi è una risposta a questa domanda dettata dall'angoscia, se non quella di garantire alle persone affette da autismo una peculiare attenzione anche rispetto ai possibili fattori di rischio, che potrebbero interferire negativamente con la predisposizione genetica, influenzando la possibile comparsa della malattia.

-Recentemente ho letto con attenzione i **dati forniti dal pronto soccorso dell'Ospedale di Verona**, un esempio che può avere valore anche per altre città di media dimensione. In un anno ha visitato 8800 cittadini tra 74 e 84 anni, 6mila over 85 e 51 centenari. Su un totale di 55mila accessi solo il 6% è stato ricoverato. Un numero così elevato di persone molto vecchie impone una particolare attenzione clinica e preparazione tecnica del personale, per cui sempre di più il pronto soccorso degli ospedali deve essere preparato su due diverse linee: le emergenze e la continuità di cure, resa ancor più delicata e necessaria dalla crisi della medicina di famiglia. Paolillo, il direttore del PS di Verona, ha dichiarato a questo proposito: "Prepararsi alle maxiemergenze è fondamentale, ma è altrettanto importante saper affrontare con metodo e continuità le emergenze quotidiane, spesso silenziose, rappresentate dalle fragilità e dalla complessità clinica degli anziani". È un'indicazione razionale, che richiede competenze di ampio spettro, che non possono essere patrimonio di tutti i PS. Ciò pone una domanda molto delicata: l'attuale diffusione nel territorio di PS di diverse dimensioni e competenze è funzionale al cambiamento del bisogno di protezione da parte delle comunità? Ma non sarebbe compito delle case della comunità affrontare e gestire i problemi clinici di lieve entità?

-Recentemente **si è tenuto a Roma un convegno sul cohousing**, tematica di grande attualità, **che cerca di rispondere** razionalmente **alla crisi della casa che coinvolge molte persone anziane**. Un interesse recente, che è ancora alla ricerca di una modellistica che superi l'attuale confusione delle proposte. L'argomento è delicatissimo per diversi motivi; il primo riguarda la definizione delle persone che potrebbero fruirne; bisogna evitare la tipica situazione di molti servizi di welfare: "one

size fits all" (è stata una conquista storica della geriatria dei decenni scorsi, quando affermava la personalizzazione delle cure degli anziani, superando il diffuso modello di cure irrispettoso dell'individualità). Il secondo è la definizione degli obiettivi che si vogliono raggiungere: la lotta alla solitudine, la sicurezza rispetto all'accesso ai servizi sanitari e agli altri servizi che rendono più facile la vita entro le mura domestiche, la tranquillità e la protezione dalla violenza di ogni tipo. Nell'insieme le nuove tipologie di alloggio devono rispondere alla famosa frase di Nagib Mahfuz: "La tua casa non è dove sei nato. La tua casa è dove finiscono tutti i tuoi tentativi di fuga". Una visione realistica, lontana dalla retorica del "caldo nido", per affermare che la vera casa è quella caratterizzata da un insieme vivo di condizioni che permettono una vita davvero viva, a qualsiasi età. È però un obiettivo delicato, che le comunità devono porsi con determinazione. Che comunità può essere quella nella quale una parte rilevante dei suoi componenti è coinvolto in continui "tentativi di fuga"?

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di **Mauro Colombo**: "In questo periodo pasquale così violento e sanguinoso, vorrei offrire per quanto mi è possibile un apporto auspicabilmente utile e gradito: **desidero avviare in 'angolo' un 'dittico' sui biomarcatori plasmatici di deterioramento cognitivo**, consapevole che si tratta di un argomento dibattuto, ma proprio per questo segnalando due passaggi a mio avviso meritevoli di venire esposti.

Quello relativamente meno recente dei due studi – liberamente accessibile in rete - è stato pubblicato sul numero del 3 dicembre 2025 su *JAMA Network Open* ad opera di ricercatori tutti affiliati a diversi istituti della libera Università di Amsterdam [1]. Gli elementi di partenza ricordano che, sebbene la presenza di biomarcatori ematici anomali correlati all'Alzheimer durante le fasi precliniche è associata a un futuro declino cognitivo, si sa ancora poco sulla loro evoluzione longitudinale. I soggetti con evidenza di biomarcatori della malattia di Alzheimer sono particolarmente rilevanti perché vengono sempre più riconosciuti come appartenenti a una fase di transizione (fase 2) nel continuum della malattia di Alzheimer, posizionandosi quindi più avanti nel decorso della malattia, secondo la stadiazione integrata biologica – clinica elaborata dal gruppo di lavoro della Associazione Alzheimer [2]. I precedenti studi longitudinali in fase preclinica si sono concentrati principalmente su individui cognitivamente integri e raramente hanno indagato le associazioni tra cambiamenti dei biomarcatori e progressione clinica.

Da qui l'obiettivo di studiare le traiettorie dei biomarcatori ematici in individui con declino cognitivo soggettivo [subjective cognitive decline (SCD)] e la loro associazione con gli esiti clinici longitudinali. Nello specifico, è stato studiato (1) se le traiettorie longitudinali dei biomarcatori ematici differiscono tra individui con stato amiloide anomalo (A+) rispetto a quelli con stato amiloide normale (A−), (2) se queste traiettorie erano associate al declino cognitivo longitudinale e al rischio di progressione clinica verso il deterioramento cognitivo lieve [mild cognitive impairment (MCI)] o demenza e (3) la frequenza e la rilevanza clinica del cambiamento da stato normale a stato anomalo dei biomarcatori durante l'osservazione a distanza di tempo. I biomarcatori plasmatici indagati sono stati: tau fosforilata 217 (pTau217), che riflette sia la patologia amiloide che quella tau; rapporto amiloide-β42/40 (Aβ42/40), che riflette la patologia amiloide; proteina acida fibrillare gliale (GFAP), che riflette l'astrogliosi reattiva; e catena leggera dei neurofilamenti (NfL), che riflette il danno neuro-assonale.

