

Newsletter AIP – 26 giugno 2026

n. 25/2026

Amiche, amici

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Lancet e l'immigrazione
- Prodi, il pensionamento, l'attività fisica
- Il caldo e gli anziani: le nostre responsabilità immediate e la disattenzione verso la prevenzione dell'inquinamento
- “Comprare senza comprare”
- Il premio Nobel Duflo e la solitudine delle donne anziane in India
- La triste saga delle case di comunità
- La bellissima omelia in occasione dell'inaugurazione dei lavori di restauro della Fondazione Teresina Giroldi Forcella di Pontevico
- “I feel the same as I did 50 years ago” (mi sono impegnato a non commentare Trump...!)

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo (seconda parte)
- NEJM: convergenza tra sindrome di Down e Malattia di Alzheimer
- JAGS: la gestione del conflitto tra sicurezza e autonomia nelle RSA
- Lancet: Ebola e le vulnerabilità umane

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La nostra scuola estiva

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-La **copertina di Lancet** del 20 giugno non ha bisogno di commento: **“Il problema non è se le politiche dell'immigrazione avranno successo, ma se la politica ha la forza di implementarle”**. Un messaggio che può essere avvicinato a quello dato la settimana scorsa da Papa Leone a Sant'Angelo Lodigiano, dove è sepolta Madre Cabrini, la santa che ha dedicato la vita ad assistere gli emigranti italiani in USA. L'immigrazione ha bisogno di protezione, di programmi precisi e realizzabili, di interventi umanitari, il primo dei quali è il lavoro. Pensiamo all'enorme problema della grave scarsità di operatori socio-sanitari dediti agli anziani e alla mancanza di una risposta a livello nazionale

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)01240-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)01240-7/fulltext)]

-Ho organizzato in questi giorni una **lezione del professor Prodi**, alla quale hanno partecipato numerose colleghe e colleghi, molto interessati. Prodi ha concluso la sua lettura con un invito a considerare **il pensionamento come uno degli aspetti più delicati del nostro tempo**, sia per le

conseguenze psicologiche sull'invecchiamento dei singoli sia per gli equilibri sociali ed economici delle comunità. Forse non dedichiamo adeguate riflessioni a questa tematica, mentre come società scientifica, l'AIP, dovremmo fare del pensionamento un aspetto centrale della nostra elaborazione culturale e clinica. In ogni modo il professor Prodi, il giorno prima della lezione, aveva scalato l'Amiata in bicicletta!

-**In questi giorni di caldo** senza tregua tutti **abbiamo il dovere di preoccuparci della condizione di salute delle persone che vivono attorno a noi**, sia in ambito sanitario, sia nella vita di tutti i giorni. Dovere concreto e immediato, al quale però dobbiamo associare il dovere altrettanto importante di favorire i cambiamenti dello stile di vita per ridurre l'inquinamento provocato dai nostri comportamenti. Il direttore dell'OMS per l'Europa ha dichiarato: "La nostra regione sta vivendo il riscaldamento più rapido del mondo. Lo stress da calore può aggravare patologie preesistenti, aumentare il rischio di incidenti e di trasmissione di alcune malattie infettive". Mi auguro che il problema particolarmente grave delle persone anziane possa essere di stimolo per una diffusa presa in carico delle tematiche collegate al caldo.

[<https://www.avvenire.it/attualita/il-caldo-estremo-emergenza-sanitaria-parchi-e-musei-diventano-rifugi-climatici> 110067]

-**"Comprare senza comprare: il boom dei dopamine sites"**. È un fenomeno che si sta sviluppando in Corea del Sud per cui all'atto (l'acquisto effettivo) si sostituisce il processo (un semplice clic). La simulazione digitale sostituisce la realtà. L'esempio più discusso è il sito FoodneverComes; come riportato da *Avvenire* del 24 giugno, simula fedelmente l'esperienza reale. Gli utenti sfogliano l'elenco dei ristoranti con tanto di valutazione in stelle e di stima dei tempi di consegna, aggiungono i piatti al carrello e dopo aver cliccato su "ordina" guardano un corriere animato percorrere una mappa in tempo reale, fino al momento del pagamento che non viene effettuato, anche se compaiono messaggi indicanti le calorie e il denaro che si sarebbero risparmiati. Il tutto è fondato teoricamente sull'attivazione del sistema dopaminergico; la dopamina viene rilasciata in previsione di una ricompensa, non necessariamente però al preciso momento in cui tale ricompensa si concretizza. Il meccanismo si può sperimentare anche per il fumo di sigaretta, l'abuso di alcohol. Ovviamente la notizia deve essere seriamente controllata, esaminandone i possibili effetti negativi e non solo quelli apparentemente positivi, cioè la riduzione del numero di atti compulsivi (acquisti, cibo, sigarette, ecc.). Vi è il rischio che la persona accentui la sua dipendenza da situazioni virtuali; non si deve, peraltro, escludere che nuovi studi approfonditi possano portare anche ad un uso clinico-riabilitativo dei "dopamine sites". Ma dove va il libero arbitrio? La coscienza di controllare le proprie scelte in qualsiasi circostanza?

[<https://www.avvenire.it/mondo/in-corea-del-sud-spopolano-i-dopamine-sites-quando-il-virtuale-rimpiazza-il-reale> 110042]

-La risposta del Premio Nobel **Ester Duflo** alla domanda dell'intervistatore su *La Stampa* del 22 giugno merita attenzione, perché descrive problematiche che assomigliano a quelle che affrontiamo oggi in Italia: **"In India c'è una nuova categoria di persone che vive da sola: gli anziani**, in particolare donne **che non possono accedere alla pensione perché si dà per scontato che vengano mantenute dai figli**; il governo prevede questo. Con la transizione demografica le coppie hanno meno figli, che spesso da adulti vanno ad abitare lontano, poi il marito muore prima della moglie e così sempre più anziane vivono per conto loro. Nessuno aveva pensato che fosse un problema perché il mito della famiglia indiana è quello del grande clan nel quale ci si prende cura dei genitori. Ci siamo resi conto che invece ci sono tante persone sole, che spesso non parlano con nessuno per settimane e che sono straordinariamente vulnerabili: hanno una mobilità ridotta, e non hanno più

le capacità cognitive per comprendere quali sono i loro diritti. La vulnerabilità è anche psichica: sono persone che si sentono molto tristi, il cui declino fisico e cognitivo è molto più rapido rispetto a chi, con un reddito simile, vive in coppia o in famiglia. Come prima cosa abbiamo deciso di convincere il governo a concedere loro una pensione, ma ci hanno detto che non sono idonee, perché magari hanno un figlio da qualche parte e quindi a mantenerle dovrebbero essere le famiglie". Il dibattito descritto dal premio Nobel non è diverso da quello in atto in Italia, che diverrà sempre più pesante. Chi aiuterà gli anziani senza figli anche nel nostro paese, di fronte al contemporaneo trend della forte diminuzione del valore delle pensioni? Sono problematiche enormi, che vanno affrontate con lucidità, ma senza trarre conclusioni affrettate. Giocano un ruolo la crisi della famiglia, la riduzione delle nascite, l'aumento dei vecchi e dei grandi vecchi, la fine del welfare che risolve tutti i problemi e la conseguente riduzione del valore delle pensioni, il pensionamento e la possibilità di continuare a lavorare: sarà possibile trovare una sintesi in questo mare tempestoso?

-Alla fine del mese dovrebbero essere pronte tutte le case di comunità finanziate con i fondi del PNRR. Un investimento enorme, per aver costruito praticamente dei poliambulatori, che spesso si trovavano già in sedi adeguate. Pensiamo a come i due miliardi investiti per costruire le ipotetiche 1350 strutture sarebbero stati utili per predisporre piani edilizi a favore di anziani, lavoratori immigrati, giovani coppie. La situazione attuale è conseguenza della cialtroneria dei programmatori che non avevano considerato il ruolo centrale dei medici di famiglia e le resistenze di un sistema che non ha subito più manutenzioni dal 1978 (quasi 50 anni). A subire le conseguenze del fallimento sono soprattutto gli anziani, che avrebbero potuto essere assistiti al meglio nelle loro case, evitando inutili e spesso faticosissimi passaggi attraverso il pronto soccorso degli ospedali e l'eventuale inutile ricovero

-Allego l'omelia pronunciata dal vescovo mons. Carlo Mazza all'inaugurazione dei lavori di restauro della Casa di Riposo "Fondazione Teresina Giroldi Forcella di Pontevecchio". Nel ringraziare chi ha pensato alla nostra newsletter per la pubblicazione, desidero sottolineare l'importanza dei contenuti di questo testo, attento alla varietà delle dinamiche che caratterizzano l'evoluzione del mondo delle persone anziane.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Di seguito **la seconda parte del prezioso contributo di Mauro Colombo**

"Questo 'angolo' riprende il discorso sull'articolo di JAMA Psychiatry sulla demenza nei casi di schizofrenia grave [1], a partire dai risultati relativi agli aspetti neurobiologici, arrivando poi alla discussione ed alle conclusioni.

Nessun partecipante alla coorte di pazienti schizofrenici presentava varianti patogene nei geni mendeliani della demenza; la frequenza dell'allele APOE4 era significativamente inferiore nei SETRS (14,4%) rispetto all'AD (33,6 %) o LBD (24,7 %). Nessuno dei partecipanti allo studio SETRS ha ricevuto una diagnosi di malattia di Parkinson o ha richiesto farmaci antiparkinsoniani, esclusi gli anticolinergici assunti per prevenire gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici. Anche il confronto con la demenza frontotemporale (FTD) non ha avuto successo: sebbene assomigli molto alla SETRS per età di insorgenza e schema di deficit cognitivi, FTD è in genere fatale entro circa 8 anni dalla diagnosi, mentre i partecipanti al SETRS presentavano un deficit cognitivo da decenni (durata media, 24,5 anni). Infine, rispetto a quelli con demenza vascolare, la coorte SETRS presentava tassi sostanzialmente inferiori di patologie cardiometaboliche, come ictus, ipertensione, diabete, obesità o iperlipidemia. Addirittura, sorprendentemente, sia pure senza raggiungere la significatività statistica, i partecipanti senza fattori di rischio cardiometabolico hanno ottenuto risultati leggermente peggiori rispetto a quelli con 2 o più fattori di rischio (punteggi MoCA, 8,88 vs 10,43; P

= 0,09). Nel loro insieme, questi risultati clinici, cognitivi e genetici stabiliscono che la demenza SETRS è fenotipicamente e geneticamente distinta dai disturbi neurodegenerativi noti.

La risposta diagnostica molecolare eccezionalmente bassa – in riferimento alla demenza (*ndr*) - e i tassi relativamente elevati di livello di istruzione depongono fortemente contro l'ipotesi che la disabilità intellettiva pre-morbosa o il ritardo dello sviluppo (DI/DD) siano la spiegazione del profondo deficit cognitivo osservato nello studio SETRS.

Sia il coinvolgimento autentico che la grave compromissione evidenziati nel compito di disegnare l'orologio indicano che i deficit cognitivi riflettono una compromissione effettiva piuttosto che una mancata cooperazione, in linea con le precedenti ricerche sull'argomento.

Sebbene tutti gli individui della coorte abbiano ricevuto antipsicotici, limitando la capacità di escludere completamente gli effetti dei farmaci o la causalità inversa, le analisi di regressione multipla hanno mostrato che né la dose di antipsicotici né il carico anticolinergico predicavano in modo significativo le prestazioni cognitive: l'esposizione agli antipsicotici spiegava solo l'1,9% della varianza del punteggio MoCA.

Sempre alla analisi di regressione multipla, l'unico fattore significativamente collegato col punteggio MoCA è risultato essere la durata della ospedalizzazione, sia pure con una bassa stima di effetto, coincidente con un calo di 2 punti MoCA per decade di istituzionalizzazione. Un raffronto significativo al riguardo vale per i malati schizofrenici trattenuti in ospedali psichiatrici giudiziari per 30 anni consecutivi, che presentano un andamento di declino cognitivo sovrapponibile a quello dei corrispettivi affetti dalla medesima patologia, ma vissuta in comunità. Perciò, che la durata della ospedalizzazione esprima una conseguenza della severità della malattia, piuttosto che una causa del deterioramento cognitivo, lo si può desumere anche dalla esperienza del Giappone: in questo paese, che presenta i più alti tassi al mondo di ospedalizzazione – non riservata ai casi di gravità estrema – i pazienti schizofrenici ricoverati per più di 25 anni conservano una discreta cognitività, espressa da un punteggio medio di Mini Mental State Examination = 25,8 / 30.

La discussione di [1] apre ponendo due domande legate tra di loro: In primo luogo, se la demenza SETRS non è causata da malattie neurodegenerative concomitanti, effetti del trattamento o disabilità intellettiva preesistente, quali sono le origini di questo profondo deterioramento cognitivo? In secondo luogo, qual è l'associazione tra la demenza SETRS e la demenza che si manifesta negli individui con schizofrenia che sono in grado di vivere nella comunità e sono quindi meno gravemente colpiti? La natura trasversale dello studio non può rispondere ai quesiti, ma si può supporre che la demenza in SETRS riflette la fase tardiva di un decorso di declino cognitivo che dura tutta la vita e che rappresenta una versione più grave di quanto documentato in alcuni individui con schizofrenia che vivono nella comunità. Ricerche precedenti suggeriscono che negli individui che hanno sviluppato forme più tipiche di schizofrenia, il declino cognitivo ha preceduto l'esordio della psicosi di oltre 10 anni ed è proseguito seguendo la stessa traiettoria lieve, con un calo più marcato dopo decenni di malattia. Nessun declino di questo tipo è stato osservato negli individui con depressione persistente o ritardo dello sviluppo. Viceversa, nei soggetti affetti da disturbi dell'umore con caratteristiche psicotiche sono stati osservati declini più lievi, il che suggerisce che il deterioramento cognitivo potrebbe essere un segno premonitore di una futura psicosi [3].

Ciò non significa che tutte le persone affette da schizofrenia sviluppino demenza, ma piuttosto che coloro che mostrano un declino cognitivo potrebbero appartenere a un sottogruppo distinto. In effetti, altri studiosi hanno identificato 3 possibili distinte traiettorie cognitive per pazienti ospedalizzati in regime di acuzie per schizofrenia: 1/4 con intelletto intatto; 1/4 con cognitività compromessa ma stabile a motivo di basso quoziente intellettivo pre-morboso; 1/2 che vanno incontro ad un declino severo.

Di tale declino il principale responsabile si situerebbe a livello genetico, come sostenuto anche dai risultati di [1], i cui pazienti SETRS ospitano il più alto carico di varianti rare nei geni di rischio per la

schizofrenia segnalati fino ad oggi. Numerose meta-analisi non hanno rilevato un declino cognitivo nei primi anni di malattia, che manterrebbe una stabilità per circa 8 anni: il deterioramento cognitivo rilevante apparirebbe dopo 10 – 20 anni, oppure dopo una età-soglia di circa 40 – 50 anni, oppure ancora solo in un sottogruppo di pazienti.

A livello neuropatologico, vengono invocati vari possibili meccanismi, come l'eccessiva potatura sinaptica, lo stress ossidativo, le anomalie dei microtubuli, la disfunzione mitocondriale, l'eccitotossicità glutamatergica, le anomalie della sostanza bianca e la neuroinfiammazione.

La ricaduta pratica più importante di [1], a mio avviso, consiste nella possibilità – a partire dalla conferma che la demenza nella schizofrenia grave deriva dal processo patologico stesso - che questo lavoro riduca le diagnosi errate: gli individui con schizofrenia vengono etichettati come AD a un tasso 20 volte superiore rispetto alla popolazione generale [2].”

[1] Pathak, U. S., Mehralizade, A., Goldberg, T. E., & Zoghbi, A. W. (2026). Dementia in Severe Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 83(6), 590–600.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0171>

[2] Stroup, T. S., Olfson, M., Huang, C., Wall, M. M., Goldberg, T., Devanand, D. P., & Gerhard, T. (2021). Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 78(6), 632–641.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0042>

[3] Loughland, C. M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Sheedy, J., & Harris, A. W. (2007). RBANS neuropsychological profiles within schizophrenia samples recruited from non-clinical settings. *Schizophrenia research*, 89(1-3), 232–242. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.08.022>

-*New England Journal of Medicine* del 18 giugno **affronta il tema del rapporto tra malattia di Alzheimer e sindrome di Down**, argomento di grande interesse clinico e speculativo. Il testo del lavoro si conclude così: “La ricerca sulla trisomia 21 ha avuto un ruolo critico importante nella comprensione della genetica umana, nello sviluppo del sistema nervoso e nella neurodegenerazione. Per questi motivi è un dovere sia scientifico che etico includere soggetti con la sindrome di Down nei trial clinici dell’Alzheimer, allo scopo di produrre significativi miglioramenti delle cure. Le persone affette da sindrome di Down hanno il diritto di essere inclusi in questi studi, in particolare nella valutazione degli effetti terapeutici dei farmaci disease-modifying. Ci auguriamo che questa indicazione venga rispettata sia nella sua dimensione scientifica sia in quella clinica (anche se con indiscutibili basi generiche, la malattia potrà essere controllata attraverso interventi farmacologici che agiscono sulle lesioni neuronali).

Colgo l’occasione per ricordare che in questi giorni ricorre il centenario della nascita di Jerome Lejeune, il grande studioso che ha scoperto le origini genetiche della sindrome di Down.

[<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2602106>]

-*Journal of American Geriatric Society* del 25 aprile **presenta una revisione di 14 studi che discutono il delicato rapporto all’interno delle residenze per anziani tra libertà e sicurezza**. I risultati sono stati classificati in 5 categorie: innovazione, compromesso tra i valori, advocacy, team discussion, ed educazione. L’analisi della revisione non permette di trarre conclusioni definitive; è però importante sottolineare che le dinamiche tra libertà e sicurezza sono al centro dell’attenzione di chi vuole migliorare la qualità delle cure nelle residenze per anziani.

[<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11560720/>]

-*Lancet* del 6 giugno affronta **il problema sempre più preoccupante della diffusione di Ebola**, con questa frase di copertina: “Ebola ancora una volta ha messo in luce i sistematici fallimenti e le vulnerabilità causate dall’uomo che permettono ad una minaccia biologica di trasformarsi in una

crisi più ampia". Le notizie, infatti, che giungono dall'Africa sono sempre più preoccupanti, anche perché le strutture locali sembrano inadeguate ad affrontare le crisi provocate dal virus. Inoltre, in questo momento così delicato si è inserito il drastico taglio dei programmi USA di supporto alla sanità dei paesi africani, voluto da Trump senza che vi fosse alcuna giustificazione ad un gesto gravissimo, improvviso e immotivato.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Margherita Camporese ha inviato alcune righe di commento alla scuola estiva AIP che si è tenuta a Portici la settimana scorsa. Con dispiacere non ho potuto partecipare ad un evento di grande importanza per il futuro dell'AIP fondato sulle nuove leve di giovani studiosi.

