

Newsletter AIP - 27 febbraio 2026

n. 08/2026

In questi giorni ricorre il quarto anniversario dell'aggressione russa all'Ucraina. Già altre volte abbiamo ricordato la condizione degli anziani che abitano le città e le campagne dell'Ucraina. Pensiamo con dolore al freddo delle case che non possono essere riscaldate, alle difficoltà di trovare cibi freschi, alla solitudine dovuta alla distruzione delle abitazioni e degli ascensori, al problematico accesso alle strutture sanitarie e assistenziali, pesantemente bombardate. Però la popolazione ucraina combatte con coraggio, perché "la guerra non può sconfiggere la vita". La guerra vorrebbe piegare le donne così come gli anziani, ma la forza di un popolo vince sulla violenza. Mentre noi stiamo a guardare: ci siamo scaricati la coscienza perché abbiamo mandato 10 (dieci!) generatori di corrente.

Un pensiero commosso; l'atto più incisivo che possiamo fare in questo scenario è garantire che da noi nessun anziano sia costretto a vivere in condizione di grave sofferenza (pensiamo agli anziani poveri, a quelli soli costretti a vivere senza speranza, ai senz'altro che sempre più numerosi abitano nelle strade delle nostre città).

Per chi è in grado, resta sempre lo spazio per la preghiera.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Tiziano Vecchiato e Federica Brignone
- Filippo Bergamo e gli immigrati anziani
- Le diseguaglianze: negli stati liberal degli USA si vive 10 anni di più
- Christian Wenter e la solitudine
- Le espressioni talvolta tragiche del caregiving
- Infermieri: ne mancheranno un milione in Europa nel 2030
- "Queen at Sea": un dramma familiare provocato dall'Alzheimer

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo come sempre originale di Mauro Colombo
- JAGS e la rilevazione dell'azione anticolinergica dei farmaci

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- L'annuncio della Scuola estiva AIP, un momento di grande importanza

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

I due **contributi di Vecchiato e di Bergamo** che seguono sono esempi di come ci piacerebbe si strutturasse progressivamente la newsletter. Un luogo di incontro e di dibattito, per una sempre migliore capacità dell'AIP e dei suoi iscritti di rispondere alle esigenze della popolazione anziana fragile.

-**Tiziano Vecchiato** ha inviato un commento di ampio respiro alle mie righe gioiose riguardanti le **vittorie di Federica Brignone**.

“Caro Marco grazie dell'incipit della newsletter sul caso ‘Federica Brignone’. Utilizzo il termine ‘caso’ perché ‘non nasce per caso’ ma è un vero e proprio ‘caso di studio’ molto interessante anche per la ricerca. Evidenzia cosa significa, in area clinica, ‘composizione dei fattori produttivi professionali e di altra natura’. È una citazione ripresa dall'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001 (art. 2 comma 5). I fattori produttivi professionali sono noti e li descrivi come ‘un'equipe di livello professionale elevatissimo’ mentre quelli di ‘altra natura’ nel linguaggio comune vengono descritti come ‘atteggiamento psicologico verso la guarigione...’.

Negli ultimi 20 anni dalle ricerche sulla virtuosa ‘composizione dei fattori produttivi’ è emerso qualcosa di interessante. Nei rapporti di ricerca emerge infatti come ‘concorso al risultato’ consenta di misurare i determinanti di esito professionali e ‘non professionali’ insieme capaci di potenziare l'outcome. Il ‘caso Brignone’ è un esempio convincente per chi volesse confrontare il ‘concorso di Brignone’ con quello dei professionisti che l'hanno riabilitata.

Il ‘concorso all'outcome’, nel suo caso, è stato più che determinante. Evidenzia i potenziali a disposizione per chi professionalmente prende sul serio la composizione metodologica dell'atto di indirizzo.

Dai più è stata intesa come indicazione giuridica di poco valore, mentre può rivelarsi strategica nel ‘comporre sinergicamente tutte le forze a disposizione’. Le ricerche in questa direzione entrano anche nel merito degli indici di costo/efficacia...

Ti ringrazio quindi della tua riflessione perché entra nel merito della ‘varianza possibile’, in questo caso ‘straordinaria’. Evidenzia il significato clinico e strategico del ‘concorso al risultato’. Non è quindi solo ‘umanizzazione delle cure’ ma molto di più, una opzione performativa di valore combinato (professionale e di altra natura). Consente di ottenere di più di quello che normalmente si ottiene con le ‘migliori pratiche professionali’”.

-**Filippo Bergamo** ritorna con esperienza diretta sul tema **immigrati anziani** che avevamo affrontato recentemente come problematica alla quale dedicare attenzione prospettica.

“Mi permetto di portare un piccolo contributo rispetto quanto riportato nell'ultima newsletter in merito al tema degli ‘Immigrati anziani’. È un tema di estrema importanza non solo da un punto di vista di inclusione sociale e di complessità dei sistemi di care, ma anche da un punto di vista di atteggiamento di civiltà e rispetto.

Di recente con il gruppo dell'area tematica dei Caffè Alzheimer di AIP con il dott. Boffelli stiamo provando ad affrontare questa sfida che già comincia a bussare alle porte dei nostri servizi di alta, media e ora anche bassa soglia di intervento quali i Caffè Alzheimer.

I dati raccolti dal progetto IMMIDEM, ci parlano di una presenza sempre maggiore di persone anziane provenienti da altre etnie, parte delle quali presentano decadimento cognitivo, ma che per la maggior parte non riusciamo ad intercettare nella nostra rete di servizi per molteplici fattori: mancanza di figure di collegamento (mediatori culturali), mancanza a volte di strumenti di valutazione cross culturali anche di tipo diagnostico, materiali informativi tradotti in lingue diverse.

Il messaggio sostanziale è che, a oggi, non siamo preparati ad affrontare questa sfida e pertanto è indispensabile muovere alcuni passi e cominciare una riflessione che porti a delle prime azioni concrete.

In Italia, le politiche a favore dell'inclusione e all'accoglimento dei migranti sono piuttosto scarse e negli ultimi anni il fenomeno dell'immigrazione nel nostro Paese è stato spesso trattato in maniera quasi allarmistica aumentando lo stigma negativo e adducendo il pensiero come di 'popolazione' incline alla delinquenza e al peso sul sistema Italia. In realtà sappiamo che molti dei nostri nuovi concittadini con una storia di migrazione dal proprio Paese lavorano nei settori più umili o di fatica, spesso con stipendi che non sono rapportabili a quelli dei cittadini italiani, molti di loro supportano il lavoro di care nelle nostre RSA e nei nostri servizi.

Migranti che si creano delle comunità nelle comunità. Nelle nostre città ci sono gruppi di migranti numerosissimi che però creano a sua volta gruppi di medesime etnie che per difficoltà ad essere accettati, e non riconoscendo un sistema funzionale all'accoglienza anche culturale, si chiudono a riccio cercando di mantenere un forte senso di identità del Paese di provenienza.

Si potrebbe aprire un altro capitolo sul perché vi è questo fenomeno e su come poi può influire sull'interazione ed integrazione rispetto ai nostri sistemi di cura ma mi piace ricordare una situazione che ad oggi si sta presentando all'interno di alcuni nostri Caffè Alzheimer, piuttosto che in alcuni Centri Diurni e anche nelle RSA.

Si sono presentati alle nostre sedi caregiver con una storia di migrazione che vivono da anni qui in Italia e che dopo essersi ben integrati hanno scelto di rimanere nel nostro Paese ma si sono trovati nella situazione di dover accudire i genitori in quanto con problemi di decadimento cognitivo. Genitori che vivevano nei Paesi di origine e che per poterli seguire sono stati costretti a trasferirli nel nostro Paese, cambiando ambiente, cultura, lingua... insomma un dramma nel dramma.

La difficoltà nella gestione determinata da problemi comportamentali e dalla progressione della malattia li ha spinti sino ai nostri servizi mettendoci fortemente alla prova sotto più aspetti: rispetto ad un difficile inquadramento diagnostico, piuttosto che alla possibilità di comunicare (conoscere la lingua di provenienza), comprenderne abitudini, usi, modi di dire e cultura. Molti dei nostri interventi psicosociali si appoggiano ad un atteggiamento che porta ad una forte compliance con le persone che vivono con demenza, ma in questo caso ha posto noi addetti alla cura non in una situazione di possibile supporto ma in una situazione di nostro ulteriore bisogno.

Come sa, abbiamo voluto, come area tematica dei Caffè Alzheimer di AIP, cominciare un confronto importante rispetto ai nostri concittadini provenienti da altre etnie. Lo stiamo iniziando con il gruppo di Immidem ma altresì vogliamo allargare i nostri ragionamenti e discutere anche a livello internazionale con chi magari ha già effettuato dei passi importanti su questa tematica.

Nello stesso giorno in cui apre il nostro Convegno Nazionale sui AIP si chiude con un convegno a Roma la fase due del progetto IMMIDEM all'Istituto Superiore di Sanità.

Come area tematica dei Caffè Alzheimer di AIP saremo presenti in entrambe le sedi proprio a sottolineare l'importanza di questo argomento, la volontà e l'impegno nel volerlo responsabilmente affrontare e per poter creare un tavolo di lavoro capace di proporre iniziative a sostegno dei nostri 'nuovi concittadini' con decadimento cognitivo e caregiver di altre etnie".

-Un dato drammatico, che però è in linea con indagini epidemiologiche svolte in altre realtà, indica che negli Stati USA **dove vi è maggiore rispetto per la dignità e la libertà vi è una spettanza di vita nettamente maggiore**. Una recente indagine, condotta dal 1990 al 2019, dimostra che gli Stati con politiche sociali e sanitarie più estese hanno registrato progressi nella longevità più marcati rispetto a Stati con programmi sociali più restrittivi. Emerge il peso delle politiche pubbliche: accesso all'assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie croniche, programmi sociali, sicurezza urbana, controllo delle armi, investimenti in istruzione. Un dato molto significativo: in alcuni stati con

maggior protezione sociale la speranza di vita dei cittadini afroamericani è superiore a quella dei bianchi che abitano in stati con minori tutele sociali. Sono dati che non possono essere trascurati; in questi momenti di incertezza a livello globale, l'attenzione verso le esigenze dei singoli e il rispetto della loro dignità, attraverso interventi di giustizia sociale, interferisce in modo particolarmente incisivo sulla durata stessa della vita. I dati della letteratura indicano la responsabilità della medicina come punto di riferimento e di guida perché le politiche sociali siano sempre più diffuse, superando le barriere ideologiche tra progressisti e conservatori, nella logica di permettere una vita sana e lunga per tutti.

-**Christian Wenter** ha dato recentemente un'incisiva intervista sulla **solitudine degli anziani**, partendo dalla constatazione che in Sud Tirolo il numero delle persone che vivono sole è in forte aumento. Erroneamente eravamo portati a ritenere che la vita sociale di quella regione fosse ancora fortemente integrata, anche rispetto alle persone anziane. Wenter ci ha invece aperto gli occhi sulla realtà dove vive e dove lavora; afferma che le risorse dell'ambiente devono compensare la diminuzione delle risorse personali dipendenti dall'età e rafforzare così la salute. Il cambiamento dei costumi richiede oggi interventi pubblici e di comunità, dove un tempo era il tessuto naturale che suppliva ai problemi dei singoli. In Sud Tirolo il cambiamento è avvenuto in tempi rapidissimi; di conseguenza gli aggiustamenti "naturali" sono in crisi; sono, di conseguenza, necessari interventi precisi e mirati, che possono essere di esempio anche per altre aree dove il cambiamento è stato subito senza organizzare alcuna risposta adeguata.

-Una **manifestazione tragica del caregiving e delle sue problematiche** è avvenuta recentemente a Verona dove una madre molto anziana e la figlia sono morte insieme nell'incendio della loro casa. È l'ennesimo esempio di generosità; la figlia aveva deciso di trasferirsi dalla madre per garantirle compagnia e vicinanza. In questo periodo la problematica del caregiving è al centro dell'attenzione dei media e delle associazioni; intanto, però, assistiamo impotenti a condizioni di sofferenza e di crisi che sembrano impossibili da sconfiggere. Certo, attendiamo con interesse i provvedimenti economici che sono stati promessi dal governo; però, mai nessun denaro riuscirà a sostituire l'amore e a cancellare la solitudine, la fatica, lo stress, l'impressione di inutilità del proprio impegno di fronte all'evoluzione delle malattie croniche delle persone assistite. Da una lettera del *Corriere della Sera* del 24, un lettore scrive a proposito della propria madre: "Io credo che l'aver fatto la caregiver le consentirà di avere un posto in paradiso per la sua santità sulla terra...". Spesso in questa newsletter abbiamo scritto dei caregiver come "Santi laici" della nostra epoca.

-**Infermieri: ne mancheranno 1 milione nel 2030 in Europa**. Un dato drammatico, che richiederebbe ben maggiore attenzione da parte della politica, ma anche dall'insieme delle professioni sanitarie. Perché questa mancanza di interesse dei giovani verso una professione dalle radici storiche e attuali così importanti? Certamente sono in gioco aspetti economici e di carriera, ma ritengo che quello più delicato sia la collocazione del ruolo dell'infermiere all'interno dei servizi, sia in ospedale che negli altri ambiti di cura. Oggi l'introduzione delle nuove tecnologie sta cambiando completamente lo scenario, minando anche il ruolo del medico, se non vi sarà una radicale rielaborazione delle funzioni. Recentemente è stata pubblicata una revisione Cochrane, secondo la quale in molti contesti clinici l'assistenza guidata dagli infermieri con formazione avanzata produce esiti clinici e livelli di sicurezza sovrapponibili a quelli ottenibili con la gestione medica. L'argomento è delicato, però si deve affermare senza incertezze che l'attuale struttura dei rapporti all'interno dei servizi sanitari deve essere cambiata. Una ridiscussione dei ruoli che non assume valenze sindacali, ma che deve essere guidata dall'idea di un sistema sanitario e assistenziale con tre poli: intelligenza artificiale, medici, infermieri. Anche nell'ambito dell'assistenza agli anziani i tre poli vanno ridiscussi,

aggiungendo l'importante contributo offerto dagli OSS, categoria di operatori di grande importanza ma che troppo spesso non viene adeguatamente valorizzata. Ci auguriamo che le proposte di riforma dell'insegnamento nei corsi di laurea in infermieristica tengano conto di questa complessità e non si risolvono con marginali adattamenti nella struttura dei corsi. Confidiamo nel ministro Schillaci perché i decreti in elaborazione siano indirizzati ad iniziare un vero cambiamento; non sarà realizzabile in pochi mesi, anche perché riguarda l'organizzazione sanitaria di tutti i paesi avanzati, ma ci aspettiamo almeno l'inizio di nuove prospettive.

-**"Queen at Sea"** è un detto inglese su quando si perde qualche cosa di cruciale in mare. È un titolo espressivo per un **film sull'Alzheimer**, ambientato in una Londra dove domina l'abisso della solitudine e il senso di impotenza di chi si occupa di un proprio familiare ammalato. La grandissima Juliette Binoche ha dichiarato: "È una storia che mi ha ricordato un periodo della mia vita, quando mi trovavo a metà strada tra l'educazione dei giovani e il declino dei genitori". Il film ha ricevuto forte attenzione al festival di Berlino e si colloca nella scia dei altri che in questi anni si sono posti l'obiettivo di ridare dignità a vite che, giorno dopo giorno, sono apparentemente svuotate dalla malattia, ma che conservano messaggi importanti sul ruolo dell'amore nella sofferenza. Tutti ricordiamo "Still Alice", il primo e più significativo film di questa filiera, nel quale Julianne Moore a 50 anni presenta i sintomi di una Alzheimer precoce.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di **Mauro Colombo**, al quale va il grazie più sentito. Il suo "angolo" rappresenta sempre uno strumento prezioso per arricchire la nostra cultura clinico-assistenziale.

"Dopo tre 'buone notizie' consecutive, un richiamo ad una realtà problematica: almeno negli Stati Uniti, le **ospedalizzazioni da trauma cranico** si sono quadruplicate rispetto alla decade precedente, per gli ultra65enni, fascia di popolazione soggetta ad esiti sproporzionatamente sfavorevoli, in termini di prolungamento delle degenze, deterioramento cognitivo, riduzione nella mobilità, disabilità a lungo termine, con conseguente istituzionalizzazione.

I risultati relativi alla qualità di vita dopo trauma cranico negli anziani hanno suscitato qualche perplessità, pur adottando strumenti 'classici' validati, quali la Glasgow Outcome Scale (GOS) e la Quality of Life in Brain Injury (QOLIBRI), che potrebbero non riuscire a cogliere tutte le sfumature emotive, psicologiche e sociali che connotano il processo di recupero dopo l'evento. Per esempio, QOLIBRI può indicare soddisfazione anche in un contesto di declino funzionale, attraverso un cambiamento di risposta, in cui gli individui ridefiniscono le proprie aspettative o valori dopo un infortunio. In questo contesto, i punteggi QOLIBRI possono indicare soddisfazione anche in un contesto di declino oggettivo.

Per chiarire come gli anziani si adattano ad un anno di distanza dal trauma cranico è stata intrapresa una indagine qualitativa che ha abbinato strumenti standard (quantitativi) con interviste ai pazienti ed alle persone che li assistono, ipotizzando che dalle interviste emergano elementi ulteriori rispetto alle scale 'classiche' funzionali e di qualità di vita, dato che i due approcci esplorano ambiti distinti. L'indagine – pubblicata sul numero del 6 febbraio di *JAMA Network Open* – è stata condotta da Autori affiliati tutti ad istituzioni statunitensi [1].