Il campione analizzato proveniva da una coorte seguita negli ambulatori della Università di Amsterdam [Subjective Cognitive Impairment Cohort (SCIENCe)]: era costituito da 298 partecipanti con SCD, di età media 61,55 ± 8,08 anni, 58,4 % maschi, di cui 80 A+ e 218 A-, seguiti per 4,8 ± 2,6 anni. Lo stato rispetto alla amiloide è stato definito mediante tomografia ad emissione di positroni (PET) od analisi liquorale. Ogni 2 anni, oltre ai biomarcatori, veniva praticata una batteria

neuropsicologica orientata verso 4 domini: memoria, linguaggio, attenzione e funzioni esecutive. L'attenzione è stata concentrata su 3 traiettorie di evoluzione nel tempo per ciascuno dei biomarcatori: stabile negativa / stabile positiva / cambiamento positivo (transizione da sotto a sopra – soglia).
Le figure a colori illustrano in maniera molto evidente i risultati, così riassumibili:
Gli individui A+ erano in media più vecchi di 5 anni rispetto a quelli A-. Rispetto al primo quesito di ricerca, è risultato che per pTau217, GFAP e NfL, i livelli basali erano più elevati nel gruppo A+ rispetto al gruppo A−. Inoltre, questi biomarcatori hanno mostrato incrementi più marcati nel tempo nel gruppo A+ rispetto al gruppo A−.
Riguardo al secondo quesito di ricerca, l'aumento longitudinale di pTau217 e GFAP è stato associato al declino cognitivo nel tempo in tutti i domini esplorati. Diminuzioni longitudinali di Aβ42/40 e aumenti di NfL sono stati associati al declino cognitivo nella cognizione globale e nel linguaggio, e aumenti di NfL sono stati associati anche al declino nella cognizione globale, nel linguaggio e nelle funzioni esecutive. La progressione clinica è risultata influenzata dalle pendenze nelle evoluzioni longitudinali dei biomarcatori plasmatici: pendenze più ripide esprimono incrementi più elevati nel tempo. Una pendenza più ripida di pTau217 è stata associata alla progressione da SCD a lieve deterioramento cognitivo o demenza, così come una pendenza più ripida di GFAP e una pendenza più ripida di NfL. La pendenza di Aβ42/40 invece non è stata associata alla progressione.
Infine, nei confronti del terzo ed ultimo quesito di ricerca, è emerso che approssimativamente 1 partecipante su 5 tra quelli inizialmente risultati negativi al biomarcatore è passato a uno stato positivo per pTau217 durante il periodo di osservazione.
In discussione viene sottolineato come, tra i biomarcatori, pTau217 ha mostrato gli aumenti longitudinali più pronunciati nel gruppo A+; inoltre, la pendenza di pTau217 ha mostrato la più forte associazione con il declino cognitivo nel tempo, in linea con la letteratura precedente in individui cognitivamente integri senza SCD. Ampliando questi risultati, [1] ha rilevato che la pendenza della pTau217 fornisce un ulteriore valore prognostico per identificare gli individui a rischio di progressione verso un deterioramento cognitivo lieve (MCI) o una demenza. A fronte della stabilità nel tempo di Aβ42/40, e similmente a pTau217, anche GFAP e le sue variazioni nel tempo hanno mostrato forti associazioni con il declino cognitivo e la progressione clinica. Anche NfL è aumentato nel gruppo A+, ma queste variazioni sono state meno pronunciate e le loro traiettorie non hanno aggiunto valore prognostico rispetto ai valori basali per la progressione. Questi risultati sono in linea con l'ipotesi che NfL aumenti modestamente nelle fasi precliniche e invece cresca in concentrazione più rapidamente con l'avanzare della malattia.
A differenza dei partecipanti con profilo di biomarcatori negativo stabile, che hanno mostrato un miglioramento cognitivo (probabilmente grazie agli effetti dell'apprendimento), coloro che sono passati alla positività per pTau217 non hanno mostrato alcun miglioramento, collocando la loro traiettoria tra i gruppi con profilo negativo stabile e positivo stabile, rivelando un lieve declino cognitivo in linea con i precedenti risultati basati sulla PET. I risultati di [1] suggeriscono che i cambiamenti cognitivi possono iniziare già durante la transizione da uno stato amiloide-negativo a uno stato amiloide-positivo, per cui il monitoraggio di questi biomarcatori può aiutare ad anticipare un futuro declino clinico. [1] ha fornito nuove informazioni sulle traiettorie longitudinali dei biomarcatori ematici in individui con declino cognitivo soggettivo (SCD). In particolare, ha evidenziato che i cambiamenti dinamici di pTau217, GFAP e NfL sono associati al declino cognitivo e alla progressione clinica e che una parte sostanziale di individui con SCD diventa positiva ai biomarcatori nel tempo.
Le ricadute pratiche indicate dagli Autori di [1] sono particolarmente rilevanti, posto che gli individui con SCD provenienti dagli ambulatori dedicati alla memoria rappresentano una popolazione chiave per la diagnosi precoce e l'intervento, poiché presentano attivamente problemi cognitivi e hanno

un rischio maggiore di progressione rispetto agli individui cognitivamente integri. Addirittura, sebbene le attuali linee guida dell'Alzheimer Association Workgroup e dell'International Working Group [3] non raccomandino al momento i test dei biomarcatori nelle fasi precliniche, nella opinione degli Autori i risultati rafforzano le dimostrazioni che i biomarcatori ematici sono indicatori affidabili del declino cognitivo e della progressione clinica a livello di gruppo. Per cui, "… considerata la loro natura non invasiva, economica e facilmente ripetibile…i biomarcatori ematici potrebbero diventare in futuro sufficientemente affidabili per il monitoraggio e la previsione a livello individuale nella pratica clinica di routine per le persone affette da SCD, soprattutto perché le ricerche continuano a supportare la sicurezza della divulgazione dello stato di amiloide nelle fasi precliniche." #
ricordo che a questo delicato argomento avevo dedicato un "angolo" apposito, apparso sulla newsletter AIP del 13 giugno 2025, incentrata su un articolo israeliano [4].
Nota personale: il riferimento alla ricerca israeliana non va intesa come una forma di collaborazione [sia pure indiretta, anche solo come propaganda] con istituzioni di quel paese, a motivo della strage di civili che continua a Gaza, ed alla aggressione all'Iran ed al Libano. Cionondimeno, riconoscendo il valore intrinseco dello studio, ne propongo i contenuti, a vantaggio delle persone anziane potenzialmente coinvolte, e dei professionisti interessati.

[1] Trieu, C., van Harten, A. C., van Leeuwenstijn, M. S. S. A., Schlüter, L. M., Boonkamp, L., Aladdin, A., Sikkes, S. A. M., van de Giessen, E., Verberk, I. M. W., Teunissen, C. E., & van der Flier, W. M. (2025). Longitudinal Blood-Based Biomarkers and Clinical Progression in Subjective Cognitive Decline. *JAMA network open*, 8(12), e2545862.
[https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.45862]
[2] Jack, C. R., Jr, Andrews, J. S., Beach, T. G., Buracchio, T., Dunn, B., Graf, A., Hansson, O., Ho, C., Jagust, W., McDade, E., Molinuevo, J. L., Okonkwo, O. C., Pani, L., Rafii, M. S., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., Sperling, R., Teunissen, C. E., & Carrillo, M. C. (2024). Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. Alzheimer's & dementia : *the journal of the Alzheimer's Association*, 20(8), 5143–5169. https://doi.org/10.1002/alz.13859
[3] Dubois, B., Villain, N., Schneider, L., Fox, N., Campbell, N., Galasko, D., Kivipelto, M., Jessen, F., Hanseeuw, B., Boada, M., Barkhof, F., Nordberg, A., Froelich, L., Waldemar, G., Frederiksen, K. S., Padovani, A., Planche, V., Rowe, C., Bejanin, A., Ibanez, A., … Frisoni, G. B. (2024). Alzheimer Disease as a Clinical-Biological Construct-An International Working Group Recommendation. *JAMA neurology*, 81(12), 1304–1311. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.3770
[4] Golan Shekhtman, S., Beeri, M. S., Springer, R. R., Zadok, M., Ben Meir, M., Rosen-Lang, Y., Shutsberg, R., Gelblum, D., Niv, T., Matatov, A., Heymann, A., Azuri, J., Ganmore, I., Hoffman, C., Domachevsky, L., & Lesman-Segev, O. H. (2025). Emotional response to amyloid beta status disclosure among research participants at high dementia risk. Alzheimer's & dementia: *the journal of the Alzheimer's Association*, 21(5), e70115. https://doi.org/10.1002/alz.70115