"Si è conclusa la Summer School di AIP, un'esperienza che ha visto protagonisti giovani professionisti chiamati a confrontarsi con esperti di diverse discipline in un clima di dialogo e condivisione. Quattro giornate intense di studio, confronto e crescita professionale arricchite da momenti culturali speciali, come le visite al Museo Nazionale Ferroviario di Pietrarsa e al Parco Archeologico di Ercolano. Perché il futuro della psicogeriatría passa dalla formazione, dalla multidisciplinarietà e dalla capacità di costruire nuove competenze per affrontare la complessità dell'invecchiamento. Grazie a tutti i partecipanti, ai docenti e agli organizzatori che hanno contribuito al successo di questa edizione"

Grazie a Lei, dottoressa Margherita per il suo lavoro così qualificato a favore della nostra AIP.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto cordiale e un ringraziamento alle molte amiche e amici che in questi giorni mi hanno espresso pensieri beneauguranti

Buon lavoro

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

PONTEVICO

Inaugurazione dei lavori di restauro della Casa di Riposo “Fondazione Teresina Giroldi Forcella”

(Sabato, 6 giugno 2026: 2Tm 4,1-8; Sal 70 (71); Mc 12,38-44)

Premessa

Sono molto lieto di porgere deferenti saluti e doverosi ringraziamenti al Signor Arciprete Abate, Mons. **Federico Pellegrini** e al Signor Presidente della **Fondazione “Teresina Giroldi Forcella”**, dr. **Cesare Ferrari**. E subito rivolgo vivi complimenti a tutti coloro che hanno voluto e realizzato il restauro della **Casa di Riposo!**

Restaurare e innovare: per i “vecchi” del terzo millennio

Por mano ad un’impresa del genere, esige avere chiara comprensione per **chi**, per **che cosa** e **come** si restaura e si innova. E’ indubbio che al centro dell’evento sta la **persona** degli anziani, cioè i **vecchi** del **terzo millennio**. Mi pare di capire che oggi per **restaurare** in modo corretto si debba tener conto della **condizione anziana** del **presente** con lo sguardo rivolto al **futuro**. Essa presenta molteplici varietà di situazioni individuali e di servizi per nulla di semplice soddisfazione.

Perciò viene da osservare che risponda ad un’**iniziativa corale** per la quale occorre **visione**, **decisione**, **consenso**, **denaro**...e **fatica** non comune. In realtà è come frutto di un impegno che sa coinvolgere l’interesse di tutti, come un’opera che riguarda tutti. E’ in gioco un’autentica prova di cittadinanza.

Così per **innovare** richiede la **compresenza** di esperti specialisti rispetto alla competenza, alla professionalità, alla capacità di prospettiva, alla creatività di proposte, alla sicurezza secondo le norme vigenti, all’adeguamento riguardo alle nuove tecnologie, all’approntamento di ambienti appropriati che siano all’avanguardia della medicina geriatrica, della psicologia dell’anziano, del suo desiderio di vita.

Considerando la **complessità** di queste novità interconnesse, l’intera **Comunità** è chiamata ad un protagonismo che ha il sapore di un coinvolgimento spirituale, morale e materiale. Perciò vale bene l’invocazione della grazia di Dio attraverso la **Celebrazione** della Santa Eucaristia e la solenne **Benedizione** dei lavori. Perciò mi sento davvero onorato di essere qui con voi soprattutto per due scopi: **pregare** e **benedire**, due gesti che declinano propriamente la missione di un Vescovo emerito.

La Casa di Riposo: rimuovere il senso dell’“abbandono” e ridare piena “dignità” ai vecchi

In realtà sono stato invitato, in particolare, a benedire i lavori di restauro della **Casa di Riposo** che, per altro, reca una pregiata **testimonianza di una storia** di valore umano e cristiano di straordinaria grandezza di mente e di cuore. D’altra parte un restauro significa tante cose: a partire da una **necessità** strumentale fino alla restituzione di una **dignità** che si è man mano dimessa.

Basta un gesto d’amore - si potrebbe dire, germinato da un malcelato **“senso di abbandono”** che intende rimediare la dimenticanza dei vecchi - come **risarcimento** in virtù di un soprassalto di

solidarietà collettiva che riemerge dalla consapevolezza dello scandaloso sperpero causato dalla società del benessere.

Comunque sia, mentre consideravo la circostanza dell'inaugurazione dei restauri, mi sono soffermato a ripassare un po' le vicende storiche del come si è giunti a immaginare una "casa" per i vecchi, perché nulla accade a caso. Già qui si tratta di una "casa", dunque non solo di un "ospizio", come si usava nel tardo ottocento e nella prima metà del secolo scorso, e non solo di una soluzione di carattere "sanitario", anche se l'aspetto di assistenza sanitaria non può mancare data la variegata fragilità dei vecchi.

Dunque si tratta, appunto, di una "Casa" abilitata, anche da un punto di vista architettonico e ambientale, idonea ad essere **luogo di affetti, di relazioni, di memorie, di cure, di intrattenimento**, cioè di una "casa bella", piacevole, rassicurante, come un luogo di **varia umanità**, immaginato ad accogliere e ospitare dei **vecchi** signori e delle **vecchie** signore, ormai nella fase conclusiva della vita. E' una "casa", dotata di un "giardino" che simbolicamente genera la vista di una possibile "vita bella".

D'altra parte, condividere l'**anzianità** appare una grazia, nella fondata speranza che sia bene accolta, come un **approdo** sicuro in un mare infinito di vicende personali, famigliari, sovente segnate da penose malattie fisiche e mentali e da angoscianti **solitudini** che intristiscono l'anima e il cuore. Il quadro in realtà non appare sempre felice.

Perciò il **gesto di benedizione** del restauro della **Casa di Riposo** apporta certamente pensieri di **soddisfazione** e parole di **compiacimento** verso coloro che, con sapienza, coraggio e avvedutezza, hanno investito risorse umane e finanziarie per rendere amabili e funzionali ambienti di vita tesi ad alleviare pesantezze, sostenere bisogni, accompagnare disabilità secondo **criteri innovativi** miranti a rendere più accogliente una convivenza perché sia dignitosa, piacevole e rassicurante.

La "**Benedizione**" invocata significa chiamare in causa Dio stesso perché la Casa sia davvero **luogo** in cui Dio **manifesta** forza, bellezza, benevolenza del suo amore per l'uomo mediante l'opera dell'uomo a beneficio dell'uomo e qui dell'"**uomo vecchio**".

La Casa di Riposo è lo specchio del Paese

E dunque vale bene richiamare che un **Paese** che sa **apprezzare la dignità** delle persone anziane, rivela un'attitudine virtuosa che **riconosce** il carico esistenziale che sopportano, **ricorda** il loro contributo al bene comune, **trasmette** alle generazioni valori morali e civili di cui sono testimoni, **conferma** il livello di una civiltà umanistica e solidale che costituisce un vanto intoccabile del Paese stesso.

Di fatto la **Casa di Riposo** è lo **specchio del Paese** in quanto in essa si riversano cumoli patrimoniali di aspetti dirimenti la sua stessa tenuta civile e religiosa. Qui si avverte se si crede nella sua tradizione, se ne custodisce le valenze valoriali e se aggiorna un lascito che attua un compito che viene da lontano. E' il caso della **vostra** Casa di Riposo che non appare dal nulla, ma tramette volontà benefiche ed esperienze consolidate.

In tal senso la **Casa di Riposo** in quanto tale **non corrisponde** soltanto alla sensibilità intrisa di compassione e di doverosa pietà, pure valori altamente promettenti, ma **manifesta** la **parte**

migliore della **Comunità**, generativa di una precisa e imprescindibile **visione** della vita, parte integrante dell'**identità** e della **storia** dell'intera compagine umana che abita da secoli questo Paese.

Qui la **Comunità** assume un valore emblematico, un luogo di elaborazione sociale, culturale, educativa, in funzione di una rilevanza pubblica che si chiama "**cura**" dei cittadini, capace di intercettare bisogni molteplici, superando la dominante "**assistenziale-sanitaria**" che tende a ghettizzare i soggetti in uno stile "**compassionevole**" di accompagnamento verso un destino fatalistico.

Dunque, in tale prospettiva, la **Casa di Riposo** assume ulteriori e preziosi **significati**. Non si dimentichi che essa diventa luogo di riferimento per una vera "**educazione**" sociale della Comunità, scuola di **appartenenza** ai destini di tutti gli abitanti del Paese, lezione permanente di allenamento alla **disciplina** familiare, fonte di **saggezza** per le giovani generazioni in tempi di veloce trasformazione, prova di autentica **riconoscenza** verso coloro che hanno faticato, sudato e sofferto prima di noi.

Si tratta di inventare creativamente **forme** di **condivisone sociale** aperta dove viene privilegiata la "**persona**" nella sua condizione di esistenza secondo dignità, cura, interessi soggettivi, bisogni affettivi, culturali, giocosi e di svago. Sarà una "**Casa**" del **futuro** che si adegua alla prospettiva di una **vitalità** che permane attiva, secondo gli **standard di acculturazione** attuale dei "vecchi".

Mi pare che questo indirizzo sia ben definito da una semplice ma precisa convinzione espressa da **Rita Levi Montalcini** (1909-2012), premio Nobel per la medicina (1986): "*Non ho mai dato importanza agli anni che passano, perché la vecchiaia non esiste se mantieni vivi i tuoi interessi. Il corpo faccia pure quello che vuole, io non sono il corpo, io sono la mente*". Con le eventuali attenuanti di questa dichiarazione, appare tuttavia molto significativa nella sua lucidità e attualità.

L'anzianità: tempo dei bisogni, degli affetti, del limite

Allora in questa circostanza inaugurale dei restauri della Casa di Riposo, viene bene parlare di **età anziana**, di vecchiaia, senza veli declamatori, a volte anche stucchevoli, con coraggio e vivo senso della realtà. Di fatto è diffusa la narrazione che induce linguaggi poco realistici. Converrà parlarne in modo riflesso a partire da costatazioni oggettive, in quanto l'età anziana giunge per tutti, se le vicende personali sono promettenti di futuro vivibile, e non sempre purtroppo nelle forme idilliache.

In **primo luogo** perché qui si tratta di riconoscere un **impegno**, messo generosamente in atto da **Dirigenti** responsabili e da maestranze avvedute, che riguarda il benessere di generazioni che hanno segnato la vita del Paese, sviluppando intelligenze e capacità operative, costituendo famiglie e legami parentali, testimoniando con sacrificio e dedizione le proprie responsabilità civili e religiose.

Inoltre va onorata e valorizzata la dedizione di tutti coloro che si prestano in lavori di **volontariato** con intenti di dono di sé, di impegno in modo coerente e con **dedizione ammirevole** a questa visione. In realtà la presenza dei Volontari cambia il volto di una Casa di Riposo e sprigionano esemplarità e stili di servizio encomiabile e meritano ogni plauso da parte di una Comunità sensibile e consapevole.

In **secondo luogo** perché è doveroso rendersi conto di **cosa significhi** in effetti l'età anziana: il **tempo dei bisogni**. In effetti, se l'anzianità è la stagione del declino, non c'è dubbio che sia l'età della vita

in cui **si ha bisogno** di tutto, anzi si può dire che è l'età nella quale, perdendo malauguratamente l'autonomia e la libertà, si **dipende** in ogni cosa.

E si badi che questo condizionamento si mostra come l'**affanno** più insidioso e più umiliante, perché consiste di entrare, secondo l'umana e comune considerazione, in un **tempo più di ombra che di luce**, più della debolezza che della forza, più del bisogno di aiuto che dell'autonomia. Di qui nasce quella forma del **sentire melanconico** che tende alla disillusione e al disincanto piuttosto che alla liberalizzazione dei sentimenti, più teso al **disorientamento** che alla chiarezza di un progetto esistenziale.

Si cercano affetti, si rincorrono legami pregressi, si contano incontri e si misura il tempo nella sua **brevità**. Pure in un contesto diverso mi piace richiamare una **testimonianza** di uno scrittore dal calibro di **Cesare Pavese** (1908-1950) che scrive: *“Non si ricordano i giorni, si ricordano gli attimi. E quegli attimi che ci sembrano piccoli e insignificanti spesso sono quelli che ci cambiano la vita, lasciando dentro una nostalgia che non passa mai”* (C. Pavese, *Il mestiere di vivere*, 1952).

In tale contesto appaiono i sentimenti più sottili e forse i più ingombranti, quelli che definiscono l'atmosfera della vecchiaia.

1. Anzitutto la **nostalgia**. Essa compare come il **sentimento dominante** che nella vecchiaia trascina in sé una dolente condizione di un irrimediabile passato, con tinte oscure di **lungo rimpianto**. Come un velo leggero **si dissolve alla brezza** del presente creando una forma di assenza di sé come sprofondati nei trascorsi di un **tempo abitato** da sensazioni, da emozioni ormai sbiadite eppure pulsanti nel cuore.

Di qui la vecchiaia si presenta nel senso di un **ritorno indietro nel tempo** che scopre e sa valorizzare persino i suoi **“attimi”** fuggenti che costringono a ritrovare il **“limite”** insuperabile di sé stessi. La **nostalgia** scava nei sedimenti del cuore, ne fa gustare i momenti di gioia, con la consapevolezza tuttavia che permangono nella loro **vanità**, appunto nel loro limite. Ma il **limite**, sapendo che è intrinseco alle cose create e alla persona umana, nasconde una nuova possibilità, non una negazione della vita.

A commento viene da richiamare un prezioso insegnamento di papa Leone XIV che, riferendosi nella recente enciclica *Magnifica Humanitas* (15 maggio 2026) al pensiero emergente del trans-umanesimo, del post-umanesimo, dell'accelerazionismo, scrive: *“Tutto ciò che appare come “limite” – incapacità, malattia, vecchiaia, sofferenza, vulnerabilità – tende ad essere letto anzitutto come difetto da correggere, più che un luogo in cui l'umano matura e si apre alla relazione. Invece dobbiamo ricordare che l'umano non fiorisce malgrado il limite, ma spesso attraverso il limite”* (n. 118).

Dunque anche l'anzianità va letta come un **tempo di dignità** e di **compimento** di un progetto di vita che è stato dato. D'altra parte, argomenta il Pontefice: *“E' proprio nel nostro essere limitati che trovano spazio la compassione, la sincera inquietudine di fronte ai bisogni degli altri, la generosità che sorprende anche in mezzo all'oscurità e al fallimento”* (n. 119).

2. In secondo luogo la **tenerezza** degli affetti. Nel vecchio si acuisce la stretta del cuore, il senso della perdita delle relazioni, dell'inconsistenza della vita, di trascinarsi in un'attesa senza confini. Si scopre in modo inconsueto il **bisogno di vicinanza**, di abbracciare là dove pulsa la vita, di condividere un sorriso. Nuove sensibilità si fanno più urgenti.

La **tenerezza** non si esaurisce in una sdolcinatura di sentimenti, ma in un apprezzamento del **contatto** che si attua “**da cuore a cuore**”, come una dolce **carezza**, con la finezza di una sensibilità dell’anima, il rispetto dell’altro, la condivisione di esperienze di umanità, l’effusione di ammirazione e stima, il trabocchevole sentire in comunione di spirito, l’ascolto profondo di mali nascosti e di sofferenze mai dette.

Di qui si intuisce che **tema arduo** è da sempre l’anzianità, non privo di ambivalenze e di retoriche consolatorie. D’altra parte un tempo i nostri vecchi erano persone rispettate, bene accudite, servite a dovere. Erano i **saggi del cortile** e del paese. Oggi non è più così. E si deve aggiungere che, se si sta bene e con una pensione, ci si può barcamenare alla meglio, se non si hanno denari e spazi adeguati, protetti, e servizi al bisogno, si è costretti, appunto, a chiedere ospitalità nelle RSA del territorio.

L’anzianità: tempo finale dell’avventura della vita

Cos’è dunque il **tempo proprio della vecchiaia**? Senza scomodare letterati e pensatori illustri dell’antichità o della contemporaneità, mi limito a considerare la **precarietà** della condizione di solitudine, di malinconia, di dipendenza attraverso l’esperienza di ogni giorno dei vecchi stessi e di coloro che li assistono nelle Case di Riposo (RSA) o in famiglia.

Infatti **vivere** da vecchi o con i vecchi costa fatica e, a volte, con l’aggiunta di profili deprimenti e drammatici. Passano i giorni e ti ritrovi solo e mal sopportato, forse anche svillaneggiato perché parzialmente demente, per nulla attrattivo, sporco. Così **avverti di essere una persona di scarto**: non conti nulla, non produci nulla, sei fuori dal giro. E questa consapevolezza assume **aspetti inquietanti** che appena trovano un rimedio quando si chiede ai **nonni o nonne un servizio** di supporto in situazioni di bisogno e in forma di sorvegliante nel custodire i bimbi, nipoti e pronipoti.

Eppure, a ben vedere, **non dovrebbe essere così**. Taluni esperti, e una certa moda commerciale (*consumismo*), presentano il vecchio come un **galante signore** che gioca a rincorrere i giovani (*giovanilismo*), in palestra, nei trattenimenti di società, nell’estetica, nello sport e via dicendo. Si dà un ruolo improprio o anche inopportuno, tanto da sfiorare il **ridicolo** perché ogni stonatura rivela ciò che non si è.

E allora, che fare? **Fare semplicemente i “vecchi”**! Non è un caso che sia necessario **fare i conti con le stagioni** della vita, accogliere l’età dei “*capelli bianchi*” con serenità e buon senso. In realtà sarebbe opportuno **imparare l’invecchiamento** senza tragedie e lamentazioni, con ilare rassegnazione, con sapiente compassione, con garbata autoironia, con leggero umorismo.

Custode delle memorie, prossimo al disincanto, l’**anziano** chiede altro al “*Caregiver*”, individuale e familiare. In verità, lo spirito originario della **Fondatrice** di questa Casa di Riposo, la nobile **Teresina Giroldi Forcella**, ricordata oggi nel **122° anniversario della morte** (29 maggio 1904), indica la strada che si concretizza in tre verbi: “**accogliere, curare, accompagnare con dignità e attenzione cristiana le persone anziane e fragili**” (cfr dr. Cesare Ferrari, *Lettera*, 19 maggio 2026).