Sono stati indagati 29 pazienti (2/5 femmine, età media $77,4 \pm 7,2$ anni) e 13 loro assistenti, ad 1 anno dal trauma cranico, adoperando oltre a QOLIBRI-OS ed a GOS-E, anche il Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) per i sintomi depressivi. Questa ultima scala, validata e già applicata in indagini sui traumi cranici, distingue – attraverso 9 voci – 5 livelli di sintomatologia. GOS-E colloca i pazienti in 8 livelli di funzionamento nella vita quotidiana, in maniera più dettagliata rispetto ai 5 stadi della forma originale. QOLIBRI-OS è una forma breve a 6 voci dello strumento originale, che esplora altrettanti ambiti: cognizione, percezione di sé, vita quotidiana e autonomia, relazioni

sociali, emozioni e problemi fisici. Diversamente dagli strumenti precedenti, che collocano i punteggi in classi, i punteggi di QOLIBRI-OS vanno in continuità da 0 a 100, con valori più alti che indicano una migliore qualità della vita percepita. QOLIBRI-OS è stato validato per l'uso in ampie coorti e si correla bene con risultati funzionali più ampi.

Le analisi sono state effettuate distintamente ma parallelamente, rispettando la metodologia del disegno a metodi multipli. I risultati sono stati esposti seguendo le linee-guida COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) per garantirne la trasparenza.

La soddisfazione rilevata con QOLIBRI-OS è risultata compresa fra 33,3 e 95,8 / 100, con un valore medio di $70,1 \pm 18,8$. Il valore mediano della sintomatologia depressiva si è collocato al livello più basso del PHQ-9. 3 partecipanti su 4 hanno presentato una funzionalità sui due livelli più alti di GOS-E.

QOLIBRI-OS, GOS-E e PHQ-9 sono risultati altamente correlati fra di loro, al test di Spearman per ranghi, con coefficienti compresi fra 0,53 e 0,69, in accordo con la letteratura.

L'analisi tematica ha ricavato tre argomenti principali: (1) l'effetto dei sistemi di supporto sull'indipendenza e sulla qualità della vita; (2) l'adattamento alla vita dopo un infortunio attraverso il dolore, l'accettazione e la gratitudine, vivendo giorno per giorno, con perseveranza; e (3) il desiderio di maggiori informazioni e indicazioni sulla vita dopo un trauma cranico.

Per rendere meglio i risultati della trascrizione e della analisi qualitativa, ho riportato in allegato, tradotta, la tabella che correda l'articolo.

A conferma della ipotesi di ricerca, le descrizioni dei partecipanti sul loro recupero hanno rivelato aspetti non rilevati dalle misure oggettive. Gli anziani hanno sottolineato l'importanza dell'adattamento emotivo, dell'equilibrio tra supporto ricevuto ed autonomia, e le difficoltà di affrontare il recupero senza una guida preventiva adeguata prima delle dimissioni. Questi risultati suggeriscono che migliorare la qualità della vita dopo un trauma cranico negli anziani non implica solo il ripristino delle funzionalità; richiede anche la promozione della resilienza emotiva, l'identificazione di reti di assistenza di supporto e la garanzia che i pazienti siano adeguatamente preparati alle difficoltà del recupero. In sintonia con la letteratura, lo studio rafforza l'idea della complessità della relazione di cura. Sebbene coloro che assistono abbiano spesso fornito un notevole supporto fisico ed emotivo, i partecipanti hanno descritto tensioni quando il supporto ostacolava l'indipendenza o creava dipendenza involontaria. Il coinvolgimento di chi assiste ha un impatto maggiore quando le famiglie sono incoraggiate a promuovere l'autonomia del paziente, a impegnarsi nella definizione collaborativa di obiettivi e a partecipare al processo decisionale condiviso, piuttosto che assumersi la piena responsabilità dell'assistenza. Ancora una volta, approcci che supportano sia chi assiste che chi è assistito possono migliorare l'equilibrio tra sicurezza, indipendenza e benessere emotivo.

I processi – continui e soggetti ad influenze interne ed esterne - attraverso cui le persone ri-calibrano le proprie aspettative dopo l'evento traumatico sono apparse evidenti dalle interviste. I partecipanti hanno descritto il lutto per le capacità perdute, l'accettazione di nuovi limiti e la gratitudine per gli aspetti della vita che rimanevano possibili.

Un ultimo aspetto sottolineato in discussione consiste nell'orientamento proattivo individualizzato, quale potrebbe venire fornito da un 'infermiere navigatore' in grado di attuare strategie olistiche, orientate a vantaggio di entrambi i componenti della diade assistito-assistente.

Nota metodologica: l'abbinamento di analisi quantitative e qualitative può andare incontro all'invito indicato da Tiziano Vecchiato nella newsletter n° 5 del 6 febbraio 2026".

[1] Apolinario, K., Nataliansyah, M. M., Haines, K. L., Murphy, P., Rao, S., de Moya, M., Rundell, M. R., Farah, A. N., Young, S., Timmons, S. D., & Morris, R. S. (2026). Quality of Life Following Traumatic Brain Injury Among Older Adults. *JAMA network open*, 9(2), e2558087. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.58087>

-JAGS di febbraio pubblica una revisione particolarmente interessante della letteratura sulle scale che rilevano il carico anticolinergico dei farmaci. La conclusione è che oggi non esiste un golden standard e che quindi questa problematica di grande rilevanza clinica resta senza una possibilità di rilevazione oggettiva. La revisione si conclude con un commento sull'importanza di "scale in grado di predire gli outcome clinici e quindi di migliorare la sicurezza delle prescrizioni e di garantire ai pazienti la cura migliore".

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70352?af=R>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Alleghiamo il primo annuncio della **Scuola estiva AIP** che si terrà a Portici il 18-21 giugno. È sempre un momento di grande elaborazione e arricchimento delle nostre idee.

-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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto cordiale a chi ci legge e ci segue.

In particolare siamo vicini ai colleghi di Bolzano e Napoli, coinvolti nella tristissima storia di Domenico. Sentono il grande peso degli eventi, come molti di noi. Ricordiamo che gli errori fanno parte della vita e che nessuno può dichiarare di non averne mai compiuti; non possiamo però tollerare la sciatteria.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Summer School

Le 3D della Psicogeriatria



Depressione Delirium Demenza

18-21 giugno 2026

Casa di Cura Bianchi

Pertici (NA)

Newsletter AIP - 20 febbraio 2026

n. 07/2026

Federica Brignone ha vinto due medaglie alle Olimpiadi di Cortina, suscitando in tutti ammirazione e entusiasmo. Una buona parte del nostro atteggiamento gioioso è dovuto alla storia recente della Brignone, che otto mesi fa ha subito una grave frattura di tibia, perone e del ligamento crociato: ci è sembrato che la sua vittoria fosse la nostra vittoria contro le sventure della vita nelle quali talvolta possiamo incappare. Quindi una gioia doppia: per la vittoria di una nostra connazionale nelle gare più importanti delle Olimpiadi e per la sua personale vincita contro le sventure della vita, nella quale ci siamo tutti immedesimati.

Per avere una visione completa della condizione di salute di Brignone che le ha permesso di conquistare l'oro olimpico, dobbiamo ipotizzare alcune tappe della sua vita dopo l'incidente. Ha subito intervento ortopedico da parte dei migliori traumatologi; è stata inoltre sottoposta per mesi ad interventi riabilitativi intensivi da parte di un'equipe di livello professionale elevatissimo. Ma l'aspetto più cruciale è stato l'impegno fortissimo della nostra grande sciatrice per guarire e riprendere una condizione di salute perfetta. Non ha chiesto pause, ma si è sottoposta docilmente ai programmi riabilitativi. Immagino con una totale dedizione al fin della conquista giornaliera di un piccolo progresso.

Perché ci occupiamo della Brignone, e del suo entusiasmante successo, in un ambito che si occupa di persone anziane e del loro comportamento?

Prima di tutto perché vorremmo che l'età non rappresenti un limite ad interventi ortopedici compiuti da mani esperte entro il famoso limite temporale delle 48 ore (ancora troppo spesso non rispettato!). Fortunatamente il tempo nel quale si riteneva inutile intervenire nelle persone molto vecchie che avevano subito una frattura sono stati superati; sopravvivono ancora, però, in alcune aree, residui di ageismo, una cultura dominante in passato, per la quale si riteneva inutilmente dispendioso qualsiasi atti di cura in persone che avevano superato una certa età. Vorremmo invece per i nostri vecchi i migliori ortopedici, dalle grandi capacità cliniche e soprattutto consci dell'importanza dei loro interventi per la sopravvivenza dei pazienti. Vorremmo che gli anziani fratturati siano assistiti anche da geriatri, in grado di controllare le condizioni di salute, affrontando con sensibilità ed esperienza le crisi che nelle persone fragili si accompagnano alle fratture. Talvolta la condizione di persona anziana fratturata rappresenta l'inizio di una grave e veloce decadenza, se non vengono adeguatamente adottati interventi con la dovuta intensività e celerità.

Dopo l'intervento chirurgico vorremmo sperare che la riabilitazione sia condotta in ambienti esperti, in grado di costruire progetti di cura adatti alle esigenze specifiche del singolo. Alla Brignone sono stati praticati gli atti riabilitativi più adatti per permetterle una ripresa rapida; anche negli anziani il piano riabilitativo deve essere mirato alla rimessa in piedi dell'anziano il più rapidamente possibile,

sapendo quanto può nuocere il ricovero prolungato, e senza uno scopo preciso in ambienti ospedalieri.

Ma l'aspetto più importante dell'insegnamento che traiamo dalla vicenda Brignone è l'atteggiamento psicologico verso la guarigione, cioè la ripresa della vita normale, che per la grande sciatrice è stata la ripresa degli allenamenti, mentre per un anziano è il ritorno alle normali attività quotidiane, sia sul piano dell'attività fisica sia quello dell'attivazione psicologica.

Quanto è avvenuto per Brignone indica una strada possibile anche per le persone non più giovani; una frattura (che costituisce per molti anziani un incubo perché consci delle potenziali conseguenze) non deve rappresentare una strada senza uscita, ma l'inizio di un percorso di cure non facile e lungo, ma che nella maggior parte dei casi porta a risultati positivi e alla ripresa di una vita normale (o quasi).

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Lucia Vantini: "Lunga vita e sazietà di giorni: la cura come orizzonte"
- Franco Nones e l'ultima Olimpiade della vita
- Le migrazioni degli anziani
- Michela Marzano e la tristissima vicenda di Napoli
- Antonio Guaita sulle rette delle persone affette da Alzheimer
- Un master di bioetica geriatrica

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo, il caffè e la demenza (mi perdoni Mauro questa presentazione scherzosa di una problematica metodologicamente rilevante)

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- I programmi delle nostre future attività

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-La professoressa **Lucia Vantini** ha pubblicato negli atti di un convegno organizzato dalla Pia Opera Ciccarelli l'accluso contributo, pezzo di grandissimo valore: "**Lunga vita e sazietà di giorni: la cura come orizzonte**". Per chi svolge un compito di cura, le indicazioni della Professoressa sono una traccia nobile di comportamento, nonché un importante punto di riferimento culturale.

-A **Franco Nones**, il primo atleta non scandinavo o sovietico a vincere un oro olimpico nel fondo (Grenoble, 1968), è stata sottoposta la domanda "Lei, a 85 anni, ci prova ancora?". Il grande fondista ha risposto così: "Ogni giorno cammino per 10 chilometri. Continuo a lavorare. Per un vecchio provare a essere il migliore significa non rassegnarsi a fare l'anziano: impegnarsi per restare sano, resistere alla tentazione di chiedere aiuto. Quando è possibile, **non si rinuncia all'ultima Olimpiade della vita**".

-Il recente **Rapporto Svimez** ha rilevato un fenomeno relativamente nuovo, ma preoccupante, cioè lo **spostamento al centro-nord del nostro paese di anziani che mantengono la residenza nel Mezzogiorno**, ma scelgono di passare molta parte del loro tempo lontano dai paesi di origine. Gli estensori del Rapporto stimano, attraverso uno studio di alcuni fenomeni, che gli anziani che si trasferiscono siano raddoppiati dal circa 96mila nel 2002 a oltre 184 mila nel 2024. Il fenomeno

dovrà essere studiato e approfondito (esigenze di avvicinarsi alle famiglie dei figli emigrati, necessità di cure, desiderio di ampliare le proprie prospettive?); nell'insieme, però, è un fenomeno preoccupante, perché molti anziani rischiano di tagliare le proprie radici e quindi di affrontare con maggiore difficoltà gli anni della vecchiaia. Un altro aspetto delle migrazioni, fenomeno sempre più vistoso (con buona pace di chi vorrebbe alzare barriere con i droni!), è l'invecchiamento della popolazione di immigrati. A questo proposito ho letto con interesse che si è svolto a Roma un convegno sulla salute degli immigrati anziani: "Migranti ed età grande: una minoranza nella minoranza". In quella sede Francesco Landi, che è stato presidente della SIGG, ha presentato una relazione problematica, ma di grande apertura. La geriatria ancora una volta si manifesta come una scienza clinica aperta ai veri problemi del nostro tempo.

-**Michela Marzano** ha commentato su *Repubblica* del 15 febbraio la dolorosa vicenda di Napoli (**il fallimento del trapianto al piccolo cardiopatico**). Al momento della preparazione di questa newsletter non disponiamo ancora di notizie sull'evoluzione della vicenda; resta, però, in chi scrive un senso profondo di sgomento e di dolore. "Quando si tratta di un bambino, non c'è mai solo un organo. C'è un corpo che non sa difendersi. C'è una madre che aspetta davanti a una porta chiusa. C'è una comunità che affida alla medicina il compito più difficile: proteggere la vita quando è più esposta. E forse la domanda più radicale non è se la tecnica può fallire. È se sappiamo ancora restare umani mentre la usiamo e se siamo capaci di assumerci fino in fondo la responsabilità dei nostri errori quando quella umanità viene tradita". Senza commenti e senza recriminazioni, ma vicinanza alle fragilità di ogni età.

-**Antonio Guaita** discute la questione delle **rette per persone affette da Alzheimer**.

"La questione delle rette per anziani con Alzheimer ricoverati in strutture residenziali è complessa e controversa. Sentenze della Cassazione hanno stabilito che la retta debba essere interamente a carico del SSN, contrariamente a quanto previsto dai Lea. Questa decisione, nata da ricorsi di familiari, crea disparità con altri non autosufficienti, mette a rischio la sostenibilità delle strutture, non dà priorità a chi ha meno, danneggia i lavoratori del settore, disincentiva l'assistenza domiciliare e ostacola l'attuazione della legge 33/2023.

Su questo Cristiano Gori come rappresentante del Patto per la non autosufficienza, ha incontrato il 17 dicembre u.s. la Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni, su proposta della Regione Lombardia. Il loro documento, per la cui elaborazione è stato fondamentale il contributo di Franco Pesaresi, era già stato distribuito alle Regioni. Quando si è arrivati al punto delle rette per i malati di Alzheimer in RSA, l'Assessore Bertolaso ha fatto una breve introduzione e poi Cristiano Gori ha presentato la proposta.

Il Patto propone un intervento normativo immediato per superare questa situazione, che si aggrava con la Legge di Bilancio che finanzia i mancati pagamenti senza risolvere il problema alla radice. È necessario un riordino complessivo della compartecipazione alla spesa per l'assistenza agli anziani, basato su regole certe, accesso universale ed equità nelle rette, da attuarsi entro il 2026.

L'esito è stato positivo, per attuare un primo e immediato intervento basato sull'articolo 30 dei LEA, per bloccare il caos e poi procedere ad un riordino della materia. La posizione conclusiva delle regioni è stata: condivisione dell'impianto e dei contenuti della proposta del Patto; questi sono assunti e non saranno più oggetto di discussione. Il prossimo passo sarà una revisione condivisa di natura giuridica.

Le ragioni per sostenere una 'eterogenesi dei fini' di una sentenza che all'apparenza favorisce malati e famiglie ma in realtà li danneggia:

Primo, non creare un ghetto di anziani. Il mancato pagamento delle rette in strutture riguarda solo i residenti con Alzheimer (circa il 40% del totale). Ciò crea una disparità con le persone non

autosufficienti per altre condizioni clinico-funzionali, escluse da tale beneficio. Questo sembra suggerire che esistano non autosufficienti più 'meritevoli' (di attenzioni, interventi, sovvenzioni, ecc.) di altri.

Secondo, difendere i servizi esistenti. Un numero sempre maggiore di strutture residenziali è incline a non occuparsi più degli anziani con Alzheimer, dato il quadro di assoluta incertezza e il fatto che inizialmente dovrebbero essere loro a rimborsare le famiglie, per poi avviare una procedura complessa e incerta per recuperare le risorse dalle Aziende sanitarie. In assenza di interventi risolutivi, queste strutture sono inevitabilmente destinate a crescere. Ecco il paradosso: un'azione apparentemente a favore degli anziani con Alzheimer si ritorce contro di loro.

Terzo, dare priorità a chi ha meno. Azzerare le rette per tutti, indipendentemente dalle disponibilità economiche, significa impiegare fondi pubblici per finanziare la gratuità ai benestanti. Queste risorse potrebbero essere meglio destinate a chi ha realmente bisogno, cioè gli anziani meno abbienti.

Quarto, tutelare i lavoratori. L'80% del budget delle strutture residenziali è destinato agli stipendi degli operatori. In assenza di un intervento normativo, i mancanti pagamenti delle rette sono destinati ad aumentare, facendo crescere le difficoltà finanziarie delle residenze. E chi sarà a pagarne, inevitabilmente, le conseguenze? Gli operatori del welfare.

Quinto, promuovere la domiciliarità. L'obiettivo di costruire setting domiciliari adeguati per chi può essere assistito a casa è ampliamento condiviso. Invece, la logica che prevede di eliminare le rette in strutture per le persone con Alzheimer procede nella direzione opposta. Infatti, disincentiva le forme di assistenza domiciliare o comunitaria, spingendo le famiglie verso la residenzialità, data la sua gratuità.