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di…" presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Con viva stima e simpatia
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 3 aprile 2026

n. 13/2026

Buona Pasqua.
In questa triste atmosfera generale potrebbe sembrare fuori luogo augurare la serenità e la pace di cui la Pasqua tradizionalmente è simbolo. Ma noi continuiamo a credere che i nostri auguri e il loro significato hanno sempre valore.
Buona Pasqua!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-*JAGS*: In Memoriam di BE Fries
-Suicidio assistito attraverso il telecomando oculare
-L'IA rischia di consumare l'umano
-L'accesso alla facoltà di medicina

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il contributo di Mauro Colombo
-*JAMA*: Ruolo del litio nella malattia di Alzheimer
-*NEJM*: Limiti dell'età cronologica in medicina

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-Alcune note dal 26° Congresso Nazionale AIP
-I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-***JAGS*** di marzo ha pubblicato: "In memoriam: Brand E: Fries. A life Promulgating the Power of Standardized Assessment". Cito questo articolo, tra i cui firmatari vi è anche il nostro vecchio amico Vincent Mor, **per ricordare alle colleghe e ai colleghi** che hanno più di 50 anni **l'influenza che il pensiero e i lavori di Fries hanno avuto sulla nostra cultura geriatrica**. Fries ha messo a punto i Resource Utilization Groups (RUGs), che hanno avuto un ruolo importante nel definire la remunerazione delle nursing homes americane, e per la messa a punto del Minimum Data Set (MDS). Ma, al di là del suo ruolo istituzionale, lo ricordiamo con gratitudine per averci instillato la coscienza del dovere di misurare attraverso i protocolli di assessment la condizione del singolo individuo, per migliorare sia l'organizzazione dei servizi a suo favore sia per fondare in modo razionale l'approccio clinico.
[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.70405?campaign=wolearlyview]

-In Toscana una donna di 54 anni, **affetta da una malattia neurodegenerativa**, **ha adottato un puntatore oculare per attivare un deflussore in modo da far arrivare un farmaco letale nelle vene**. Non abbiamo la formazione etica sufficiente per prendere posizione sul caso, mi permetto solo di osservare come le tecnologie diventino sempre più pervasive nella vita delle persone e delle comunità. Dalla recente vicenda di Anthropic, che si opponeva all'uso dell'intelligenza artificiale come decisore autonomo sull'uso degli strumenti bellici, all'uso del puntatore oculare, strumento utilissimo per permettere la comunicazione da parte di persone colpite da gravi malattie invalidanti, la tecnologia assume due facce, quella del grande aiuto offerto alle comunità in difficoltà e quella dello strumento utilizzato per ottenere risultati critici rispetto all'autonomia delle decisioni cliniche. Certamente problematiche di terribile rilevanza.

-**Paolo Venturi** ha scritto sul Sole 24 Ore del 29 marzo un articolo intitolato: **"L'AI rischia di consumare l'umano e il suo vero progresso".** Ne riporto un brano: "Pasolini ci ammonisce: la vera minaccia non è la tecnologia in sé, ma il modo in cui ci plasma, rendendoci più performanti e meno vivi. Se ciò che definiamo progresso produce debito cognitivo e solitudine, allora basta celebrarlo, bisogna giudicarlo e forse, per la prima volta, tornare a sostanzialo. Progresso è solo ciò che accresce l'umano nel tempo, non ciò che lo consuma mentre avanza". Sono parole ricche di indicazioni, perché non negano l'importanza dell'IA e la sua capacità di migliorare le nostre performance; dobbiamo però evitare che questo progresso tolga una parte della nostra umanità. Un obiettivo drammatico, che ci pone di fronte al dovere di essere sempre più psicologicamente (parola molto complessa!) autonomi delle macchine, senza negarne il ruolo importantissimo per il benessere dell'umanità.

-**Vi sono ancora numeri incerti sulle domande di iscrizione a medicina per quest'anno. Il Ministero chiede di attendere i risultati finali**, però desta preoccupazione che, in ogni modo, il numero di giovani che aspirano a diventare medici non è destinato ad aumentare. Di fronte a problematiche come quella dei medici cubani in Calabria, dei quali ci siano occupati anche su questa newsletter, alla costante diminuzione dei medici di famiglia in un numero crescente di aree del paese, di fronte alla mancanza di medici nei servizi di pronto soccorso ed altre gravi situazioni in alcuni settori ospedalieri, il trend delle iscrizioni appare assolutamente inadeguato, anche considerando il ruolo delle facoltà telematiche, sulla cui utilità per la formazione vi sono numerose incertezze e preoccupazioni. Qualcuno sostiene che sarebbe necessario un drastico aumento della remunerazione dei medici nei vari settori di impiego; però sarebbe tutto il sistema educativo che andrebbe ristrutturato. C'è qualcuno che ci pensa? La politica sembra sorda, o produce decisioni senza senso. Le scuole di medicina sembrano dedicate a gestire il presente. Perché l'Ordine dei medici non si fa promotore di una conferenza nazionale per mettere le basi organizzative e culturali di un insegnamento adeguato all'oggi, nel tempo delle rivoluzioni demografiche, scientifiche, tecnologiche, economiche? Attendere che le vicende umane si aggiustino da sole è spesso un errore che si paga nella storia.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Ricordo come a Padova, nel corso del congresso AIP, moltissimi abbiano ringraziato Mauro per il suo contributo alle loro conoscenze tecniche in ambito clinico e scientifico. La newsletter rappresenta per molti un momento importante della vita societaria, sia dal punto di vista culturale generale sia specificamente sul piano della cura della salute delle persone anziane.

-Di seguito il testo di **Mauro Colombo**.

Sabato 28 marzo, al 26° congresso nazionale AIP, il dott. Daniele Perotta – direttore della Unità Operativa Semplice Dipartimentale 'Centro Regionale Alzheimer ASST Rhodense' – ha presentato

una relazione coinvolgente a tema ‘stili di vita e invecchiamento in salute’, davanti ad un pubblico attento e tutt’altro che sparuto, specie per una mattinata soleggiata di fine-settimana. Così, cullato dal ricordo dell’alba sulle colline vicine a Padova, dal 10° piano dell’albergo che ci ospitava, prendo spunto da un richiamo di Perotta agli interventi preventivi multidimensionali, per rifarmi ad un articolo pubblicato da *Lancet Healthy Longevity* [1], che avevo tenuto in serbo dallo scorso autunno (2025), aspettando una buona occasione per presentarlo in un ‘angolo’, ringraziando di cuore gli affezionati lettori per le manifestazioni di gratitudine [§] presentatemi anche di persona.