Credo che queste **direttive** siano irrinunciabili anche **oggi**. Si tratta di coniugare in **unità** armonica le tre indicazioni programmatiche e riformulare un **codice etico** dinamico e aperto alle nuove esigenze che sia adeguato nelle scelte e nei comportamenti coerentemente con i valori e principi propri della tradizione cattolica in favore degli anziani, oltre ogni eventuale sbavatura di tenore secolaristico o, peggio, di stampo laicista.

L'anzianità: tempo dell'incontro con Dio

In realtà se una *“lunga vita è desiderabile”* (cfr M.F. Lacan, *Vecchiaia*, Dizionario di Teologia Biblica, 2012, Genova-Milano), il suo **declino** può suscitare qualche perplessità e preoccupazioni di tenuta dignitosa. Già **Giobbe**, il sapiente dell'antico Israele, commentava che la vita dell'uomo è *“breve di giorni e sazio di inquietudine, fugge come l'ombra e mai si ferma”* (Gb 14,1). Perciò la tradizione biblica guarda la vecchiaia attraverso un occhio disinibito, realistico, comunque sempre ispirato da uno stile sapienziale.

Al riguardo basta ricordare il **Salmo 92/91** che, sviluppando *“la dottrina tradizionale dei saggi”* (cfr BdG, *Nota* al Salmo) volge lo sguardo sui vecchi esprimendosi in termini positivi come un delizioso incoraggiamento alla vita attiva: *“Nella vecchiaia daranno ancora frutti, / saranno vegeti e rigogliosi, / per annunciare quanto è retto il Signore, / mia roccia: in lui non c'è malvagità”* (v.15). E ancora **Giobbe**, per altro, esalta l'anzianità e dice: *“Nei canuti sta la saggezza/ e in chi ha vita lunga la prudenza”* (cfr Gb 12,12) perché testimoniano una diuturna esperienza nella **relazione con Dio** e una profonda **conoscenza** della concretezza della vita.

Quindi si esaltano le **“virtù”** proprie dell'anzianità. Ormai liberi dalla viscosità della vita e delle sue contraddizioni, possono privilegiare atteggiamenti non lamentosi e non competitivi, ma caratterizzati da mite operatività, da solida prudenza, da luminosa saggezza, da sicura contentezza di sé, ma soprattutto da una tranquilla **attesa** del Signore, perché, e non va dimenticato, la vecchiaia corrisponde ad un tempo propizio di **preghiera** fiduciosa e di **contemplazione** dell'abbraccio del Signore.

D'altra parte non di dimentichi che l'anziano non è immune da mentalità *“laiche”* e non porti in sé delle distanze da Dio o da un certo rifiuto delle pratiche spirituali. Soffre anche lui dei mali del mondo e del peccato, come gelosie, invidie, maldicenze, passioni, strettezze mentali, paure, doppiezze morali, rimorsi e pregiudizi, taccagnerie, opposizioni al nuovo, fatalismo...E dunque **ha bisogno** di **accompagnamento** delicato e rispettoso, di perdono, di purificazione, di aprirsi nella libertà alla misericordia di Dio.

La Casa di Riposo come luogo pacificante e sosta riconciliata

Di fronte all'anzianità val bene esercitarsi nella pazienza, nel rispetto e nella mitezza di cuore. Come è noto, l'anzianità si presenta come **il tempo riassuntivo** della vita. Durante i giorni anziani si coglie la cifra dell'**attesa**, di quel che verrà, tra letizia e tormento, tra memorie e disillusioni. Perciò nella **Casa di Riposo** si rivela tutta la **vicenda identitaria** della persona anziana che si può sintetizzare nella parola simbolica come di una **“banca vivente”** nella quale si racchiude un patrimonio insondabile di sapienza, di esperienza, di cultura, ma anche di fallimenti e di tante incomprensioni dolorose, cioè realisticamente la **storia** di un uomo, unico e irripetibile.

In realtà non si tratta dunque solo di **accudire** un vecchio in un ambiente dignitoso, ma di custodirne l'**eredità**, che rappresenta un tesoro in frammenti, come un cibo dovizioso i cui **avanzi** sono fecondi, secondo il comando del Signore dopo il segno della moltiplicazione dei pani: **“Raccogliete i pezzi avanzati, perché nulla vada disperso”** (Gv 6,12). Da questo punto di vista la Casa di Riposo può diventare una sosta prolungata dove ci si riconcilia con se stessi e con il mondo in una determinazione di pacificazione.

E qui, in conclusione, vale bene aggiungere e ripetere, perché la Casa di Riposo sia davvero “**restaurata**”, necessita che sia ancor più un luogo prezioso e fecondo dove la **Comunità** si ritrova protagonista e capace di **cultura** della “**restituzione**”, che si mostri appassionata dei suoi “**vecchi**”, partecipe della loro vita, quasi fosse un prolungamento di sé. Per questo auspicio, la **Benedizione** si rivela essere una “**grazia**” e un “**compito**”.

La Parola del Signore: luce della vita e speranza del futuro

Le due **Lecture della liturgia** ci offrono un accompagnamento illuminante i giorni della vita e lo sguardo sulla fine. San Paolo a Timoteo scrive una lettera testamentale nella quale fa il **bilancio** della sua vita e nel contempo suggerisce di vigilare contro ideologie “religiose” perverse, di tenere sotto ascolto la **Parola** che orienta la vita, in attesa di ricevere la “**corona**” di gloria promessa dal Signore.

Gesù nel vangelo invita i discepoli a non lasciarsi vincere da atteggiamenti exterioristici nel praticare la sequela del vangelo. E’ necessaria la vigilanza contro le insidie della mondanità e la seduzione di una morale fatta su misura delle abitudini. Di qui Gesù sferza il rischio di accomodarsi a scelte mediocri, accontentandosi del “**superfluo**” come misura del dono. Esempio appare la vedova del vangelo che ha dato “**tutto**” quello che aveva.

+ Carlo Mazza, vescovo emerito di Fidenza

Newsletter AIP – 19 giugno 2026

n. 24/2026

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Trump ancora contro gli homeless
- NYT: in USA ritorna il morbillo
- Medici pensionati che non collocano in pensione la loro generosità
- L'invecchiamento delle badanti
- Govoni: un esempio di educazione sanitaria sui farmaci per le demenze

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- Jags: deprescribing e sostituzione
- Jags: decidere la cura in condizioni di estrema incertezza
- Journal of Nutrition*: l'efficacia di interventi multidominio nell'anziano
- ACER e il ruolo di una piattaforma computerizzata per la stimolazione cognitiva

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Scuola estiva AIP Portici
- XVIII congresso AIP sezione triveneto

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Trump ha deciso di sospendere i fondi all'agenzia per gli homeless di Los Angeles. Sono uno dei principali problemi sociali della città; ma Trump ha deciso di punire la California, perché non è tra gli Stati "amici" e quindi a nulla sono valsi i tentativi di fargli comprendere (!!! che parola difficile!) la gravità della condizione umana di molti abitanti della città. In particolare sono stati soppressi i programmi per fornire una casa ai senza tetto, perché Trump vorrebbe che prima si trovassero un lavoro. È davvero impressionante l'incapacità del governo USA di capire le dinamiche sociali: non hanno mai studiato seriamente e sono ignoranti in senso tecnico, prima ancora che insapienti sul piano civile.

-Negli USA sta tornando il morbillo, suscitando grande apprensione negli ambienti sanitari. **Il NYT** del 2 giugno **riporta che negli ospedali americani si incontrano sempre più frequentemente malattie altamente pericolose, che fino ad ora erano tenute sotto controllo attraverso le vaccinazioni**, tra i quali la pertosse e infezioni batteriche che causano polmoniti o meningiti. Inoltre è stato osservato un rilevante aumento del morbillo. Questa evoluzione negativa è attribuita alla crisi di fiducia nei vaccini iniziata durante la pandemia e ulteriormente potenziata dall'atteggiamento ambiguo del ministro Kennedy. L'associazione dei pediatri teme che il fenomeno tenda ad aggravarsi; sostiene anche che particolare attenzione dovrà essere data alla formazione

dei pediatri più giovani, formati nell'era dei vaccini, che non conoscono le modalità per affrontare malattie per loro nuove.

[https://www.nytimes.com/2026/06/02/well/children-vaccines-illnesses.html?campaign_id=190&emc=edit_ufn_20260611&instance_id=176996&nl=from-the-times®i_id=66945815&segment_id=221351&user_id=bf55db151c13566969c624c25d15958e]

-Riporto la **presentazione di un 'importante esperienza di Trento, ma che so essere replicata anche in altre città, sull'organizzazione da parte di medici pensionati di luoghi di ascolto per le persone fragili** (ammalati cronici, poveri, soli, ecc.). È un esempio di come il pensionamento non deve essere per i medici la fine della vita professionale, ma l'inizio di nuovo coinvolgimento intellettuale e pratico a favore delle persone meno fortunate. Inoltre, è una ben nota "terapia" per rallentare il proprio personale invecchiamento!

"Spazi di Salute" è un servizio promosso dall'APSP Margherita Grazioli all'interno delle attività di Casa Melograno, nato per offrire alle persone adulte e anziane uno spazio gratuito di ascolto, orientamento e promozione della propria salute.

L'esperienza nasce dall'osservazione di alcuni bisogni sempre più presenti nel territorio. Tra questi, emerge con forza la necessità di trovare spazi di ascolto immediati, nei quali la persona possa sentirsi accolta e confrontarsi rispetto alla propria salute. Il canale di accesso sanitario rappresenta spesso un accesso facilitante anche per affrontare aspetti relazionali, emotivi e sociali che spesso rimangono inespressi, ma che attraverso questi momenti riescono ad emergere ed essere presi in carico.

Il servizio si articola in due attività principali: momenti di monitoraggio dei parametri sanitari — come pressione arteriosa, peso e glicemia — gestiti da infermieri e colloqui individuali con medici. I professionisti coinvolti sono medici e infermieri in pensione che hanno deciso di mettere a disposizione la loro competenza per le persone fragili del territorio in maniera gratuita e proattiva. L'incontro con gli infermieri, attraverso la rilevazione dei parametri, è un momento dedicato all'ascolto e al monitoraggio della propria salute, dove, attraverso la conoscenza che si alimenta periodicamente, si crea un rapporto di fiducia e confronto sulla gestione quotidiana di piccoli aspetti riguardanti la salute.

I momenti di confronto con i medici non hanno finalità diagnostiche o terapeutiche, ma vogliono offrire alla persona un'occasione per fermarsi, fare il punto sulla propria salute, chiarire dubbi rispetto a referti e ricevere informazioni e orientamento rispetto ai propri bisogni sanitari e non.

In 2 mesi e mezzo di attività, gli incontri di monitoraggio hanno coinvolto mediamente una ventina di persone per appuntamento, mentre i colloqui individuali realizzati sono stati circa venti. Le richieste portate dalle persone hanno riguardato soprattutto il bisogno di comprendere meglio la propria situazione sanitaria e chiarire dubbi rispetto ai propri referti, ricevere sostegno e orientamento riguardo indicazioni pratiche e quotidiane utili al proprio benessere.

L'obiettivo del servizio è promuovere un approccio alla salute che valorizzi la persona anche in età avanzata, andando oltre una visione centrata esclusivamente sulla malattia o sulla fragilità. Nei colloqui emerge frequentemente il bisogno di essere accompagnati a rileggere la propria situazione in modo più positivo e concreto, individuando possibilità di azione, attenzioni quotidiane e risorse ancora presenti.

Anche nei casi caratterizzati da criticità importanti, il lavoro svolto cerca di sostenere piccoli elementi di attivazione personale: un consiglio pratico, un orientamento corretto, la ripresa di un'attività, oppure semplicemente la possibilità di sentirsi ascoltati e riconosciuti.

All'interno di questo percorso, Casa Melograno svolge una funzione fondamentale di accoglienza, segreteria e accompagnamento relazionale. Il servizio si integra infatti con le attività di ascolto e

orientamento già presenti nella struttura, facilitando l'accesso delle persone e sostenendo la continuità della relazione anche oltre il singolo incontro sanitario.

Attualmente "Spazi di Salute" è reso possibile grazie alla presenza volontaria di due infermieri e tre medici pensionati, che mettono a disposizione competenze professionali ed esperienza umana per costruire occasioni di prossimità e prevenzione accessibili alla comunità. Le attività di monitoraggio sono state avviate anche grazie al sostegno della Banca per il Trentino-Alto Adige, che ha contribuito all'acquisto della strumentazione sanitaria necessaria al servizio.

"Spazi di Salute" rappresenta così un'esperienza di promozione della salute basata sull'incontro, sull'ascolto e sulla costruzione di relazioni di fiducia, nella convinzione che anche piccoli momenti di attenzione possano contribuire al benessere della persona e alla qualità della vita nella comunità."

-La stampa (Sole 24 Ore, 8 maggio) ha recentemente riferito di un'indagine condotta tra le **badanti italiane**, dalla quale **è emerso un fenomeno** che potrebbe sembrare ovvio ma che, invece, è molto, **molto preoccupante: il progressivo invecchiamento delle persone che lavorano per supportare la vita delle persone non autosufficienti**. Assindatcolf sostiene che per coprire il fabbisogno familiare di cura e assistenza nel 2029 serviranno almeno 2 milioni e duecento mila colf e badanti. Inoltre, sostiene che il numero delle badanti donne con più di 65 anni continua ad aumentare, con il rischio che debbano abbandonare il lavoro, senza un reale possibilità di sostituzione. È significativo il titolo dato al paper che presenta i dati: "Indispensabili ma sottovalutati: il fabbisogno di lavoratori domestici stranieri nell'Italia che invecchia". In questa prospettiva lo scenario che ci troveremo davanti nei prossimi anni può essere così riassunto schematicamente: 1. Invecchiamento progressivo e veloce della popolazione; 2. Rarefazione dell'assistenza fornita da famigliari (crisi della famiglia in termini quantitativi e riduzione del senso di generosità); 3. Rallentamento della crescita di posti nelle residenze per anziani e aumento dei relativi costi, nonché crisi del numero degli operatori; 4. Aumento del bisogno di forme di assistenza retribuita a casa da parte di personale straniero; 5. Invecchiamento delle persone disponibili per l'assistenza (badanti, ma anche di caregiver famigliari); 6. Città sempre meno ospitali, dimentiche della salute dei vecchi e della qualità della loro vita (la solitudine è un moltiplicatore di malattie, di disabilità e quindi anche di costi); 7. Disinteresse della politica (regolazione dei flussi di ingresso di lavoratori stranieri in linea con il bisogno, adeguamento dei finanziamenti al sistema di welfare, tassazione mirata al finanziamento della non autosufficienza, assenza di programmi di formazione veloci ed efficaci per gli operatori dell'assistenza); 8. Esigenza di interventi di politica fiscale verso i pensionati che scelgono di impegnarsi nei servizi di welfare anche in età avanzata; 9. Mancata coscienza che la crisi del welfare familiare porrà in gravissima crisi il sistema di welfare pubblico, senza che oggi si intravedano indicazioni che possano essere fonte di speranza per il futuro. 10. Gli anziani sempre più frequentemente si rendono conto di un futuro di difficoltà per le loro vite. È uno scenario davvero preoccupante; anche l'assistenza in ambito sanitario sarà gravemente limitata e danneggiata dalla crisi del welfare; i sistemi sono infatti strettamente interconnessi.

[<https://www.ilsole24ore.com/art/il-cortocircuito-dell-invecchiamento-ora-anche-colf-e-badanti-sono-anziani-nel-2029-ne-serviranno-22-milioni-AlxH3AuC>]

-Allego **Il link del webinar presentato dal professor Stefano Govoni dedicato ai caregiver**, nell'ambito del progetto 100 Caffè Alzheimer della Fondazione Maratona Alzheimer. **L'argomento dei farmaci per le demenze è di grande interesse per chi vive vicino alle persone ammalate**. Infatti, il webinar ha avuto un ampio successo di partecipanti, segnale del desiderio di essere informati su argomenti che riguardano la vita quotidiana vicino ad un ammalato. Purtroppo, infatti, le strutture sanitarie e di assistenza non dedicano sufficiente attenzione ai caregiver, che hanno il diritto di conoscere le dinamiche generali che si riflettono sulla vita delle persone affette da demenza e quindi

-primariamente- su chi dedica loro il proprio tempo e la propria generosità. Il primo diritto di cittadinanza è quello di essere informati concretamente sul proprio futuro come singoli e come comunità

<https://us06web.zoom.us/rec/share/X5Hqtzwz1bp2NGvFu284czkt7O3LNi3i504R4QTzUJdHa7gTs6E3bVYBIA R4GT51G.WpE0lt3FqWvR3YL5?startTime=1781103170000>

Codice d'accesso: F*\$1%GQm

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Di seguito **il contributo di Mauro Colombo**. Mi sembra doveroso far sapere a chi ci segue con attenzione che Mauro questa settimana ha inviato due diversi pezzi, per coprire le newsletter non solo del 19, ma anche del 26 giugno, perché nel frattempo ha un piacevole impegno familiare. Mi permetto di avvicinare lo stile del volontariato culturale di Mauro a quello di tante persone generose che dedicano il loro tempo ad altre forme di volontariato più operativo ma di altrettanta grandissima importanza per gli equilibri delle nostre comunità. Ci sentiamo partecipi, noi impegnati nella stesura di questa newsletter, di una stessa scelta di servizio per i nostri concittadini meno fortunati. “Se il rimando non fosse troppo elevato, se non addirittura irriparabile, la parabola del padrone di casa capace di trarre dal suo tesoro ‘cose nuove e cose antiche’ (Mt 13, 52) si confarebbe ad un articolo pubblicato a giugno 2026 su *JAMA Psychiatry*, intitolato “Demenza nella schizofrenia severa”, ad opera di studiosi affiliati ad istituzioni texane o newyorkesi [1]. Le ‘cose antiche’ mi riportano alle mie prime letture psicogeriatriche, che mi hanno subito mostrato il fascino di questa materia, agli esordi della scuola di specializzazione in Geriatria e Gerontologia dell’università di Pavia, a partire da numeri di circa 45 anni fa di ‘Acta Gerontologica’, dove tra l’altro era presente il ricordo storico di come la schizofrenia venisse denominata ‘demenza precoce’ dal grande psichiatra e psicologo tedesco Emil Kraepelin, vissuta a cavallo tra '800 e '900. Trovo significativo che il nome di Kraepelin ricorra più volte nella bibliografia di [1]. Le ‘cose nuove’ si riferiscono alla stimolante relazione del professor Andrea De Bartolomeis – ordinario di psichiatria all’Università Federico II di Napoli – al 26° congresso nazionale AIP, a Padova, il venerdì 27 marzo, dedicata alla gestione dei farmaci antipsicotici sul crinale tra schizofrenia ed invecchiamento; purtroppo di tale coinvolgente presentazione non sono disponibili le diapositive sul sito AIP.