Sesto, attuare la legge 33/2023. Nell'attuale situazione, si producono aspettative irreali nelle famiglie, seguite dalle inevitabili frustrazioni, si alimenta ulteriormente la sfiducia verso le istituzioni pubbliche e si mette in subbuglio il mondo dei gestori. Complessivamente, il clima si incattivisce ed assume sempre più le parvenze del 'tutti contro tutti. Evidentemente, non è con un simile clima che si può pensare di lavorare insieme per mettere finalmente a terra la riforma dell'assistenza agli anziani' (legge 33/2023)".

-La professoressa **Laura Palazzani** organizza all'Università Lumsa di Roma un **master di bioetica geriatrica**, argomento di importanza nel tempo della grande evoluzione dei costumi personali e collettivi, dei cambiamenti demografici, dello sviluppo prepotente delle nuove tecnologie. Ritengo che ogni ambiente dove si curano le persone non più giovani debba disporre di un operatore formato su questi argomenti.

"Master in Bioetica geriatrica: soggetti, relazioni e politiche per gli anziani – I edizione, a.a. 2026-2027

Il Master offre formazione bioetica e biogiuridica ad un target composto da molteplici figure professionali (soggetti che operano nell'ambito della terza età e, in particolare, a tutti i professionisti sanitari, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, educatori professionali, psicologi, filosofi, teologi e giuristi, volontari e caregiver), che nel loro lavoro hanno la necessità di essere preparati ad individuare le questioni di carattere etico-giuridico in ambito geriatrico per la risoluzione di problemi complessi, all'interno delle strutture socio-sanitarie dedicate alla cura delle persone anziane.

Si tratta della prima iniziativa di formazione accademica nell'area della bioetica geriatrica sul territorio nazionale ed intende rispondere alle sollecitazioni provenienti da diversi attori quali il Garante per i diritti degli anziani, il Dipartimento Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale, varie realtà dell'associazionismo e del volontariato impegnati con gli anziani, avendo ravvisato una carenza di formazione bioetica in questo ambito.

Scadenza iscrizioni: 31 ottobre 2026

Periodo lezioni: gennaio-novembre 2027

Link sito Master School: <https://masterschool.lumsa.it/tipologia-corso/master-i-e-ii-livello>".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Come di sua consuetudine, **Mauro Colombo** affronta con ironia un aspetto molto delicato. Concordo con lui sul fatto di **osservare con scetticismo gli studi**, pubblicati con una certa frequenza, **su una o l'altra sostanza o condizione in grado di proteggere o di rappresentare un rischio** rispetto alle normalità delle funzioni cognitive. Lo scenario biologico e clinico è molto complesso (in senso stretto) e talvolta l'estrapolazione di singole condizioni rischia di produrre risultati che andrebbero diversamente interpretati e anche con maggiore prudenza culturale.

"Una cara amica/Collega – arrivata con merito in posizione apicale – mi ha fatto una gradita sorpresa, via WhatsApp: un apprezzamento per gli 'angoli', ed un incitamento a proseguire. Sull'onda dell'entusiasmo, mi decido a portare una altra 'buona notizia', sfruttando un articolo di *JAMA* pubblicato in linea il 9 febbraio ed appena circolato in Fondazione [1].

Premetto che sono di solito cauto quando vengono prese in considerazione singole sostanze/alimenti alla luce delle loro proprietà neuroprotettive: nel caso specifico, caffè, tè e relativi principi attivi. Ma l'autorevolezza della rivista e della affiliazione degli Autori (istituti vari della Università di Harvard), e soprattutto il rigore della ricerca hanno sciolto le mie riserve.

Dopo avere rapidamente accennato ad alcune premesse biologiche, gli Autori partono dalla constatazione che molte indagini retrospettive – comprese 'revisioni ad ombrello' - hanno fornito risultati ambivalenti circa le proprietà neuroprotettive della caffeina e di altri polifenoli contenuti nel caffè. Il disaccordo riguarda in particolare l'effetto dose/risposta, per cui alcuni studi hanno riportato effetti avversi ad alte dosi, mentre per altri l'effetto protettivo massimo si stabilizzerebbe ai livelli più alti di apporto. Inoltre, la maggior parte delle ricerche si è limitata ad un unico rilievo delle abitudini dietetiche – magari dicotomizzando le assunzioni di caffè in due categorie -, ed ad osservazioni successive brevi. Ancora, pochi studi hanno condotto indagini cognitive che esplorassero l'intero spettro del continuum della demenza.

Da qui l'intenzione dei ricercatori di Harvard di seguire due coorti per una durata fino a 43 anni, misurando ripetutamente abitudini dietetiche (ogni 2 – 4 anni), occorrenza di demenza, declino cognitivo soggettivo e funzione cognitiva oggettiva, partendo dalla ipotesi che consumi più elevati di caffècaffeinato, tè e caffeina sia associato ad un minor rischio di demenza ed a migliori funzioni cognitive. Queste ultime sono state misurate mediante il test 'Telephone Interview for Cognitive Status' (TICS), ampiamente validato ed adoperato nelle indagini epidemiologiche, e mediante un indicatore composito standardizzato derivato da prove validate di memoria immediata e di richiamo, di fluency verbale e di test di intervallo di cifre all'indietro.

Le due coorti coinvolte sono quella (a) sulla salute delle infermiere statunitensi ['Nurses' Health Study' (NHS), che al momento dell'arruolamento (1976) avevano una età compresa fra 30 e 55 anni], e quello (b) di professionisti sanitari maschi [che al momento dell'arruolamento (1986) avevano una età compresa fra 40 e 75 anni]. Ne è risultata una casistica complessiva di 131 821 partecipanti, per 2/3 femmine, di età media $46,2 \pm 7,2$ anni (a) e $53,8 \pm 9,7$ anni (b), per una durata mediana di osservazione di 36,8 anni (con ambito interquartile compreso fra 28 e 42 anni), durante la quale si sono verificati 11 033 nuovi casi di demenza.

I risultati, a mio avviso, sono netti: dopo aggiustamento per potenziali fattori di confondimento, nelle due coorti cumulate, un consumo maggiore di caffè con caffeina è stato associato ad un rischio significativamente minore di demenza {141 contro 330 casi ogni 100.000 anni-persona, confrontando il quarto quartile (più alto) di consumo con il primo quartile (più basso): 'hazard ratio' [HR] (rapporto di rischio) = 0,82 [intervallo di confidenza al 95% (95% CI) = 0,76 - 0,89]} e a una

minore prevalenza di declino cognitivo soggettivo [rispettivamente 7,8% contro 9,5%: rapporto di prevalenza = 0,85 (95% CI = 0,78 - 0,93)].

Nella coorte del NHS, un maggiore consumo di caffè con caffeina è stato associato anche a migliori prestazioni cognitive oggettive, al TICS.

Un maggiore consumo di tè ha mostrato associazioni simili con questi risultati cognitivi, mentre il consumo di caffè decaffeinato non è stato associato a un minor rischio di demenza o a migliori prestazioni cognitive. Nelle analisi secondarie, un consumo più elevato di caffeina ha mostrato andamenti coerenti con quelli osservati per il caffè con caffeina. Anche il quartile più alto di assunzione di caffeina è stato associato a prestazioni cognitive oggettive leggermente migliori rispetto al quartile più basso, sempre in riferimento al TICS.

Un'analisi dose-risposta ha mostrato associazioni inverse non lineari tra i livelli di assunzione di caffè e tè con caffeina e il rischio di demenza e il declino cognitivo soggettivo. Le differenze più marcate sono state osservate con l'assunzione di circa 2-3 tazze al giorno di caffè con caffeina o 1-2 tazze al giorno di tè. 300 mg/die di caffeina sono stati associati al rischio più basso di demenza rispetto al non consumo; non sono state osservate differenze maggiori a livelli di assunzione più elevati.

Simili andamenti non lineari sono stati osservati anche per il declino cognitivo soggettivo e le prestazioni cognitive oggettive, rafforzando l'idea che un'assunzione giornaliera di 2 - 3 tazze di caffè con caffeina (circa 300 mg di caffeina) fosse associata a una cognizione ottimale. L'assunzione di caffè decaffeinato non è invece risultata significativamente associata a un minor rischio di demenza o a migliori prestazioni cognitive nell'analisi dose-risposta.

Va precisato che viene fatto riferimento alle tazze consumate negli USA, che contengono 8 once (237 mL) di liquido; una tazza di 'caffè americano' contiene 95 – 200 mg di caffeina, contro i 60 – 150 mg di una tazzina di caffè da moka (35 – 50 mL) ed i 63-80 mg in media, fino a 100-120 mg, per i 30 mL del caffè espresso (ndr).

Le analisi di sensibilità e per sottogruppi evidenziano risultati importanti. Le associazioni tra l'assunzione di caffeina e bevande contenenti caffeina e tutti gli esiti cognitivi non variavano significativamente tra i sottogruppi definiti da diversi livelli di indice di massa corporea, stato di fumatore, genotipo APOE4 o rischio poligenico di demenza di Alzheimer (AD PRS). Le associazioni inverse con il rischio di demenza erano più forti tra i partecipanti di età pari o inferiore a 75 anni. Nelle analisi multivariate aggregate che confrontavano il quartile più alto con quello più basso di assunzione di caffeina, lo HR era 0,65 (IC 95% = 0,56 - 0,76; $P < 0,001$) tra i partecipanti di età pari o inferiore a 75 anni e 0,81 (IC 95% = 0,75 - 0,88; $P < 0,001$) tra i partecipanti di età superiore a 75 anni. In discussione vengono elencati i possibili meccanismi che rendono plausibile la relazione tra dose e risposta, bene illustrata nelle figure che accompagnano il testo, e che privilegiano apporti definiti 'moderati', smentendo i pre-supposti ulteriori vantaggi da quote più elevate. Di tale effetto soffitto [gli Autori impiegano il termine 'effetto soglia' (ndr)] rendono conto i limiti fisiologici in assorbimento, trasporto, metabolismo ed accumulo della caffeina e degli altri composti bio-attivi presenti nel caffè e nel tè. Se assunzioni eccessive di caffeina possono contrastarne le proprietà neuroprotettive – attraverso i ben noti effetti sul sonno e sull'ansia – viceversa per apporti moderati già da tempo si conoscono benefici a livello cardiovascolare [2] §.

Studi sperimentali su roditori di laboratorio, richiamati in discussione, hanno messo in luce possibili percorsi biologici che rendono plausibili gli effetti neuroprotettivi della caffeina: modulazione della trasmissione sinaptica e contrasto all'accumulo di A β tramite antagonismo di recettori per l'adenosina; soppressione delle secretasi β e γ , stimolazione di neuroplasticità, di vie di segnalazione pro-sopravvivenza, della funzione mitocondriale e della sensibilità all'insulina; mitigazione della neuro-infiammazione. Anche il tè contiene composti bioattivi con capacità neuro protettiva, in particolare attraverso una azione antiossidante e di supporto alla funzione cerebrovascolare.

Quanto alle (sei) limitazioni della ricerca dichiarate dagli Autori, prima della quali è una scarsa 'granularità' nella definizione delle tipologie di caffè e di tè consumate, il rischio di causalità inversa, implicato dalle possibili modificazioni nelle abitudini alimentari, o nel riporto di queste ultime nei questionari – di per sé validati - indotte da problemi cognitivi precoci o prodromici, è stato mitigato attraverso diverse strategie, tra cui: la esclusione dal campione di partecipanti con malattie croniche rilevanti; analisi di sensibilità e di sottogruppo. Inoltre, nelle 2 coorti incluse, i portatori di APOE4 e i partecipanti con livelli plasmatici più elevati di p-tau217 presentavano un rischio sostanzialmente più elevato di demenza incidente, a supporto della validità di costruito dell'accertamento per gli esiti della malattia.

È utile però sottolineare le differenze osservate nei punteggi dei test cognitivi oggettivi fossero di entità modesta. Ad esempio, la differenza media nel punteggio TICS confrontando la categoria con il consumo di caffècaffeinato più alto e più basso era di 0,11 punti, e la stima corrispondente per il punteggio standardizzato della cognizione globale era piccola, tanto da non raggiungere la significatività statistica. Queste differenze corrispondono a una differenza di età media di 0,6 e 0,4 anni nelle 2 coorti incluse in questo studio. Le minime differenze clinicamente rilevanti per il punteggio TICS e gli esiti compositi valutati con il punteggio standardizzato non sono ben definite per questo specifico contesto di studio; di conseguenza, questi risultati dovrebbero essere interpretati come piccole differenze medie a livello di popolazione piuttosto che come un cambiamento che potrebbe tradursi in un miglioramento clinicamente rilevabile per un individuo.

§ a proposito, *JAMA* – in un articolo accompagnato da un editoriale - aveva già documentato attraverso un trial clinico come nei bevitori di caffè, dopo una cardioversione riuscita, l'assunzione di caffè con caffeina, in media una tazza al giorno, è stata associata a una minore recidiva di fibrillazione o flutter atriali rispetto all'astinenza da caffè e da prodotti contenenti caffeina [3,4]

PS1) Sicuramente ho già riportato questo (lontano ... ahimè) ricordo di gioventù, in uno degli ormai più di 200 'angoli' apparsi dall'autunno 2021 ad ora. Il mio professore di Clinica Medica all'Università di Pavia – che presiedette anche la mia sessione di laurea – definiva il caffè (che io amo) la 'droga dell'intelligenza'

PS2) qualche lettore affezionato potrebbe temere che – a furia di portare in 'angolo' buone notizie – io stia attraversando una fase ipomaniacale. Smentisco subito, dando prova di aderire ad una realtà tanto oscena da ascoltare che, tra le tante notizie tragicamente grottesche provenienti dai satrapi di mezzo mondo, una amministrazione vorrebbe impartirci lezioni di civiltà e di libertà di espressione [5]. Questa stessa amministrazione ha comunicato che il proprio dipartimento di salute e servizi umani ha completato la procedura di fuoriuscita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. Traduco letteralmente la frase conclusiva del laconico comunicato, apparso tra le 'notizie mediche in breve' di *JAMA Online First* il 13 febbraio 2026: In futuro, gli Stati Uniti 'continueranno a mantenere la loro leadership in materia di salute globale attraverso impegni esistenti e nuovi direttamente con altri Paesi, il settore privato, le organizzazioni non governative e le entità religiose' [doi:10.1001/jama.2025.26394]. Certi 'cristiani', confondendo bontà e buonismo, ritengono la empatia ['principale debolezza della civiltà occidentale' (Elon Musk)] un peccato. Amen”.

[1] Zhang, Y., Liu, Y., Li, Y., Li, Y., Gu, X., Kang, J. H., Eliassen, A. H., Wang, M., Rimm, E. B., Willett, W. C., Hu, F. B., Stampfer, M. J., & Wang, D. D. (2026). Coffee and Tea Intake, Dementia Risk, and Cognitive Function. *JAMA*, e2527259. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.27259>

[2] Ding, M., Bhupathiraju, S. N., Satija, A., van Dam, R. M., & Hu, F. B. (2014). Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease: a systematic review and a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Circulation*, 129(6), 643–659. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005925>

[3] Wong, C. X., Cheung, C. C., Montenegro, G., Oo, H. H., Peña, I. J., Tang, J. J., Tu, S. J., Wall, G., Dewland, T. A., Moss, J. D., Gerstenfeld, E. P., Tseng, Z. H., Hsia, H. H., Lee, R. J., Olgin, J. E., Vedantham, V., Scheinman, M. M., Lee, C., Sanders, P., & Marcus, G. M. (2026). Caffeinated Coffee Consumption or Abstinence to Reduce

Atrial Fibrillation: The DECAF Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 335(4), 317–325. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.21056>

[4] Goldberger, Z. D., & Hayward, R. A. (2021). Another Cup of Coffee Without an Arrhythmia, Please. *JAMA internal medicine*, 181(9), 1193–1195. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.4073>

[5] Rubin R. (2026). US Patients Getting ICEd-Out of Health Care. *JAMA*, 10.1001/jama.2026.1067. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.1067>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

La dottoressa Margherita Camporese ci invia con la consueta tempestività, per la quale le siamo grati, le informazioni riguardanti i prossimi impegni dell'AIP.

-Si sta svolgendo a Torino la **8° edizione del Congresso Nazionale AIP Giovani "Giovani medici per vecchi pazienti"** <https://www.psicogeriatra.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>

-Il 27 febbraio 2026 a Genova ci sarà il **Convegno Regionale di AIP Liguria dal titolo "Non chiederci la parola"** <https://www.psicogeriatra.it/evento/non-chiederci-la-parola/>

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

-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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Con il consueto augurio di buon lavoro e il più vivo ringraziamento alle colleghe e ai colleghi che ci supportano (anche poche righe ci fanno capire che le problematiche affrontate sono importanti per la pratica clinico-assistenziale di ogni giorno).

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

Lunga vita e sazietà di giorni: la cura come orizzonte

Quando sarai piccola...

Nella canzone *Quando sarai piccola*, presentata al Festival di Sanremo 2025, Simone Cristicchi si rivolge alla madre Luciana con parole che risuonano come un manifesto della cura:

«Ti ripeterò il tuo nome mille volte fino a quando lo ricorderai. E ancora un altro giorno insieme a te, per restituirti tutto, tutto il bene che mi hai dato e sconfiggere anche il tempo che per noi non è passato [...] Quando sarai piccola ti stringerò talmente forte che non avrai paura nemmeno della morte. Tu mi darai la tua mano, io un bacio sulla fronte. Adesso è tardi, fai la brava. Buonanotte».