L’articolo parte da alcune dichiarazioni ‘forti’ (corredate dalle rispettive bibliografie), che sintetizzo al limite della traduzione letterale:

Non è stata dimostrata alcuna terapia farmacologica in grado di prevenire il declino cognitivo negli anziani che non presentano deficit cognitivi.

Diversi interventi sullo stile di vita incentrati su un singolo ambito, tra cui l'esercizio fisico, le modifiche dietetiche e l'allenamento cognitivo, hanno dimostrato individualmente di apportare benefici agli anziani che non presentano deficit cognitivi

Si ritiene che questi interventi condividano percorsi comuni convergenti nell’aumento della riserva cognitiva, implicanti modifiche dirette del volume cerebrale e dei fattori neurotrofici derivati dal cervello.

Considerata la natura cumulativa dei fattori di rischio per il deterioramento cognitivo, gli interventi mirati a modifiche molteplici dello stile di vita sono diventati fondamentali per le strategie di prevenzione della demenza, ricevendo una attenzione crescente come quelli potenzialmente più efficaci.

L’esempio paradigmatico rappresentato – in modo secondo me pervasivo nelle citazioni – è quello del ‘FINGER’ (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability): questa azione biennale ha dimostrato che un intervento multi-dominio che combinava dieta, esercizio fisico, allenamento cognitivo e gestione del rischio vascolare ha prevenuto in modo significativo il declino cognitivo negli anziani a rischio di demenza. Non a caso ne è in corso l’estensione planetaria tramite il consorzio ‘World Wide Fingers’.

Tuttavia, altre esperienze hanno fornito risultati ambivalenti o negativi: è il caso rispettivamente della iniziativa francese ‘MATP’ (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) e di quella tedesca ‘AgeWell.de’ [#].

Da qui l’utilità di una revisione sistematica con meta-analisi, allo scopo di verificare l’effettiva fattibilità ed utilità nel mondo reale degli interventi multi-dominio, pur concettualmente attraenti. Ulteriori argomenti di interesse erano la classificazione relativa di specifiche combinazioni di interventi, e se quelli multi-dominio più complessi fossero più efficaci degli approcci più semplici e mirati nelle popolazioni cognitivamente sane.

Hanno superato il filtro della selezione 109 trials randomizzati controllati, assommando ad un totale di 23010 partecipanti, di età mediana 70 anni (ambito interquartile 69 – 74 anni), 2/3 femmine, per una durata mediana di 13 settimane (ambito interquartile 10 – 39 settimane). Tale base di dati ha consentito di effettuare 139 comparazioni, che hanno interessato 12 modalità di interventi [5 combinazioni varie, 4 a dominio singolo e 3 controlli (nessun intervento / controllo attivo / educazione sanitaria)]. L’esito primario consisteva nella cognitività globale, espressa sotto forma di ‘differenze medie standardizzate’ [standardised mean differences (SMDs)] e relativi intervalli di confidenza al 95 % [95 % confidence intervals (95 % CI)]: tale metrica indica la ‘stima dell’effetto’ (‘effect size’), riassunta in una efficace tabella a colori.

I risultati dello studio – verosimilmente il primo del genere a giudizio degli Autori – indicano che l'allenamento cognitivo e l'attività fisica sono tra le strategie più efficaci, se applicate singolarmente, per migliorare le funzioni cognitive globali. Alcuni interventi multi-dominio, in particolare quelli che combinano esercizio fisico e allenamento cognitivo (questi con elevata significatività statistica),

hanno dimostrato maggiori benefici rispetto all'educazione sanitaria o all'assenza di intervento. Rispetto al gruppo di controllo attivo, solo l'esercizio fisico combinato con l'allenamento cognitivo (p=0,038) e il solo allenamento cognitivo (p=0,044) hanno mostrato un miglioramento significativo della cognizione globale. Gli interventi di controllo attivo generalmente prevedevano compiti di minimo impegno, come stretching o esercizi a bassa intensità nelle prove di esercizio fisico, e puzzle o il videogioco Tetris nelle prove di allenamento cognitivo.
Nelle persone più anziane, gli approcci multi-dominio più complessi sembrerebbero essere particolarmente vantaggiosi: nei partecipanti di età pari o superiore a 70 anni (50 studi), l'effetto maggiore rispetto all'assenza di intervento è stato osservato per l'esercizio fisico, l'allenamento cognitivo e l'educazione sanitaria combinati [SMD = 0,56 (95 % CI = –0,05 - 1,16); p = 0,072], seguito dall'esercizio fisico e dall'allenamento cognitivo combinati [SMD = 0,29 (95 % CI = 0,03 - 0,55); p = 0,032]. I partecipanti più giovani (età <70 anni), invece, tendevano a trarre maggiori benefici cognitivi da interventi isolati di allenamento cognitivo, esercizio fisico e educazione sanitaria.
In genere, per risultare efficaci, gli interventi devono durare almeno 3 mesi.
Alle comparazioni dirette, anche gli interventi su un singolo ambito hanno rivelato miglioramenti significativi rispetto all'assenza di intervento o all'educazione sanitaria. Ad esempio, l'esercizio fisico ha migliorato significativamente la cognizione globale rispetto all'assenza di intervento [SMD = 0,30 (95 % CI = 0,17 – 0,42); p < 0,0001]. Allo stesso modo, l'allenamento cognitivo ha dimostrato un effetto significativo rispetto all'assenza di intervento [SMD = 0,28 (95 % CI = 0,14 – 0,42); p = 0,0001] ed è risultato anche più efficace dell'educazione sanitaria [SMD 0,17 (95 % CI = 0,01 – 0,32); p = 0,038]. La dieta ha mostrato un effetto positivo significativo rispetto all'educazione sanitaria [SMD = 0·24 (95 % CI = 0,00 – 0,47); p = 0,046].
La discussione riporta come, in sintesi, i risultati di [1] suggeriscono che alcuni interventi mirati, come l'allenamento cognitivo e l'esercizio fisico, offrono notevoli benefici cognitivi anche se somministrati come interventi indipendenti, mentre alcune combinazioni multi-dominio selezionate, in particolare quelle che combinano l'esercizio fisico con l'allenamento cognitivo, hanno mostrato benefici simili o superiori rispetto a ciascun intervento preso singolarmente. Questi risultati evidenziano che non sempre 'di più' significa 'meglio': l'aggiunta di ulteriori interventi non aumenta necessariamente l'efficacia e potrebbe introdurre problemi di aderenza, in particolare nei protocolli multi-dominio con più di tre interventi.
Quanto alla aderenza, esperienze precedenti indicano che il numero di cambiamenti comportamentali raccomandati all'interno di un intervento segue una relazione curvilinea con l'aderenza e gli esiti clinici, con gli interventi di complessità moderata che producono gli effetti maggiori.
In MATP, è stata osservata una relazione dose-risposta non lineare, che mostra come i benefici cognitivi si siano stabilizzati dopo circa la metà delle sessioni di allenamento previste, suggerendo che aumentare il numero di sessioni non migliora necessariamente i risultati cognitivi.
In prospettiva biologica, la sovrapposizione tra i meccanismi messi in atto dagli interventi preventivi potrebbe attenuare i benefici additivi delle combinazioni di interventi, il cui Il successo probabilmente dipende dall'attenta selezione e integrazione di interventi complementari, adattati alle esigenze individuali, alle preferenze e ai fattori di rischio di base [@].
Nella discussione, viene sottolineato come, sebbene modesti secondo gli standard convenzionali, gli effetti ottenuti in [1] sono simili a quelli riportati in studi di riferimento, e potrebbero comunque riflettere benefici significativi a livello di popolazione [£], soprattutto alla luce dell'attuale assenza di alternative efficaci per la prevenzione della demenza in individui asintomatici.