L’inizio di [1] è particolarmente incisivo: “Prima dei 65 anni, gli individui affetti da schizofrenia hanno una probabilità da 4 a 20 volte maggiore di sviluppare demenza rispetto alla popolazione generale, e fino al 70% degli individui con questo disturbo svilupperà demenza entro gli 80 anni.” [2] E subito dopo “Tuttavia, se la demenza nella schizofrenia derivi dal disturbo stesso o da fattori secondari rimane oggetto di dibattito. Sono state proposte molteplici spiegazioni, dalla ridotta riserva cognitiva a disturbi neurodegenerativi in comorbidità, malattie cardiovascolari, uso prolungato di antipsicotici, scarsa motivazione, istituzionalizzazione cronica e persino pratiche di fatturazione o codifica, ma le prove a sostegno di ciascuna di queste spiegazioni sono, nella migliore delle ipotesi, contrastanti.” Studi necroscopici condotti già nel corso dell’ultima decade del secolo scorso non hanno riscontrato segni di patologia alzheimeriana, nonostante una indagine compiuta nel 2021 sull’archivio di dati Medicare abbia rilevato una prevalenza 20 volte maggiore di diagnosi di malattia di Alzheimer (AD) tra gli individui di 66 anni con schizofrenia. Ancora, “sebbene i fattori di rischio cardiovascolare siano associati al deterioramento cognitivo nella schizofrenia, il controllo di questi fattori non modifica la prevalenza apparente della demenza. Gli studi sull’effetto dei farmaci antipsicotici sulla cognizione sono stati ancora più ambigui, dimostrando l’assenza di effetti, effetti deleteri o benefici neuroprotettivi.”

Di fronte a così tante incertezze, alimentate anche dalla natura trasversale o dalla scarsa prospettiva temporale longitudinale, e dalla limitazione nella ampiezza dei parametri esaminati, in letteratura, gli Autori di [1] si sono chiesti se la demenza severa costituisca una entità nosografica distinta.

Con questo obiettivo, gli Autori di [1] hanno esteso retrospettivamente una indagine avviata negli anni '90 – 2000, su una casistica peculiare di 155 individui affetti da schizofrenia grave, estremamente resistente al trattamento (SETRS), ricoverati in ospedali dello Stato di New York da più di 20 anni, aggiungendo sequenziamento dell'intero genoma, interviste cliniche e con informatori, ed il Montreal Cognitive Assessment (MoCA). La etichetta SETRS (severe, extremely treatment-resistant schizophrenia) richiedeva almeno 5 anni consecutivi di ricovero ospedaliero a causa dei sintomi primari della schizofrenia, diagnosticata secondo i criteri del Manuale Diagnostico Statistico – 5 versione (DSM-5). Il MoCA è stato scelto per la sua capacità di valutare le funzioni esecutive, la fluidità verbale e il ragionamento astratto, ambiti noti per essere compromessi nella schizofrenia e fortemente correlati con le valutazioni specifiche per la schizofrenia. A questo test cognitivo veniva aggiunta la 'Scala di valutazione clinica della demenza' (CDR), che è già stata precedentemente utilizzata nella schizofrenia grave. I risultati di questo studio di coorte sono stati quindi confrontati con ampie basi di dati [dallo studio "NACC" ("National Alzheimer Coordinating Center")] relativi alla malattia di Alzheimer (5103 pazienti con AD), alla demenza frontotemporale (554 con FTD), alla demenza a corpi di Lewy (248 con LBD) e alla demenza vascolare (170 con VD), oltre a 17.097 soggetti di controllo.

Le età di tutti questi gruppi di persone erano in media da 1 a 2 dozzine di anni superiore a quella dei pazienti SETRS (media $59,3 \pm 10,3$ anni). Un ulteriore paragone era riferito a 122 pazienti con schizofrenia viventi al domicilio.

Nella coorte dei 155 soggetti (36,1 % femmine), quasi tutti (153 / 155) totalizzavano un punteggio sotto alla soglia MoCA di 26 / 30 per il deterioramento cognitivo lieve, e quasi metà (73 / 155) sotto alla soglia 10 / 30 per la demenza severa. L'età dei pazienti non sembrava influire sui punteggi MoCA; tuttavia, gli individui con SETRS hanno avuto un esordio della demenza significativamente più precoce rispetto ai partecipanti con altre forme di demenza dello studio NACC. Infatti, la coorte SETRS presentava livelli di compromissione paragonabili a quelli di individui istituzionalizzati con malattia di Alzheimer che erano molto più anziani.

A livello di singoli item, il profilo MoCA dei soggetti SETRS differiva da quello dei soggetti con AD e FTD, ma era parallelo a quello dei 122 individui con schizofrenia che vivevano in comunità: il coefficiente di correlazione di Pearson voce contro voce [qui molto elevato: addirittura $r = 0,86$ ($P < .001$)] era in questo confronto più forte di quello osservato sia nella FTD ($r = 0,74$; $P = 0,006$) che nella AD ($r = 0,53$; $P = 0,07$). Questo risultato suggerisce che i profili cognitivi nei SETRS sono una versione più estrema dello stesso schema di deficit cognitivi osservato nella schizofrenia meno grave.

I confronti per le singole voci MoCA tra le varie patologie indagate sono stati illustrati elegantemente a colori in [1] tramite grafici a colonne e rappresentazioni 'a mappe di calore', in figure che occupano quasi l'intera pagina. Vi viene mostrato come gli individui con i punteggi più alti nel test STARS presentavano una compromissione sproporzionata nella creazione di percorsi e nella copia di cubi, indicando deficit precoci nelle funzioni esecutive e visuospatiali. I deficit di attenzione (ad esempio, memoria di cifre, test di digitazione) hanno inoltre distinto la SETRS da altre forme di demenza, in particolare tra gli individui più gravemente compromessi. È interessante notare che sia la SETRS che la FTD differivano dall'AD mostrando modelli simili di grave compromissione precoce della fluidità e dell'astrazione. In linea con studi precedenti, l'AD produce una maggiore compromissione del richiamo differito rispetto alla FTD o alla SETRS. Al contrario, la capacità di denominazione e l'orientamento alle informazioni apprese reiteratamente (ad esempio, il nome dell'ospedale dove hanno risieduto per decenni) sono stati tra gli ultimi domini preservati nella demenza SETRS in fase avanzata.

Un'altra 'perla' grafica presente in [1] è data dalla riproduzione di 12 test di disegni dell'orologio – con la classica istruzione di indicare le '11 e 10' sul quadrante – scelti a caso, e presentati in ordine

crescente di punteggio MoCA (da 2 a 16) nei pazienti SETRS: le alterazioni illustrate sono a mio avviso particolarmente impressionanti.

I risultati del CDR hanno confermato una grave compromissione cognitiva e funzionale, con punteggi globali medi (DS) di 2,1 (0,9) su 3 (demenza moderata) e una somma media (DS) del punteggio delle caselle di 12,8 (3,7) su 18. Le compromissioni più gravi sono state osservate nella risoluzione dei problemi e nelle attività di comunità (punteggi medi di dominio rispettivamente di 2,2 e 2,8), il che non sorprende data la gravità della malattia psichiatrica dei pazienti SETRS.

La parte di risultati riguardante gli aspetti neurobiologici, la discussione e le conclusioni inerenti ad [1] verranno presentate nel prossimo 'angolo'.

[1] Pathak, U. S., Mehralizade, A., Goldberg, T. E., & Zoghbi, A. W. (2026). Dementia in Severe Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 83(6), 590–600.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0171>

[2] Stroup, T. S., Olfson, M., Huang, C., Wall, M. M., Goldberg, T., Devanand, D. P., & Gerhard, T. (2021). Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 78(6), 632–641.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0042>

-Jags di aprile **presenta un dato interessante** collegato alla problematica sempre più diffusa del deprescribing (talvolta più un'operazione formale, e di moda, che una vera scelta per migliorare la salute delle persone anziane riducendo il numero e le dosi dei farmaci prescritti!). **Lo studio** condotto su oltre 2000 individui **indica il rischio che, quando si sostituisce un farmaco con un altro, la sostituzione avvenga con molecole potenzialmente inappropriate**. Gli autori indicano la necessità di adottare linee guida per evitare che la sostituzione sia fonte di rischi per la salute.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70514>]

-Jags di maggio **presenta un caso che ha suscitato un difficile processo decisionale** rispetto all'opportunità di eseguire un intervento chirurgico, svoltosi attorno alla condizione di una donna di 95 anni con una storia di tumore gastrointestinale diagnosticato 5 anni prima. Il lavoro indica l'importanza della valutazione multidimensionale geriatrica, in grado di analizzare la complessità della condizione clinica e psicologica (età avanzata, fragilità, la patologia gastrica, la sopravvivenza al tumore, rispetto della volontà della signora). La lettura suscita una domanda: l'intelligenza artificiale potrà rappresentare un passo avanti per arrivare alla decisione clinica? La risposta è ovviamente positiva, perché la complessità elevata è difficilmente gestibile attraverso un semplice avvicinamento di una condizione all'altra, come avviene ancor oggi, seppure con l'aggiunta di una sintesi intuitiva operata dal clinico che deve decidere. Un solo interrogativo: mentre di fronte a dati oggettivi l'intelligenza artificiale è in grado di costruire un modello di intervento, saprà interpretare in tutte le sue valenze le scelte di una persona di 95 anni?

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70547>]

-Journal of Nutrition, Health and Aging di aprile **presenta un'interessante metanalisi**, compiuta di un gruppo di ricercatori italiani (in particolare la scuola monzese, diretta da Giuseppe Bellelli), tedeschi e olandesi, **riguardo agli effetti di interventi multidominio sulle condizioni di salute degli anziani**. I risultati indicano l'importanza di intervento su vari livelli per migliorare il benessere psicologico e motorio-funzionale. In particolare sono osservati benefici sul piano cognitivo. Lo scenario riportato nella metanalisi indica l'indiscutibile importanza di interventi plurimi e coordinati per migliorare il benessere dell'anziano. Anche in questo ambito, nel prossimo futuro è prevedibile che l'intervento dell'intelligenza artificiale apporterà notevoli vantaggi nella programmazione degli atti di maggiore efficacia rispetto ai vantaggi per la salute. Più l'ambito di lavoro clinico è complesso,

più l'adozione delle nuove tecnologie sarà di grande utilità clinica, permettendo anche risparmi di tempo e di mezzi.

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42097118/>]

-Aging Clinical and Experimental Research presenta dati sull'efficacia della piattaforma INFORMA per la stimolazione cognitiva computerizzata in persone affette da MCI e da demenza in fase iniziale. La piattaforma si è dimostrata utilizzabile per tutti i livelli di alterazione cognitiva e di scolarità, con una buona accettazione del modello ibrido, che combina esercizi automatizzati con la supervisione professionale. Gli autori concludono che INFORMA può rappresentare un modello di stimolazione cognitiva ben accetto dai fruitori in corso di MCI e di demenza e che dovrà essere ulteriormente sviluppato.

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41824213/>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-È in corso a Portici la Scuola Estiva AIP. Auguriamo alle giovani colleghe e colleghi partecipanti di trarre delle lezioni e dagli incontri insegnamenti e informazioni utili per il loro ruolo di cura verso le persone anziane fragili. Così potranno essere preparati per affrontare l'innovazione, mantenendo con orgoglio la guida degli atti di cura e imparando ad utilizzare l'intelligenza artificiale senza esserne dominati.

-Alleghiamo il link per scaricare il programma del **XVIII Congresso AIP Triveneto che si terrà il 7 ottobre** dal titolo " La complessità dei Disturbi Neurocognitivi: nuove prospettive diagnostiche terapeutiche e modelli di presa in carico.

[<https://eolocongressi.it/eventi/xviii-convegno-aip-triveneto-la-complessita-dei-disturbi-neurocognitivi-nuove-prospettive-diagnostico-terapeutiche-e-modelli-di-presa-in-carico/>]

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica

Un cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Newsletter AIP – 12 giugno 2026

n. 23/2026

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ministro Schillaci: sappia che in molti sono con Lei e concordano con sue posizioni sulla riforma della medicina territoriale
- Trieste, Trento e Bolzano: le tre migliori città per la qualità della vita degli anziani
- Molti italiani non credono nella scienza, moltissimi invece si affidano all'IA
- "I luoghi della cura"*: la nuova serie di una rivista molto utile per la cura degli anziani
- Bilinguismo e demenza
- "Gli anziani, la comunità, la cura"*
- Benanti: l'algoritmo e la cura

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- JAMA Neurology*: esercizio e farmaci per il rischio cardiovascolare hanno scarsa efficacia sulle funzioni cognitive
- Lancet*: il caso di un'anziana proveniente da una RSA ricoverata in un pronto soccorso italiano

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- "La Spezia accoglie"*
- Dal Congresso AIP Piemonte: il ruolo della neuropsicologia
- La disponibilità dell'originale degli articoli citati
- Le informazioni da Margherita Camporese, dalla segretaria dell'AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Caro Ministro**, non mi permetto di entrare nel merito di quanto Lei ha proposto per la riforma della medicina territoriale, ma sappia che **moltissimi suoi concittadini** che lavorano nei servizi per la salute **apprezzano il suo impegno** (e il suo coraggio!). Lei sta affrontando una problematica che troppi suoi colleghi hanno messo da parte, perché... temevano di bruciarsi! Lei invece è stato determinato e, qualsiasi saranno i risultati finali del suo impegno, la ringraziamo, anche per l'esempio di una politica seria che non si fa condizionare dalle lobby, ma decide per il bene comune. Dopo aver scritto le righe precedenti, è arrivata la notizia che il progetto di Schillaci è stato cancellato dai programmi del governo. Ancora una volta le consorterie hanno vinto e i cittadini possono attendere.... Con vero dispiacere assistiamo all'ennesima manifestazione di debolezza della politica, di qualsiasi colore!

-*Il Sole 24 Ore* ha recentemente **pubblicato uno studio dal quale si evince che le tre città italiane che offrono una buona qualità della vita agli anziani sono Trieste, Bolzano, Trento**. In fondo all'elenco, tra le città meno ospitali, troviamo Reggio Calabria, Crotone, Cosenza, Frosinone, Vibo Valentia. Ci domandiamo il perché di

questa drammatica differenza all'interno dello stesso paese: una cultura ageistica, una mancanza di attenzione, l'assenza di progettualità, scarsa generosità sociale, una politica assente...? La classifica è stata stilata sulla base di 20 indicatori (spettanza di vita a 65 anni, assistenza domiciliare, servizi alla persona, infermieri non pediatrici, partecipazione civile, persone sole, trasporto anziani e disabili, servizi del commercio, geriatri, orti urbani, importo medio pensioni di vecchiaia, utenti dei servizi sociali comunali, consumo farmaci, posti letto per specialità ad elevata assistenza, biblioteche, medici specialisti, servizi sanitari e assistenziali, consumo farmaci per depressione, posti letto nelle RSA, esposti ad inquinamento acustico). Sono parametri molto diversi tra loro; possono essere criticati, ma nel complesso definiscono in modo adeguato le città in base all'attenzione alle persone anziane. Spero che i dati vengano studiati, per cogliere gli aspetti più critici di ciascuna realtà e di conseguenza per iniziare a progettare interventi mirati. Le grandi rivoluzioni sono fatte di tante piccole cose positive, tra loro collegate e guidate da scelte che sappiano affrontare senza dannose frammentazioni la logica della complessità che regola la vita degli individui e della comunità.

[https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita-generazioni/anziani/?refresh_ce=1]

-Dati impressionanti sono stati recentemente pubblicati riguardo alla **sfiducia degli italiani nella scienza. Troppi sono i nostri concittadini scettici, ma soprattutto troppi sono quelli che si oppongono a trattamenti adeguati.** La vicenda della mamma e della figlia morte perché hanno rifiutato le terapie lascia un segno profondo nella nostra collettività e nella civiltà del paese; ci sentiamo colpevoli di non aver convinto i nostri concittadini in maniera adeguata attorno ad alcune cure e ai loro risultati, privi di qualsiasi rischio. Purtroppo, al contrario, crescono sempre più frequentemente posizioni politiche che vorrebbero istituzionalizzare la sfiducia nella scienza; è nostro compito evitare che possano diffondere messaggi di morte. Si deve in particolare considerare la non lontana possibilità che ritornino epidemie che imporranno scelte condivise. Non è questione di democrazia, ma di responsabilità civile; chi non sente questo dovere va convinto con ogni mezzo fornito dalla legge.

-“**Una veste nuova, un impegno rinnovato**”. Pubblichiamo di seguito **l'editoriale del professor Cristiano Gori** che presenta la nuova veste **della rivista digitale “I luoghi della cura”**, strumento prezioso di informazione e formazione che ha accompagnato per oltre 20 anni il nostro impegno di studio e di azione rispetto alla cura delle persone anziane.

“La Storia

Nata su carta nel 2003, *I Luoghi della cura* ha attraversato oltre vent'anni di storia accompagnando il dibattito sull'invecchiamento e sulla cura delle persone anziane. Nel tempo è cresciuta, nel 2018 è diventata una rivista digitale e oggi rinnova la propria veste grafica e i propri strumenti con l'obiettivo di valorizzare e diffondere, in modo sempre più efficace, conoscenze, esperienze e riflessioni su questi temi.

Gli obiettivi

Questo rinnovamento nasce da un impegno preciso: rendere più agevole, ricco e vivo il confronto con una comunità di lettori ampia e variegata, composta da studiosi, ricercatori, professionisti, caregiver familiari, volontari e cittadini interessati ai temi dell'invecchiamento. Vogliamo continuare a offrire un luogo di incontro e di dialogo in cui convergano approfondimenti scientifici, analisi delle politiche, voci delle professioni, testimonianze di chi assiste i propri cari e un ampio patrimonio di esperienze e progetti sviluppati nei territori.