Queste parole ci introducono a una storia che diventa poesia e musica. Per Cristicchi è la storia di sua madre; per i medici è quella di una paziente da curare con i farmaci giusti; per chi si occupa dei bisogni primari del suo corpo, lei è soprattutto una donna che deve essere aiutata, accompagnata e ascoltata. In qualche modo, questa canzone fa emergere un vero e proprio orizzonte della cura, nel quale siamo tutte e tutti, anche se in condizioni e ruoli differenti.

Chi tenta di descrivere questo orizzonte si accorge immediatamente della complessità in gioco, perché si tratta di un mondo inoggettivabile. Viene alla mente l'immagine di David Foster Wallace:

«Due pesci che nuotano incontrano un pesce anziano che va nella direzione opposta, fa un cenno di saluto e dice: "Salve, ragazzi. Com'è l'acqua?". I due pesci giovani nuotano un altro po', poi uno guarda l'altro e fa: "Che cavolo è l'acqua?"»¹.

L'immagine rivela un paradosso epistemologico: risulta impossibile osservare dall'esterno l'ambiente in cui siamo completamente immersi. Tuttavia, esiste una possibilità di consapevolezza: la saggezza del pesce anziano. Si tratta di una saggezza che consiste nel formulare l'interrogativo appropriato: *Com'è l'acqua?*

Tornando al nostro tema, siamo immersi nella cura come i pesci nell'acqua. La cura ci sfugge in quanto la abitiamo fin dalla nascita e ci avvolge continuamente. Essa, dunque, non coincide soltanto con l'attività sanitaria, ma rappresenta l'elemento vitale che attraversa l'intera nostra esistenza, dalle relazioni familiari ai gesti ordinari di attenzione reciproca. Facciamoci allora la domanda giusta: *Com'è la cura nella quale siamo naturalmente immersi?*

La provocazione di Pascale Molinier: la zona nevralgica del *care*

Prendiamo le mosse dalla psicologa Pascale Molinier, che ha dedicato la sua ricerca all'analisi dell'etica e del lavoro di cura. Molinier evidenzia immediatamente la complessità semantica che caratterizza il campo della cura, dove il rapporto tra terminologia teorica e prassi quotidiana presenta tensioni significative. La sua proposta è ambiziosa: una società strutturata sulla cura intesa come *care*, parola ombrello che ripara e custodisce sia l'oggettività del medico-sanitario – sintetizzabile nella parola *cure* – sia tutto ciò che vi ruota intorno: parole inquiete scambiate tra pazienti nelle sale di attesa, profumi del cibo che arriva dalle cucine alle stanze, farmaci somministrati più o meno

¹ David Foster Wallace, *Questa è l'acqua*, Einaudi, Torino 2009, p. 170.

frettolosamente, pulizia più o meno amorevole delle persone che non possono muoversi, comunicazione di diagnosi, occhi che si incontrano direttamente e sguardi interrotti dai monitor.

Già da questa descrizione si comprende che stiamo esplorando una zona sismica, una zona nevralgica per conflitti, tensioni, ambivalenze. È qui che Pascale Molinier decide di addentrarsi con lucidità estrema. Entrando a Villa Plénitude (nome di fantasia), vuole capire come funziona ciò che spesso viene definito *lavoro sporco*, quello che non si ha solitamente voglia di fare, o almeno non sempre, non tutti i giorni; quali relazioni di potere disegnano i confini di quel luogo; con quali parole si nominano gli eventi.

Le voci invisibili di Villa Plénitude

Pascale Molinier nota subito una cosa fondamentale: le persone che lavorano a Villa Plénitude — una RSA dove conduce le sue ricerche — descrivono il loro lavoro con la parola "amore" per le persone anziane, seppure le confidino anche la durezza dei rapporti sociali sul lavoro e l'onerosità di alcuni compiti. A lei, femminista di sinistra, non piace tanto usare la parola "amore" dentro i suoi libri: le sembra un termine «troppo cattolico, troppo femminile, non abbastanza ambivalente, troppo semplice». La deve accettare come forma di verità espressa, ma la vuole attraversare con tutte le fatiche, le ombre, le tensioni e le conflittualità che abitano il termine.

Il *care*, nella pratica, non somiglia alla sua teoria perché esclude delle voci importanti tra coloro che si prendono cura delle persone anziane, generando un clima espressivo perturbato dalla diffidenza reciproca. Un esempio illuminante: un'operatrice racconta di non aver messo le pantofole alla signora che le ha chiesto di lasciarle i piedi liberi, dato che i piedi sono suoi, diceva. Trovandola senza pantofole, la figlia di questa donna si lamenta della trascuratezza con cui si trattano le persone lì dentro e il direttore quasi le crede.

È il sintomo di una invisibilità particolare, che non è un semplice non vedere, ma un vedere un po' sfocato e impreciso di chi vede solo il proprio pezzo di mondo abitato da figure di passaggio poco importanti. Le persone che lavorano come OSS, scrive Molinier, sono spesso invisibili perché «il loro punto di vista non conta»², così come ci sembra irrilevante una certa postura ironica e sorridente che spesso si vede sui loro visi.

La presenza di spirito che interrompe l'ovvio

La presenza di spirito è importante, e Molinier cita un ricordo significativo di Maud Mannoni. Un uomo, con un bambino in braccio, si sta per gettare dalla Tour Eiffel. C'è una grande mobilitazione di polizia, psichiatri, pompieri. Arriva una giovane esterna degli Ospedali di Parigi e grida: «Attenzione alle correnti d'aria, il bambino prenderà freddo!». E lì succede qualcosa: la crisi dell'uomo cede di colpo e scende i gradini. «Il fatto è che la parola veniva da un luogo diverso dall'immaginario persecutorio dell'uomo ridotto allo stremo e, in un certo modo, lo risvegliava dal suo delirio»³. Lo ha risvegliato il fatto che si è fatto appello alla sua capacità di fare attenzione. Attenzione, arte di aderire al reale nei suoi particolari senza tagliare il contesto e attivando letture diverse.

Molinier sostiene che i filosofi e le filosofe non sono ben equipaggiati rispetto a questi discorsi, anche se si occupano di cura. La questione è che, se si vuole comprendere il *care*, dobbiamo sentire le voci di tutte le persone coinvolte, in tutte le dimensioni: il *care* è un processo sociale e non può essere solo qualcosa da raccontare con un modello materno-filiale.

² Pascale Molinier, *Care: prendersi cura. Un lavoro inestimabile*, a cura di Annarosa Buttarelli, Moretti & Vitali, Bergamo 2019, p. 69.

³ Molinier, *Care*, p. 71.

«Quanto tempo ci vorrà per sentire la voce del personale di cura in geriatria?» si chiede Molinier. «Quello che ho imparato a Villa Plénitude è che per sviluppare una cultura del *care* bisogna forse prima di tutto coltivare una cultura del conflitto o della controversia in cui conta ogni singola voce»⁴.

Questa dinamica di invisibilizzazione delle voci non si limita alle strutture residenziali, ma attraversa l'intera organizzazione sanitaria. La rappresentazione offerta da Mattia Torre nella serie *La linea verticale* illumina proprio questi meccanismi di potere che permeano gli ambienti ospedalieri.

Le gerarchie dell'ospedale: la lezione di Mattia Torre

Nella serie televisiva *La linea verticale*, Mattia Torre mette in scena la sua vita stravolta da un tumore al rene, scoperto all'improvviso e purtroppo a uno stadio molto avanzato. Otteniamo così uno spaccato realistico della vita ospedaliera e delle sue dinamiche interpersonali. In un discorso particolarmente incisivo, il protagonista dice:

«Il percorso della rabbia ci fa conoscere le gerarchie dell'ospedale. Il primario vessa il medico, il medico vessa lo specializzando, lo specializzando vessa l'infermiere, l'infermiere il tirocinante, il tirocinante vessa l'operatore socio-sanitario, l'operatore socio-sanitario vessa l'addetto al vitto, l'addetto al vitto vessa l'addetto alle pulizie, il quale addetto alle pulizie è infatti notoriamente la persona più scortese e frustrata dell'intero ospedale»⁵.

È uno spunto utile per analizzare le regole non scritte e le atmosfere che caratterizzano la forma delle strutture sanitarie. La gerarchia ospedaliera, in particolare, sembra qui governata da dinamiche implicite di potere, che vanno ben oltre l'organigramma ufficiale, creando un'atmosfera di vessazione che si trasmette dall'alto verso il basso, accumulandosi e intensificandosi a ogni livello.

Non è ovviamente così ovunque e necessariamente. Tuttavia, ogni sintomo va raccolto, se davvero vogliamo porre la questione di che cosa viva – e di che cosa si ammali – la cura come orizzonte della vita.

Eva Kittay: "Sono figlia anch'io"

Eva Kittay si trova a vivere una riconfigurazione affettiva della filosofia morale come madre di Sessa, gravemente disabile. Prendendosi cura di lei, la filosofa scopre un'altra concezione della vita buona e della giustizia sociale. Nel modello tradizionale — quello neoliberale che aveva sempre frequentato e condiviso — Sessa non sarebbe mai stata un soggetto libero di fiorire, perché non sarebbe mai stata autonoma.

Nella sua esperienza, Kittay impara altro e sviluppa una incrollabile certezza: sua figlia è viva e sperimenta la bontà della vita anche se non sa camminare, mangiare da sola, trovarsi un lavoro. Una vita buona è anche sperimentare momenti di passione, di gioia e di bellezza e Sessa ne sapeva qualcosa. Tuttavia, il mondo non era pronto a vederlo né a riconoscerlo.

Che cosa accadrà quando lei e suo marito Jeffrey non ci saranno più? E chi potrà sostituire Peggy, colei che quasi come una madre si occupava di Sessa con instancabile amore? In quale modo il mondo avrebbe potuto cogliere l'inadeguatezza del paradigma neoliberale, rigidamente strutturato sul valore dell'autonomia?

Eva Kittay è costretta a chiedersi se tutte queste domande personali e affettivamente connotate non la stessero portando fuori dalla filosofia morale. La sua risposta risuona come un manifesto: una

⁴ Molinier, *Care*, p. 100.

⁵ La serie TV è ispirata al testo di Mattia Torre, *La linea verticale*, Baldini Castoldi, Milano 2018.

filosofia morale che rigettasse tali questioni perché irrilevanti, o eccentriche sul piano epistemologico, non sarebbe più una filosofia. A suo avviso, lontano dalla vita, dalla sua vulnerabilità e dai suoi significati più profondi, il logos si sfalda progressivamente fino a smarrirsi nel vuoto dell'astrazione.

Il concetto di *doulia*: prendersi cura di chi si prende cura

Il concetto di *doulia* – il prendersi cura di chi si prende cura – rappresenta per Kittay il fondamento di una nuova architettura sociale. Non si tratta semplicemente di una catena di assistenza, ma di riconoscere che ogni attività di cura genera a sua volta bisogni di supporto, creando una rete interconnessa di responsabilità. È un'immagine che evoca l'antica domanda platonica su chi custodisce i custodi, ma la trasforma in una questione concreta di solidarietà e responsabilità condivisa.

Questo principio comporta dunque implicazioni concrete: dalla formazione specializzata degli operatori alla creazione di spazi di elaborazione dell'esperienza, dalla definizione di carichi di lavoro sostenibili al riconoscimento sociale ed economico delle professioni di cura.

Come devono essere istruite e formate le persone che lavorano nella cura? Chi si prende cura di loro? Come devono essere organizzate le strutture della cura, affinché chi ci lavora possa mantenere la propria energia, la propria ispirazione e il proprio benessere? Nessuna risposta avrà senso, finché l'ordine simbolico della filosofia morale non ammetterà la categoria di dipendenza accanto a quella di indipendenza, finché non riscoprirà la cura come orizzonte più che come mestiere o sacrificio familiare, e finché non si organizzerà attorno alla dimensione della vulnerabilità come sigillo di ogni vita.

La riflessione di Kittay sulla dipendenza e la vulnerabilità trova un'eco profonda nella tradizione sapienziale, che da sempre ha riconosciuto nella fragilità umana non un limite da superare, ma una condizione costitutiva da accogliere.

I giorni contati e il cuore della Sapienza

Nella Scrittura ebraico-cristiana vivere a lungo è una benedizione divina e in questi casi fortunati si ripete un'espressione molto poetica: «morì vecchio e sazio di giorni». La si trova scritta per Abramo (Gen 25,8), per Isacco (Gen 35,29), per Davide (1 Cr 29,28) e anche per Giobbe (Gb 42,17).

Alla luce di questo, ci viene un dubbio: Giobbe muore sazio di giorni perché ha raggiunto una pienezza di vita, o perché, in fondo, ne ha abbastanza di soffrire sotto i colpi di un destino che resta misterioso e ingiustificato? A quali condizioni la vecchiaia è davvero una benedizione?

Per rispondere dobbiamo fare attenzione a un particolare: si parla di sazietà di giorni, non di anni. Questo riferimento temporale è molto importante, perché ci riporta al quotidiano e alla questione della qualità del tempo in ogni singolo frammento di vita. Non è il vivere a lungo in sé a costituire una benedizione, ma il fatto che in qualche modo il dono del tempo consente di avvertire ancora qualche gusto della vita: una parola accogliente o un silenzio ospitale, un tocco gentile, un'immagine di bellezza, un profumo di pulito, un'emozione a tavola.

Il tutto si accompagna a una sapienza del limite, della vulnerabilità e della fragilità umana. È particolarmente significativo in questo senso il salmo 90: «Insegnaci dunque a contare bene i nostri giorni per acquistare la sapienza del cuore».

Imparare a contare i giorni

La sapienza del cuore a cui qui si fa riferimento è strettamente legata alla cura come orizzonte. Imparare a contare i giorni non significa solo sapere quanti sono, ma sentirli nella loro singolarità: non è solo aggiungere numeri, è percepire che ogni numero è diverso dall'altro. Come tante perle che si possono lasciare sparse sul pavimento, con un filo diventano una collana da indossare. Questo filo non è sempre a disposizione. Lo si può ritrovare e custodire – il filo dei giorni – attraverso la cura. Una cura fatta di gesti, ma anche di narrazioni.

Contare i giorni è anche raccontarli in uno spazio narrativo ospitale. Come scrive la filosofa Maria Zambrano, non poter raccontare la nostra storia è sentire la morte dentro la vita:

«Si può morire pur rimanendo vivi; si muore in molti modi: in certe malattie, nella morte del prossimo e, ancor di più, nella morte di ciò che si ama e nella solitudine prodotta dalla totale incomprendimento, dall'assenza di possibilità di confessarsi, quando a nessuno possiamo raccontare la nostra storia»⁶.

Vulnerabilità comune e fragilità singolari

Tutti gli esseri umani condividono una fondamentale vulnerabilità: è questa la condizione esistenziale che ci accomuna fin dalla nascita e ci accompagna lungo tutto l'arco della vita. Essere vulnerabili significa essere esposti — alle ferite come all'amore, al dolore come alla cura, alla violenza come alla tenerezza.

La fragilità, invece, si manifesta in modo diverso e unico in ciascuna esistenza. È come se la vulnerabilità comune si declinasse in infinite variazioni di fragilità personali, determinate da fattori genetici, biografici, sociali, culturali ed economici. Alcune vite sono più fragili di altre: lo sono per costituzione, per storia personale, per condizioni materiali di esistenza o per fase della vita che stanno attraversando.

Quando le persone sono affette da Alzheimer, si vede bene che i modelli di etica della cura classici non funzionano. Che cosa vuol dire mettersi al posto di una persona che non sa bene dove sia e chi sia, o mettersi al posto di chi si prende cura di lei? Occorre lavorare per la costruzione di un senso di umanità comune.

Ragione ed emozione: il nuovo equilibrio

Nel caso dell'età anziana, occorre ricordare che siamo spesso di fronte a un equilibrio particolare tra le forze in campo, come spiega Carstensen con la sua teoria della selettività socio-emotiva: la percezione dei giorni contati — nel doppio senso del termine, che sono in quantità limitata ma che sono anche attraversati con il desiderio di bene e di significato — porta a uno sbilanciamento emotivo verso ciò che risponde a quel desiderio.

A volte, il tempo buca la memoria e non c'è più nemmeno la possibilità di vivere un sentimento di nostalgia o un moto di orgoglio. Quando ciò accade, è tutta una vita ad andare in frammenti e non è possibile mantenere il filo della propria storia. Il disorientamento può essere totale, ma la persona è ancora lì e sente tutto. A questo proposito, scrive Christine Bryden:

«Diventando più emotivi e meno cognitivi, noi ricorderemo il modo in cui ci parlate, non quello che ci dite. Conosciamo i sentimenti ma non la trama. Il vostro sorriso, la vostra risata, il vostro tocco sono le cose con cui noi possiamo entrare in relazione. L'empatia è

⁶ Maria Zambrano, *Delirio e destino*, Cortina Raffaello, Milano 2000, p. 16.

la cura. Amatevi per come siamo. Siamo ancora qui, con le nostre emozioni e con il nostro spirito, se solo riuscite a trovarci»⁷.

Le persone anziane custodiscono sogni, anche se a volte tendiamo a vedere solo la loro decadenza, la loro malattia, la loro fine imminente. Lo sottolinea anche lo psichiatra Eugenio Borgna:

«Nella vecchiaia le possibilità di aprirsi alla speranza si riducono, certo, ma non si spengono, rinascendo senza fine, anche quando sembrano divenire impossibili. Non confondiamo le speranze con le illusioni, e teniamo presenti le cose che Paolo dice splendidamente della speranza, che non muore, nella lettera ai Romani»⁸.

Narrazioni e cura: la medicina narrativa

La cura è anche arte dell'ascolto e della narrazione. Come un fiume che scorre silenzioso ma potente, le storie che attraversano i corridoi degli ospedali e delle strutture sanitarie plasmano l'esperienza di chi cura e di chi è curato, in una reciprocità asimmetrica ancora tutta da valorizzare.

La medicina narrativa è un approccio metodologico che integra la pratica clinica tradizionale con le narrazioni dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari. Sviluppata negli anni '90 dalla dottoressa Rita Charon presso la Columbia University, si fonda su competenze specifiche che permettono di riconoscere, assorbire, interpretare e essere coinvolti dalle storie di malattia.

Rita Charon illumina questo cammino scrivendo:

«La narrazione trasforma la cura, influenzando molte dimensioni. Ci permette di capire che cosa significa stare bene ed essere malati. Modifica i nostri orizzonti, mostrandoci il legame profondo tra salute e senso di sé. Ci suggerisce che cosa fare per i pazienti»⁹.

Le narrazioni sono come ponti che collegano isole apparentemente separate: la competenza tecnica e la sensibilità umana, la professionalità e l'empatia, la cura degli estranei e quella dei propri cari. In questo modo, la narrazione diventa non solo strumento terapeutico, ma fondamento di una nuova cultura della cura, dove il confine tra professionale e personale si fa più sottile, più umano, più vero.

Conclusione: verso un orizzonte condiviso

Come osservato a Villa Plénitude, la qualità della relazione con le persone anziane viene preservata, comunica Molinier alla direttrice della struttura. «Questo mi tranquillizza», risponde lei. Sì, è questo il punto: «È un peccato che non veda nel dettaglio questo senso comune tra lei e le assistenti di cura: la preoccupazione o l'amore per le persone anziane»¹⁰.

Si dovrebbe ripartire da qui, dalla scoperta della vulnerabilità della vita di chiunque, dalle fragilità che dicono chi siamo qui e ora, nei nostri diversi ruoli e nelle nostre diverse condizioni di forza e di autorità.

Non si tratta di riparare il mondo in un senso conservativo, ma di farlo con la scommessa che possa essere differente. Che quello che si impara qui dentro faccia bene a tutte e a tutti, perché stiamo portando avanti una cultura dello scarto che sta già sacrificando molte vite e anche la terra.

C'è chi ci intimidisce attraverso una continua manipolazione dei dati, e noi ci lasciamo convincere che non possiamo fare nulla. Molinier dice che è il potere di intimidazione di coloro che maneggiano

⁷ <https://www.stateofmind.it/2016/05/malattia-di-alzheimer-apatia/>

⁸ Eugenio Borgna, *La saggezza*, ebook, Il Mulino, Bologna 2019, pos. 838.

⁹ Rita Charon, *Medicina narrativa: Onorare le storie dei pazienti*, ebook, Raffaello Cortina, Milano 2019, p. 251.

¹⁰ Molinier, *Care*, p. 134.

il realismo economico e sociologico perché nulla cambi. È necessario evitare che la cura rimanga confinata in ambiti specialistici e favorire invece l'integrazione delle competenze narrative nei diversi contesti sociali e professionali.

Mentre misuriamo il tempo della nostra esistenza, possiamo imparare a conferirle significato attraverso la qualità della cura reciproca, imparando a dare voce alla dimensione sommersa dei luoghi, fatta di emozioni, pratiche implicite e leggi non scritte. La cura si configura, infatti, come questione di giustizia in cui ogni vita assume rilevanza e richiede di essere liberata dal non detto e dall'indicibile.

La cura è l'insieme di tutto ciò che facciamo per mantenere, orientare e riparare il nostro mondo. Il mondo che necessita di cura comprende non solo le infrastrutture materiali, ma anche il tessuto sociale con le sue ingiustizie, le ferite e le loro deformanti lacerazioni sul piano cognitivo, emotivo, sociale, spirituale, economico.

Il *care* non rappresenta un'utopia politica, poiché cura e giustizia costituiscono due aspetti inscindibili della medesima realtà. Ma perché questo serva a umanizzare le diverse realtà, occorre modificare il nostro modo di leggere e di trattare quel frammento di realtà che ci tocca vivere.



Newsletter AIP - 13 febbraio 2026

n. 06/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Gli immigrati anziani
- Il direttore dell'NIH smentisce Kennedy
- NEJM*: "We do care"
- Mariagrazia Colombo: "Solitudine e speranza"
- Un finanziamento per un'IA adatta ai bisogni dei caregiver
- La presentazione di "Invecchiare non fa paura" da parte del collega Piero Mosca

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il promemoria di Margherita Camporese sulle prossime attività AIP
- Il congresso torinese di AIP Giovani

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Si è svolto recentemente a Roma il **convegno "Migranti ed età grande: una minoranza di una minoranza"**. Un tema che diventa quantitativamente sempre più rilevante, che pone grandi problematiche organizzative, ma che soprattutto ci deve impegnare sulla strada di una restituzione in termini di solidarietà e di servizi verso chi si è impegnato a favore del nostro paese, in diversi servizi (anche i dati, inattesi, sui rider anziani fanno pensare: più del 13% sono ultra50enni). Riporto una frase significativa di Francesco Landi, che è stato un importante presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria: "Introdurre il concetto di longevità nel contesto difficile dei flussi migratori è un banco di prova per l'organizzazione sanitaria e sociale del nostro paese. Gli anziani migranti rappresentano una sfida decisiva per un approccio globale che non riguarda solo la geriatria, ma tutto il corso della vita".

-La notizia che **il direttore del National Institute of Health Jay Bhattacharya smentisce il suo ministro sul rapporto vaccinazioni-autismo** non meriterebbe in sé rilievo. Però è di interesse che non tutti gli scienziati americani si sono adeguati alle follie trumpiane, a cominciare dalla massima autorità ("Non ho mai visto alcuno studio scientifico che supporti la teoria secondo cui i vaccini

causano l'autismo"). Mi auguro che in Europa si segua l'esempio del dr. Bhattacharya e che i filorussi e gli anti vaccini (che nobile associazione!) possano essere sconfitti dalla razionalità, dall'intelligenza e dalla giustizia.

-“We do care”: allego (in inglese per evitare traduzioni imprecise) l'articolo uscito sul *NEJM* il 29 gennaio da parte dei medici di Minneapolis. Potrebbe essere **il manifesto dei medici di tutto il mondo**, in tutte le nazioni dove non viene rispettato e gli viene impedito di operare per lenire le sofferenze della popolazione causate dalla violenza dei dittatori.

-Ho ricevuto il testo che segue dalla dottoressa **Mariagrazia Colombo**, con la quale ho organizzato alcuni incontri per gli anziani dei quartieri di Brescia sul **tema della solitudine**.

“Da qualche anno il prof. Trabucchi ed io ci ritroviamo a condividere i nostri pensieri sulla solitudine, che detto così sembra quasi un paradosso.

La solitudine ci unisce.

Credo il Professore conosca più di ogni altra persona le sfumature del sentirsi, dell'essere, del restare soli. Nonostante la solitudine sia una condizione sia il tema su cui ci confrontiamo nei nostri incontri, ogni volta che ci ritroviamo un sentimento di speranza ci sorprende e riesce a dare un nuovo significato a tale condizione: la grazia nello sperare che un ricordo felice possa riproporsi come un possibile futuro accompagna i nostri incontri e ci fa capire sempre qualcosa di straordinario. Chi ci dà l'onore di ascoltarci trasforma sotto il nostro sguardo il suo pensiero e riesce ad iniziare a credere che forse, fra l'oscurità del sentirsi soli e la paura di non riuscire più a trovare un modo per sentirsi visto, esistono ancora nuovi possibili scenari dove la solitudine non scompare ma assume una nuova dimensione: più consapevole, meno dura, più accettabile. È questa la speranza che trasforma la paura in coraggio: la speranza di sapere che possiamo non essere per sempre soli; la speranza che c'è sempre un modo per cambiare. Quella speranza siamo noi, i nostri sogni, l'idea che qualche sogno può ancora accadere, che attraverso la curiosità verso tutto quello che ci circonda e la generosità verso il prossimo, che non è altro che parte di noi, la solitudine possa trasformarsi in speranza.

La solitudine e la speranza esistono.

Resta a noi costruirne il significato con il quale desideriamo inscrivere i nostri giorni. E questa è una grande opportunità, non possiamo dimenticarcelo. Ogni giorno è un dono, ogni giorno è una possibilità di vivere la nostra vita con contezza. È facile no? Non lo è, ma facile non vuol sempre dire felice. È complesso, alcune volte è perfino ingiusto tanto è difficile, eppure siamo esseri in continuo cambiamento e questo è ciò che di prezioso abbiamo. Non lasciamo che la speranza sia dimenticata dal nostro cuore.

Anche se abbiamo paura, volgiamo lo sguardo verso chi è vicino a noi. Il vicino di casa, la signora che prende un caffè nello stesso bar dove andiamo noi, il ragazzo sulla metro, i bambini che escono dalle scuole, la collega al parcheggio. Sono mille i volti che incontriamo. Guardiamoli, occupiamoci di loro, preoccupiamoci di loro. La solitudine non sopravvive nella nostra visione così aperta. La speranza sì. Ringrazio Trabucchi per l'occasione di aver potuto scrivere queste poche righe su quanto di più importante ci unisce. In fondo non si tratta di un paradosso, non ci unisce la sola solitudine, è la cura della stessa la nostra speranza”.

-Il dipartimento della salute USA ha lanciato un bando di 2.5 milioni di dollari per **sviluppare strumenti di intelligenza artificiale che permettano di ridurre il carico di lavoro e il burn out di chi assiste a casa disabili e anziani**. Il progetto riguarda, in particolare, le persone affette da demenza e i loro caregiver, che dovrebbero essere aiutati dalle nuove tecnologie nel rilevare le condizioni di salute proprie e quelle dell'assistito, nell'affiancare nella gestione dei problemi organizzativi ed

economici dell'assistenza, nel fornire supporto psicologico attraverso programmi conversazionali. Un progetto interessante, purché non diventi una scusa per ridurre gli interventi pubblici di supporto (un timore molto vivo, visti gli atteggiamenti più recenti dell'amministrazione americana) e non preveda una progressiva riduzione dello spazio di relazione tra persone (anch'esso un timore diffuso, di fronte agli enormi progressi dell'intelligenza artificiale e alle irresponsabili dichiarazioni dei padroni delle nuove tecnologie).

-Nei giorni scorsi si è svolta a Genova la presentazione del libro "Invecchiare non fa paura", edizioni San Paolo. Di fronte a circa 150 persone interessate e partecipi, il collega **Piero Mosca** (che ringrazio per il suo generoso impegno) **ha presentato il volume** con le parole riportate di seguito. Mi permetto di commentare la serietà di queste righe di fronte ad un mondo che affronta con diffusa superficialità e con contenuti banali il problema del nostro invecchiamento (la vita che continua non è forse l'aspetto più importante della nostra esistenza giornaliera?).

"Nella introduzione Luciano Manicardi inizia a descrivere le difficoltà che ognuno di noi ha nell'affrontare la vecchiaia. Si parla di emarginazione, svalorizzazione degli anziani, della discriminazione basata sull'età, la paura di una vecchiaia con malattie, dolore ed abbandono e molto giustamente si va in alternativa alla ricerca del senso della vita, del valore, dell'identità, del ruolo sociale ma anche del piacere della vita degli uomini e delle donne che invecchiano, e il professor Trabucchi si mette al servizio dei 'concittadini' per aiutare a prepararsi a vivere l'età anziana dando valore e senso alla persona anziana declinando in modo preciso i punti fondamentali da prendere in considerazione con un intento che una volta si sarebbe definito geragogia (insegna ad invecchiare) lo fa con gentilezza è questo è bello senza piedistalli con la saggezza di chi vive ciò che consiglia.

Colgo l'occasione per parlare dell'essere anziani nella nostra città dicendo forse in controtendenza che Genova è una città benedetta dalla presenza così significativa degli anziani. Il prof Giuseppe De Rita presidente Censis ormai novantatreenne è stato uno dei primi a dire che l'invecchiamento per la prima volta nella storia in Europa occidentale è un fenomeno di massa, un fenomeno multidimensionale complesso poliedrico secondo il modello di evoluzione positiva di un fenomeno suggerito da papa Francesco in cui tante facce, tanti aspetti diversi del divenire anziani possono e devono convergere in un'unità armonica. Un fenomeno l'invecchiamento che diventando di massa ed essendo tutti noi poco o per niente preparati ad affrontarlo provoca un sentimento di smarrimento diffuso e di paura. Fa paura un po' a tutti, a chi invecchia, ha chi ha gli anziani in famiglia ma anche a chi deve finanziare ed organizzare l'assistenza (poi parlo da boomer: Come faremo che sarà di noi anziani siamo troppi!) E questo smarrimento unito al non saper cosa fare, all'essere impreparati di fronte alla vecchiaia spaventa e provoca la rimozione. Non se ne parla dei vecchi, la vecchiaia non si deve vedere troppo se ne occupino gli specialisti, il problema anziani rimane in famiglia, nelle stanze, sulle poltrone, dietro le porte...finché si può. Non si vede una prospettiva positiva nel diventare vecchi non si vede una luce.

Non voglio cedere però un centimetro al pessimismo perché siamo in un cambiamento d'epoca e molto sta cambiando, io penso sta cambiando in meglio e velocemente sono convinto che sia fondamentale essere ottimisti per interpretare il cambiamento. Perché dice Trabucchi l'ottimismo è condizione necessaria per il successo del lavoro di cura (che è il mio lavoro come geriatra e a cui sono molto affezionato).

Vorrei partire dai numeri dai dati demografici Genova ha circa 560000 abitanti con il 28.7% di ultra 65 ovvero 160720 ultrasessantacinquenni Trieste, Cagliari, Parma, Modena, Reggio Emilia, Livorno, Foggia, Siracusa, Pescara, Salerno, Prato e Ferrara hanno meno abitanti!

Gli ultra-ottantaquattrenni sono il 5,71% pari 31976 il Censis nel rapporto 2025 dichiara che il 20,4% degli over 65 ha problemi di autosufficienza e sono 32786 e che questo dato sale al 40% negli over 84; 13114. Se consideriamo che in media una percentuale del 16% sono costretti in casa in una città

al 85% collinare con una densità abitativa elevata e un alto numero di edifici datati con il 30% di condomini senza ascensore il quadro è sotto molti aspetti impegnativo!

È chiaro che la qualità di vita degli anziani, il ruolo che hanno o che possono avere, la cura a loro dovuta e necessaria sono una sfida eccezionale per tutti ma in particolare per la nostra città (anche se si parla principalmente di infrastrutture, porto e turismo, industrie in crisi, tutte cose importantissime). Questa è una sfida che ci deve indirizzare a ripensare a riprogettare la città ed il modo di viverci dentro ma partendo da un punto di vista diverso alternativo e attenzione! non contrastante con lo sviluppo economico anzi. Bisogna partire dai più fragili e quindi anche dai tanti anziani e questo sforzo di immaginare e progettare una città accogliente con i fragili possiamo e dobbiamo farlo insieme.

Non ha senso parlare di vecchiaia senza parlare di fragilità. Non c'è argomento come la fragilità che non possa interessarci tutti e che ci interessa proprio tutti perché tutti siamo fragili, scrive E. Borgna La fragilità è una delle strutture portanti dell'essere umano, la radice ontologica dell'esistenza di ciascuno di noi Dice Manicardi non dimentichiamo che fragilità è professi (l'anticipazione) di un pericolo imminente, la minaccia che incombe sulla vita di ognuno dobbiamo quindi affrontare un qualcosa di profondo e decisivo, non facile da appropiare e da vivere nella quotidianità

Poi c'è il concetto di cura, importantissimo! La cura dei fragili è paragonabile alla pace, è una responsabilità personale, una responsabilità di ciascuno di noi e di noi come comunità perché se non ci impegniamo nella cura dei fragili e nel vivere in pace non investiamo nella qualità della nostra stessa vita cioè non costruiamo un mondo migliore anche per noi stessi per ciascuno di noi e per i nostri figli. A nessuno fa piacere costatare la propria fragilità. Il fragile viene spesso percepito come debole e incapace, destinato al fallimento, condannato all'emarginazione sociale. Dire sei fragile è come minimo una mancanza di rispetto. È essenziale quanto difficile sfidare questa percezione negativa della fragilità, che nasce dalla paura in una società che esalta valori opposti. In questo tempo della forza! E poi c'è fragile e fragile c'è modo e modo di essere fragili!

Nel 1991, Laslett descrive la terza età come una fase della vita ormai alla portata di molti, un periodo in cui si può sviluppare una consapevolezza serena del proprio passato e della propria identità presente. La quarta età, invece, ossia dopo gli 84 anni? (La vecchiaia è un'espressione umana, un tempo diverso che fa astrazione dall'età) comunque viene un momento nella vita caratterizzato da regressione, dipendenza e avvicinamento accelerato alla fine della vita. Nella terza età si possono rallentare gli effetti dell'invecchiamento grazie alla prevenzione e a uno stile di vita attivo, mentre la quarta età viene spesso vista come un periodo di declino, smarrimento e rapido peggioramento della qualità di vita insomma un inevitabile naufragio.

Anche l'invecchiamento attivo (cosa sacrosanta) di fronte a chi fa la maratona 85 anni motivo di ageismo cioè discriminazione di disvalore nei confronti questa volta di chi è non è più autosufficiente e dipendente dagli altri.

E allora che si fa?

Dobbiamo ricucire una trama sociale che integri e non escluda in cui la fragilità non scartata ma oggetto di cura è il nodo, il punto di connessione possibile, finalmente tra sociale e sanitario, tra psicologico e biologico, tra l'io ed il noi. La cura della fragilità per essere efficace deve essere l'espressione di un noi. Non è possibile senza la piena collaborazione tra servizi sociosanitari e caregivers famigliari ma anche tra medici di famiglia e geriatri, tra ospedale e territorio, tra medici ed assistenti sociali, tra infermieri e fisioterapisti È la città che cura come dicono oggi gli eredi di Basaglia volendo reintegrare i matti nel tessuto sociale come terapia definitiva, diremo oltre gli psicofarmaci. È necessaria una diretta assunzione di responsabilità, bisogna coinvolgere ed attivare la specifica popolazione di un territorio.

Sono necessari progetti di esistenza per gli anziani ed i fragili piuttosto che piani di assistenza lo ha detto Francesco nelle bellissime catechesi sugli anziani chiedendosi come includere i fragili nella

comunità sociale Piani di assistenza, sì; ma non progetti per farli vivere in pienezza. E questo è un vuoto di pensiero, di immaginazione, un vuoto di creatività'.

È possibile ricucire una trama di rapporti nei quartieri accorgendosi degli anziani, essendo accoglienti e cordiali, facendo amicizia per vincere la solitudine che è la madre di tante, di tantissime fragilità. Gli anziani sono una risorsa irrinunciabile nelle nostre comunità sono importanti e appunto come dicevo una benedizione faccio 4 esempi:

Mantenimento di un livello minimo di coesione sociale: (gli anziani ci sono! si incontrano dappertutto, bar, giardini, eventi culturali, centri sociali, a messa, fanno volontariato si occupano dei nipoti, curano altri anziani. Sono una realtà di presenza! Uno zoccolo duro che non dobbiamo disprezzare (e ci sono solo anziani) loro ci sono e vogliono esserci, devono esserci fanno parte del nostro noi.

La riproduzione della memoria storica; senza la storia non c'è futuro perché senza la storia non si capisce il presente 80 anni dalla morte del cardinal Pietro Boetto testimonianza storica della possibilità di vivere in momenti difficilissimi tra i bombardamenti e le deportazioni degli ebrei il coraggio della carità e la solidarietà per tutte le vittime. Oggi molto attuale

Permette la relazione tra le generazioni: ha detto papa Francesco: Gli anziani, specialmente i nonni, donano esperienza e saggezza, mentre i giovani offrono forza e speranza. Senza questo scambio, la storia si ferma e la società diventa povera di umanità. (Trabucchi p. 139)

Una parte consistente degli anziani aiuta gli altri capitolo 8 la cura degli altri per curare sé stessi
Ha scritto Zygmunt Bauman grande sociologo e filosofo una cosa che dovrebbe interessare molto i liguri 'La portata di un ponte si misura dalla forza del suo pilone più debole. La qualità umana di una società dovrebbe misurarsi sulla qualità della vita dei suoi soggetti più deboli. E poiché l'essenza della morale è la responsabilità che ci si assume per l'umanità degli altri, questo è anche il metro del livello etico di una società'.

Prossimità oggi se ne parla tanto con le case della comunità ma farsi prossimi è vincere l'anonimato chiamare per nome, entrare nelle case, conoscere con simpatia, questo trasforma i numeri e le statistiche in persone vive in esistenze significative. È il primo passo per progetti di assistenza ma anche per diventare una risorsa.

E poi relazioni Genova può essere un laboratorio di tessitura di relazioni sociali culturali di solidarietà dove gli anziani sono presenti nel capitolo 8 molto bello e cruciale il professore parla di una comunità aperta dove gli anziani non si chiudono in casa impauriti ed arrabbiati (perché sono diventati fragili e non sono più come prima e la badante non la vogliono mica) la cura degli altri per curare se stessi. E il modo gentile di questo incontro favorisce la tessitura di una società solidale e quindi migliore. Grazie professore per questo libro".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo**, come sempre originale, mette in correlazione studi recenti con altri meno recenti.

"Proseguo con le 'buone notizie': ma questa volta – a differenza dell'angolo precedente – propongo una autentica 'primizia', grazie ad un articolo – liberamente accessibile in rete - pubblicato il 19 novembre 2025 su *JAMA Network Open*, intitolato '**Attività fisica nel corso della vita adulta e rischio di demenza nel Framingham Heart Study**' [1].

Già dal titolo si possono immaginare i motivi della scelta di questo articolo. Le indagini precedenti infatti non avevano preso contemporaneamente in considerazione tutte le tre fasi della vita: precoce (26 – 44) / intermedia (45 – 64) / tardiva (65 – 88 anni). Quanto al 'Framingham Heart Study', basti dire che qui i partecipanti appartenevano alla seconda generazione dello studio originale, avviato nel 1948: la pubblicazione di riferimento - anch'essa liberamente accessibile in rete - risale al 1951 ... [2]

L'ipotesi di partenza era che in tutte le tre fasce di età livelli più elevati di attività fisica fossero associati a minor rischio di demenza. Per verificarla, sono stati seguiti per $37,2 \pm 7,1$ anni 1526 partecipanti di età $36,7 \pm 4,7$ anni, per $25,9 \pm 8,5$ anni 1943 partecipanti di età $54 \pm 5,8$ anni, e per $14,5 \pm 6,6$ anni 885 partecipanti di età $71 \pm 4,5$ anni; il campione era bilanciato per sesso.

La quota di attività fisica – raggruppata in quintili per quantità, ed in tre livelli per intensità – veniva stimata col questionario 'Physical Activity Index' [(PAI) 'Indice di attività fisica'], ampiamente validato; la diagnosi di demenza veniva formulata mediante i criteri del Manuale Diagnostico – Statistico dei Disordini Mentali IV Edizione, quella di demenza di Alzheimer (AD) tramite i criteri del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association. I potenziali fattori di confondimento inseriti nella 'analisi di sopravvivenza' di Cox come covariate comprendevano: età, sesso, scolarità, indice di massa corporea, fumo, ipertensione arteriosa, diabete mellito, iperlipidemia e condizione di portatore di apolipoproteina E (APOE) $\epsilon 4$.

Tra gli adulti residenti in comunità nella coorte FHS Offspring, gli Autori di [1] – tutti affiliati ad istituti di Boston, nel Massachusetts, hanno riscontrato che livelli più elevati di attività fisica nella mezza età e nella tarda età erano associati a un minor rischio di demenza, sia per tutte le cause che per AD. I risultati sono chiaramente illustrati in una figura. Il mancato effetto protettivo dell'attività fisica nella prima fase della vita potrebbe derivare dal fatto che i partecipanti al gruppo della prima età adulta presentavano meno casi di demenza e una finestra di esposizione eziologicamente rilevante più breve, limitando la capacità di trarre conclusioni solide sulle associazioni tra attività fisica nella prima età adulta e rischio di demenza. In effetti, [facendo autonomamente due conti, impliciti nell'articolo originale (ndr)] l'età media al termine della durata media di osservazione per questo gruppo di soggetti era di circa 74 anni, contro i circa 80 ed 85, rispettivamente, per i gruppi di età media od avanzata.

I risultati nella mezza età erano associati a intensità di attività fisica moderate o intense, mentre i risultati nella tarda età non differivano tra i gruppi di intensità di attività fisica. I benefici dell'attività fisica nella mezza età o nella tarda età variavano anche in base allo stato di APOE $\epsilon 4$. In generale si ritiene che l'associazione tra attività fisica e deterioramento cognitivo o demenza sia maggiore tra i non portatori. In questo studio, una maggiore attività fisica nella età di mezzo è stata associata a un minor rischio di demenza solo tra i non portatori dell'allele $\epsilon 4$ dell'APOE, mentre un'attività fisica in tarda età è stata associata a un rischio di demenza più contenuto sia tra i portatori che tra i non portatori dell'allele $\epsilon 4$.

I meccanismi biologici sottostanti ai risultati possono essere molteplici. La attività fisica può:

- limitare la neuropatologia alzheimeriana rallentando la produzione di β amiloide (A β), accelerandone la rimozione, e frenando la fosforilazione della proteina tau
- stimolare la produzione di neurotrofine, capaci di sostenere la neurogenesi ippocampale, la sinaptogenesi, il flusso ematico cerebrale, la funzione endoteliale e la integrità dei piccoli vasi
- produrre un effetto anti-infiammatorio sia acuto che cronico, anche attraverso la riduzione del tessuto adiposo addominale e peri-viscerale, tenendo conto degli effetti avversi di una scorretta attivazione del sistema immunitario, mediati dalla interleuchina 6 e dal deposito di A β
- migliorare il metabolismo glucidico, il cui deragliamento comporta disfunzione vascolare, incrementando la segnalazione dell'insulina, il trasporto del glucosio e la sensibilità all'insulina
- esercitare un beneficio a livello vascolare attenuando lo stress.

Quanto ai rapporti fra attività fisica e condizione di portatore di apolipoproteina E (APOE) $\epsilon 4$, va ricordato che l'attività fisica e l'APOE $\epsilon 4$ esercitano effetti opposti su molti cambiamenti neuropatologici, tra cui, ma non solo, la deposizione di A β , i fattori neurotrofici cerebrali e la funzione cerebrovascolare.

In discussione viene sottolineato come altri studi precedenti riferivano che l'attività fisica preserva contribuisce a preservare dalla demenza solo in mezza o tarda età, o viceversa solamente da giovani. In [1] invece – al di là degli studi che riportano un relazione dose / risposta fra quantità ed intensità dell'attività fisica svolta avanti negli anni e rischio di demenza [3] - una maggiore attività fisica a mezza età e in tarda età è associata a riduzioni simili del rischio di demenza per tutte le cause e di Alzheimer.

Per concludere tornando alla 'buona notizia', nel complesso questi risultati supportano l'importanza dell'attività fisica nella mezza età e nella tarda età per la riduzione del rischio di demenza §, evidenziando le fasi chiave del corso della vita adulta per la pianificazione degli interventi e la promozione della salute pubblica.

§ per i lettori più affezionati, rimando alle Newsletter AIP del 23 settembre 2022 (che prendeva spunto da un articolo di *JAMA Neurology*) e del 5 settembre 2025 (che prendeva spunto da un articolo di *Lancet Public Health*)".

[1] Marino, F. R., Lyu, C., Li, Y., Liu, T., Au, R., & Hwang, P. H. (2025). Physical Activity Over the Adult Life Course and Risk of Dementia in the Framingham Heart Study. *JAMA network open*, 8(11), e2544439. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44439>

[2] DAWBER, T. R., MEADORS, G. F., & MOORE, F. E., Jr (1951). Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *American journal of public health and the nation's health*, 41(3), 279–281. <https://doi.org/10.2105/ajph.41.3.279>

[3] Wu, W., Ding, D., Zhao, Q., Xiao, Z., Luo, J., Ganguli, M., Hughes, T. F., Jacobsen, E., Haan, M. N., van Dang, K., Lima-Costa, M. F., Blay, S. L., de Castro-Costa, E., Ng, T. P., Gwee, X., Gao, Q., Gureje, O., Ojagbemi, A., Bello, T., Shahar, S., ... for Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC) (2023). Dose-response relationship between late-life physical activity and incident dementia: A pooled analysis of 10 cohort studies of memory in an international consortium. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(1), 107–122. <https://doi.org/10.1002/alz.12628>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Ringrazio la dottoressa Margherita Camporese per l'accurata presentazione delle **future attività di AIP**.

- Si tiene oggi a Roma il **Congresso Regionale di AIP Lazio "Demenze: come interpretare il futuro?"** <https://www.psicogeriatria.it/evento/demenze-come-interpretare-il-futuro/>

- Dal 19 al 21 febbraio 2026 a Torino si svolgerà la **8° edizione del Congresso Nazionale AIP Giovani "Giovani medici per vecchi pazienti"** <https://www.psicogeriatria.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>

- Il 27 febbraio 2026 a Genova ci sarà il **Convegno Regionale di AIP Liguria dal titolo "Non chiederci la parola"** <https://www.psicogeriatria.it/evento/non-chiederci-la-parola/>

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

-Giovedì prossimo **19 febbraio inizia a Torino il Convegno AIP Giovani** (scarica il programma dal messaggio di Margherita Camporese). È l'ottava volta che la generosità intelligente di Nino Cotroneo e di Massimiliano Massaia permette di riunire tanti giovani colleghi, che sono il nostro vero "capitale sociale". Una nota personale: considero la lettura che terrò al convegno come un impegno pesante, perché non è semplice trovare un linguaggio adatto alla sensibilità e alle esigenze delle nostre colleghe e colleghi più giovani. Spero che qualcuno mi saprà dire se l'impegno ha prodotto un buon (!) risultato.

-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 caloroso augurio di buon lavoro, rivolto in particolare alle colleghe e ai colleghi che lavorano in ambiti difficili e pesanti, talvolta senza ricevere un adeguato compenso (economico, ma anche psicologico) per il loro lavoro.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

CORRESPONDENCE

We Do Care

TO THE EDITOR: As physicians, we took an oath to care for others and to do no harm, promising, in part, “I will remember that I remain a member of society, with special obligations to all my fellow human beings.” The mandate *primum non nocere* — first, do no harm — has been ingrained in us since medical school.

So here we stand, compelled to share our stories in this moment, so the rest of the country knows what is happening in our state. We are bearing witness to what fear can do to the health of a community.

Regardless of whether we have lived here our whole lives or moved here from the other side of the world, we all call the beautiful state of Minnesota our home. We live in big cities, in suburbs, and in rural areas.

We work in large health systems, in private practices, at academic health centers, in the VA Health Care System, in federally qualified health centers, and with the Indian Health Service. We care for patients throughout our state from birth to death. We teach the next generation of physicians.

In a powerful article in the *Journal* last spring, Drs. Alice T. Chen and Vivek H. Murthy called on physicians to use their voices to advocate for the health of patients and communities during dangerous times.¹

In Minnesota, we have found ourselves in an extraordinarily dangerous time.

As the presence here of Immigration and Customs Enforcement (ICE) has increased, our clinic schedules have filled with missed appointments. Patient volumes have plummeted in our emergency departments (EDs). Each of these missing patients represents a lost opportunity: a chance to intervene, to make a diagnosis, to start or alter treatment, or to turn the tide of chronic illness.

These aren't patients who don't care. These are patients who are terrified. When we call to check on them, they tell us they are scared to leave their homes. Scared to drive. Scared to take a bus.

Scared that a walk across a parking lot to clinic — a place meant to heal — could put them and their families at risk. To be clear: it is not just undocumented immigrants who are affected; immigrants and refugees who are here legally and U.S. citizens are also being affected.

When our patients go without medical care, the harm is not theoretical. It is measurable. Fear doesn't just keep people away from clinics and EDs, it pushes patients into crisis. We know what happens when the symptoms that signal a medical crisis are ignored in the hope that they will just go away. When their conditions worsen, patients arrive in EDs and hospitals with advanced cases of illness. We have seen the cost of waiting: appendixes rupture, mild infections transform into life-threatening sepsis, patients end up on ventilators in the ICU because they could not get medications they needed. And sometimes, it is too late; those hours of waiting in fear become their last.

We watch in horror as a pregnant woman is dragged through the snow by federal agents and understand why our patients choose to stay home rather than seek prenatal care. But we also know what happens when prenatal care is neglected. Some women arrive at our hospitals with very little previous care because they feared being taken by ICE. They and their unborn babies are not well; some are critically ill. We also keep vigil with women in labor who are terrified when their husbands suddenly stop answering the phone, the old excuses of a dead phone battery or an unpaid phone bill drowned out by worries of detention and deportation.

Children are not exempt from this crisis. In our clinics, there are missed immunizations, missed follow-ups for seizures, diabetes, developmental delays, complex medical conditions. In the neonatal intensive care unit, we stand by the bassinets of the critically ill infants whose parents are too terrified to come to the hospital to comfort them. In our neighborhoods, innocent children have been exposed to tear gas used by federal

agents, to violence. Kids are going hungry as food insecurity skyrockets.

We also know the mental health impact of this crisis. Political unrest and the unfair targeting of immigrant communities have deepened fear, grief, and division, and we see the emotional toll every day. Patients are presenting with symptoms of post-traumatic stress disorder, with suicide attempts. We sit with people whose loved ones have been detained, families fractured, and communities shaken by uncertainty and loss. Our hearts break for all of them. These are not abstract issues in a news cycle — they are human lives, families, and communities hurting in very real ways. Holding space for this pain has reminded us that suffering affects us all. Fear, grief, and exhaustion cross political and cultural lines.

We are not immune simply because we are physicians. Dread, desperation, and isolation tighten their grip day by day. We are devastated to witness a beloved nurse colleague, Alex Pretti, gunned down by federal agents. Some of us step out of our homes to provide care for the people of Minnesota knowing that today might be the day when the amount of melanin in our skin outweighs the degrees we have earned and the people we have healed.

And yet we push forward, doing what we can.

We make calls to patients, attempting to manage what we can from afar. But too often the calls go unanswered. Are our patients afraid to pick up? Or are they unable?

We make covert home visits, organize emergency hotlines. We deliver medications, food, and diapers to those who cannot safely leave their homes. When patients *do* come to see us, we ensure that they leave with enough medication to (we hope) survive this crisis.

We are trained to respond to emergencies. We are trained to go above and beyond in moments of crisis. Whether that means working longer hours tending to the sick or linking arms with

vulnerable colleagues to walk them to their cars, we help however we can.

Nevertheless, we struggle against feelings of helplessness, especially when we are not allowed to help. We read the testimony of a pediatrician who repeatedly insisted she be allowed to check Alex Pretti's pulse, to attempt CPR. We watch the video of one of us, identifying himself as a physician and begging to reach Renee Nicole Good, to check a pulse, to tend to her in the last moments of her life, only to be told by an armed agent of the federal government, "I don't care."

But we *do* care.

We are Minnesota physicians who care for the people of Minnesota, regardless of whether we share our patients' opinions or immigration status or religion or political views. We care for our patients because they are human beings. Our patients are being harmed. People are dying unnecessarily. And so, in order to uphold our professional covenants, we call for an immediate end to the violence and trauma that is being inflicted on our patients and our communities by ICE. We implore all in our medical community to use the power of your voices as well, to protect our patients and your own.

Bernard E. Trappey, M.D.,¹

for Minnesota Physician Voices*

¹Minneapolis.

Bernard E. Trappey can be contacted at mnp PhysicianVoices@proton.me.

*Signatories to this letter are listed in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org.

The views expressed in this letter are those of the signatories and do not necessarily reflect those of their employers.

Disclosure forms provided by the author are available with the full text of this letter at NEJM.org.

This letter was published on January 29, 2026, at NEJM.org.

1. Chen AT, Murthy VH. The power of physicians in dangerous times. *N Engl J Med* 2025;392:1873-5.

DOI: 10.1056/NEJMc2601288

Correspondence Copyright © 2026 Massachusetts Medical Society.



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP - 6 febbraio 2026

n. 05/2026

“La mia vita inquieta se ne frega dell’età” ha dichiarato don Mazzi, a 96 anni dedicati a dirigere 46 comunità per tossicodipendenti in tutta Italia. In un’intervista ha affermato: “Sai perché non sento i miei anni? Perché la vita ha più senso del tempo. Legare il tempo con la vita vuol dire non aver capito la vita”.

Un altro sacerdote, il grande teologo Alberto Maggi, mi ha scritto: “Dico sempre che se sapevo che era così bello invecchiare...sarei invecchiato prima!”.

Qualcuno potrebbe sostenere che le due affermazioni, sintoniche nella sostanza, sono state pronunciate da persone che nella vita hanno realizzato i loro sogni, trasformandoli in realtà a disposizione degli altri. Come può essere possibile, per noi operatori della salute, fare in modo che ogni persona, nella piccola realtà della sua vita, possa affermare che, grazie all’impegno generoso per gli altri, si è conquistato una vita lunga e serena?

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Alberto Cester e i grandi vecchi
- Tiziano Vecchiato e la visione sull’invecchiamento
- Stefano Serenthà e i dati di Alzheimer Europe
- Gli uomini di pace non invecchiano
- Le aree interne e le RSA
- Ferrandes e Ferrannini sulla formazione del medico

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’angolo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Di seguito riporto una mail che mi ha inviato [Alberto Cester](#) a commento delle [osservazioni sui grandi vecchi](#). Il dibattito sui fattori che inducono un invecchiamento lungo non ha ancora portato

a trarre conclusioni, anche se recentemente Science del 29 gennaio ha pubblicato uno studio al titolo significativo: “L’ereditabilità della lunghezza della vita è di circa il 50% se vengono esclusi i fattori confondenti”. Il dato è stato commentato anche da Nature, secondo il quale questi risultati potrebbero essere importanti per identificare gli specifici geni coinvolti nell’invecchiamento e quindi per sviluppare trattamenti per controllare l’invecchiamento e le malattie ad esso correlate. Le righe seguenti di Alberto offrono un contributo originale alla discussione.

“In base a quelle suggestive affermazioni che hai fatto su di un tuo recente incontro: ‘Ho conosciuto una persona di 99 che ogni mattina’ ... anch’io ho conosciuto tanti oldest old. Mi sono fatto un’idea che corrisponde un poco al termine inglese da te citato di ‘districare’... La grande vecchiaia è ascrivibile come già sappiamo a percentuali genetiche per ora valutate tra il 25-30 %, il resto è fatto di serenità, stili di vita, ambiente, ecc. e forse un poco anche dalla voglia di vivere a lungo e dal fato, dalla fortuna o da termini resi spesso con parole meno eleganti... I miei colloqui, le mie valutazioni cliniche (quindi il mio è un parere non scientifico, ma personale) non hanno portato ad interpretazioni univoche sulle modalità di vita di questi ultra longevi; certo la bassa comorbilità, l’assenza di alcune malattie croniche, hanno un valore dirimente sulla longevità, ma lo studio, la cultura e quindi, il tanto enfatizzato ruolo della ‘riserva cognitiva’, nelle mie valutazioni sembra avere un valore quasi ancillare. Piuttosto la sobrietà nelle scelte di vita, nell’alimentazione, nell’uso di sostanze potenzialmente tossiche (alcol e fumo in primis), nell’attività fisica, hanno un ruolo probabilmente dominante, ma mi hanno stupito in questi contatti personali, temi poco esplorati come la ‘freschezza’ di pensiero, la curiosità e la serenità nella vita e nell’analisi da loro elaborata dei vissuti e del passato, anche se doloroso. Certo avere delle ‘relazioni umane’ aperte, amicali, parentali e non..., aiuta, ma credo che comunque la longevità estrema abbia ancora delle connotazioni imperscrutabili, assolutamente individuali, questa è forse la bellezza della specie dei Sapiens Sapiens, che pur avendo una longevità potenziale probabile tra i 115-130 anni, lasciano ai singoli rappresentanti di questa specie, una meravigliosa quota di individualità come traccia tangibile delle tante specializzazioni della nostra specie umana... non siamo i più forti fisicamente, tra le specie che popolano la terra, ma siamo i più specializzati nel complesso meccanismo del vivere. Grazie per stimolare sempre profonde riflessioni sul nostro comune invecchiamento...”.

-Tiziano Vecchiato ha inviato una mail originale di [commento alla mia descrizione della signora di 99 anni](#).

“Ho letto queste considerazioni come possibilità di allargare la ricerca a territori inesplorati (o ritenuti di interesse etico, come la spiritualità, ma non oltre) mentre potrebbero essere approfonditi tra i ‘determinanti di outcome’ con metodologie ad hoc, evitando di calcolare il peso dei diversi fattori come farebbe la statistica materialistica. In cucina nessuno confonde il peso dei grammi del sale o del lievito con il loro indice di efficacia, ma senza sale e lievito cosa succederebbe? Qualche ricerca in questa direzione l’abbiamo fatta con inevitabili ‘zero considerazioni’ ma intriganti risultati. NB: Non mi interessa rivalutare lavori passati ma capire come mettere in discussione approcci che potranno essere ricondotti a eccessi di materialismo metodologico. Abbiamo altre possibilità per gestire la valutazione di outcome, oltre quello che sappiamo. Ci sono infatti potenzialità che potrebbero incoraggiare questa ricerca, in particolare sul tema ‘misure di outcome e complessità’ con ‘sapienti e cliniche composizioni dei fattori produttivi a disposizione’.

Uso volutamente il termine ‘fattori produttivi’ perché facilita il dialogo con il pensiero prevalente”.

-In questi giorni sono stati presentati i [dati di Alzheimer Europe sulla diffusione della malattia in Italia e negli altri paesi europei](#). Riporto quanto ha scritto il collega [Stefano Serenthà](#) sull’argomento. Ricordo che le valutazioni epidemiologiche sono sempre utili, anche se non devono dare l’impressione di condizioni imm modificabili e quindi diffondere pessimismo. Al contrario, meglio

si conoscono le condizioni che determinano l'aumento della prevalenza, meglio si chiariscono anche le determinanti dell'incidenza.

“Interessante e indicativo di una necessità di maggior attenzione.

Mi permetto solo di sottolineare che dalle tabelle presentate non emerge un aumento dell'incidenza delle demenze, ma semplicemente l'effetto dell'invecchiamento della popolazione: la percentuale di casi per fasce di età è in realtà in riduzione (primo timido effetto dei tentativi di prevenzione?, lo si vede molto bene nelle fasce dai 60 ai 70 anni): il drammatico aumento dei casi totali è in realtà collegato all'incremento numerico della fascia dei grandi anziani, visto che la demenza resta comunque una patologia che colpisce nella stragrande maggioranza questa popolazione (pur con incidenza minore di demenza, l'elevato numero di anziani ne fa salire il numero assoluto).

Il problema è quindi forse più vasto e non riguarda solo l'attenzione alla demenza, ma anche e soprattutto le politiche legate alla cura delle persone che invecchiano e dei loro caregiver”.

Grazie Stefano per questa visione ampia e strategica.

-In questi giorni ho visto la notizia che **il cardinale Zenari a 80 anni si è ritirato dalla funzione di nunzio apostolico** in Siria. Sono stato colpito da due sentimenti opposti: da una parte la constatazione che un ottantenne per quasi 20 anni ha svolto un ruolo centrale per gli equilibri della Siria, luogo dove la pace e la giustizia non erano e non sono di casa. Con la sua diplomazia silenziosa e determinata ha salvato molte vite e ha cercato di non abbandonare il popolo siriano nelle sue crisi, prima a causa di un dittatore sanguinario poi di un governo pseudodemocratico, che non rispetta le minoranze. L'altro sentimento: siamo sicuri che un ottantenne a causa dell'età non può continuare svolgere una funzione delicatissima, nella quale conta la generosità, la sensibilità politica, l'esperienza, la generosità umana? Senza sapere nulla della realtà, ritengo doveroso sostenere che in certe funzioni non dovrebbe esistere il pensionamento.

-Sono stato recentemente in visita ad una **RSA** collocata in una zona pedemontana. Gli ospiti -per quanto ho potuto constatare personalmente- sono **trattati con competenza e umanità, in un'atmosfera di rispetto della loro dignità e libertà**. Prima di partire sono stato informato, senza alcuna acrimonia, che il comune non provvede alla spalatura della neve dalla strada di accesso alla struttura e che i responsabili devono provvedere con un mezzo proprio. Ho avuto anche un'altra informazione: da un anno il sacerdote che provvedeva a celebrare settimanalmente una messa ha cessato di svolgere questa funzione, senza occuparsi di trovare una qualche soluzione. Un triste commento: per le autorità civili e religiose i “poveri vecchi” contano poco o nulla; fortunatamente, però, vi sono gli operatori della struttura, persone preparate e generose, che non scappano davanti alle difficoltà, in silenzio e senza retorica. Un'altra osservazione polemica: mi sbaglio o recentemente i vescovi hanno stilato un documento a favore delle “aree interne”: perché non incominciano loro ad essere coerenti?

-**Giovanna Ferrandes e Luigi Ferrannini** commentano i punti che, secondo un articolo pubblicato su *Avvenire* il giorno 29 gennaio, devono **caratterizzare la professione del medico**.

“Ci chiedi un commento alle tue parole sul ‘buon medico’ e la proposta ci ha innanzitutto suscitato domande. Perché questa richiesta, al di là della sempre piacevole condivisione tra noi? E' difficile, infatti, non concordare con le ‘regole’ che proponi, che arrivano dritte dritte ad ognuno (anche alla ormai obsoleta categoria dei ‘non medici’...), senza mezzi termini, quasi una sorta di autovalutazione dalla quale non puoi scappare. Eppure... è come ci fosse un pensiero sospeso, comunque qualcosa da svelare, scoprire di più. Il rischio – ad una lettura superficiale- è pensare che tutto (e sarebbe già molto) si riferisca all'individuo, al singolo professionista, alle proprie coscienze. Ma una lettura più attenta e riflessiva svela il mondo che c'è intorno, focalizza non tanto il singolo contesto, quanto la

realtà che viviamo collettivamente, nei suoi veloci cambiamenti, nelle contraddizioni, nella complessità. Immediatamente abbiamo pensato ai tanti professionisti, anche bravi e buoni che ad un certo punto del loro percorso professionale, se non persino ancora prima di iniziarlo, lasciano il lavoro pubblico, quando non l'Italia stessa, per ritrovare altrove un ruolo riconosciuto anche economicamente e una identità professionale più sicura, meno vacillante e sottoposta. La realtà è molto più complessa e variegata di quello che qui diciamo, ma quello che vogliamo sottolineare è il ruolo forte, imperioso, doveroso e soprattutto valorale che le istituzioni, le politiche sanitarie e assistenziali, dovrebbero costituire. Per permettere anche l'emergenza, individuale e collettiva, delle caratteristiche del 'buon' medico o quel che sia.

Non ci piace- sinceramente- usare l'aggettivo 'buono', inevitabilmente contrapposto al 'cattivo': le regole che proponi ci sembrano più un elenco di domande sulle scelte e le sfide che le professioni di aiuto impongono. Anche- anzi soprattutto- oggi, laddove spesso impera una cultura basata più sul guadagno ed il potere, scegliere una professione con un forte componente collettiva dovrebbe significare interrogarsi su sé stessi e sul proprio modo di essere nel mondo, nella collettività appunto.

Curiosi, siamo andati allora a leggere l'articolo di Marco Erba sull'*Avvenire*, che a sua volta aveva stimolato il tuo intervento. E ci siamo viepiù ritrovati. Un po' sorridendo, pensando all'età dell'autore che – nato nell'81, come dichiara - sente di appartenere ad una generazione che ha vissuto in un tempo in cui la professione definiva il ruolo sociale e la persona, pensando alla nostra generazione, che un po' di tempo prima aveva voluto, dopo la devastazione della guerra e soprattutto del regime fascista e dittatoriale, ritracciare il percorso dei valori e della dignità dell'essere cittadini liberi. Di scegliere e di sbagliare. Partendo – può sembrare banale ricordarlo - dalla Costituzione e dalle bellissime parole dell'art.4: ' La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società'.

Giustamente Erba richiama il lettore al ruolo del 'lavoro', al significato identitario come persona, prima ancora che come professionista. Come persona che vive nella collettività e per la collettività. I corsi di formazione, delle lauree, dei master, richiamano il 'lavoro' come valore nei loro percorsi? Richiamano le regole dalle quali siamo partiti per 'formare' – che termine! – i giovani medici, psicologi, infermieri, ecc.? Stimolano le scelte, gli interrogativi, le motivazioni al lavoro di cura? Aiutano a farsi delle domande sull'autoefficacia, sulla compassione, sulla generosità e gentilezza? E noi? Lo facciamo come testimoni ormai 'adulti' di percorsi e di cambiamenti?

Forse è giusto concludere lasciando sospese le domande, rifiutando la corsa a saper dare sempre delle risposte. Il dubbio fa resistere e dà speranza”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-**Mauro Colombo** con fedeltà continua ad inviare contributi di grande utilità per approfondire le nostre conoscenze in ambito psicogeriatrico.

“Non è mia abitudine replicare un argomento già appena discusso altrove §, ma quando si tratta di portare buone notizie può valerne la pena. Una ulteriore giustificazione può consistere nel fatto che avevo già inquadrato nel mirino l'articolo – a cura di Autori affiliati allo University College di Londra – intitolato '**Declino cognitivo prima e dopo la cessazione del fumo nella mezza età - tarda età: un'analisi longitudinale di studi di coorte prospettici da 12 Paesi**', pubblicato sul numero di settembre di *Lancet Healthy Longevity* [1].

La ricerca in questione trova una motivazione solida: benché il fumo rientri fra i 14 fattori di rischio per la demenza, inquadrato dalla apposita commissione Lancet fra gli agenti della età di mezzo, gli effetti cognitivi a lungo termine della cessazione del fumo, in particolare se si smette di fumare nella

fase intermedia o avanzata della vita, quando il fumo potrebbe aver già iniziato a influenzare l'invecchiamento cognitivo, sono meno chiari. In effetti, si riportano solo 2 ricerche su piccola scala (casistiche rispettivamente di 22 e 229 partecipanti, pubblicate nel 2011 e nel 2018 [2]) dove la cessazione del fumo, in età comprese fra 68 ed 88 anni, e fra 35 e 70 anni, ha comportato miglioramenti cognitivi a breve gittata (dopo 6 – 24 mesi). Va sottolineato che gli anziani soffrono le conseguenze più gravi del fumo sulla salute e sono meno propensi a tentare di smettere di fumare rispetto ai giovani.

Per chiarire il quesito di ricerca, sono stati raggruppati dati longitudinali sul declino cognitivo, provenienti da 3 studi di coorte che hanno raccolto informazioni su un totale di 9436 partecipanti, di età compresa fra 40 ed 89 anni, bilanciati per sesso. I 3 studi interessati sono stati il britannico 'English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)', quello statunitense sui pensionati del Michigan [Health and Retirement Study (HRS)], e di 12 nazioni europee [Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)], tra cui l'Italia.

Durante le varie scansioni della osservazione longitudinale, sono stati confrontati i due gruppi – di pari numerosità – che comprendevano chi aveva smesso di fumare con chi aveva proseguito. I domini cognitivi esaminati sono stati la memoria episodica e la fluidità verbale, che sono fondamentali per le funzioni quotidiane e mostrano un declino con la demenza, e sono rilevanti per la salute e il benessere. In ogni intervista, standardizzando i punteggi, la memoria è stata valutata utilizzando compiti di richiamo immediato e ritardato, e la fluidità verbale mediante il compito di denominazione degli animali. Nell'arco di 18 anni (2002 – 2020), il raffronto ha riguardato i 6 anni precedenti coi 6 seguenti rispetto al momento della (eventuale) cessazione del fumo – contrassegnato come 't0' -, la cui età mediana era 65 anni.

Sia per la memoria episodica che per la fluidità verbale, sono stati calcolati due parametri di interesse:

1: la differenza nel declino cognitivo a 6 anni tra i fumatori che smettono e quelli che continuano a fumare, in ciascuno dei due periodi prima (1a) e dopo t0 (1b)

2: la 'differenza nella differenza', calcolata sommando la differenza nel declino cognitivo a 6 anni tra i gruppi di fumatori prima di t0 alla differenza nel declino cognitivo a 6 anni tra i gruppi di fumatori dopo t0 [in pratica, la somma di 1a ed 1b (ndr)]

Alla rilevazione basale, i due gruppi (ex / persistenti – fumatori) sono risultati simili per vari aspetti, quali età (circa 58 anni), sesso, scolarità, consumo di alcol, pressione arteriosa, diagnosi di cancro, diabete, malattie cardiovascolari, e prestazioni cognitive; coloro che avevano cessato di fumare erano a livello di gruppo meno facoltosi e meno affetti da disturbi psichiatrici, pneumopatie od ictus. Nei fumatori di mezza età e anziani con traiettorie cognitive inizialmente simili, coloro che hanno smesso di fumare hanno avuto un declino cognitivo più lento dopo aver smesso di fumare rispetto agli individui corrispondenti che non hanno smesso di fumare, indipendentemente dall'età in cui hanno smesso. Le tracce disegnate nelle figure dell'articolo – liberamente accessibile in rete – sono eloquenti. Va precisato che le 'differenza nella differenza' relativa alla fluidità verbale non raggiunge la significatività statistica, nonostante il corrispondente parametro 1b lo faccia.

In discussione, gli Autori rimarcano come i principali punti di forza di questo studio sono il lungo periodo di follow-up, la fascia d'età, l'utilizzo di dati provenienti da studi sull'invecchiamento su larga scala e l'uso di abbinamento statistico delle casistiche. Il lungo periodo di osservazione ha consentito di raccogliere dati cognitivi sufficienti per suddividere la rilevazione in due periodi (prima e dopo la cessazione del fumo), consentendo di esaminare il declino cognitivo su un arco di tempo più lungo rispetto agli studi precedenti, che non includevano un periodo di pre-cessazione per stabilire le tendenze cognitive. L'ampio intervallo di età ha consentito di esaminare la cessazione del fumo in una fascia d'età particolarmente rilevante per gli sforzi di sanità pubblica. Ancora, l'utilizzo di dati provenienti da studi rappresentativi a livello nazionale migliora la generalizzabilità e consolida i

risultati ottenuti in precedenza con studi su piccola scala. Infine, rispetto ai metodi di osservazione standard, l'abbinamento rafforza le inferenze che possono essere tratte, garantendo che i gruppi di fumatori siano comparabili rispetto alle caratteristiche chiave.

Al contrario di uno degli studi sopra citati [2], in cui i punteggi cognitivi sono migliorati 6 mesi dopo la cessazione del fumo, in [1] non è stato osservato un miglioramento nelle prestazioni cognitive, ma piuttosto una riduzione del tasso di declino. Questa differenza è probabilmente attribuibile alla distribuzione dell'età più giovane nello studio precedente (età media 45 anni), dato che il declino della memoria e della fluidità generalmente inizia ad accelerare dai 60 ai 65 anni in poi, e all'intervallo di 2 anni tra le valutazioni cognitive nel presente studio, che potrebbe non avere rilevato il miglioramento nei punteggi cognitivi immediatamente dopo la cessazione del fumo. I risultati di [1] indicano che smettere di fumare può portare ad un 'risparmio' di 3 anni nell'invecchiamento cognitivo: il beneficio si intensifica nell'arco di 6 anni. Il paragone con le terapie farmacologiche per frenare il declino cognitivo nella malattia di Alzheimer torna favorevole.

Si ritiene che il fumo influisca sulla salute cognitiva a lungo termine attraverso i suoi effetti cardiovascolari; tuttavia, anche per gli adulti di età pari o superiore a 65 anni, l'eccesso di rischio per infarto del miocardio, ictus e morte cardiovascolare potrebbe ridursi 5 anni dopo aver smesso di fumare, il che suggerisce che i peggiori effetti cardiovascolari potrebbero essere parzialmente reversibili e fornire una spiegazione plausibile per i risultati.

In conclusione, tenendo conto che meno del 10% dei tentativi di smettere di fumare hanno successo dopo 1 anno, individuare nuove e convincenti ragioni che potrebbero motivare i fumatori più anziani a tentare di smettere è rilevante sia dal punto di vista clinico che per i messaggi di salute pubblica. Questa ricerca sostiene la pratica clinica e le iniziative di sanità pubblica che incoraggiano i fumatori anziani a smettere di fumare per attenuare il declino cognitivo e potenzialmente ritardare l'insorgenza della demenza.

§ l'articolo è stato commentato nelle 'pillole di scienza' diffuse dalla newsletter della Università del Piemonte Orientale, nel numero del 30 gennaio 2026".

[1] Bloomberg, M., Brown, J., Di Gessa, G., Bu, F., & Steptoe, A. (2025). Cognitive decline before and after mid-to-late-life smoking cessation: a longitudinal analysis of prospective cohort studies from 12 countries. *The Lancet. Healthy Longevity*, 6(9), 100753. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100753>

[2] Noé-Díaz, V., Salinas-Rivera, E., Cruz-Pérez, F., García-Gómez, L. A., Mandujano-Baeza, E., Ortiz-Moncada, G., ... Sansores, R. H. (2018). Changes on executive functions before and after quitting smoking: Pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(5), 452–456. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1405087>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Riceviamo da Margherita Camporese precise indicazioni sulle prossime attività AIP a livello nazionale e regionale.

-Il 13 febbraio si terrà a Roma il **Congresso Regionale di AIP Lazio**. Programma in allegato.

-Dal 19 al 21 febbraio 2026 a Torino si svolgerà la **8° edizione del Congresso Nazionale AIP Giovani**. Il programma è consultabile al link <https://www.psicogeriatria.it/evento/8-congresso-nazionale-giovani-aip/>. Per le iscrizioni scrivere alla segreteria organizzativa: segreteria@pelagusofficia.it

-Il 27 febbraio 2026 a Genova ci sarà il **Convegno Regionale di AIP Liguria** dal titolo "Non chiederci la parola". Programma e link per le iscrizioni sul nostro sito <https://www.psicogeriatria.it/evento/non-chiederci-la-parola/>

-Il **Congresso Nazionale AIP 2026** si terrà a Padova dal 26 al 28 marzo. Iscrizioni ed info all'indirizzo <https://congresso-aip.it/>

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 IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatra

**Segreteria Organizzativa:**

AEMC2 S.r.l.s. - Roma
Via Teodoro Valfrè 11, 00165 Roma
cell. +39 347 5245158 / 340 8914207
info@aemc2.com

Responsabile Scientifico

Prof. Franco Giubilei
Neurologo Osp. Sant'Andrea - Roma

Iscrizioni: è possibile effettuare l'iscrizione on-line, previa registrazione al seguente link: <https://www.aemc2provider.com/Account/Register>, inserendo tutti i dati richiesti e successivamente (scelte le proprie credenziali) accedere nuovamente al portale: <https://www.aemc2provider.com/Providers> ed effettuare l'accesso (con le credenziali precedentemente inserite) e selezionare il Congresso a cui iscriversi.

Accreditamento ECM: l'evento è stato accreditato nell'ambito del programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina. Ogni partecipante consegnerà i crediti assegnati all'Evento, previa la compilazione del questionario ECM, rispondendo correttamente ad almeno il 75% delle domande e alla partecipazione del 90% dell'attività formativa. Il mancato rispetto di tali requisiti non darà diritto ai crediti E.C.M.

Il corso prevede N. 7 crediti ECM per:

Medici Chirurghi: Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Medici di Medicina Generale (Medici di Famiglia), Medicina interna

Psicologo: Psicologia e Psicoterapia

Infermiere

Fisioterapista

Terapista occupazionale

Con il contributo non condizionante di:



CONGRESSO AIP Regione Lazio



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Roma, 13 Febbraio 2026

**Demenze:
come interpretare
il futuro?**

Hotel Belstay Roma Aurelia
via Bogliasco, 27

RAZIONALE

Negli ultimi anni, in conseguenza dell'aumento dell'aspettativa di vita media, si sta assistendo ad una crescita esponenziale di tutte le patologie croniche correlate all'età. Tra queste patologie, le demenze hanno un ruolo di primo piano in termini di prevalenza, arrivando a oltre il 7% della popolazione con più di 65 anni e il 35% nei soggetti ultraottantenni. In Italia, si stimano circa 1.100.000 persone con demenza e sono coinvolti nell'assistenza circa 3 milioni di familiari che vivono con loro. A questi vanno poi sommati circa 900.000 persone con un deficit cognitivo isolato (Mild Cognitive Impairment), che devono essere prese in carico per una prevenzione e per impostare una eventuale terapia farmacologica "disease modifying". Compromissione di tutti i domini cognitivi, ma anche disturbi comportamentali e del tono dell'umore rappresentano alcuni dei sintomi che caratterizzano le demenze e che comportano, nell'evoluzione della malattia, la progressiva impossibilità a svolgere autonomamente le attività del vivere quotidiano. Questa perdita di autonomie fa sì che la persona affetta da demenza necessiti nel suo percorso di una assistenza sempre più assidua e continuativa, flessibile alle mutate condizioni di bisogno, che si avvalga di risorse economiche e idonei supporti organizzativi sociosanitari. Fondamentale è quindi una continuità assistenziale che coinvolga tutte le strutture a partire dai medici di medicina generale per finire alla medicina ospedaliera e territoriale.

L'interesse clinico e scientifico è sempre più orientato allo sviluppo di tecniche mirate all'identificazione dei processi patogenetici alla base del deterioramento cognitivo e alla realizzazione di nuove strategie terapeutiche. Per tale motivo, la diagnosi biologica della demenza è diventata questione di primaria importanza sia in ambito di ricerca che clinico. L'imminente approvazione anche in Italia di farmaci eziopatogenetici per la cura della Malattia di Alzheimer ha stimolato un'ampia discussione per la creazione di un "framework" che riduca al minimo i ritardi diagnostici e offra le migliori opzioni terapeutiche a tutti i pazienti. Questo è possibile con l'individuazione di deficit cognitivi/comportamentali in una fase prodromica e con la possibilità di eseguire semplici e rapide indagini diagnostiche di primo livello. A questo riguardo lo sviluppo di biomarcatori ematici si sta rilevando uno strumento economico e di facile applicazione nella diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer.

L'inquadramento diagnostico precoce e corretto consente di fare valutazioni prognostiche e trattamenti farmacologici mirati, con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale dell'individuo. Un trattamento adeguato consente inoltre di ridurre i disturbi comportamentali che costituiscono la principale causa di stress per i caregivers e le famiglie. La comparsa di alterazioni comportamentali è spesso conseguenza di eventi scatenanti non legati direttamente alla patologia dementigena. Infezioni delle vie urinarie o di quelle respiratorie, inadeguata alimentazione o idratazione, patologie del sonno, traumi fisici o psichici sono gli eventi più frequenti. Il risultato di tali eventi finisce spesso con la richiesta di assistenza rivolta agli ospedali con probabile inappropriato ricovero in corsia. Riconoscere e trattare adeguatamente questi disturbi riduce la pressione sui caregiver e sui familiari e dà la possibilità di valutare e assistere a domicilio i pazienti.

Evidenze sempre più consistenti però ci indicano che la diagnosi biologica di malattia nelle demenze ad insorgenza tardiva, le cosiddette "late onset", non è affatto semplice. Con l'avanzare dell'età la contemporanea presenza di alterazioni metaboliche di altre proteine, oltre all'amiloide, e la presenza di disfunzioni cerebrovascolari, rendono la diagnosi biologica complessa, se non addirittura impossibile. È fondamentale quindi nel "late onset" caratterizzare clinicamente e radiologicamente i vari tipi di deterioramento cognitivo che non sono legati all'amiloide, come la Late, l'idrocefalo normoteso, la demenza vascolare o quella a Corpi di Lewy. Conoscere l'interazione tra queste patologie neurologiche è importante non solo nella prevenzione ma anche nel programmare un adeguato trattamento farmacologico individuale.

Durante il Convegno tutti i temi sopra riportati verranno trattati in maniera esaustiva, in accordo con le più recenti evidenze scientifiche, al fine di dimostrare come una diagnosi biologica precoce sia fondamentale ai fini del trattamento sia dei disturbi cognitivi che di quelli comportamentali. Conoscere l'interazione tra i vari tipi di demenza aiuta a prevenire e gestire al meglio il deterioramento cognitivo, con risvolti positivi sia per il paziente che il caregiver. Verranno infine toccati i temi relativi alla medicina territoriale al fine di rafforzare la continuità assistenziale, cruciale per il trattamento dei pazienti affetti da demenza.

PROGRAMMA SCIENTIFICO

9.00 **Introduzione al Congresso**
L. Bartorelli - F. Giubilei
Saluti del Presidente AIP
Prof. D. De Leo

LETTURA Presiede: F. Giubilei
9.30 **La terapia monoclonale tra speranze e delusioni**
A. Martorana

I SESSIONE - Le demenze: patogenesi tra presente e futuro
Moderatori: A. Martorana - A. Stefanini

10.00 **Caveat sull'uso e sull'interpretazione dei biomarcatori nei pazienti con iniziale declino cognitivo nell'epoca dei farmaci anti-amiloide** - C. Motta

10.20 **La complessa interazione tra cellule gliali e neuronali nella Malattia di Alzheimer**
M.G. Di Donna

10.40 **Le interazioni neurovascolari nel "late onset": dai meccanismi ai trattamenti** - F. Giubilei

11.00 **L'azione della colina sul sistema nervoso centrale** - C. Bauco

11.20 **Discussione**

11.30 **Coffee break**

II SESSIONE - La diagnosi differenziale nel "late onset": se non è Alzheimer che cos'è?
Moderatori: C. Bauco - G. Capobianco

12.00 **Idrocefalo normoteso, manifestazione dell'aging o di patologia? confronto tra neuroradiologo e neurologo**
G. Moltoni - L. Ziccardi

12.20 **LATE** - D. Colantuono

12.40 **Demenza a Corpi di Lewy**
D. Rinaldi

13.00 **Discussione**

13.20 - 14.20 **Lunch**

LETTURA Presiede: L. Bartorelli
14.20 **La psicogeriatra nell'assistenza all'anziano fragile** - M. Trabucchi

III SESSIONE - Gli interventi psicosociali nelle demenze
Moderatori: L. Bartorelli - P. Marin

14.50 **Case della comunità e demenza: opportunità o occasione mancata?** - C. Borriello
15.10 **Specificità dell'ADI** - M. Cozzolino
15.30 **Formazione caregiver** - S. Ragni
15.50 **Il ruolo dell'alimentazione**
S. Roncacci

16.10 **Discussione**

IV SESSIONE - I disturbi psicocomportamentali
Moderatori: A.R. Casini - F. Giubilei

16.20 **L'importanza del sonno nei disturbi cognitivi e comportamentali** - A. Romigi
16.40 **L'agitazione psicomotoria nel paziente con demenza: capire le cause per mirare il trattamento**
R. Ricciardi

17.00 **La depressione negli anziani fragili** - F. Nicoletti

17.20 **Discussione e Conclusioni**
F. Giubilei

17.30 - 18.00 **Questionario ECM**

IL BUON MEDICO? ECCO LE 12 REGOLE

Il dilemma posto dal titolo di un recente articolo di Marco Erba su *Avvenire* - "Essere un medico o fare il medico" - mi induce alcune considerazioni. Per comprendere la realtà dell'esercizio della medicina da parte di alcuni nostri concittadini è necessario partire dal senso della parola "cura" e da alcune dinamiche che la caratterizzano. La definizione del lavoro del medico deriva da queste condizioni irrinunciabili, quelle che ogni persona che voglia impegnarsi come medico non può dimenticare. Di seguito elenco alcuni degli atteggiamenti che il medico deve adottare senza incertezze, cercando nel corso della vita professionale di adattarvi progressivamente il proprio atteggiamento di cura.

- 1 - Fedeltà senza deroghe al paziente
- 2 - Impegno di studio senza soste, per essere sempre preparati ad affrontare le difficoltà e le crisi che il nostro lavoro impone
- 3 - Fiducia nel progresso scientifico: la certezza di saper curare permette di collaborare con le innovazioni senza senso di inferiorità. L'intelligenza artificiale è al nostro servizio: un controllo che, però, non ci concede pigrizie intellettuali
- 4 - Complessità come struttura fondamentale del nostro mondo, che cerchiamo di comprendere nelle sue dinamiche, senza ricorrere a semplificazioni che non permettono di compiere interventi realmente efficaci
- 5 - Impegno a ricercare sempre il modo migliore per curare, con prudenza, ma anche con coraggio. Le novità non ci fanno paura
- 6 - Ottimismo fondato sulla certezza delle nostre personali capacità di lavoro. Il "qui e ora" che dona speranza

7 - *Attenzione come caratteristica fondamentale del lavoro clinico e assistenziale. Un atteggiamento che permette di comprendere i bisogni dell'altro e che, allo stesso tempo, stimola i sensi di chi presta le cure (il ben noto rapporto tra generosità e vantaggi personali)*

8 - *Ci occupiamo del mondo che ci circonda, consci che la cura si sviluppa all'interno di ambienti organizzati.*

Riteniamo, quindi, doveroso dedicare attenzione anche dell'organizzazione dei servizi, comprese le relative problematiche economiche

9 - *Ci occupiamo dei caregivers, le persone che oggi rendono possibile la nostra organizzazione sociale; senza questi "santi laici" le nostre comunità non potrebbero sopravvivere*

10 - *Consideriamo un dovere primario la formazione dei colleghi e delle colleghe più giovani e riteniamo che il lavoro di équipe permetta uno scambio di informazioni molto utile per il nostro personale miglioramento professionale*

11 - *Riteniamo doveroso porre al centro del lavoro clinico la difesa e la valorizzazione degli operatori dei servizi, colleghe e colleghi spesso non adeguatamente valorizzati per il loro impegno negli ospedali, nelle Rsa, nei servizi del territorio. In questi giorni di festa inviamo loro un rispettoso augurio per il 2026*

12 - *Collochiamo i poveri di salute, di cultura, di capacità di adattamento alle difficoltà della vita al centro del lavoro medico e del nostro ruolo come cittadini. Riteniamo che un mondo senza fratellanza sia invivibile per tutti.*

Un insieme di caratteristiche che vengono prima di qualsiasi definizione e delineano un profilo vitale del medico.