[§] segnalo – incidentalmente, ma non troppo – che il termine 'gratitudine' è stato citato espressamente nella relazione del Collega

[#] segnalo la mancata efficacia della analisi combinata su 5205 ultra70enni seguiti fino a 12 anni, partecipanti a MATP ed alla iniziativa olandese preDIVA, condotta da infermieri [2]

[@] a proposito di intervento individualizzato, basato sulle preferenze / esigenze personali, mi permetto di ricordare lo 'angolo' dedicato nella estate 2024 allo studio pilota 'SMARRT', a partire da un articolo di JAMA Internal Medicine [3]

[£] nella newsletter AIP di venerdì 27 marzo, il prof. Trabucchi ha riportato le conclusioni di un articolo e del relativo editoriale da *JAMA Neurology*, secondo cui "… uno studio multicentrico randomizzato, condotto su anziani con storia famigliare e declino cognitivo soggettivo, non è stato in grado di dimostrare alcuna efficacia, rispetto all'evoluzione della malattia, dell'esercizio [fisico (ndr.)] e della riduzione di fattori di rischio cardiovascolare durante un'osservazione di 24 mesi".
Una apparente contraddizione rispetto ad [1], che però a mio avviso si risolve nel passaggio successivo della nota di Marco Trabucchi: "Gli autori dell'editoriale concludono che lo studio preso in considerazione suscita rilevanti problemi metodologici e che siamo solo all'inizio di un percorso molto accidentato. L'analisi dello studio, secondo gli editorialisti, suggerisce l'importanza di continui progressi nel disegno degli studi, nell'arruolamento dei partecipanti, nella definizione e nella valutazione dei risultati. Un contributo che apparentemente può sembrare molto critico, ma che in realtà rappresenta uno stimolo di grande efficacia al progresso delle conoscenze su un argomento di importanza centrale perla medicina del nostro tempo." Al proposito, specifico che dei 109 studi analizzati in [1], solo 10 sono stati condotti su partecipanti con declino cognitivo soggettivo, senza menzione di anamnesi familiare.
[1] Mendes, A. J., Ribaldi, F., Sayin, O., Khachvani, G., Mulargia, R., Volpara, G., Remoli, G., Nencha, U., Gianonni-Luza, S., Cappa, S., & Frisoni, G. B. (2025). Single-domain and multidomain lifestyle interventions for the prevention of cognitive decline in older adults who are cognitively unimpaired: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Healthy longevity, 6(9), 100762. https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100762
[2] Coley, N., Hoevenaar-Blom, M. P., Shourick, J., van Charante, E. P. M., van Dalen, J. W., van Gool, W. A., Richard, E., Andrieu, S., & preDIVA study group and the MAPT/IHU HealthAge Open Science group (2025). Searching for responders to multidomain dementia prevention in late life: A pooled analysis of individual participant data from the MAPT and preDIVA trials. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association, 21(2), e14472. https://doi.org/10.1002/alz.14472
[3] Yaffe, K., Vittinghoff, E., Dublin, S., Peltz, C. B., Fleckenstein, L. E., Rosenberg, D. E., Barnes, D. E., Balderson, B. H., & Larson, E. B. (2024). Effect of Personalized Risk-Reduction Strategies on Cognition and Dementia Risk Profile Among Older Adults: The SMARRT Randomized Clinical Trial. *JAMA internal* medicine, 184(1), 54–62. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6279

-***JAMA*** del 20 marzo ha pubblicato un update scritto da Rita Rubin, commentatrice di grande valore, dal titolo: **"Il litio nella malattia di Alzheimer. Uno studio pilota rappresenta uno punto di partenza per trials più ampi"**. Il testo riassume i risultati dello studio di riferimento, pubblicato in marzo su *JAMA Neurology*: i volumi ippocampali e corticali si sono ridotti, nei trattati non si sono verificati eventi avversi, i pazienti più anziani non tollerano dosi superiori ai 300 mg al giorno. Anche se il trial non ha mostrato significativi effetti del litio sull'end point primari, molti hanno concluso che lo studio ha rappresentato una solida base per analizzare l'effetto di litio a basse dosi nel MCI. Un commentatore ha scritto: "Piacerebbe a tutti che la malattia di Alzheimer fosse provocata da una sola causa. Il litio appartiene ad una parte della storia, sulla quale noi possiamo potenzialmente intervenire".
[https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2846853]

-**NEJM** del 28 marzo pubblica un editoriale su: "Age Illusion. Limitation of Chronological Age in Medicine". L'autore sostiene che il modo con il quale il clinico misura l'età determina in maniera sostanziale le decisioni e che **affidarsi completamente all'età cronologica può oscurare la complessità dell'invecchiamento**. "Un approccio fondato maggiormente sulla biologia permetterebbe di allineare la clinica con la realtà biologica. Infatti, decisioni ancorate sulla età biologica possono meglio catturare l'eterogeneità della resilienza fisiologica e la vulnerabilità delle persone". In questo modo sarà anche più facile collegarsi con le problematiche vitali.
[https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp2516973]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La settimana scorsa si è tenuto a **Padova il nostro 26° Congresso Nazionale**. Abbiamo 26 anni di cultura, clinica, e assistenza: una storia nobile che dovremo onorare con impegno e generosità!
Il congresso si è aperto con il saluto delle autorità; riporto di seguito le parole di Paolo Fortuna, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera a di Padova pronunciate in quell'occasione.
"Oramai siamo tutti consapevoli che la medicina non porta sempre alla guarigione definitiva ma spesso alla cronicizzazione della malattia, al suo rallentamento evolutivo: ci dà più tempo di vita. Il tempo è un bene prezioso, è uno strumento che abbiamo a disposizione per trovare il senso alla vita.
Dare tempo (ricerca e cura) e qualità di vita (cura e inclusione) è un binomio indissolubile che deve ergersi su un equilibrio etico di sostenibilità.
Questo pensiero di fondo permea anche la vision dell'azienda ospedaliera di Padova, che agisce secondo tre direttive tra loro interconnesse:
Assistenza, umanizzazione delle cure e sostenibilità etica delle stesse con un approccio olistico (modello bio-psico-socio-ambientale), equo, trasparente e sostenibile;
Formazione: favorire la formazione dei giovani medici e specialisti fornendo loro l'expertise necessaria per affrontare in modo innovativo vecchi e nuovi bisogni, questi ultimi legati all'evoluzione della società e della tecnologia; aiutarli a trovare un senso del limite e di sostenibilità dei loro interventi;
Ricerca: spingere al massimo nella ricerca di nuove tecnologie, nuovi trattamenti, nuovi farmaci, nuovi approcci sistemici, con lo scopo e auspicio di trasformare una scoperta che parte puntiforme in una pratica diffusa e sostenibile.
Questa è la cornice all'interno della quale tutti noi operiamo.