Accanto a questi contenuti trovano spazio proposte di formazione innovativa a distanza e strumenti utili a sostenere il lavoro quotidiano di quanti operano accanto alle persone anziane e alle loro famiglie. L'obiettivo è favorire la circolazione delle conoscenze e la condivisione delle esperienze, contribuendo a costruire una comunità di pratiche e di apprendimento sempre più ampia e consapevole. I Luoghi della cura non vuole essere soltanto un luogo di consultazione, ma anche un laboratorio permanente di confronto, nel quale le conoscenze maturate sul campo possano alimentare il dibattito e la ricerca, e dove i risultati della ricerca

possano tradursi in orientamenti, pratiche e innovazioni per chi opera quotidianamente nei servizi e nelle comunità.

Un filo diretto tra il mondo degli studi e quello dell'intervento, tra riflessione e azione, tra conoscenza e cura. Il patrimonio costruito in oltre due decenni resta integralmente a disposizione dei lettori e si integra oggi in un ambiente digitale più moderno, funzionale e accessibile. Ciò che non cambia è il metodo che ha guidato la rivista fin dalla sua nascita: la pluralità degli sguardi, l'approfondimento critico, il rigore scientifico e la costante attenzione alla realtà concreta delle persone e dei contesti di cura."

-Una giovane studentessa è andata **in visita ad una RSA. La situazione che l'ha maggiormente impressionata** è stato il contatto con una signora russa affetta da demenza, completamente mutacica. Un compagno della giovane visitatrice era russo e ha iniziato a parlare con la 95 enne nella sua lingua madre. Improvvisamente, tra lo stupore degli operatori, la signora, che sembrava incapace di comunicare, ha risposto in modo fluente in lingua russa. Nulla di strano: è ben noto infatti in letteratura che le lingue acquisite sono le prime a scomparire nel corso di una demenza, mentre la possibilità di esprimersi nella lingua madre è conservata per un periodo molto più lungo. Peraltro è noto anche che il bilinguismo è associato con un ritardo nella comparsa di disturbi cognitivi, indicando un possibile effetto protettivo sul cervello. Non è ancora chiaro, peraltro, se il bilinguismo agisca a livello neuronale, rallentando la comparsa di alterazioni come, ad esempio, la sostanza betaamiloide, o se invece agisca sull'espressione clinica del danno.

-Sono stato invitato a tenere **un intervento in occasione della presentazione dell'annuale report delle attività della Congrega della Carità Apostolica**, associazione di cittadini attiva dal 1500 a Brescia, dedita alle opere di carità in vari campi (basti pensare che gestisce oltre 450 appartamenti dati in affitto a persone fragili). **È stata anche l'occasione per lanciare un progetto di servizi per anziani** (centro diurno per malati di Alzheimer, appartamenti protetti e altri servizi) nel comune di Rodengo Saiano. Per comprendere l'atmosfera che ha caratterizzato l'incontro cito una frase del presidente della Congrega Bossoni: "Fino a che a Brescia ci sarà qualcuno che fa fatica, la Congrega ha il dovere di esserci" (poche parole concrete, senza retorica!). A questa ho aggiunto un saggio del Cardinale Ravasi: "Ritorna la dimensione che è insita in ogni persona fino a definirla: è appunto lo stile, il comportamento, l'atteggiamento nei confronti degli altri". In quest'atmosfera di serietà e di impegno, ho svolto di fronte ad oltre 130 persone (Confratelli e ospiti) la mia relazione dal titolo: "Gli anziani, la comunità, la cura", nella quale ho cercato di delineare le caratteristiche di un'associazione come la Congrega, dedita al servizio delle persone più fragili. Le principali riguardano l'esigenza di mettere al servizio di chi soffre il massimo delle possibilità offerte dalla tecnologia, guidata da scelte di stile, come l'attenzione, la creatività, il coraggio, la compassione. L'incontro si è concluso con la presentazione dei progetti per la nuova struttura al servizio degli anziani. I progettisti hanno concordato con la scelta di fondo di mettere a disposizione ambienti ospitali, funzionali rispetto alle esigenze di cura e tecnicamente adeguati, esteticamente gradevoli, in grado di creare "un'empatia degli spazi". Chi costruisce ambienti di vita per le persone meno fortunate ha il dovere di offrire ospitalità in luoghi belli, accurati, che evocano le case da loro vissute nel passato e ricordate nei sogni.

-Avvenire dell'11 giugno **pubblica uno splendido articolo di Paolo Benanti** dal titolo: "La cura che l'algoritmo non conosce" (che troverete in allegato). **Contiene spunti che valorizzano il ruolo del rapporto personale tra il medico e la persona che soffre**, che, secondo l'autore, non potrà mai essere sostituito dalla macchina che non "ha la capacità di legger il silenzio, di sostenere la paura, di calibrare la speranza". Mi permetto di sottolineare a lettrici e lettori che il testo di Benanti potrebbe essere utilizzato per discussioni nell'ambito delle sezioni AIP su un argomento di grandissima importanza in particolare in ambito psicogeriatrico. Sulla stessa pagine trovate un mio pezzo su anziani e caldo, argomento attuale e delicato. Vivo però con qualche imbarazzo questo accostamento con il grande Benanti e confido nella comprensione di chi legge.

Mi permetto di suggerirvi l'iscrizione a "è vita" newsletter del giornale che rilancia contenuti bioetici e sanitari. Questo è il link per iscriversi [<https://mn.avvenire.it/evita>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Di seguito il consueto, rigoroso contributo di **Mauro Colombo**. Rinnovo ancora una volta la gratitudine mia personale e quelle delle colleghe e colleghi che ci seguono per l'esemplare testimonianza di carità culturale che Mauro ci presenta ogni settimana. Ben pochi avrebbero la sua costanza, testimonianza di un carattere forte e profondamente motivato.

"Più di un 'angolo' è già stato dedicato, in questi anni, ai **biomarcatori ematici di neuropatologia: la letteratura sull'argomento è in continua crescita, tra i due poli del possibile sfruttamento commerciale e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche**. Ma per quest'ultimo obiettivo sono indispensabili punti di riferimento: e così *JAMA Network Open* ospita nel numero del 14 maggio un articolo dedicato agli intervalli di riferimento per la Proteina Acida Glio-fibrillare (GFAP) ed i Neurofilamenti a catena leggera (NfL) [1].

Entrambe le proteine vengono rilasciate nel torrente ematico in caso di danno alle rispettive cellule produttrici: GFAP esprime una astrogliosi reattiva in caso di danno agli astrociti; NfL indicano un danno all'assone dei neuroni, così che le concentrazioni plasmatiche o sieriche di tali biomarcatori variano in un ampio spettro di malattie neurologiche acute e croniche. Le concentrazioni di GFAP e NfL risultavano elevate sia nella fase preclinica che in quella clinica delle malattie neurodegenerative, tra cui la malattia di Alzheimer (AD), nonché dopo neuro-traumi acuti o eventi cerebrovascolari.

NfL si è dimostrata sensibile all'avanzare dell'età – che ne comporta una elevazione delle concentrazioni – ed a condizioni quali il declino nella funzionalità renale o l'obesità, che portano rispettivamente ad aumenti ed a diminuzioni nelle concentrazioni ematiche. Orientamenti simili valgono anche per GFAP, ma per entrambi tali marcatori la letteratura non è univoca.

Perciò, una serie di studiosi – tutti affiliati ad istituzioni olandesi – hanno ripreso ed approfondito loro precedenti ricerche, sfruttando come campione principale le informazioni relative a 4 coorti olandesi, che comprendevano complessivamente 7958 persone cognitivamente integre di età fra 30 e 90 anni; una coorte esterna di 370 ultra60enni con Mini Mental State Examination $\geq 27/30$ e liberi da malattie neurologiche auto-riferite è servita per una validazione indipendente. I dosaggi sono stati estesi anche a soggetti afferenti ad ambulatori specialistici per disturbi cognitivi soggettivi (104 SCD A β +), disturbo cognitivo lieve (243 MCI A β +), in presenza di patologia amiloide, demenza di Alzheimer (569 AD), fronto-temporale (179 FTD), a corpi di Lewy (147 DLB), e vascolare (60 VaD), e da sclerosi multipla (82 MS).

I dosaggi sono stati centralizzati presso un unico laboratorio nell'università di Amsterdam, su piattaforma Simoa. La metodica statistica adottata ha permesso di delineare traiettorie non lineari, limitando l'influenza di valori estremi anomali.

Nel campione principale di riferimento, costituito per 3/5 da femmine, l'età mediana era di 54 anni; l'indice di massa corporea [Body Mass Index (BMI)] medio era 25,9 ($\pm 4,2$), la velocità di filtrazione glomerulare stimata [eGFR (mL/min/1,73 m²)] media era 80,2 ($\pm 14,7$). I valori mediani erano 8,8 pg/mL [ambito 0,4 – 401,1] per NfL, e 60,8 [ambito 4 – 2139,8] per GFAP, contro valori rispettivamente di 14,9 [4,2 – 85,2] e 96,9 [4,6 – 281,1] nella coorte di validazione esterna.

Con ampia dovizia di illustrazioni a colori, i risultati indicano, in sintesi, che età, bassi BMI e ridotta funzionalità renale erano collegati a valori più alti di entrambi i marcatori, mentre il sesso femminile a più elevati valori della sola GFAP. Al 95° %ile, la curva di NfL si impenna bruscamente dopo i 60 anni di età.

In confronto alla popolazione normale di riferimento, i livelli di NfL erano più alti in tutte le condizioni patologiche (AD continuum, FTD, VaD, DLB), ad eccezione di MS: ciò a conferma della efficacia di terapie malattia-modificanti per la sclerosi multipla. Viceversa, le concentrazioni di GFAP risultavano elevate solo nei partecipanti lungo il continuum della malattia di Alzheimer e nella sclerosi multipla; ciò conferma l'utilità

della GFAP come indicatore prognostico negli stadi precoci della demenza di Alzheimer, pur nelle difficoltà implicate a livello biologico dalle proteiformi varietà di GFAP [2].

Come riportato tra le limitazioni dello studio [ammetto di non averne capito il perché di tale collocazione, al posto della discussione], nel gruppo SCD A β +, i livelli plasmatici di NfL e GFAP hanno mostrato solo modesti aumenti associati all'età, suggerendo che la patologia amiloide asintomatica da sola difficilmente può determinare in modo sostanziale gli aumenti e la dispersione associati all'età osservati negli intervalli di riferimento normali.

Nella discussione di quello che viene presentato come lo studio più ampio ed accurato attualmente disponibile, gli Autori specificano che poiché l'interpretazione dipende dal contesto clinico completo, non sono stati definiti percentili specifici come indicativi di allarme, ed è necessaria un'ulteriore validazione prima di stabilire soglie cliniche assolute. In un contesto clinico, i risultati di [1] suggeriscono che con l'aumentare dell'età e la diminuzione dell'Indice di Massa Corporea e della funzionalità renale, l'utilità diagnostica della GFAP e della NfL plasmatiche diminuisce. Questo perché gli individui in queste categorie tendono ad avere concentrazioni basali più elevate, con conseguente minore distinzione nei confronti dei soggetti malati, in accordo con la letteratura. Per cui valori elevati di NfL e GFAP andrebbero intesi a supporto di una diagnosi precoce, affiancandosi ad altre indagini.

È interessante notare che, negli studi precedenti dei medesimi Autori, diversi gruppi di malattie neurologiche non hanno mostrato un aumento correlato all'età. Ciò probabilmente riflette il fatto che, nelle malattie neurodegenerative conclamate, le concentrazioni dei biomarcatori sono prevalentemente determinate dai processi patologici. I percentili specifici per età potrebbero essere più informativi nelle fasi iniziali della malattia, dove i livelli dei biomarcatori rimangono più vicini all'intervallo fisiologico e la variazione legata all'età può ancora influenzare significativamente l'interpretazione.

Gli Autori hanno messo a disposizione pubblicamente – come verificato - una applicazione che consente di calcolare la collocazione %ile nei valori dei biomarcatori, una volta che siano stati dosati, sulla base dei dati individuali [età, sesso, etnia, BMI e velocità di filtrazione glomerulare (quest'ultima facoltativa)] [3].

Appena 2 settimane dopo avere pubblicato [1], la stessa rivista (*JAMA Network Open*) presenta una ricerca [4] dove vengono passati in esame 4 biomarcatori plasmatici, nei confronti della diagnosi di trauma cranico lieve, in 89 australiani di età compresa fra 60 ed 84 anni (media 70,8 \pm 6,6): 35 controlli sani, 45 diagnosticati e 9 sospetti per l'evento traumatico. Si sa che la diagnosi di trauma cranico lieve in persone anziane non è sempre agevole. Dai risultati di [4] si riporta che GFAP ha ottenuto una eccellente accuratezza diagnostica [Area Sotto la Curva Caratteristica di Funzionamento del Ricevitore = 0,93, con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 0,86 e 0,98]; le soglie diagnostiche personalizzate dipendono da età e sesso. Dalle conclusioni di questa indagine trasversale "La GFAP è risultata elevata nella maggior parte dei casi di trauma cranico lieve clinicamente sospetti, utilizzando soglie aggiustate per età e sesso, a supporto del suo potenziale di migliorare la certezza diagnostica nel trauma cranico lieve, in particolare nelle presentazioni diagnostiche ambigue, negli anziani."

[1] Rousset, R. Z., Honey, M. I. J., den Braber, A., van der Flier, W. M., Holstege, H., Lorenz, L., Wessels, M. H. J., Killestein, J., Huisman, M., Kok, A., Beekman, M., Slagboom, P. E., Ligthart, L., de Geus, E., Verberk, I. M. W., Vermunt, L., & Teunissen, C. E. (2026). Glial Fibrillary Acidic Protein and Neurofilament Light Reference Intervals in Healthy Individuals. *JAMA network open*, 9(5), e2612793. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.12793>

[2] Gogishvili, D., Honey, M. I. J., Verberk, I. M. W., Vermunt, L., Hol, E. M., Teunissen, C. E., & Abeln, S. (2025). The GFAP proteoform puzzle: How to advance GFAP as a fluid biomarker in neurological diseases. *Journal of neurochemistry*, 169(1), e16226. <https://doi.org/10.1111/jnc.16226>

[3] Reference intervals over age for NfL and GFAP. Accessed April 7, 2026. <https://plasmabiomarkers.shinyapps.io/ReferenceIntervals/>

[4] Spitz, G., Mitchell, J., Martins, B. D., Astridge, A., Copas, C., O'Brien, W. T., Symons, G. F., Law, M., O'Brien, T. J., Pase, M. P., Ponsford, J. L., Mitra, B., McDonald, S. J., & Shultz, S. R. (2026). Diagnostic Accuracy of Plasma Biomarkers for Mild Traumatic Brain Injury in Older Adults. *JAMA network open*, 9(5), e2615678. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.15678>

-JAMA Neurology del 23 marzo pubblica un dato che si pone in controtendenza rispetto a quanto finora noto. **Presenta, infatti, dati riguardanti l'effetto dell'esercizio e dell'intensiva riduzione del rischio vascolare sulla funzione cognitiva di anziani con storia familiare di demenza e/o con declino cognitivo autoriferito.** È uno studio randomizzato controllato della durata di 24 mesi, condotto su oltre 3000 persone. I risultati, apparentemente sorprendenti, dimostrano che né l'esercizio fisico, né il trattamento farmacologico intensivo dei fattori di rischio cardiovascolare, né la loro associazione ha prodotto risultati statisticamente significativi sulle funzioni cognitive nel corso del tempo di osservazione. Sono dati di grande interesse, che vanno approfonditi; infatti, non devono autorizzare la conclusione secondo la quale gli interventi indicati sono inutili rispetto alla possibilità di controllare la riduzione della cognitivtà. Ancora una volta è doveroso ricordare che la complessità dei fenomeni vitali va approfondita in ogni specifica condizione, evitando interpretazioni frettolose dei dati forniti dagli studi. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2846826>]

-Lancet del 6 giugno in "Aspetti etici: una vecchia donna in un pronto soccorso italiano" **descrive il trattamento subito da una donna di 82 anni, ricoverata in RSA, nel corso di un accesso al pronto soccorso.** È un pezzo di grande intensità, scritto da studiosi operanti in Svezia e negli Stati Uniti. Mi astengo da giudicarlo; invito, invece, le colleghe e i colleghi che ci seguono ad esprimere un loro parere, che verrà ripotato nelle newsletter delle prossime settimane. Ringrazio fin d'ora le persone che hanno a cuore i problemi delle RSA e che vorranno partecipare al dibattito. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)01098-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)01098-6/fulltext)]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Si è svolto in questi giorni **a La Spezia un convegno organizzato dal Rotary International e dall'Associazione Malattia di Alzheimer spezzina (AMAS).** Dell'evento mi hanno particolarmente colpito due titoli, quello generale del convegno "La Spezia accoglie" e quello della tavola rotando alla quale ho partecipato: "La mente che cambia, la forza delle famiglie". Di fronte alla demenza l'accoglienza della città diviene condizione indispensabile; in alcune realtà sono state istituite le "Comunità amiche della demenza", organizzate per offrire accoglienza e accompagnamento a malati e famiglie in modo strutturato. In questa prospettiva si colloca la 'forza della famiglia'; permette, infatti, di affrontare le difficoltà della vita provocate dalla malattia e di creare una condizione che facilita una sopravvivenza dignitosa della persona ammalata. "La forza delle famiglie" non deve però mai diventare un alibi perché la comunità non si assuma la responsabilità di accompagnare chi è fragile attraverso le difficoltà quotidiane e quelle che frequentemente aggravano la storia naturale delle persone ammalate.

-Di seguito riporto l'importante e originale contributo della dottoressa Paola Perozzo dell'ASL Città di Torino, riguardante modalità e ruolo della valutazione neuropsicologica. La lettura è stata presentata al congresso regionale AIP di Piemonte e Valle d'Aosta; ho ritenuto opportuno riproporla sulla newsletter, perché affrontata in modo innovativo una pratica clinica largamente diffusa, ma troppo spesso ritenuta un aspetto poco incisivo dell'approccio clinico-diagnostico.