-È impossibile fare un riassunto delle tre importanti giornate di lavoro, anche perché le sedute contemporanee hanno impedito di seguire qualche relatore e tematiche di grande interesse. Inoltre, presto la segreteria metterà a diposizione di tutti le slide presentate nelle diverse sessioni. Mi limito quindi a ricordare il contributo importante degli psicologi, nell'affrontare da vari punti di vista le dinamiche della cura, sia nell'evento precongressuale, sia durante i lavori, e quello dei giovani presentatori di poster, tutti seri, documentati, dedicati a problematiche di forte rilievo clinico-assistenziale. Ricordo anche la relazione sull'etica delle nuove tecnologie presentata da don Renzo Pegoraro. È stata seguita con interesse per il rigore dei ragionamenti e la profondità delle osservazioni. Ma è stata anche accompagnata da una significativa considerazione: don Renzo, componente del consiglio direttivo AIP, non ha voluto rinunciare alla presenza al nostro convegno, nonostante il giorno prima avesse ricevuto la notizia che il Papa l'aveva eletto al ruolo di Arcivescovo. Congratulazioni caro don Renzo, con l'augurio che dalla presidenza della Pontificia Accademia per la Vita possa continuare ad indicare percorsi per la salvaguardia della dignità e della

libertà umana, soprattutto quando è più a rischio, in particolare nei riguardi dei poveri, delle persone fragili, di quelli che vivono in aree dove il progresso civile non è ancora arrivato.
Tra le presentazioni, tutte di altissimo livello (si deve constatare che ogni anno migliora la qualità dei contributi al nostro evento!), mi limito a citare le ultime due del congresso, quella di Ferdinando Nicoletti, che ha esposto con estremo rigore scientifico, ma con altrettanta chiarezza, dove possiamo riporre le speranze per possibili cure future dell'Alzheimer. Nicoletti ha dimostrato come i grandi scienziati siano in grado di far capire a tutti dove si indirizzano le correnti del pensiero scientifico contemporaneo, descrivendo con equilibrio le speranze e le incertezze del futuro. Infine, è stata molto incisiva la relazione del nostro Presidente, che ha parlato dell'ottimismo in geriatria come stile del nostro lavoro. Non poteva esserci chiusura migliore del congresso! Un insegnamento, quello di De Leo, incisivo per il nostro impegno nella cura, sulla linea della migliore cultura clinica e assistenziale.

- Il **10 aprile a Fermo** si svolgerà la **Giornata fermana delle malattie neurologiche** (programma in allegato) durante la quale di svolgerà il Memorial per la compianta Isabella Paolino e verrà consegnata la Borsa di studio a suo nome istituita da AIP con il contributo di Carifermo.
- Il **18 aprile** si terrà il **XV Congresso Regionale AIP Calabria** dal titolo "Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze".

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di…" presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto e un rinnovato augurio
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

Con il patrocinio di

Città di Fermo

Si ringrazia

FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI FERMO

GIORNATA FERMANA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE

II edizione

10 aprile 2026

Sala Sandro Pertini
Piazzale Michelangelo 1, Fermo

L'11 Aprile 2024 ci lasciava prematuramente la carissima collega Isabella Paolino. Chi ha avuto il piacere e la fortuna di conoscerla ne ha sicuramente apprezzato il garbo, la disponibilità, la generosità e le ricche competenze professionali. Isabella è stata un valente neurologo che ha saputo coniugare lo studio e la ricerca con la cura e la presa in carico dei tanti malati incontrati. Le sue passioni scientifiche hanno interessato il campo della Neurofisiologia, le Demenze, la Cefalea, il Parkinson ed i Disturbi del movimento, la terapia con Tossina Botulinica. Le sue opere sono indelebili nel ricordo dei pazienti e dei colleghi. Con lo scopo di promuovere la cultura della ricerca e della cura dei malati fragili, l'Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP), di cui Isabella è stata presidente, di concerto con la Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo, dal 2025 hanno indetto un premio intitolato "Isabella Paolino", dedicato ad un giovane marchigiano, specialista in neurologia, psichiatria o geriatria, che abbia realizzato un lavoro, una ricerca, un progetto, nell'area tematica della neuropsicogeriatria. Il premio verrà consegnato il 10 Aprile 2026 in occasione di un convegno scientifico che si terrà a Fermo nella sala Pertini.

PROGRAMMA "PRELIMINARE"

8:30-8:40 ***Registrazione partecipanti***
8:40-9:00 **Presentazione del corso** *Patrizio Cardinali* e **Intervento del Presidente AIP "MENTAL HEALT: la sfida del secolo dell'invecchiamento"** *Diego De Leo*

9:00-9:40 **Brain Health: un paradigma di prevenzione in sanità pubblica** *Mauro Silvestrini*
Discussant: *Giuseppe Pelliccioni, Claudio Alesi*

9:40-10:20 **E' possibile prevenire la malattia di Alzheimer? Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** *Alberto Benussi*
Discussant: *Simona Luzzi, Cristina Paci*

10:20-11:00 **La Tossina Botulinica nel trattamento integrato della spasticità. Focus su benefici e sulle diverse indicazioni** *Jonathan Bemporad*
Discussant: *Marzia Millevolte, Michela Coccia*

11:00-11:20 *Coffee Break*

11:20-12:00 **La prevenzione della Malattia di Parkinson. Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** *Daniele Belvisi*
Discussant: *Maria Gabriella Ceravolo, Emanuele Medici*

12:00-12:40 **Pianeta cefalea: strategie di prevenzione e profilassi del mal di testa**
Roberto De Icco
Discussant: *Marco Bartolini, Luigino De Dominicis*

12:40-13:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

13:00-14:30 *Lunch*

14:30-15:10 **I disturbi della deambulazione in neurologia. Fenotipi del cammino patologico** *Mariano Serrao*
Discussant: *Patrizio Cardinali, Enrico Alfonsi*