"Le finalità della valutazione neuropsicologica sono cambiate nel tempo. Ad oggi presenta una doppia valenza, descrittiva dell'aspetto funzionale del disturbo cognitivo da una parte, esplicativa dell'architettura

funzionale dei processi cognitivi dall'altra, con l'intento di comprendere ed interpretare il deficit e, se possibile, 'correggerlo'. In ambito clinico, contribuisce alla diagnosi medica tracciando un profilo di funzionamento che evidenzia non solo le fragilità del paziente ma anche i punti di forza sui quali pianificare l'intervento riabilitativo. Altro aspetto importante, ma spesso trascurato, è il valore prognostico della valutazione cognitiva che fornisce informazioni circa la ricaduta in termini di autonomia nel quotidiano di un determinato profilo di funzionamento, fondamentale in fase di restituzione alla famiglia sulla quale solitamente ricade il carico assistenziale. Per patologie neurologiche che riguardano fasce di età più giovanili (es. sclerosi multipla, epilessia, trauma cranio-encefalico ma anche ictus cerebrale) il profilo di funzionamento cognitivo può contribuire a stabilire le tempistiche e le modalità di un eventuale reinserimento scolastico o lavorativo.

Il core della valutazione neuropsicologica non è la somministrazione testistica ma il colloquio neuropsicologico. Consiste nell'osservare il comportamento del paziente mentre è di fronte a noi e ci parla: il suo linguaggio è fluente? Presenta anomie, parafasie o circonlocuzioni? È in grado di raccontare di sé e della sua storia clinica (memoria episodica/autobiografica)? La cronologia degli eventi è adeguata (orientamento temporale)? È consapevole delle sue difficoltà (anosognosia)? Come si pone nella relazione con noi (disinibito-inibito)? Com'è il suo umore (mimica facciale e gestualità)? Da tale osservazione saremo in grado di formulare delle ipotesi circa il suo funzionamento cognitivo, ipotesi che andremo successivamente a confermare o meno con una batteria testistica selezionata ad hoc.

I test neuropsicologici standardizzati permettono un'osservazione del comportamento del paziente in una situazione controllata, quantificando la prestazione. In linea di massima, i test si dividono in due macro-categorie: i test di screening di 1° livello, utili per una valutazione cognitiva semplice e rapida, es. MMSE, MoCA, ACE-R ecc., e i test abilità specifici che consentono una valutazione approfondita dei vari domini cognitivi (attenzione, memoria, funzioni esecutive, funzioni visuo-spaziali, linguaggio). È opportuno che la valutazione neuropsicologica venga effettuata in un unico incontro, se necessario con pause intermedie; possiamo riservarci un secondo momento per un esame più approfondito di alcune funzioni complesse, come ad esempio il linguaggio.

Ma quando si parla di standardizzazione non dobbiamo dimenticarci che esistono delle variabili che non possiamo totalmente controllare ma di cui dobbiamo avere consapevolezza. Ad esempio, gli aspetti di personalità del nostro paziente: l'ansia da prestazione per la situazione d'esame o l'ansia come tratto costante di reazione alle situazioni di vita in genere, la tolleranza alla fatica, il sistema di credenze e di attribuzione di significato rispetto a certi termini come deficit, deterioramento o demenza. Ma anche il neuropsicologo è una variabile che può fare la differenza: come ogni clinico, dovrebbe saper sviluppare quelle abilità professionali che permettono al paziente di sentirsi accolto e supportato per poter affrontare al meglio le "sfide" che gli vengono proposte.

Talvolta, la valutazione neuropsicologica rischia di diventare una mera somministrazione di test al solo fine di ottenere un punteggio. È utile ricordare che anche batterie testistiche sufficientemente ampie possono non essere in grado di discriminare tra diverse forme di deterioramento, per questo è fondamentale effettuare quella che viene definita l'analisi di processo, cioè osservare le strategie che il paziente mette in atto e gli errori che compie per ottenere un determinato risultato, sia esso normale o patologico. Ciò che distingue un semplice tecnico, che somministra dei test per ottenere dei punteggi, e un neuropsicologo clinico sono tre fattori fondamentali: la sensibilità clinica, che si affina con l'esperienza, la conoscenza profonda dello strumento e delle sue finalità e, soprattutto, la conoscenza teorica, ovvero dei modelli interpretativi del funzionamento della mente e dei suoi processi".

-Alcuni lettori della newsletter hanno chiesto la [possibilità di disporre degli articoli originali](#) citati. **Il nostro Presidente De Leo si è assunto il compito** di reperire gli articoli originali di interesse per i nostri lettori. **Grazie Presidente!**

-Ultimi giorni per potersi iscrivere alla Summer School di AIP che si terrà a Portici (NA) dal 18 al 21 giugno. Un evento rivolto a giovani medici, psicologi, specializzandi e professionisti che operano nell'ambito della Psicogeriatria. Il corso dà diritto a 19 crediti E.C.M. Programma ed info al link <https://www.psicogeriatria.it/evento/aip-summer-school-3/>

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo al doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT825050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica

Un saluto cordiale
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

IL TEMA

La "Magnifica humanitas" offre strumenti per una riflessione sull'impatto dell'Intelligenza artificiale nella medicina come sulla sua azione nello spazio della fragilità umana e della relazione di cura. Con una certezza



"è vita" online:
www.avvenire.it/vita

Gratis la newsletter
inquadrandolo il Qr-Code



La cura che l'algorithm non conosce

PAOLO BENANTI

C'è una domanda che la *Magnifica humanitas* pone al numero 129 con la voce di Giovanni Paolo II: l'Intelligenza artificiale rende la vita umana sulla terra più umana? Più degna dell'uomo? In nessun ambito questa domanda è più urgente che in medicina, dove il confine tra tecnologia e cura, tra efficienza e compassione, tra calcolo e presenza si assottiglia fino a diventare invisibile. Ed è precisamente su questo confine che l'enciclica di Leone XIV offre non risposte consolatorie ma strumenti di discernimento che ogni professionista della salute dovrebbe avere presenti. Il punto di partenza è antropologico, e vale la pena riprenderlo con precisione. L'enciclica afferma, ai numeri 118-120, che la limitazione non è un errore evolutivo da correggere ma il luogo in cui emergono la compassione, la generosità e la capacità di relazione autentica. Un algoritmo, per quanto sofisticato, non attraversa il dolore, non abita la malattia, non porta nel proprio corpo l'esperienza della fragilità: e questa assenza non è un difetto tecnico da superare con un modello più potente, ma la struttura stessa che lo rende radicalmente altro rispetto al clinico che siede di fronte a un paziente. La relazione terapeutica non è un canale neutro di trasmissione di informazioni cliniche: è un atto che richiede la presenza corporea, la capacità di leggere il silenzio, di sostenere la paura, di calibrare la speranza - tutto ciò che si impara attraverso l'esperienza dell'essere umani, non attraverso l'addestramento su dataset. Il documento non lo dice per svalutare gli strumenti digitali: lo dice per chiarire che cosa non possono fare, e dunque per quali funzioni non possono sostituire il giudizio umano.

La traduzione in termini sanitari è immediata. Il numero 103 dell'enciclica afferma che affidare a un algoritmo decisioni su chi merita accesso alle cure significa produrre «un'ingiustizia silenziosa» in cui la compassione scompare dall'orizzonte istituzionale. Non è un'esagerazione retorica: è la descrizione di ciò che la letteratura scientifica ha documentato con rigore crescente. Una revisione sistematica del 2024 relativa a trenta studi distribuiti su un decennio ha rilevato che gli algoritmi clinici tendono ad amplificare le disparità razziali nelle cure: tempi di attesa più lunghi, tassi di successo minori nella previsione degli esiti di salute mentale, sottodiagnosi sistematiche nelle popolazioni nere e ispanica. Un caso documentato con precisione riguarda algoritmi che usavano i costi sanitari storici come proxy del bisogno di cura, concludendo erroneamente che i pazienti neri fossero più sani dei pazienti bianchi a parità di patologia - perché su di loro era stato speso storicamente di meno. Il bias non era nel codice: era nei dati, e i dati rispecchiano strutture di ingiustizia che

nessun algoritmo neutralizza da solo. Il numero 178 dell'enciclica affronta un nodo specifico che nel campo sanitario ha implicazioni dirette: quello dei dati demografici, epidemiologici e genetici raccolti nelle regioni a basso reddito. «Chi possiede i dati sanitari di intere popolazioni - oggi raccolti spesso sotto il segno dell'aiuto, della ricerca o dell'innovazione - possiede in realtà una leva strutturale sul futuro». La proprietà dei dati sanitari non è una questione tecnica di Gdpr: è una questione di giustizia distributiva che determina chi beneficia delle scoperte rese possibili da quei dati e chi ne rimane escluso. Il numero 108 lo dice senza eufemismi: la proprietà dei dati «non può essere affidata solo a privati, ma va regolamentata». Da questi nodi discendono linee operative che il quadro normativo italiano ed europeo ha già in parte accolto. La legge italiana 132 del 2025 stabilisce che i sistemi di IA in sanità costituiscono un supporto diagnostico e terapeutico, «ma la decisione finale resta sempre al medico»: è la traduzione normativa di ciò che l'enciclica chiama il mantenimento della catena di responsabilità umana. Il Regolamento sullo Spazio europeo dei Dati sanitari, in vigore dal 2025, introduce un regime di accesso strutturato che - se applicato nel suo spirito - avvicina il principio della destinazione universale dei beni al settore sanitario. La Piattaforma nazionale di IA in Sanità, gestita da Agenas con risorse Pnrr, prevede funzioni di validazione degli algoritmi e certificazione del rischio: un modello che risponde alla richiesta di trasparenza e *accountability* che l'enciclica avanza al numero 107. L'architettura istituzionale comincia a esistere; ciò che manca è la volontà politica di abitarla con coerenza. Magnificare l'umano in medicina non significa rinunciare agli strumenti digitali: significa non consentire che la logica dell'ottimizzazione algoritmica sostituisca l'atto terapeutico fondamentale, che è la presenza di un essere limitato di fronte a un altro essere



L'IA offre opportunità inedite per la nostra salute ma impone chiarezza nel suo uso

limitato. L'algoritmo può individuare il nodo che la radiografia aveva mancato, può suggerire la terapia statisticamente più efficace per quel profilo genetico, può ottimizzare i percorsi di cura in un pronto soccorso sovraffollato. Non può, tuttavia, guardare negli occhi un paziente che ha paura e abitare con lui quel confine in cui la scienza incontra il mistero. Leone XIV non lo chiama efficienza. Lo chiama, con parola che la medicina conosce bene, cura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANNUNCIO DELLA SCOPERTA E UN'OMBRA CHE TORNA

Il nuovo editing embrionale per avere "bambini perfetti"

L'allarme, per la verità, era già suonato. Era il novembre 2025 e nella metropolitana di New York erano apparsi manifesti con le foto di tre bei bambini sotto lo slogan "Have your best baby", un invito a prendersi il proprio "bambino migliore". La campagna, che rimandava al sito Pickyourbaby.com ("Scegli il tuo bambino"), era stata lanciata da Nucleus Genomics, startup fondata nel 2021 e specializzata nello screening genetico pre-impianto degli embrioni concepiti in vitro. A dirigerne le attività cliniche Nathan Treff, il cui nome compare ora come coautore di uno studio che, ancora nella fase di revisione per la pubblicazione su una rivista scientifica, è stato condiviso sulla piattaforma bioRxiv, che accoglie articoli in attesa di validazione. E ha attirato l'attenzione del New York Times, che ha dedicato un lungo servizio a partire dall'annuncio della ricerca. Un team di scienziati della Columbia University di New York guidato dal genetista svizzero Dieter Egli ha modificato il Dna di embrioni umani in una fase di sviluppo estremamente precoce con un'accuratezza definita «senza precedenti». «un risultato - scrive il quotidiano - che potrebbe aprire la strada a bambini progettati con particolari caratteristiche». Lo fa applicando l'innovativa

tecnica del "base editing", che sviluppa quella dell'editing genetico (nota come Crispr, le "forbici molecolari") per arrivare a un livello di precisione che - dice la ricerca - consente di sostituire «meticolosamente» singoli elementi nelle sequenze del Dna senza gli effetti negativi osservati sinora. Ora sembra diventare possibile la rimozione di singoli fattori di rischio genetico per far nascere bambini sani. La tecnica del "base editing" potrebbe consentire la progettazione di bambini con le caratteristiche commissionate dai genitori (o da chi vuole produrre "i vostri migliori bambini"), prospettiva spalancata dall'adozione dell'Intelligenza artificiale per la gestione dell'immensa mole di dati genetici. Il "baby editing" consentirebbe il superamento dei problemi che la tecnica Crispr non riusciva a escludere, con alterazioni impreviste e conseguenze che lo stesso Egli ha definito «catastrofiche». È celebre il caso del cinese He Jiankui che nel 2018 annunciò la nascita di due gemelle geneticamente modificate in modo da renderle immuni dall'Hiv senza preoccuparsi della sicurezza di un esperimento condotto su bambini realmente venuti al mondo. I ricercatori della Columbia ora assicurano di aver interrotto lo sviluppo degli embrioni geneticamente modificati. Ma l'ombra di Nucleus Genomics e della sua proposta commerciale di scegliersi il "miglior bambino" impone di fermarsi prima che le evidenti controindicazioni a una tecnica palesemente eugenetica e dagli effetti a lungo termine del tutto ignoti vengano messe a tacere dai dottor Stranamore dell'IA e dai loro cantori. (Francesco Ognibene)

LA TESTIMONIANZA DI EUGENIA ALLEVA, MEDICO A NEW YORK IN UN DIPARTIMENTO DEDICATO ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

«Ogni giorno con l'IA in ospedale, tra grandi speranze e responsabilità»

STEFANIA CECCHETTI

Al Mount Sinai Hospital - uno dei più grandi poli ospedalieri e di ricerca dell'area metropolitana di New York, tra i primi al mondo ad aver investito in un dipartimento dedicato all'Intelligenza artificiale - lavora la trentatreenne milanese Eugenia Alleva. Medico con studi compiuti in Italia, oggi è "assistant professor" e coordina progetti che vedono coinvolti ingegneri, clinici e data scientists, tutti impegnati nella prevenzione e cura in particolare delle patologie ginecologiche. Lavorano su una piattaforma che integra i dati clinici dell'ospedale rendendoli utilizzabili per finalità di ricerca e di cura. Insomma, siamo nel campo, non più soltanto futuribile, in cui i dati elaborati da una macchina iniziano a orientare decisioni mediche, con tutto il corredo di domande che questo inevitabilmente suscita: sulla responsabilità, sul rapporto tra decisione umana e algoritmo, sul rischio di ridurre la persona a una sequenza di dati. Interrogativi che si pone anche Leone XIV nella sua enciclica *Magnifica humanitas*. Osserva infatti il Papa: «L'umanesimo cristiano non rifiuta la scienza e la tecnica, ma le assume con gratitudine e realismo, e le colloca "con i piedi per terra" dentro una voca-

zione più alta. L'intelligenza creativa dell'essere umano è un dono che può alleviare sofferenze e aprire possibilità nuove, ma essa deve restare ordinata al bene comune, alla giustizia, alla cura dei fragili e del creato» (n.129). Un richiamo che risuona in modo particolare proprio in ambito medico, dove i progressi scientifici restano inscindibili dallo sguardo rivolto alla persona concreta. «Lavoro tra il dipartimento dedicato all'Intelligenza artificiale e quello di ginecologia - racconta Alleva -. Mi occupo quindi non solo di "numeri" ma di problemi clinici reali: uso metodi computazionali per sviluppare modelli applicati alla ginecologia». Cosa significa nel concreto? «Tutti i sistemi di Intelligenza artificiale hanno bisogno di dati per essere allenati. Una volta addestrati, possono essere utilizzati nella pratica clinica o addirittura direttamente dai pazienti. Nel mio lavoro, questo si traduce nello sviluppo di modelli capaci di individuare pazienti con un flusso mestruale abbondante, un problema che colpisce una donna su tre e può portare ad anemia e carenze importanti. Eppure è molto sottovalutato, anche per via di uno stigma ancora forte». L'Intelligenza artificiale può rompere questo silenzio. «Permette, nella privacy della propria casa, di



Eugenia Alleva

La giovane dottoressa milanese è "assistant professor" al Mount Sinai Hospital in una équipe con ingegneri, clinici e data scientists «Così sviluppiamo modelli per cure personalizzate»

raccogliere dati e ricevere indicazioni. Può spingere le donne a rivolgersi a un medico e cambiare l'epidemiologia della malattia». Quello raccontato da Alleva non è un caso isolato. L'Intelligenza artificiale è già presente nella medicina da anni, anche se in forme meno visibili. «Esistono modelli di rischio cardiovascolare, utilizzati nella pratica clinica, oppure modelli in grado di ottimizzare il dosaggio di alcuni farmaci. La differenza, rispetto a qualche anno fa, sta nella scala e nella complessità. «Oggi possiamo analizzare milioni di dati genetici e sintetizzarli in una rappresentazione matematica che aiuti a scegliere, tra dieci tipi di farmaci molto simili, quello più efficace per un paziente e la sua particolare combinazione di geni». La promessa è quella di una medicina sempre più personalizzata. Ma ogni progresso, lo abbiamo visto, porta con sé interrogativi etici. «La questione della responsabilità è enorme», ammette Alleva, che prova comunque a esprimere il suo personale punto di vista: «Credo che in ambito sanitario il problema sia sempre prendere la decisione migliore possibile in base alle informazioni che si hanno. È il lavoro dei medici ogni giorno. L'Intelligenza artificiale è uno strumento in più, non sempre la soluzione migliore, ma in certi contesti può fare la differenza». Per esempio, nella medicina di emergenza: «Nei contesti di triage bisogna fare i conti con una realtà, quella delle risorse limitate. Allora il rischio della decisione sbagliata è alto, ma ancora più alto è il rischio del non prendere nessuna decisione perché non c'è un medico disponibile». Parole che fotografano una tensione tipica del nostro tempo relativamente all'Intelligenza artificiale: tra necessità e prudenza, tra efficienza e responsabilità. Su

questo terreno, Europa e Stati Uniti si muovono con approcci diversi. «In Europa si sta facendo un lavoro molto importante di regolamentazione», osserva Alleva. Negli Stati Uniti, invece, prevale un atteggiamento più sperimentale: «C'è molta speranza verso queste tecnologie, ma anche il rischio, credo, di non avere uno sguardo abbastanza critico». Non è tuttavia solo una questione normativa: il nodo più delicato, riguarda la natura stessa della cura. L'Intelligenza artificiale rischia di disumanizzare la medicina? «Per me è un'alleata - risponde senza esitazione Alleva -. Può alleggerire il carico dei medici, occupandosi degli aspetti più meccanici e burocratici, che oggi assorbono una parte significativa del tempo clinico». Se una macchina può compilare le cartelle cliniche, insomma, il medico può dedicarsi di più al paziente. «L'alleanza terapeutica richiede tempo e spazio mentale. L'Intelligenza artificiale può contribuire a restituirci», precisa Alleva. Allo stesso tempo, cambia anche il ruolo del paziente: «Diventa più autonomo, più consapevole. Può avere strumenti per capire meglio il proprio corpo e partecipare attivamente alla cura. Il progetto sul flusso mestruale abbondante ne è un esempio emblematico».

«Ogni giorno con l'IA in ospedale, tra grandi speranze e responsabilità»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'analisi

MARCO TRABUCCHI

UN'ALLEANZA SOCIALE PER GLI ANZIANI ESPOSTI AL CLIMA "PATOLOGICO"



L'influenza esercitata dal clima sulla salute delle persone più fragili e quindi, in particolare, sugli anziani ammalati è argomento

da tempo al centro dell'attenzione, in particolare per le ondate di calore (ne ha scritto il 20 maggio su Avvenire Enrico Giovannini: "Quando il clima si fa malattia"). I lettori ricorderanno la tremenda estate del 2003, quando molte migliaia di nostri concittadini morirono per gli effetti devastanti delle temperature elevate, senza escursioni notte-giorno. Da allora situazioni così estreme non si sono più riprodotte - e speriamo che non si ripetano in futuro - ma le collettività hanno messo in campo sistemi di difesa in favore degli anziani più fragili. Qualcuno ricorderà che molti comuni dopo quell'evento hanno attivato anagrafi della fragilità, per essere pronti a intervenire in maniera mirata al momento di un eventuale allarme caldo. Una difesa fondata sulla collaborazione tra le macchine che prevedono le ondate di calore e la generosità dei cittadini disposti a intervenire per ridurre i gravi rischi del caldo. Recentemente la letteratura scientifica ha riportato dati molto interessanti riguardanti l'effetto dell'inquinamento atmosferico sulla comparsa di disturbi cognitivi nell'anziano. La rivista scientifica "Jama Network Open" di maggio pubblica un'indagine originale, nella quale si evidenzia che l'esposizione ambientale al particolato con diametro minore di 2.5 micron e a nitrossido di azoto provoca la comparsa di demenza a corpi di Lewy e della demenza correlata alla malattia di Parkinson. È un ambito nel quale gli interventi sono difficili. Ad esempio, si pone l'interrogativo riguardante il migliore luogo di vita degli anziani, nell'alternativa tra la città, dove trovano un ambiente stimolante, e la campagna, dove sono protetti dall'inquinamento ma vivono in luoghi dove ricevono meno stimolazioni. Si tratta di un'alternativa apparentemente insanabile, però la nostra cultura civile dovrà uscire dall'incapacità di indicare un futuro per chi è più fragile e più dipendente da fattori esterni. Questa incertezza deve interessare i centri di studio e ricerca, perché possano fornire alla politica gli strumenti decisionali. Oggi i temi della prevenzione delle malattie in età avanzata e della "nuova frontiera della longevità" si pongono sempre più al centro dell'attenzione generale, ponendo la tematica su un piano personale, di scelte che sembrano possibili solo con l'impegno del singolo. Manca, invece, una sensibilità per la quale, oltre alle scelte personali - spesso costose e non sempre destinate a raggiungere i risultati attesi -, la salute e il benessere in età avanzata dipendono soprattutto da decisioni collettive. Ma le indicazioni di comportamenti comunitari adeguati come potranno essere costruite? Sarà possibile affidarsi all'Intelligenza artificiale, certamente in grado di indicare gli effetti del caldo, dell'inquinamento, dell'inadeguatezza dei servizi, che però non potrà mai descrivere la realtà del corpo con un afflato di delicata comprensione. Saremo dipendenti da indicazioni senz'anima, non in grado di descrivere l'angoscia della persona di fronte a un'ondata di calore o a quella di chi percepisce la progressiva incapacità di ragionamento a causa dell'esposizione a veleni nell'aria. Se le decisioni sul futuro della persona anziana e del suo benessere saranno prese da tecnologie che si rivolgono a corpi inanimati, non a persone vive, il progresso distruggerà il nostro futuro. Oggi nelle grandi città vivono molte migliaia di anziani in abitazioni insalubri, esposti a un contesto insicuro, senza possibilità di vita collettiva, respirando aria inquinata. Non sarà certo l'Intelligenza artificiale a delineare il loro futuro ma una forte alleanza tra una scienza che indica i contorni tecnici e una scienza della città (la politica) in grado di interpretare un corpo fragile e le sue speranze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 5 giugno 2026

n. 22/2026

Amiche, amici,

La morte di Edgar Morin ci ha particolarmente colpiti. Il suo insegnamento sulla complessità è stato una guida nell'interpretare l'invecchiamento come aspetto che non può essere segmentato in tante dinamiche diverse, ma deve essere interpretato secondo un modello unitario.

Allego il ricordo di Mauro Ceruti, allievo prediletto di Morin, pubblicato sul Corriere della Sera del 31 maggio.

-Colloco in questa parte iniziale della newsletter una forte critica agli sprechi e alle illusioni costruite attorno alle varie Longevity, un'epidemia di stupidaggini che coinvolge numerose realtà (anche quelle religiose, purtroppo), inducendo costi inutili e illusioni, riducendo l'attenzione alla carenza di servizi adeguati.

Mi sia consentito un raffronto. Il nostro grandissimo Presidente il 23 luglio compirà 85 anni. Ecco il suo programma, almeno quello noto, di due giornate di impegni: il giorno 1 giugno: incontro lungo e intenso con i disabili, poi con i diplomatici accreditati in Italia. 2 giugno: a passo svelto ha salito i gradini dall'Altare della Patria, poi ha passato in rivista i reparti in piedi sull'automobile presidenziale, ha assistito alla parata con un continuo alzarsi e sedersi al passaggio delle bandiere. Infine, nel pomeriggio incontro durato alcune ore con la cittadinanza in piazza del Quirinale. Amore per la Patria, impegno per i più fragili e per la pace: sono comportamenti certamente molto più adeguati al fine di garantire un invecchiamento in salute... rispetto alle pozioni magiche e alle indicazioni pseudoscientifiche dalle quali siamo invasi. Mi auguro che chi è coinvolto nella cura degli anziani non abbia dubbi su come agire!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ricordo di Carlin Petri
- Bernabei: longevità e ricchezza
- In Germania aumentano le tasse per chi è senza figli

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto contributo di Mauro Colombo
- Il delirium secondo Alessandro Morandi
- Lancet e un'utile messa a punto sull'Alzheimer

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Un report sul congresso regionale Piemonte-Valle d'Aosta

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Un ricordo di **Carlin Petrini** trova opportuna collocazione in mezzo ad altre notizie riguardanti il benessere somatico e psicologico dell'anziano. Infatti, la scelta radicale per la natura ha indicato come dovrebbe essere la nostra cura per la Terra, luogo dove ogni persona dovrebbe poter trovare una serena collocazione. Questa Madre è in particolare accogliente per chi è più fragile; gli anziani godono più di altri di una natura non deturpata dalla stupidaggine e dall'egoismo di molti. Ha scritto quello che ha praticato tutti i giorni nel suo insegnamento: "Lo slancio verso qualcosa di altro da noi, la ricerca di un disegno universale, di una connessione tra tutti gli esseri umani e tra gli uomini e il loro ambiente". Ha difeso la biodiversità, ma prima che una biodiversità nella natura ha creduto in una biodiversità culturale, per costruire un mondo vivo.

-L'articolo di **Roberto Bernabei** del *Messaggero* **richiama l'attenzione della politica sul problema demografico.**

Longevità vuole dire ricchezza

Abbiamo detto che per la prima volta nella storia dell'umanità si vive in tanti così a lungo. Una bimba che nasce stamattina ha un'aspettativa di vita di quasi 86 anni e ci sta che abbia una nonna stamani 85enne. Questa nonna, probabilmente, accudirà la nipote per aiutare la figlia ed ha un'aspettativa di vita in buona salute di circa 15 anni. Insomma, una rivoluzione demografica ma antropologica, sociale, medica, economica...

Prendiamo la parte economica, si parla sempre più frequentemente di Economia della Longevità e certo vedo spuntare persone ed organizzazioni che intuiscono che bisogna esserci nel "mercato" della longevità/vecchiaia. Che poi abbiano il curriculum per farlo, è altra storia. Quel che so è che continuo a proporre, hai visto mai che qualcuno ascolti soprattutto nei luoghi della politica, è l'utilizzo e lo stimolo dei milioni di ultrasessantacinquenni sani e pensionati per fare Pil. Sono il petrolio del paese, che divenuto benzina per far correre la macchina Italia. Stimoliamoli, aiutiamoli, finanziamoli, detassiamoli per far crescere il Pil invece di contemplarli nelle loro invenzioni quotidiane per passar la giornata. E magari, parlo ai politici, ti votano pure.

CI SONO QUELLI CHE...

Riassunto delle puntate precedenti: 15 milioni di ultrasessantacinquenni in Italia, il 25% della popolazione: 5 milioni scassati e non autosufficienti da assistere al meglio ripensando in parte il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn); 5-6 milioni affetti da malattie croniche (la polipatologia fatta di diabete, cardiopatia ischemica, ipertensione, tumore xy) ma funzionanti per i farmaci e le procedure che il Ssn assicura; 4-5 milioni senza malattie, in buona forma fisica e mentale. Spesso, almeno per quella mentale, in forma migliore di quando erano nel pieno della maturità, diciamo ai 50 anni. Punto intanto su questi ultimi ma non disdegnerei la collaborazione anche della fascia intermedia dei portatori di patologie croniche in cura. Anche perché l'attività fa longevità, ricordatelo. E che fanno questi 4-5 o 10 (se li includiamo tutti) milioni di inediti longevi? Guardatevi intorno, ci sono quelli che continuano la loro attività, perché commercianti, idraulici, elettricisti, avvocati, medici, ingegneri, architetti etc. e quelli che abbassano la saracinesca o chiudono lo studio e non ne vogliono più sapere. Quelli che "lo faccio solo il nonno" e quelli che iniziano a viaggiare tarantolati senza fermarsi; quelli che "non sono mai stato così impegnato come dopo il pensionamento" e quelli che rodono perché nessuno li cerca più dal luogo di lavoro lasciato.

Ancora: quelli che vogliono una consulenza dal precedente lavoro ad ogni costo e quelli che non vogliono nemmeno sentir nominare la ditta, società, università a cui hanno dato il sangue tutta la vita. Quelli che "mi sveglio quando mi pare" e quelli che "ma che mi sveglio a fare?"; quelli "la giornata non finisce mai" e quelli "ma come passa in fretta, manco riesco a fare un decimo di quel che facevo". Quelli che non si sono preparati a 30 anni di vita in più e girano intristiti. Quelli che diventano volontari e zitti zitti aiutano a vivere meglio gli sfortunati. Quelli che frequentano

l'ambulatorio del medico come fosse il loro club. Quelli che scrivono le loro memorie, pensano di fare una roba nuova e diversa. E la fanno, pochi.

MATRIMONI DURATURI

E poi le coppie... bum! Tra le varie prime volte nella storia dell'umanità che l'attuale longevità disegna c'è, folgorante, la durata di massa dei matrimoni. 50 anni, nozze d'oro, a schiovere e (come pendant) aumento vertiginoso dei divorzi a 70 anni. È chiaro che i matrimoni durano perché vigeva il divorzio "biologico" dato da un'età media di trenta anni più bassa, con convivenze assai più brevi. Oggi le vedete le coppie formate da due "longevi"? L'arte della pazienza è sviluppata in quantità gigantesca perché i tanti anni insieme nello stesso letto, con le stesse pecche caratteriali, le stesse ripetitività, le stesse ignobiltà... non logorano. Di più. E allora solo la pazienza aiuta, anche se diluisce e ammoscia le relazioni.

Ero partito dalla necessità di fare Pil per questi milioni di ultrasessantacinquenni pensionati ma attivi o potenzialmente tali. Ve li ho descritti con la formula di "Quelli che" perché non li descrive mai alcuno, non c'è un film o una televisione che ne parli; l'aiuta a fare minimo comune denominatore. O a riconoscersi in un "quelli" e almeno non ci si sente soli.

Il fatto è che ognuno inventa la sua longevità o vecchiaia, longevità e vecchiezza fai da te. Non va, non funziona. Tra tutti "quelli che" vi assicuro ci sono idee, entusiasmi, generosità e soprattutto capacità. Bene: cominciamo a costruire un minimo comune denominatore della longevità/vecchiezza attraverso la possibilità di produrre. Di far produrre "quelli". I mille "quelli che" hanno caratteri, attitudini, volontà e velleità diverse ma sono tutti possibili produttori di impresa, servizi, innovazione. Questo costruisce l'economia della longevità.

-Una notizia particolarmente significativa ed istruttiva. **Il governo tedesco**, a causa della crisi dell'assicurazione obbligatoria per la cura degli anziani -Pflegeversicherung- che in due anni ha accumulato 22 miliardi di deficit, **sta studiando come innalzare il contributo versato dalle persone senza figli**. La quota a carico di chi non ha figli sarebbe del 4.3%, per chi ha un figlio il contributo scende al 3.6%, per chi ne ha tre al 3.1%. La decisione è motivata da esigenze di bilancio; è però importante il messaggio che contiene. Chi non ha figli è destinato da anziano a pesare di più sulla spesa pubblica ed è quindi giusto che paghi di più l'assicurazione sul suo futuro. Una modalità seria per affrontare i problemi, mentre noi continuiamo a pensare di ridurre l'età pensionabile e promettiamo ogni giorno di ridurre le tasse. La proposta non sarà certamente risolutiva per la crisi tedesca, però è un segnale di serietà: il futuro del welfare deve diventare l'aspetto principale delle scelte politiche di un paese moderno.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo**, come sempre d'alto livello scientifico, ma anche attento alla nostra umanità.

"Uno dei miei primi Maestri in Gerontologia Clinica è stato il **prof. Aldo Edoardo Tammaro**: di questo geriatra e cardiologo – molto rigoroso nel ragionamento e nel metodo – sono tuttora rintracciabili su PubMed 79 citazioni di voci pubblicate tra il 1960 ed il 2005. Ricordo una sua frase, pronunciata durante una lezione alla scuola di specializzazione, nell'Università di Pavia: **"chi si interessa di cervello senile non può non occuparsi di cuore e circolazione"**. L'impronta degli insegnamenti del prof. Cavalieri – con cui collaborò a lungo, prima di intraprendere un proprio percorso personale – è palese. Come piccolo pegno della riconoscenza che debbo al prof. Tammaro, gli dedico questo 'angolo', relativo ad un argomento che sicuramente lo avrebbe interessato: "Declino cognitivo precedente a eventi cardiovascolari negli anziani", come recita il titolo di un articolo pubblicato il 20 aprile nella sezione cardiologica di *JAMA Network Open* [1].

La letteratura che tratta delle conseguenze avverse, a breve ed a lungo termine, sul cervello e sulle sue funzioni da parte delle malattie cardiache e cardiocircolatorie è particolarmente abbondante [£]. Ma l'introduzione [£] di [1] parla di una "associazione tra malattie cardiovascolari e demenza ... complessa (che) implica una comunicazione dinamica e bidirezionale tra il cuore e il cervello". Un declino cognitivo che preceda eventi cardiovascolari viene considerato "plausibile data la lunga fase prodromica sia delle malattie cardiovascolari che del deterioramento cognitivo. Il declino cognitivo può anche riflettere una patologia condivisa, fungere da fattore di rischio o essere parte di un'associazione bidirezionale con le malattie cardiovascolari", come indicato da alcune ricerche. Ma la contraddittorietà dei risultati, e limiti metodologici – quali la scarsa numerosità degli eventi cardiovascolari, spesso solo auto-riferiti -, hanno spinto a condurre una indagine longitudinale sulle traiettorie di differenti domini cognitivi, precedenti alle malattie cardiovascolari [cardiovascular diseases (CVD)], adoperando i dati affidabili di un ampio trial clinico.

I numerosi Autori – affiliati ad istituzioni australiane e statunitensi - hanno adottato un disegno di studio di tipo 'caso-controllo', a partire da una estensione (ASPREE-XT) del trial clinico randomizzato controllato "Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE)". 1887 casi – con cardiopatia coronarica fatale (CHD), infarto miocardico non fatale (IM), ictus fatale o non fatale e ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (HHF) – sono stati abbinati rispetto a età, sesso e scolarità a 7548 controlli. I 9435 partecipanti totali, di età mediana 75,7 anni (con ambito interquartile 72,4 – 80 anni), 52,7 % maschi, sono stati seguiti annualmente per 11 anni. Le funzioni cognitive sono state indagate mediante il Mini Mental State Examination modificato (3MS) per la cognitività globale, il Test di apprendimento verbale di Hopkins – rivisto (HVLt-R) – come compito di richiamo differito per la memoria episodica, il test delle modalità simbolo-cifra (SDMT) per la velocità di elaborazione delle informazioni, e il Test di Associazione di Parole Orali Controllate (COWAT) per la fluency verbale. Inoltre, sono stati generati 3 punteggi composti utilizzando i punteggi standardizzati (z), relativi alla cognizione globale (media dei punteggi 3MS, HVLt-R, SDMT e COWAT), alla funzione esecutiva (combinando i punteggi COWAT, SDMT e 3MS relativi alle domande sulle somiglianze) ed al punteggio in memoria (combinando i punteggi di richiamo differito HVLt-R e 3MS).

Come chiaramente illustrato nelle figure a colori di [1], gli individui che sono andati incontro ad eventi cardiovascolari incidenti presentavano una funzione cognitiva inferiore, a partire da un periodo compreso tra 3 e 8 anni prima dell'evento, rispetto a quelli senza eventi cardiovascolari. Sono stati inoltre osservati declini più rapidi nella cognizione globale (β , -0,19 [95%CI, da -0,33 a -0,06]), nella memoria episodica (β , -0,04 [da -0,11 a -0,03]), nella velocità di elaborazione (β , -0,28 [95%CI, da -0,48 a -0,07]) e nella fluidità verbale (β , -0,15 [95%CI, da -0,27 a -0,04]) negli anni precedenti all'evento cardiovascolare, rispetto ai partecipanti del gruppo di controllo.

Anche i punteggi relativi alla cognizione globale composita (β , -0,11 [95%CI, da -0,17 a -0,06]) e alle funzioni esecutive (β , -0,07 [95%CI, da -0,11 a -0,03]), ma non quelli relativi alla memoria, sono diminuiti più rapidamente.