15:10-15:50 **La Neurologia fermana: l'eredità di Isabella Paolino** *Stefania Martina Angelocola, Maria Cristina Acciarri, Juri Balestrini*
Discussant: *Rossano Angeloni, Eugenio Pucci*

15:50-17:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

17:00-17:30 **Verifica dell'apprendimento con questionario ECM**

17:30-18:30 **MEMORIAL ISABELLA PAOLINO e Premio AIP-CARIFERMO "Isabella Paolino"**
18:30-18.45 **Conclusioni e Saluti finali** *Patrizio Cardinali*

INFORMAZIONI

Responsabile scientifico: *Dott. Patrizio Cardinali, Direttore UOC Neurologia AST Fermo*
Segreteria scientifica UOC Neurologia AST Fermo: *Dott.ssa Maria Cristina Acciari, Dott.ssa Stefania Martina Angelocola, Dott. Rossano Angeloni, Dott. Juri Balestrini, Dott. Fabrizio Forconesi, Dott. Eugenio Pucci, Dott. Riccardo Tiberi*

Rif. ECM: 3202-475460 **OBIETTIVO FORMATIVO**: n. 3 **ORE FORMATIVE e CREDITI ECM**: n. 7

FIGURE PROFESSIONALI E DISCIPLINE: FARMACISTA: FARMACISTA PUBBLICO DEL SSN; FARMACISTA TERRITORIALE; FARMACISTA DI ALTRO SETTORE; **LOGOPEDISTA**: LOGOPEDISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA**: TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA; **PSICOLOGO**; PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA; **MEDICO CHIRURGO**: TUTTE LE DISCIPLINE; **ASSISTENTE SANITARIO**: ASSISTENTE SANITARIO; **TECNICO AUDIOMETRISTA**: TECNICO AUDIOMETRISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **FISIOTERAPISTA**: FISIOTERAPISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **INFERMIERE**: INFERMIERE; **EDUCATORE PROFESSIONALE**: EDUCATORE PROFESSIONALE; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**: TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA**: TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO.

*L'**ISCRIZIONE ALLA GIORNATA** è gratuita ma obbligatoria e dà diritto alle sessioni di lavoro. Saranno accettate le sole iscrizioni on-line mediante il form compilabile su **www.museioncoop.net***

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI

Provider ECM n. 3202 e Segreteria Organizzativa
MuseiOn Soc. Coop.
Piazza Gaslini, 5 - 63822 Porto San Giorgio (FM)
info@museioncoop.net, museioncoop@gmail.com
www.museioncoop.net

MUSEION SOCIETÀ COOPERATIVA

XV CONGRESSO REGIONALE AIP

Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze

18 aprile 2026

Sala Conferenze ASP Distretto Jonio Sud
Viale Nestore Mazzei, Corigliano Rossano

Responsabili Scientifici:
Luigi Muraca
Giuseppa Zannino

Segreteria Scientifica:
Consiglio Direttivo AIP Calabria:
Pasquale De Fazio, Giuseppe Battaglia
Valentina Laganà, Vittoria Vardè

Con il patrocinio di:

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
della provincia di Cosenza

Ordine dei Farmacisti
della provincia di Cosenza

OPI
COSENZA

RAZIONALE

Le demenze rappresentano una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo. Si tratta di patologie neurodegenerative che compromettono progressivamente le funzioni cognitive (memoria, linguaggio, orientamento) e l'autonomia delle persone, con un impatto profondo sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. La comparsa di disturbi psico-comportamentali complica ulteriormente il decorso clinico, rappresentando la causa principale di istituzionalizzazione.

L'invecchiamento della popolazione rende urgente sviluppare strategie innovative di diagnosi precoce e di assistenza, capaci di rispondere alla crescente domanda di cura e supporto.

Il congresso Oltre la memoria nasce proprio da questa consapevolezza: creare un luogo di confronto tra medici, ricercatori, operatori sanitari, caregiver e istituzioni per discutere il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze anche alla luce delle nuove terapie disease-modifying rappresentate dagli anticorpi monoclonali.

Durante le sessioni saranno affrontati temi cruciali:

- le nuove tecniche di neurodiagnostica e biomarcatori per individuare precocemente i segni della malattia;
- l'evoluzione dei modelli di assistenza, con approcci personalizzati e centrati sulla persona;
- il ruolo delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale nel supporto clinico e quotidiano;
- le implicazioni etiche e sociali legate alla cura e alla dignità dei pazienti.

L'obiettivo è andare "oltre la memoria", cioè oltre la sola dimensione clinica del sintomo, per abbracciare una visione integrata che metta al centro la persona e la comunità. Le nuove terapie, molto costose, potranno essere somministrate soltanto ad una piccola parte di pazienti negli stadi iniziali di malattia. Cosa fare, quindi, per la maggior parte dei soggetti più anziani e nelle fasi più avanzate di demenza?

Il congresso vuole essere un'occasione di dialogo e di costruzione di nuove prospettive, in cui la scienza e l'umanità si incontrano per immaginare un futuro più consapevole e inclusivo.

PROGRAMMA

08:30 **Registrazione partecipanti**

09:00 **Presentazione del corso**
Luigi Muraca, Giuseppa Zannino

Saluti

Maria Pompea Bernardi
Referente sanitario ASP Cosenza

Flavio Stasi
Sindaco Comune Corigliano Rossano

Straface Pasqualina
Assessore con competenze di indirizzo politico in materia di inclusione sociale, sussidiarietà e welfare, pari opportunità, benessere animale

Agata Mollica
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cosenza

Diego De Leo
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria

Fausto Sposato
Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cosenza

Roberto Bruno Bossio
Presidente Regionale SINdem Calabria

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:20 **La solitudine dell'anziano**
Diego De Leo

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:50 **Aspetti etici nella gestione della persona con demenza**
S.E.R. Mons. Maurizio Aloise

I sessione Patogenesi e neuroprotezione

Moderano: *Salvatore Calemme, Vincenzina Golluscio, Francesco Saverio Tirone, Rossella Liguori*

10:20 **Antipertensivi, ipolipemizzanti ed SGLT2i come fattori protettivi della demenza**
Andrea Corsonello

10:35 **Neuroinfiammazione: un bersaglio chiave per la neuroprotezione**
Pietro Gareri

10:50 **BPCO e demenza**
Paola Naccarato

11:05 **Malnutrizione e fragilità: il ruolo dei nutraceutici**
Roberto Lacava

11:20 **discussione**

Lettura

Presenta: *Luigi Muraca*

11:35 **Ageismo: il pregiudizio invisibile**
Marco Trabucchi

II sessione BPSD

Moderano: *Vincenzo Nociti, Rita Stifani, Nicola Schifino, Salvatore Ritrovato*

12:05 **La terapia dei disturbi della sfera affettiva: il punto di vista del geriatra**
Giuseppa Zannino

12:20 **La gestione multifattoriale delle psicosi: il punto di vista dello psichiatra**
Pasquale De Fazio

12:35 **Disturbi del sonno ed OSAS**
Paola Scarpino

12:50 **I disturbi del sonno nelle malattie neurodegenerative**
Matteo De Bartolo

13:05 **discussione**

13:20 **pausa pranzo**

Lettura

Presenta: *Roberto Bruno Bossio*

14:30 **Il nuovo Piano Demenze: come cambia l'approccio diagnostico**
Amalia Cecilia Bruni

III sessione Nuovi approcci terapeutici

Introduce: *Gianfranco Puccio*

15:00 **Terapie anti-Alzheimer: cosa dice l'EPA**

Moderano: *Giuseppe Pugliese, Gianfranco Puccio, Stefano Giusti, Antonio Siniscalchi*

15:15 **La diagnosi tempestiva e corretta: dal MMG allo specialista delle demenze**
Giuseppe Battaglia

15:30 **L'utilizzo dei biomarker liquorali e plasmatici in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Rosanna Colao

15:45 **Il neuroimaging funzionale in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Antonio Bagnato

16:00 **La valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale**
Francesco Bruno

16:15 **discussione**

IV sessione Oltre la terapia farmacologica

Moderano: *Maurizio Berardelli, Lenino Peluso, Cosimina Madeo, Pietro Aquilino, Lucia Pucci*

16:30 **Prospettive terapeutiche non farmacologiche**
Valentina Laganà

16:45 **Curare la persona che cura**
Vittoria Vardè

17:00 **La solitudine in RSA**
Alba Malara

17:15 **L'IA nella demenza: motivo di alleanza o di conflitto?**
Raffaele Di Lorenzo

17:30 **Attività socio-assistenziali per un territorio dementia friendly**
Teresa Dattilo

17:45 **discussione**

18:00 **Conclusioni**
Giuseppa Zannino

18:30 **Verifica dell'apprendimento e conclusioni dei lavori**

Faculty

Maurizio Mons. Aloise
Arcivescovo Diocesi Rossano-Cariati

Pietro Aquilino
Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Antonio Bagnato
Direttore UOC Medicina Nucleare AO Cosenza

Giuseppe Battaglia
Consulente Geriatra RSA Madonna delle Grazie Philadephia (VV)

Maurizio Berardelli
Past President SIGG Calabria. Specialista ambulatoriale Distretto Tirreno Valle Crati Cosenza Savuto Geriatra Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) ASP Cosenza

Amalia Cecilia Bruni
Tavolo Permanente sulla Demenza - Ministero della Salute

Francesco Bruno
Department of Human and Social Sciences, Faculty of Social and Communication Sciences
Universitas Mercatorum Roma

Roberto Bruno Bossio
Responsabile Neurologia Centro Sclerosi Multipla ASP Cosenza

Salvatore Calemme
Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Rosanna Colao
Dirigente Medico Neurologo Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Andrea Corsonello
Università degli Studi della Calabria, Dipartimento di Farmacia e Scienze della Nutrizione e della Salute.
Direttore UOC Geriatria, IRCCS-INRCA POR Cosenza

Teresa Dattilo
Psicologa Psicoterapeuta. Presidente Associazione Donna e Politiche Familiari Roma

Matteo De Bartolo
Dirigente Medico Neurofisiopatologia Ospedale Santa Maria Annunziata Bagno a Ripoli Firenze

Pasquale De Fazio
Professore Ordinario di Psichiatria.
Direttore Scuola Specializzazione e UOC di Psichiatria Università Magna Graecia Catanzaro

Diego De Leo
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria

Raffaele Di Lorenzo
Già Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Pietro Gareri
Responsabile Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Catanzaro Lido ASP Catanzaro

Stefano Giusti
Direttore UO Radiologia e Diagnostica per Immagini Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Vincenzina Golluscio
Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Roberto Lacava
Geriatra. Responsabile Clinico Centro Disturbi Cognitivi e Demenze PST UMBERTO I ASP Catanzaro

Valentina Laganà
Psicologa Psicoterapeuta Contrattista
Professoressa a Contratto Università Magna Graecia di Catanzaro Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Rossella Liguori
Diabetologia Distretto Ionio Sud ASP Cosenza

Cosimina Madeo
Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Alba Malara
Presidente Fondazione ANASTE Humanitas Direttore Sanitario Strutture Residenziali, Lamezia Terme (CZ)
Fondazione ANASTE Humanitas

Luigi Muraca
Direttore UOC Medicina Interna Ospedale Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Paola Naccarato
Dirigente Medico Area Emergenza Urgenza Ospedale Corigliano UOS Pronto Soccorso ASP Cosenza

Vincenzo Nociti
Direttore UOC Geriatria GOM Bianchi Melacrino Morelli. Presidente Regionale AGE

Lenino Peluso
Geriatra ASP Cosenza

Lucia Pucci
Responsabile Servizio di Psico-Oncologia UO Oncologia Medica Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Gianfranco Puccio
Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica Lamezia Terme (CZ) ASP Catanzaro

Giuseppe Pugliese
Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Salvatore Ritrovato
Psichiatra e Psicoterapeuta Libero prfessionista Catanzaro

Paola Scarpino
Dirigente Medico Resp. Ambulatorio Medicina del Sonno AIMS Distretto Sanitario Cosenza Savuto ASP Cosenza

Nicola Schifino
Direttore UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Antonio Siniscalchi
Dirigente Medico UO Neurologia e Stroke Unit AO Cosenza

Rita Stifani
Dirigente medico Centro di Salute mentale ASP Cosenza

Francesco Saverio Tirone
Già Direttore UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Marco Trabucchi
Professore Ordinario di Neuropsicofarmacologia Università di Roma Tor Vergata. Direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia. Presidente Emerito Associazione Italiana di Psicogeriatria

Vittoria Vardè
Docente IPUE Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale Roma

Giuseppa Zannino
Presidente Regionale AIP Calabria. Responsabile CDCD Geriatrico Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

INFORMAZIONI GENERALI **8 crediti ECM**

Il corso, cod. ECM 436225, è accreditato per **Medici Chirurghi** (tutte le specializzazioni), **Farmacisti,** per un numero massimo di 100 partecipanti.

L'iscrizione è gratuita e da diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, pausa pranzo e attestato ECM*.

E' necessario effettuare la pre-iscrizione sul sito *www.jbprof.com*

Si precisa che la pre-iscrizione al corso dovrà essere validata con la firma di presenza, presso la segreteria organizzativa J&B disponibile in sede congressuale, a partire dalle ore 08:30 e fino alle ore 09:00 di sabato 18/04/2026. Superato tale orario massimo di tolleranza, verrà annullata la pre-iscrizione e saranno inserite le richieste in lista d'attesa. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico di registrazione in segreteria e avranno diritto all'acquisizione dei crediti ECM i primi 100 iscritti.

*Il rilascio dei crediti ECM è subordinato all'attenta verifica della partecipazione (90% delle ore formative) e del questionario finale dell'apprendimento (superato con almeno il 75% di risposte corrette).

Provider J&B ID 72
www.jbprof.com
0984 837852
segreteria@jbprof.com