Dal supplemento all'articolo originale, si evidenzia anche graficamente come, suddividendo le CVD per tipologia, siano state osservate traiettorie cognitive simili per cardiopatia ischemica fatale, ictus e insufficienza cardiaca; tuttavia, questo schema non è stato ripetuto per l'infarto miocardico non fatale, caso nel quale pazienti e partecipanti del gruppo di controllo hanno mostrato tendenze comparabili. Inoltre, le analisi dei sottogruppi per ipertensione, diabete e malattia renale cronica hanno prodotto risultati simili. Sono state osservate dimensioni dell'effetto leggermente maggiori nei soggetti con patologie croniche.

Ancora dal supplemento si ricava le differenze tra casi e controlli nelle traiettorie siano maggiormente sfavorevoli per le donne, specialmente per la velocità di elaborazione delle informazioni [misurata mediante il test delle modalità simbolo-cifra (SDMT)], la fluency verbale

[misurata mediante il Test di Associazione di Parole Orali Controllate (COWAT)], e le funzioni esecutive.

In generale, le traiettorie hanno mostrato profili curvilinei – addirittura con un andamento a parabola per la cognitività globale nei controlli (*ndr*) – per i quali sono stati introdotti nelle equazioni predittive termini quadratici relativi al tempo di osservazione. Ancora, la fluenza verbale – misurata mediante il Test di Associazione di Parole Orali Controllate (COWAT) – è sembrata crescere lungo tutti gli 11 anni di osservazione, sempre per i soggetti di controllo (*ndr*).

In discussione si sottolinea come, dei pochi studi che abbiano indagato la relazione cuore / cervello nel verso dal secondo al primo dei due organi, la maggior parte riguardano casi di ictus, e mostrano un netto declino nelle capacità cognitive globali, nella velocità di elaborazione, nella memoria e nella fluidità verbale prima dell'insulto cerebrovascolare rispetto a coloro che non hanno avuto un ictus, un declino iniziatosi fino a 10 anni in anticipo rispetto al primo accidente.

In discussione, viene evidenziato come prima di un evento cardiovascolare, il declino cognitivo variava a seconda dei diversi domini cognitivi. In particolare, la velocità di elaborazione, definita come la velocità con cui un individuo può percepire uno stimolo, interpretare le informazioni e produrre una risposta, sembrava essere il dominio più precocemente colpito, mostrando un declino significativo 8 anni prima di un evento cardiovascolare. La velocità di elaborazione è fondamentale per funzioni cognitive più complesse, come le funzioni esecutive, e i cambiamenti nella velocità di elaborazione possono fungere da indicatori precoci di declino nei domini cognitivi di ordine superiore, portando potenzialmente a disfunzioni cerebrali. Inoltre, è stato dimostrato da tempo che gli interventi volti a migliorare la velocità di elaborazione riducono il rischio di demenza del 29 % a distanza di 10 anni, in anziani cognitivamente integri, secondo un effetto dose / risposta [2]

Un punto critico sollevato in discussione riguarda la incertezza sul significato clinico di tali declini cognitivi precoci. Le valutazioni cognitive di routine potrebbero essere integrate in strategie preventive più ampie per le malattie cardiovascolari incidenti come marcatori complementari della salute vascolare o della stratificazione del rischio, ma mancano soglie validate di simili declini in tale contesto. I valori normativi pubblicati si limitano all'ambito di ASPREE anche per SMDT, che – pur non impiegato ordinariamente in ambiente cardiologico – è relativamente semplice e veloce da somministrare in contesti differenti, compreso quello clinico. Al contrario, il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) è più appropriato per rilevare i cambiamenti cognitivi nelle popolazioni con malattie cardiovascolari dopo che un evento si è già realizzato.

In termini fisiopatologici, si suppone che l'esposizione prolungata a fattori di rischio cardiovascolare, come l'ipertensione o il fumo, nel corso della vita, promuova la disfunzione microvascolare ed endoteliale cerebrale, che porta a un'alterazione dell'appaiamento neurovascolare e a riduzioni subcliniche della perfusione cerebrale le quali a loro volta precedono le malattie cardiovascolari conclamate e sono anche associate al declino delle funzioni cognitive. Ne consegue l'auspicio che la ricerca futura potrebbe concentrarsi sulla valutazione, lungo l'intero arco di vita, come auspicato 20 anni fa su *Lancet Neurology* in un articolo [3] messo a libera disposizione in rete dal Gruppo di Ricerca Geriatrica (GRG), del carico vascolare subclinico, quantificabile prima degli eventi cardiovascolari attraverso misure basate su biomarcatori, come il calcio nelle arterie coronarie, gli indici di rigidità arteriosa, i marcatori infiammatori sistemici e l'imaging retinico o neurovascolare; l'auspicio si estende alla possibilità di esaminare come queste misure si relazionano agli esiti cognitivi.

In ogni caso, i risultati di [1] “sottolineano l'importanza di identificare e gestire la malattia [CVD (*ndr*)] subclinica per prevenire potenzialmente il declino cognitivo e la demenza, in particolare negli individui a più alto rischio.”

£ tra questa, segnalo i danni in età avanzata, collegati alla sofferenza miocardica subclinica nella età di mezzo, indicati da elevazioni nella troponina I [4]: magari arriverà un 'angolo' dedicato a questo

argomento. Per ora, constato l'esistenza di un consorzio dedicato alle connessioni tra cuore e cervello [5].

[1] Vishwanath, S., Wu, Z., Tonkin, A., Cloud, G. C., Hopper, I., Orchard, S. G., Wolfe, R., Shah, R. C., Zhou, Z., Murray, A., Woods, R. L., Nelson, M. R., Stocks, N., Reid, C. M., Venkataraman, P., Abhayaratna, W. P., Donnan, G. A., Eaton, C. B., Williamson, J. D., Ernst, M. E., ... Ryan, J. (2026). Cognitive Decline Preceding Incident Cardiovascular Events in Older Adults. *JAMA network open*, 9(4), e267841. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.7841>

[2] Edwards, J. D., Xu, H., Clark, D. O., Guey, L. T., Ross, L. A., & Unverzagt, F. W. (2017). Speed of processing training results in lower risk of dementia. *Alzheimer's & dementia* (New York, N. Y.), 3(4), 603–611. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.09.002>

[3] Whalley, L. J., Dick, F. D., & McNeill, G. (2006). A life-course approach to the aetiology of late-onset dementias. *The Lancet. Neurology*, 5(1), 87–96. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70286-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70286-6)

[4] Chen, Y., Shipley, M., Anand, A., Kimenai, D. M., Ebmeier, K. P., Sabia, S., Singh-Manoux, A., Deanfield, J., Kivimaki, M., Livingston, G., Mills, N. L., & Brunner, E. J. (2026). High-sensitivity cardiac troponin I and risk of dementia: the 25-year longitudinal Whitehall II study. *European heart journal*, 47(3), 359–369. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf834>

[5] van Nieuwkerk, A. C., Delewi, R., Wolters, F. J., Muller, M., Daemen, M., Biessels, G. J., & Heart-Brain Connection Consortium (2023). Cognitive Impairment in Patients With Cardiac Disease: Implications for Clinical Practice. *Stroke*, 54(8), 2181–2191. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.040499>

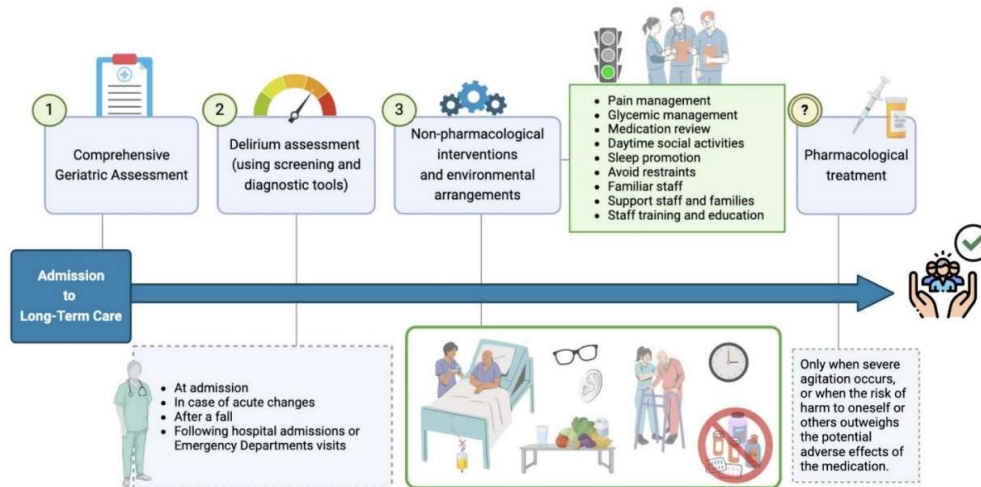
-**Lancet** del 30 maggio **pubblica un “seminar” sulla Malattia di Alzheimer**. Invito a studiarlo chi non l'avesse già letto: è una revisione chiara e documentata dello stato dell'arte sulle conoscenze della malattia. **È utile per chiunque voglia avere un punto aggiornato e completo**, rispetto ai molti stimoli che arrivano ogni giorno, alcuni fondati, altri meno. Ritengo inoltre che questo articolo potrebbe essere un testo per organizzare momenti di formazione nei vari luoghi dove l'AIP è presente e svolge funzioni formative.

[<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2826%2900198-4>]

-Il professor **Alessandro Morandi** ha inviato un contributo su: **“Nuove prospettive e strategie pragmatiche per la gestione del delirium nelle cure a lungo termine”**. Segnalo ai lettori un recente lavoro scientifico internazionale, che vede tra i suoi autori principali Alessandro Morandi, Alessandra Marengoni e Giuseppe Bellelli. L'articolo, intitolato *“Pragmatic Strategies for Delirium Screening and Management in Older Long-term Care Facility Residents: A Comprehensive Review”* (<https://deliriumjournal.com/article/161804-pragmatic-strategies-for-delirium-screening-and-management-in-older-long-term-care-facility-residents-a-comprehensive-review>) affronta una delle sfide cliniche più complesse e spesso sottovalutate all'interno delle strutture di assistenza a lungo termine (LTC): il delirium.

“La prevalenza di questa sindrome geriatrica nelle residenze sanitarie assistenziali varia dal 36.8% in Italia fino al 70% in contesti internazionali, eppure il tasso di mancato riconoscimento oscilla tra il 49% e l'87%. Questa revisione complessiva colma un importante vuoto della letteratura scientifica, offrendo ai professionisti percorsi pragmatici che partono da una valutazione geriatrica globale fin dal momento dell'ammissione, integrando l'uso di scale di screening rapide e validate (come m-RASS, RADAR o UB-CAM) nella routine quotidiana del personale infermieristico. L'aspetto di maggiore interesse psicogeriatrico risiede nella complessa sovrapposizione tra delirium e demenza. Gli autori evidenziano come i sintomi cognitivo-comportamentali acuti vengano frequentemente scambiati per la naturale progressione della demenza sottostante, portando a un uso inappropriato

e rischioso di psicofarmaci. Il lavoro ribadisce con forza la priorità assoluta degli interventi non farmacologici multicomponenti – focalizzati su idratazione, gestione del dolore (tramite strumenti dedicati come la scala PAINAD per i pazienti non verbali) , mobilitazione e revisione della terapia – e consiglia il ricorso agli antipsicotici esclusivamente come *extrema ratio* per brevi periodi in presenza di grave aggressività o rischio di autolesionismo, come è descritto nella figura sottostante che è in inclusa nell’articolo.



Viene sottolineata la necessità di una formazione continua dello staff basata sull'approccio "tutti i comportamenti hanno un significato", promuovendo una cultura comunitaria che coinvolga attivamente i familiari nella rilevazione precoce.

Per il futuro, gli autori tracciano una *roadmap* scientifica. La ricerca futura dovrà focalizzarsi sullo sviluppo di biomarcatori digitali e sull'integrazione di tecnologie e intelligenza artificiale per identificare precocemente le fluttuazioni cognitive e i cambiamenti comportamentali minimi dei residenti. Sarà inoltre fondamentale condurre ampi studi clinici randomizzati focalizzati sulla transizione di cura (ospedale-struttura-domicilio) e sull'efficacia a lungo termine di modelli formativi standardizzati per lo staff. Dal punto di vista psicogeriatrico, la vera frontiera della ricerca risiederà nel comprendere meglio i meccanismi fisiopatologici condivisi tra delirium e demenza, al fine di sviluppare trattamenti preventivi personalizzati e preservare la riserva cognitiva dell'anziano residente in RSA."

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Il 23 maggio si è svolto l'annuale **Congresso Interregionale AIP della Sez. Piemonte e Valle d'Aosta**, che ha visto coinvolti medici specialisti, MMG, neuropsicologi di Piemonte e Valle d'Aosta.

La grande affluenza e la competenza della Faculty e della segreteria organizzativa hanno reso questo appuntamento un grande successo.

Nell'occasione si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione.

Tra le relazioni abbiamo estrapolato un breve summary di alcune particolarmente significative.

DNC MINORE: RICONOSCERLO E TRATTARLO

Il Disturbo Neurocognitivo (DNC) Minore è una condizione di transizione tra l'invecchiamento sano e la demenza. Si distingue per la presenza di un deficit cognitivo oggettivato ai test neuropsicologici che però non compromette l'indipendenza funzionale nelle attività quotidiane.

L'iter diagnostico inizia dal medico di medicina generale che pone il sospetto ed esclude eventuali cause secondarie o reversibili. La diagnosi di secondo livello spetta allo specialista, che somministra

una batteria neuropsicologica estesa per fenotipizzare il deficit. Una volta identificata una possibile causa eziologica questa andrebbe ricercata tramite biomarcatori a seconda del sospetto, tuttavia secondo le LG nazionali sulle demenze dell'ISS del 2024, il neuroimaging (TC/RM) è raccomandato, mentre i biomarcatori sono sconsigliati nella pratica clinica ordinaria al di fuori di ambiti di ricerca. In ambito terapeutico l'uso di farmaci come gli inibitori dell'acetilcolinesterasi, memantina o anticorpi monoclonali non è raccomandato, vi è invece con una forte raccomandazione per il training cognitivo e i cambiamenti dello stile di vita. La prevenzione è fondamentale, poiché modificando specifici fattori di rischio (come le malattie cardiovascolari) si può ritardare il declino. È cruciale anche la pratica del *deprescribing*, misurando e sospendendo i farmaci che presentano un elevato carico anticolinergico. Poiché il DNC Minore è una condizione dinamica (può progredire, ma anche regredire o stabilizzarsi), richiede un follow-up longitudinale.

OMOCISTEINEMIA E DECADIMENTO COGNITIVO:

L'Hcy favorisce il declino cognitivo a patogenesi vascolare, rappresenta un fattore di rischio indipendente per la malattia di Alzheimer e promuove la progressione di MCI in demenza. L'Hcy è stata associata ad un incremento dell'iperintensità della sostanza bianca e dell'atrofia cerebrale, ma anche a neuroinfiammazione e neurodegenerazione.

Lo stress ossidativo indotto dall'iperomocisteinemia peggiora la disfunzione endoteliale e, in aggiunta ai danni da ipometilazione e da eccitotossicità mediata dal glutammato, amplifica il danno encefalico. Tra i meccanismi mediati dall'Hcy recentemente coinvolti nello sviluppo e nella progressione del declino cognitivo: l'inibizione del Complesso 1 mitocondriale, la piroptosi e il potenziamento della via apoptotica estrinseca DR4/DR5 mediata da Ab.

INFLAMMAGING:

Nel 2000 Franceschi e collaboratori, a fronte di ricerche scientifiche condotte sui centenari volte a comprendere i meccanismi alla base della longevità, introducono il concetto di *inflammaging*, che a differenza dell'infiammazione acuta che è temporanea e protettiva, è uno stato di infiammazione cronica, sterile e di basso grado che caratterizza l'invecchiamento: l'attivazione anomala delle cellule dell'immunità innata e la disregolazione delle risposte dell'immunità adattativa concorrono al mantenimento e progressione dell'*inflammaging*. In un contesto di progressiva riduzione delle risposte dell'immunità adattativa, uno stato di attivazione persistente dell'immunità innata potrebbe non essere un segno di disfunzione ma una strategia adattativa messa in atto dal nostro organismo per garantire un livello di sorveglianza minima.

Sul piano fisiopatologico i meccanismi alla base sono: disfunzione mitocondriale, stress ossidativo, disfunzione del microbiota, senescenza cellulare.

L'*inflammaging*, se non adeguatamente compensato da meccanismi antinfiammatori, induce uno stato catabolico sistemico che a livello del sistema nervoso si traduce in attivazione della microglia e neuroinfiammazione.

Le cellule microgliali si legano in modo specifico ad oligomeri solubili Ab innescando una risposta infiammatoria finalizzata alla neuroprotezione. Tuttavia, una risposta infiammatoria incontrollata e persistente innesca uno stormo citochinico che sbilancia il cross talk immunitario tra astrociti, neuroni e microglia alterando i meccanismi di regolazione del sistema immunitario, della cognizione e plasticità sinaptica.

Quando parliamo di neuroprotezione, allora, parliamo di stili di vita, di modelli alimentari ma anche di sostanze come flavonoidi e coline che esercitano effetti antinfiammatori e antiossidanti,

La colina è precursore di acetilcolina. Questi, oltre ad essere un neurotrasmettitore, è neuromodulatore immunitario attraverso la via antinfiammatoria colinergica a sostegno del fatto che l'ipotesi colinergica non sia superata ma integrata a pieno titolo nel paradigma neuroimmunologico.

"La presbiacusia è una condizione cronica ad altissima prevalenza e spesso dimenticata.

L'impatto di questo disturbo influisce negativamente sulla qualità della vita degli anziani, limitandone significativamente le capacità comunicative e sociali. La causa primaria è una riduzione delle cellule ciliate cocleari, si diagnostica con audiometria tonale/vocale ed ha plurime possibilità terapeutiche, poco accettate dai pazienti e poco comprese dai parenti.

L'ipoacusia è il principale fattore di rischio modificabile per la demenza, ed esistono 3 possibili ipotesi interpretative. La correzione del disturbo porta benefici non solo come prevenzione per il deterioramento cognitivo, ma anche per altre sindromi geriatriche.

Pertanto l'attività di counseling risulta fondamentale per smantellare i pregiudizi verso la protesica acustica e incrementare la compliance terapeutica."

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

Con l'augurio di buon lavoro e di buona vacanza alle colleghe e ai colleghi che iniziano il loro periodo di riposo

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatrica

