

Newsletter AIP – 7 agosto 2026
n. 31/2026

In questi giorni è scomparsa la mamma di Mauro Colombo. Nell'esprimere affetto e gratitudine al nostro carissimo amico, ricordo che la sua mamma fino alla fine lo spronava a non dimenticare l'impegno per la newsletter. Le nostre grandi donne, attente agli affetti e contemporaneamente alla responsabilità sociale!

D'altra parte, quando la genetica e lo stile di vita sono sintonici i risultati si vedono: grazie Mauro!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Un articolo del CdS su anziani e IA
- Un contributo alla conoscenza dell'IA sulla rivista dell'Ordine dei Medici di Brescia
- Stefano Govoni presenta il webinar sulla crisi del caldo e le persone anziane, organizzato dalla Fondazione Maratona Alzheimer
- A 5 anni dal covid: dati indiscutibili
- Piero Sangiorgio ci invia alcune considerazioni sulla delicata problematica recentemente sollevata in Puglia riguardo al suicidio assistito
- Franco Pesaresi su "I luoghi della cura on line" analizza vari modelli di assistenza medica nelle strutture residenziali

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- JAMA e il peso della demenza sui coniugi
- Innovation in Aging: le avversità finanziarie come fattore di rischio di demenza

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Ringraziamento ai lettori

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Allego un articolo pubblicato dal Corriere della Sera del 26 luglio e il relativo editoriale del direttore del Corriere Salute Luigi Ripamonti.** Il tema affrontato riguarda gli anziani e i vantaggi che possono trarre dall'intelligenza artificiale, purché non sia inquinata dall'ageismo.

-**Angelo Bianchetti**, direttore responsabile della rivista culturale dell'Ordine dei Medici di Brescia, **ha scritto il pezzo riportato di seguito** come introduzione del numero 402 (luglio 2026) **della rivista Brescia Medica dedicato a "Digital health.** L'orizzonte della cura nell'era dell'innovazione tecnologica". Ringrazio in maniera particolare Angelo e mi congratulo per la qualità dell'intero fascicolo e del suo editoriale dal titolo:

"L'EFFICACIA DELL'ALGORITMO E LA SINTESI UMANA"

"La trasformazione digitale e l'avvento dell'intelligenza artificiale (IA) non rappresentano più una promessa futuristica o una mera addizione di dispositivi tecnologici alla pratica tradizionale. Come emerge con estrema chiarezza dai contributi scientifici ed esperienziali ospitati in questo numero della rivista, che volutamente abbiamo voluto dedicare tutto a questo tema, ci troviamo nel pieno di una metamorfosi profonda che ridefinisce l'architettura stessa della sanità. Non si tratta soltanto di

utilizzare scanner intraorali, robotica adattiva o piattaforme di telemedicina; la vera rivoluzione tocca il modo in cui raccogliamo, interpretiamo e integriamo i dati per trasformarli in decisioni cliniche e percorsi di cura. Questa transizione impone un'analisi rigorosa sull'impatto che l'IA esercita sulla figura del medico, sull'organizzazione del sistema sanitario e sulla vita dei pazienti.

Per la figura del medico, l'IA si configura come un formidabile amplificatore delle capacità analitiche. Algoritmi di deep learning e sistemi di supporto decisionale sono oggi in grado di ridurre la variabilità interpretativa nella diagnostica, nella cura e nella riabilitazione, minimizzando il rischio di omissioni e personalizzando i trattamenti. L'adozione di modelli linguistici generativi e *chatbot* si sta rivelando preziosa per alleggerire il professionista dal crescente e soffocante carico burocratico e redazionale. Tuttavia, l'aspetto più critico e urgente riguarda la formazione delle future generazioni di clinici. Se per il medico esperto l'algoritmo rappresenta un fattore di scarico cognitivo e risparmio di tempo, per il giovane in formazione esiste un rischio concreto di atrofia precoce delle competenze, definito in letteratura come *never-skilling*. Le evidenze sperimentali condotte dall'Università di Brescia dimostrano che l'accesso immediato all'output dell'IA durante il training diagnostico compromette la capacità di giudizio autonomo. Diviene dunque un dovere deontologico e istituzionale difendere l'"attrito cognitivo" nell'insegnamento: il giovane medico deve prima compiere lo sforzo autonomo del dubbio e della formulazione clinica, e solo successivamente confrontarsi con la macchina. Dobbiamo formare professionisti dotati di una nuova *forma mentis*, capaci di governare l'intero flusso digitale con rigoroso pensiero critico, preservando quell'incalcolabile nucleo di intuizione e sintesi clinica che nessuna macchina potrà mai replicare.

La vera rivoluzione tocca il modo in cui raccogliamo, interpretiamo e integriamo i dati per trasformarli in decisioni cliniche e percorsi di cura.

Dal punto di vista organizzativo, la sanità digitale sta scardinando la logica frammentaria del passato per muoversi verso modelli integrati, o *phygital* (fisico e digitale integrati), dove l'attività in presenza (quindi reale) e quella digitale si completano reciprocamente. L'esperienza di grandi reti ospedaliere dimostra che la telemedicina e la televisita non sono più strumenti emergenziali, ma pilastri strutturali della continuità assistenziale, capaci di abbattere le barriere geografiche e ridurre gli accessi impropri. Il vero motore di questa riorganizzazione è la transizione da un modello puramente reattivo incentrato sulla cura della patologia conclamata – a una medicina anticipatoria e predittiva, guidata dall'analisi di grandi volumi di dati. Strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico, la "cartella sociale" e il paradigma del *Digital Twin* (il gemello digitale del paziente) permettono a informazioni anatomiche, funzionali e biologiche di dialogare tra loro.

Questo scenario richiede una cooperazione senza precedenti tra le istituzioni e un potenziamento radicale dell'interoperabilità dei sistemi informatici, essenziale per standardizzare i processi e garantire la sicurezza dei dati rispetto alle crescenti minacce di attacchi informatici. Inoltre, la centralizzazione delle infrastrutture informatiche richiama il tema cruciale della sovranità digitale europea e nazionale, necessaria per mantenere il controllo pubblico su un patrimonio informativo strategico per la ricerca e la programmazione sanitaria.

L'impatto dell'IA sulla cittadinanza e sugli utenti dei servizi socio-sanitari rivela una natura profondamente ambivalente. Da un lato vi sono straordinarie opportunità, la combinazione tra intelligenza artificiale e Tecnologie Assistive (TA) sta compiendo una metamorfosi epocale, trasformando il domicilio del paziente fragile o con disabilità da mero luogo di assistenza passiva a vero e proprio *hub* di autodeterminazione e inclusione sociale. Sensori indossabili, assistenti vocali e sistemi di interazione semplificata abbattano le barriere fisiche e cognitive in condizioni diverse che vanno dall'autismo alle demenze, favorendo l'*empowerment* e la partecipazione attiva dell'utente e sollevando i *caregiver* dal peso dell'assistenza e della sorveglianza.

Al contempo, però, gli osservatori dei servizi di prossimità sul territorio accendono un campanello d'allarme che non va ignorato. Esiste una fascia amplissima di popolazione – che non include solo i grandi anziani, ma anche molti adulti, soprattutto con basso livello sociale e di educazione – che vive l'infrastruttura digitale non come un aiuto, ma come una barriera escludente. Questo rischia di generare nuove disuguaglianze nell'equo accesso ai servizi. Inoltre, la digitalizzazione non ha ancora risolto i problemi più drammaticamente avvertiti dai cittadini, a partire dalle liste d'attesa. Se vogliamo che l'innovazione sia autenticamente democratica, essa deve essere supportata da politiche

locali di facilitazione e alfabetizzazione digitale. È significativo notare come, di fronte alle complessità tecnologiche, il cittadino rifiuti le diagnosi improvvisate dei *chatbot* e continui a cercare, con immutata fiducia, la figura del medico come punto di riferimento insostituibile.

L'adozione dell'IA in medicina non deve essere interpretata come una delega automatizzata, bensì come un percorso di co-progettazione che deve rimanere rigorosamente ancorato ai principi etico deontologici prima ancora che normativi, garantendo sempre la supervisione umana e la totale responsabilità finale del professionista.

La sfida che attende i medici e in generale gli operatori sanitari non è solo tecnica, ma prima di tutto culturale ed etica. Dobbiamo governare l'innovazione affinché l'algoritmo non si frapponga tra noi e l'assistito, ma al contrario, sottragga tempo alle incombenze ripetitive e burocratiche per restituircelo. Solo così potremo investire quel tempo ritrovato in ciò che nessuna tecnologia potrà mai standardizzare o sostituire: l'ascolto, l'empatia, la cura della fragilità e la sacralità della relazione umana con il paziente.

-Il professor Stefano Govoni si è assunto il compito importante di raccogliere i contenuti più significativi dei webinar organizzati settimanalmente in luglio e agosto dalla Fondazione Maratona Alzheimer, che hanno lo scopo di assistere con informazioni adeguate i caregiver delle persone con demenza nei mesi quando è più difficile reperire supporti adeguati per assistere i propri cari.

Di seguito quanto scritto da Govoni sul webinar tenuto il 23 luglio riguardo ai problemi posti dalle alte temperature. Mi permetto un'osservazione collaterale: quanto scritto da Govoni è molto più approfondito, serio e utile rispetto alle mie parole...

"Il webinar dello scorso 23 luglio ha, in un certo senso, tracciato un nuovo punto di riferimento. Il professor Trabucchi ha utilizzato un linguaggio semplice in modo magistrale e persino coraggioso. Può sembrare un'affermazione singolare, ma offrire indicazioni chiare e dirette a un pubblico eterogeneo — rinunciando al gergo accademico e abbattendo la "distanza clinica" — è una capacità rara. È proprio questo l'approccio che caratterizza i webinar della Fondazione Maratona Alzheimer: incontri fondati sull'empatia spontanea tra relatori, conduttori e partecipanti. La professoressa Bartorelli, presente tra il pubblico, li ha definiti "*webinar affettuosì*", cogliendo appieno il punto. Siamo tutti un po' affaticati dai confronti calati dall'alto e privi di reale ascolto o, al contrario, da dibattiti accesi che scivolano nella contrapposizione. Le indicazioni emerse durante l'incontro non erano risposte di comodo, ma in ciascuna di esse traspariva una profonda attenzione alla persona. Si è parlato molto di gestione del caldo, con consigli pratici ma rigorosi: *Bevi a sufficienza! Bevi e accetta di sudare. Assumi almeno tra il litro e mezzo e i due litri d'acqua al giorno (adeguando l'apporto alla temperatura e all'attività fisica) e accetta l'eventualità di doverti alzare una volta in più la notte per andare in bagno.*

Non si tratta di soluzioni accomodanti. Di fronte ai dubbi concreti di chi si prende cura di una persona fragile ("*Come posso 'costringerla' a bere?*"), l'intervento della neuropsicologa Chiara Vecchi ha tracciato una linea d'azione chiara: quando le persone assistite percepiscono una genuina benevolenza nella relazione di cura, magari "*storcono il naso, ma accettano il consiglio*". In questo contesto, la "benevolenza" del caregiver o dell'operatore è una parola forte: significa volere attivamente il bene dell'altro, andando ben oltre la semplice cortesia o un vago sentimento di bontà. Spazio anche alla flessibilità: se per bere di più si preferisce una bevanda più gradevole, ben venga. Tuttavia, se la glicemia è alterata, è fondamentale scegliere opzioni prive di zuccheri — ricordando che un eccesso di dolcificanti può causare disturbi gastrointestinali come gonfiore e diarrea. L'idratazione è strettamente legata alla funzione renale e alla salute delle vie urinarie. Un adeguato apporto idrico rappresenta una delle strategie preventive più efficaci e scientificamente validate contro le infezioni delle vie urinarie, come le cistiti. Una maggiore idratazione aumenta la frequenza della minzione: il flusso continuo di urina dilava e rimuove meccanicamente i batteri (tra cui l'*Escherichia coli*) prima che possano aderire all'urotelio di uretra e vescica e moltiplicarsi. Inoltre, la diluizione delle sostanze di scarto riduce l'irritazione della mucosa ed evita di creare un ambiente favorevole alla proliferazione batterica. Un indicatore clinico semplice e pratico del livello di idratazione resta il colore dell'urina, che dovrebbe mantenersi sul giallo paglierino chiaro.

Se la funzione renale non viene sostenuta, le conseguenze della mancata escrezione, degli squilibri elettrolitici e dell'accumulo di metaboliti tossici possono riflettersi sul sistema nervoso centrale, determinando un quadro di encefalopatia uremica.

Nelle fasi iniziali o in caso di brusche alterazioni degli elettroliti (sodio, calcio, potassio), il cervello va incontro a uno stato di sofferenza e ipereccitabilità chimica, che può manifestarsi con irrequietezza, sbalzi d'umore o vera e propria agitazione psicomotoria. L'accumulo di scarti metabolici può poi sfociare in uno stato confusionale acuto (delirium), caratterizzato da disorientamento spaziotemporale, allucinazioni o risposte incoerenti. Con il progressivo aumento della tossicità ematica subentra un effetto depressivo sul sistema nervoso centrale: la persona appare sempre più torpida, sonnolenta e rallentata, fino al rischio di sedazione profonda o coma se non si interviene tempestivamente. L'insorgenza improvvisa di confusione, agitazione o sopore in un anziano con funzionalità renale compromessa (o sospetta tale) rappresenta una priorità medica che richiede un controllo ematico urgente e un intervento tempestivo.

È difficile che un anziano fragile — e a maggior ragione chi convive con un decadimento cognitivo — possa gestire da solo un'emergenza di questo tipo. Il messaggio centrale è chiaro: occorre chiedere aiuto tempestivamente, superando il timore di "dare fastidio". Questa "ritrosia gentile" è comune, ma comporta rischi reali e va superata con garbo e fermezza.

Alle raccomandazioni sull'idratazione sono seguiti i consigli sulla nutrizione. Oltre all'importanza nota delle verdure (sia crude che cotte, assecondando le preferenze individuali), è emerso un suggerimento meno convenzionale ma efficace: *"Mangiate un gelato!"* (sempre valutando l'impatto glicemico), inteso come strategia gradevole per ridurre il carico termico corporeo. Il caldo non deve diventare un alibi per saltare i pasti: una nutrizione adeguata e ben distribuita nell'arco della giornata rimane fondamentale. La cena, in particolare, deve essere leggera, poiché un pasto troppo abbondante rischia di compromettere la qualità del sonno, specialmente durante le notti afose. Da queste considerazioni emerge un principio clinico ed etico di fondo: le indicazioni mediche devono integrarsi con le preferenze della persona, altrimenti rischiano di non essere seguite. L'approccio vincente risiede nell'alleanza terapeutica tra chi assiste e chi è in grado di valutare il bilancio rischi-benefici. La vicinanza umana e la condivisione dell'obiettivo contano tanto quanto l'aderenza ai parametri clinici. Persino un dettaglio apparentemente banale come *"le bottiglie d'acqua pesano da trasportare"* diventa determinante se la persona vive sola: la soluzione va pensata e costruita insieme. La stessa filosofia ha guidato i consigli per mantenere freschi gli ambienti domestici ed evitare lo stress termico: arieggiare le stanze, usare il ventilatore, schermare le finestre esposte al sole o impiegare il condizionatore in modalità deumidificatore (o impostato su pochi gradi al di sotto della temperatura esterna per prevenire shock termici). Se l'afa rende difficile addormentarsi, ciò non deve tradursi nell'uso improprio di ipnoinducenti. Come ricordato anche nel webinar del 16 luglio, i farmaci per dormire non rappresentano una soluzione d'elezione per il paziente anziano: il loro impiego richiede indicazioni cliniche precise e uno stretto monitoraggio medico. Molto meglio, quando possibile, favorire il riposo con una breve passeggiata serale in un'area verde. A questo proposito, alcune amministrazioni locali stanno ripensando gli spazi urbani proprio in un'ottica di promozione della salute, dimostrando come la dimensione clinica si intrecci inevitabilmente con le politiche di gestione del territorio, come ha ricordato Stefano Montalti, il ruolo della Fondazione Maratona Alzheimer e del Centro Documentazione sulla malattia di Alzheimer intitolato a Giovanni Bissoni è proprio questo: fornire basi scientifiche solide, tracciare linee guida condivise e promuovere la consapevolezza sociale attraverso iniziative concrete — inclusi questi webinar, pensati per offrire un supporto tangibile in un periodo dell'anno particolarmente complesso per chi assiste una persona fragile a domicilio o nella comunità".

-Lancet del 30 giugno ha pubblicato un lavoro di grande rilievo: "Sicurezza ed efficacia dei vaccini a mRNA: una prospettiva meccanicistica e di sanità pubblica", nel quale è stato dimostrato, sulla base di una revisione di dati relativi a miliardi di dosi, che il vaccino a mRNA protegge dalla Covid-19 ed evita l'evoluzione verso forme più gravi, il ricovero in ospedale, la ventilazione meccanica e la morte. Il professor Remuzzi ha dedicato un commento a questi dati su *la Lettura del Corriere della Sera* del 12 luglio, con un pezzo del titolo: "Il caso Covid. Miliardi di dosi

dopo, ecco la verità sui vaccini". L'articolo di grande profondità si conclude con l'augurio -che facciamo nostro- che i vaccini inizino ad essere prodotti anche in Africa, in America Latina, e in India, in modo che tutti i cittadini del mondo possano giovare della loro protezione.

In questi giorni è in corso nel nostro paese un dibattito perché alcune parti politiche vorrebbero perdonare ai medici che nel pieno dell'epidemia si sono rifiutati di vaccinare i cittadini. Penso che per loro la peggiore punizione sia rappresentata dai dati del lavoro di *Lancet*. Se credono nella scienza!

-Pubblichiamo la lettera aperta inviata dal collega Piero Sangiorgio al presidente della Regione Puglia su "Morti annunciate e indifferenza pubblica", riguardante la richiesta di un famoso ristoratore di poter accedere al suicidio assistito. È un contributo importante per la crescita di un dibattito su questi delicatissimi argomenti anche all'interno della nostra Associazione Morti annunciate e indifferenza pubblica

Due casi di morte annunciata della recente cronaca, tra i tanti rimasti ignoti, hanno turbato la quiete e la voglia di evasione trionfanti. Questi episodi, tuttavia, sono una buona occasione perché la storia di vite sacrificate sull'altare dell'edonismo e della indifferenza lascino una traccia nella coscienza e nella responsabilità delle persone di buona volontà e di chi gestisce il governo di un paese.

L'appello choc di Pasquale Centrone, detto Tuccino, famoso ristoratore di Polignano al mare, di anni 63, affetto da SLA da 20 anni, al Presidente della Regione Puglia, nominato esecutore testamentario, per un suicidio assistito in Toscana, e l'omicidio-suicidio di Roberto Rizzioli, di anni 82, che uccide la moglie, di 86 anni, malata da molti anni, e poi si uccide con la stessa arma, sono solo due tra le migliaia di casi di persone non autosufficienti il cui grido d'aiuto resta inascoltato e dimenticato.

Nelle parole di Tuccino, "perché non riuscite a dare a me e a quelli come me, pazienti fragili di terzo livello, un'assistenza domiciliare duratura e dignitosa", emerge con forza la drammatica realtà esistenziale delle tante persone non autosufficienti che, in Puglia, come in Italia, invocano o attuano direttamente, con le proprie mani, un fine vita "fai da Te". E la sorella incalza "quante volte bisogna gridare prima di essere ascoltati".

Il gesto estremo di Roberto Rizzioli, di anni 82, che uccide con due colpi di pistola, la compagna di una vita, Gianna Galletti, di anni 86, malata da tanti anni, e poi si suicida con la stessa arma, invece non potrà raccontare niente delle pene e della sofferenza di anni nella solitudine, senza alcun aiuto dei servizi sociali. Eppure sono tanti, e sempre più, i casi di coniugi che uccidono l'altro coniuge e poi si uccidono, incapaci di sostenere oltre lo stress e la depressione dopo una straziante malattia (soprattutto persone con demenza) (Psicogeriatrica 2021).

La Regione Puglia, per quanto riguarda la condizione delle persone non autosufficienti, può assumere una posizione paradigmatica, essendo una Regione tra le più evolute del Sud, e più vicina alle Regioni del Nord. Per questo ne tracciamo gli aspetti più significativi per una comprensione di quanto accade nella vita delle persone non autosufficienti.

Non autosufficienza in Puglia

In Italia la quota di anziani non autosufficienti tra gli over 65 oscilla mediamente tra il 18% e il 22%. Applicando tali parametri, alla Regione Puglia:

- Over 65: ~909.000
- Anziani non autosufficienti stimati: circa 170.000–200.000 persone.

Tra le persone non autosufficienti, le persone che vivono con demenza rappresentano una condizione di assoluta dipendenza e gravi bisogni assistenziali.

Le stime epidemiologiche italiane indicano:

- prevalenza complessiva nella popolazione: ~2%;
- prevalenza negli over 65: ~6–8%;
- oltre gli 85 anni: >20%.

Le persone che vivono con demenza (PLwD) sono stimate fra:

- 70.000 e 75.000 casi.

Le stime disponibili indicano che *la gran parte delle persone non autosufficienti in Puglia è assistita continuativamente al domicilio dalla famiglia e/o da assistenti familiari*, mentre solo una minoranza riceve una presa in carico strutturata da parte dei servizi pubblici (ADI o SAD).

Assumendo una popolazione pugliese di circa *3,9 milioni di abitanti*, le stime epidemiologiche sono le seguenti:

• Categoria	• Stima Puglia
• Persone non autosufficienti (tutte le età)	• 180.000–200.000
• Di cui ≥65 anni	• 150.000–170.000
• Assistite prevalentemente al domicilio (famiglia ± badante)	• 140.000–160.000
• Con assistenza domiciliare pubblica continuativa (ADI/SAD)	• Circa 20.000-30.000
• Con assistenza esclusivamente familiare o privata	• oltre 120.000

Queste cifre derivano dall'incrocio di dati ISTAT, del Ministero della Salute e della programmazione regionale.

Vediamo chi garantisce realmente la continuità assistenziale?

Dal punto di vista pratico, si possono distinguere quattro modelli:

- *Famiglia senza badante*: circa il 35–40% dei casi.
- *Famiglia con badante privata*: circa il 35–45%; è il modello prevalente nelle demenze moderate e gravi.
- *ADI + famiglia*: circa il 10–15%; l'ADI integra ma non sostituisce l'assistenza familiare.
- *SAD comunale + famiglia*: quota più ridotta, generalmente per bisogni sociali e assistenziali di base.

Oltre l'80% delle ore di assistenza continuativa è sostenuto direttamente dalle famiglie, mentre i servizi pubblici forniscono interventi programmati e limitati nel tempo.

Il caso delle persone con demenza

- Per le persone con demenza (circa 74.000 in Puglia secondo le stime più recenti), la situazione è ancora più evidente:
- oltre il 90% vive al domicilio;
- la maggioranza è assistita quotidianamente da familiari;
- una quota significativa ricorre a badanti private;
- solo una minoranza beneficia di un'ADI intensiva e continuativa.

Questo significa che la "presa in carico" clinica non coincide con l'assistenza quotidiana, che resta prevalentemente sulle spalle della famiglia.

L'indagine 2024 di Italia Longeva ha evidenziato che la Puglia presenta una copertura dell'Assistenza Domiciliare Integrata tra le più basse d'Italia: **circa il 2,5% degli over 65 e circa il 4,2% degli over 75**, valori inferiori alla media nazionale e inadeguati rispetto alla crescente prevalenza della non autosufficienza.

Questo quadro generale evidenzia che il sistema di welfare pugliese si fonda ancora in larga misura sul cosiddetto **"welfare familiare"**, con un ruolo del servizio pubblico prevalentemente integrativo e non sostitutivo dell'assistenza continua.

Conclusioni

In Puglia, come nella maggior parte delle regioni italiane, l'assistenza domiciliare continua e i servizi connessi, come i Centri Diurni, i centri di sollievo, e i case manager, per le persone non autosufficienti, sono scarsi e frammentari. Le uniche alternative possibili sono il ricovero in RSA e in

Ospedale o l'assistenza dei familiari a casa. Va da sé che nei casi più gravi, quando l'assistenza a casa si esaurisce o manca, e quando il ricovero in RSA non può soddisfare il bisogno o la volontà della persona non autosufficiente, viene meno il senso stesso di vivere. D'altronde la soluzione alla disperazione di tante famiglie che vivono con una persona non autosufficiente, o con demenza, non può essere la semplice rassegnazione, né il suicidio assistito, o l'omicidio –suicidio di tante coppie, semplicemente per una questione di numeri oltre che di umanità.

Perciò, l'appello choc di Tuccino, come la tragedia degli omicidi-suicidi delle coppie di anziani, ci interrogano sul senso e il valore della vita stessa nella fase più delicata dell'esistenza umana. Al di là delle apparenze, entrambi sono una metafora del dito e della luna. Mentre il saggio (Tuccino e gli omicidi-suicidi) guarda la luna (aiuto e solidarietà per la propria condizione di sofferenza e non autosufficienza), gli stolti (il messaggio diffuso dai mass-media) guardano al dito del saggio (il suicidio assistito e l'omicidio-suicidio, come soluzione finale).

Ripensare ad un sistema di assistenza alle persone con demenza che ponga al primo posto la vita delle persone fragili e non autosufficienti è possibile. Lo dimostrano le esperienze dei molti paesi che hanno realizzato servizi di assistenza alle persone non autosufficienti a misura dei bisogni di ogni persona. Andare oltre le prassi consolidate della monetizzazione della malattia, delle pensioni, dei farmaci di scarsa efficacia, e delle RSA, attraverso il diritto ad una assistenza domiciliare continua, a centri di sollievo, a centri diurni e a case manager che accompagnano durante tutta la malattia, sono un bisogno e una necessità non più derogabile. Quello che accade nei paesi come la Germania, i Paesi Bassi, il Giappone, la Corea del sud, e i paesi del Nord Europa ci indica la strada da perseguire per un futuro diverso

-Franco Pesaresi ha pubblicato su "I luoghi della cura on line" il testo riportato di seguito. Ringraziamo l'autore e l'editore per la disponibilità e la cortesia nei nostri riguardi.

L'ASSISTENZA MEDICA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI EUROPEE. MODELLI, DIFFERENZE E OPZIONI DI POLICY: SPUNTI PER L'ITALIA.

Un recente rapporto dell'*European Observatory on Health Systems and Policies* (Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026), realizzato per OMS Europa, affronta un tema spesso trascurato nel dibattito sulla Long-Term Care (LTC): non tanto la componente assistenziale e alberghiera delle strutture residenziali per anziani, quanto **l'accesso dei loro ospiti ai servizi sanitari veri e propri – medicina di base, specialistica, professioni sanitarie ausiliarie**. Il rapporto confronta sette paesi europei (Inghilterra, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna e Svezia) e individua alcune opzioni di policy per rafforzare la qualità e l'equità di questi servizi. Questo articolo ne propone una sintesi, per poi trarre alcune considerazioni sull'impatto che l'adozione di questi modelli potrebbe avere in Italia.

Perché la questione è rilevante

Chi vive in una struttura residenziale (RSA, Residenza protetta, Casa residenza, centro servizi, ecc.) è, quasi per definizione, un paziente complesso: fragilità, multimorbidità, politerapia e deterioramento cognitivo sono la norma più che l'eccezione, e **la demenza è la causa più frequente di ammissione in tutta Europa**. Garantire un'assistenza sanitaria di qualità all'interno della struttura – e non solo assistenza di base e alberghiera – è ciò che permette di rallentare il declino funzionale, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e mantenere la miglior qualità di vita possibile. Il rapporto parte da una constatazione semplice ma spesso ignorata: il modo in cui l'assistenza medica viene organizzata all'interno delle strutture residenziali — chi è il medico responsabile, dove ha sede, come viene pagato — è una scelta di policy con conseguenze dirette sulla qualità delle cure, non un dettaglio amministrativo.

Come cambia il modello da paese a paese

Il primo elemento di variabilità riguarda la proprietà delle strutture: **in Germania e nei Paesi Bassi prevalgono operatori privati non profit; in Norvegia, Polonia e Svezia la maggioranza delle strutture residenziali è pubblica; in Spagna e Inghilterra prevale invece la proprietà privata a scopo di lucro**. Anche il modello di finanziamento dell'assistenza di lungo termine (LTC) richiama in genere quello sanitario generale, ma con una particolarità: la

compartecipazione alla spesa dell'utenza pesa quasi sempre di più nella LTC che nella sanità corrente, ed è comune che i residenti nelle strutture debbano contribuire ai costi in base al proprio reddito o patrimonio, salvo poi essere coperti dal welfare pubblico in caso di incapacienza.

Il secondo, e più significativo, elemento di variabilità riguarda il medico responsabile dell'assistenza. **Nella grande maggioranza dei paesi la medicina è affidata a medici di medicina generale (MMG) esterni, liberi professionisti o convenzionati, che dividono il proprio tempo fra lo studio privato e le visite in struttura:** il paziente può mantenere il medico che aveva prima del ricovero, oppure la struttura residenziale ha convenzioni con uno o più studi medici del territorio. Questo comporta, in alcuni paesi come la Germania, che una singola struttura sia seguita in media da nove medici diversi, ciascuno responsabile di una parte dei propri pazienti — una frammentazione che rende difficile un reale coordinamento clinico.

Tabella 1 – Il medico nelle strutture residenziali per anziani: Confronto sintetico fra sette paesi europei

Paese	Proprietà prevalente delle strutture residenziali	Medico responsabile	Modalità di pagamento del medico
Inghilterra	Privata for-profit (maggioranza)	MMG esterno, spesso convenzionato alla struttura residenziale	Contratto NHS standard (capitazione), talvolta incentivi aggiuntivi
Germania	Non profit (53%), for-profit (42%), pubblica (5%)	MMG esterno libero-professionista, scelto dal paziente	A prestazione (fee-for-service), tetto di rimborso
Olanda	Non profit (circa 92%)	Medico di struttura specializzato (ECP), dipendente della struttura	Stipendio fisso, un medico (ECP) a tempo pieno ogni ~100 residenti
Norvegia	Pubblica (maggioranza)	MMG dipendente del comune (part-time in struttura residenziale)	Stipendio fisso regolato, indipendente dal numero di pazienti
Polonia	Pubblica non profit (prevalente)	MMG di riferimento, spesso esterno alla struttura residenziale	Capitazione o a prestazione, a seconda del contratto
Spagna	Privata (maggioranza), 23% pubblica	Medico del centro di salute pubblico o dipendente della struttura privata	Dipendente pubblico o libero-professionista, secondo la Regione
Svezia	Pubblica (maggioranza)	Medico del centro di cure primarie, in consulenza	Fornito dalla Regione su base di consulenza, visite settimanali fisse

Nota: con la capitazione il medico viene pagato in base al numero di pazienti che ha in cura, mentre la prestazione viene pagato in base al numero di visite o cure che fa.

Fonte: ns. elaborazione da Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026.

L'eccezione più interessante sono i **Paesi Bassi, dove esiste da tempo la figura del medico di struttura specializzato** (*Elderly Care Physician, ECP*): un professionista con una formazione specialistica triennale dedicata alla fragilità e alla multimorbilità, dipendente diretto della struttura, che segue in media un centinaio di residenti a tempo pieno. Il rapporto di Münchenberg *et al.* (2026) segnala che questo modello riduce la domanda di assistenza specialistica esterna, i ricoveri ospedalieri evitabili e migliora la soddisfazione dei residenti rispetto ai modelli basati su MMG esterni — a fronte, però, di un costo iniziale più elevato e di una sostenibilità economica reale solo nelle strutture di maggiori dimensioni. Un modello simile, seppur meno diffuso, esiste anche in alcune grandi strutture residenziali norvegesi.

Professionisti sanitari ausiliari e specialisti

Fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, psicologi e assistenti sociali sono presenti, in un modo o nell'altro, in quasi tutte le strutture residenziali dei sette paesi. La differenza sostanziale è se siano dipendenti diretti della struttura — come accade quasi ovunque in Olanda — oppure liberi professionisti esterni che intervengono su prescrizione medica, come in Germania, dove solo un terzo delle strutture ha personale ausiliario assunto stabilmente. In generale queste prestazioni sono a carico del sistema sanitario pubblico se prescritte da un medico, ma con quote di compartecipazione da parte del residente (in Germania, ad esempio, il 10% del costo più un contributo fisso per ricetta).

Gli specialisti (psichiatri, neurologi, geriatri, dentisti) intervengono quasi ovunque su base consulenziale, non come personale di struttura, e la loro disponibilità è generalmente inferiore rispetto a quella dei medici di base, soprattutto per le prestazioni che richiedono attrezzature specifiche (odontoiatria, oculistica). In diversi paesi (Germania, Polonia, Norvegia) la domanda di visite psichiatriche e neurologiche nelle strutture residenziali risulta particolarmente elevata e non sempre soddisfatta.

Il ruolo del “gatekeeping”

Un tema trasversale del rapporto è il ruolo del medico di base come filtro (“gatekeeper”¹) verso le cure specialistiche. In Inghilterra e in Olanda questa funzione è forte: l'accesso allo specialista richiede in genere una richiesta del medico di base, che mantiene così un ruolo di coordinamento complessivo della cura. In Germania, al contrario, i residenti possono rivolgersi direttamente agli specialisti senza alcuna richiesta, con il rischio di una minore integrazione fra i diversi livelli di cura. In genere, una funzione di coordinamento chiara — a prescindere da chi la eserciti — è associata a una migliore continuità assistenziale.

Tabella 2 – Modelli di assistenza medica primaria nelle strutture residenziali: vantaggi e limiti

Modello	Vantaggi	Limiti
Il residente mantiene il proprio medico di base	Continuità relazionale con un medico già conosciuto dal paziente	Visite poco frequenti, scarsa copertura fuori orario, più medici diversi nella stessa struttura
Convenzione tra strutture residenziali e uno studio medico/centro di cure primarie	Migliore copertura oraria e continuità, un numero limitato di medici di riferimento	Richiede la disponibilità di uno studio associato nelle vicinanze in grado di garantire reperibilità

Medico inserito in un'équipe multidisciplinare della struttura residenziale	Migliore coordinamento, presa in carico più completa, maggiore qualità delle cure	Richiede organizzazione e risorse dedicate all'interno della struttura
Medico di struttura residenziale dedicato e dipendente (modello ECP olandese)	Il modello probabilmente migliore: cure di qualità più elevata, meno ricoveri ospedalieri evitabili, maggiore soddisfazione	Costo iniziale più alto; sostenibile solo nelle strutture di maggiori dimensioni
Fonte: ns. elaborazione da Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026		

L'impatto sull'Italia

In Italia questo tema riceve ancora poca attenzione sistematica: **non solo "quanta" assistenza sanitaria viene erogata nelle RSA, ma "come" è organizzata, chi ne è responsabile e con quali incentivi**. L'evidenza sull'efficacia comparata dei diversi modelli resta limitata: il confronto fra paesi ha più valore come mappa delle opzioni possibili che come prova di superiorità di un modello sull'altro, con la parziale eccezione del modello ECP olandese, per cui esistono indicazioni più solide di minori ricoveri evitabili e maggiore soddisfazione.

Trasferire le tendenze europee descritte al contesto italiano richiede innanzitutto una constatazione: **il sistema italiano condivide molti dei problemi di fondo degli altri Paesi, ma parte da una posizione organizzativa più debole su alcuni aspetti chiave**. In Italia le strutture residenziali sono di competenza regionale, con un mix di gestori pubblici, non profit e privati for-profit la cui composizione varia moltissimo da Regione a Regione, così come i requisiti minimi di personale sanitario. Non esiste, a livello nazionale, un modello unico di riferimento per l'assistenza medica al loro interno. In Italia, il modello prevalente nelle strutture residenziali è quello del medico di medicina generale esterno che continua a seguire il proprio assistito, oppure di un medico di struttura convenzionato part-time. Questo comporta, come nei paesi analizzati, una copertura oraria limitata e difficoltà di reperibilità.

Le indicazioni coerenti e possibili per il futuro sono dunque le seguenti:

- **Il modello ECP come orizzonte, non come ricetta immediata:** l'introduzione di un medico di RSA/struttura residenziale dipendente e specializzato sul modello olandese richiederebbe in Italia, oltre a nuovi medici, delle risorse dedicate che la maggior parte delle strutture, specie quelle di piccole e medie dimensioni molto diffuse nel nostro paese, difficilmente potrebbe sostenere. È un obiettivo di medio periodo più che una riforma a costo zero e che richiede un intervento economico delle regioni, ma il rapporto dell'OMS Europa suggerisce che il maggior costo iniziale tende a ripagarsi in minori ricoveri ospedalieri evitabili.
- Più realistico nel breve periodo è il modello intermedio: convenzioni strutturate tra la struttura residenziale e uno o più studi di medicina generale associata o con le Case della Comunità previste dal DM 77/2022, che garantiscano continuità, reperibilità e un numero limitato di medici di riferimento per struttura, senza richiedere l'assunzione diretta di personale medico.
- **Professioni sanitarie ausiliarie:** come in Germania, anche in Italia gran parte delle prestazioni di fisioterapia, logopedia e nutrizione nelle strutture residenziali per anziani è erogata da liberi professionisti esterni su prescrizione, con una disponibilità molto disomogenea tra territori. Rendere più sistematica la presenza di queste figure, magari legandola a standard minimi regionali oggi molto diseguali, ridurrebbe una delle principali fonti di variabilità nella qualità delle cure.
- **Trasparenza e governance:** vale l'indicazione di rendere esplicite le scelte organizzative sull'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani — oggi in

Italia in buona parte implicite o lasciate alla contrattazione locale tra Regione, ASL e singola struttura — e di dotarsi di indicatori pubblici di qualità (frequenza delle visite mediche, tasso di ricoveri evitabili, disponibilità di specialisti) confrontabili tra Regioni.

- **Investire in meccanismi di integrazione e di transizione fra setting di cura**, per evitare che il passaggio dall'ospedale alle strutture residenziali (e viceversa) comporti perdita di informazioni cliniche o interruzioni terapeutiche; e infine decidere consapevolmente se i residenti delle strutture residenziali debbano seguire gli stessi percorsi di accesso della popolazione generale oppure percorsi dedicati e più rapidi, vista la loro fragilità.

In sintesi, **il panorama europeo conferma che i problemi italiani in questo campo non sono un'anomalia nazionale, ma una versione spesso più marcata di sfide comuni a tutta Europa**. Questo è, al tempo stesso, un motivo di preoccupazione — perché la frammentazione e la scarsa programmazione regionale rischiano di lasciare l'Italia nella fascia bassa del confronto europeo — e un'opportunità, perché le soluzioni intermedie già sperimentate altrove (convenzioni strutturate, équipe multidisciplinari, standard minimi di personale) non richiedono di reinventare un modello, ma di applicare con maggiore coerenza e uniformità strumenti che altri paesi hanno già messo alla prova.

NOTE

1. Il gatekeeping in sanità (che in italiano significa letteralmente "fare da guardiano al cancello") è il sistema in cui un cittadino non può andare direttamente da un medico specialista o in ospedale, ma deve prima passare dal proprio medico di famiglia.

BIBLIOGRAFIA

Münchenberg PS., Rajan D., Rechel B. (2026), *Provision of health services to nursing home residents: policy options for Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

[<https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2026/07/assistenza-medica-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-europee-modelli-differenze-e-opzioni-di-policy-spunti-per-litalia/>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto contributo di Mauro Colombo (anche il nostro carissimo collega e amico appartiene alla categoria di coloro che non permettono al caldo di interferire con il loro impegno di servizio alle persone fragili!). Grazie, Mauro!

"I cari lettori mi permetteranno una auto-citazione, peraltro da un pezzo del marzo 2025 sulla rubrica Facebook AIP: anche allora mi ero riferito ad una esperienza con risultato negativo, pubblicata su JAMA, con relativo editoriale, sul supporto a diadi formate da persona con demenza ed ai loro assistenti [1,2]. La citazione per quello studio randomizzato controllato "altamente pragmatico" riportava un verso di una canzone di Francesco Guccini: "trarre anche dal male qualche compenso" [Da "Il tema" (ne "L'isola non trovata")] ...

Ed anche in questo 'angolo' agostano [§] faccio riferimento ad un esperimento 'fallito' pubblicato in linea il 13 luglio 2026 su JAMA [3], ancora con relativo editoriale [4] [§]: uno studio in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, in fase 2 ("PROSPECT-ALZ"), dove sono stati confrontate 2 diverse dosi di Ceperognastat col placebo.

Il Ceperognastat è un farmaco orale che agisce sulla proteina tau attraverso un meccanismo innovativo: l'inibizione dell'enzima O-linked N-acetilglucosaminidasi (OGA). La proteina tau subisce modificazioni post-traduzionali, tra cui la fosforilazione, un fattore chiave nell'aggregazione della tau e nella formazione di grovigli, e l'O-linked N-acetilglucosaminilazione, che può svolgere un ruolo protettivo competendo con la fosforilazione della tau sugli stessi residui amminioacidici. L'OGA è l'enzima principale che rimuove l'O-linked β-N-acetilglucosamina (O-GlcNAc) dalla proteina tau; pertanto, l'inibizione dell'OGA sposta l'equilibrio a favore dell'O-linked N-acetilglucosaminilazione e contro la fosforilazione, il che a sua volta ha dimostrato di ridurre la patologia della tau in modelli cellulari e animali della malattia di Alzheimer.

327 partecipanti con malattia di Alzheimer in fase sintomatica iniziale – di cui 259 a basso o medio carico tau alla tomografia ad emissione di positroni con flortaucipir F18 – sono stati randomizzati in

3 bracci, presso 72 centri distribuiti in 5 nazioni (Australia, Canada, Giappone, Polonia ed USA), ad assumere tavolette orali di Ceperognastat 0,75 mg [(87 soggetti a basso – medio carico tau) / 110 sul totale], Ceperognastat 3 mg (86 / 109) o placebo (86 / 108).

Lo studio ha seguito le linee guida CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) per la rendicontazione degli studi clinici.

I partecipanti avevano una età media di circa 74 anni, con deviazioni standard tra 5 e 6 anni; oltre 3/5 erano femmine; i punteggi totali mediani della Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes (CDR-SB) erano compresi fra 2,5 e 3: corrispondenti a punteggi categoriali 0,5 (coincidenti con stadi clinici da dubbio deterioramento cognitivo a demenza molto lieve) [5]; i punteggi mediani al Mini Mental State Examination (MMSE) erano compresi fra 24 e 25 / 30 (con ambiti interquartili compresi fra 23 e 27 / 30); tra il 60 ed il 70 % erano portatori dello allele APOE ε 4. Oltre metà dei soggetti reclutati assumeva inibitori della acetilcolinesterasi e/o memantina.

L'obiettivo primario era costituito nella variazione rispetto al basale entro 100 settimane, nella popolazione con carico tau basso-medio, nel punteggio della 'Integrated Alzheimer's Disease Rating Scale' (iADRS), un indicatore composito (cognitivo + funzionale) validato comprensivo della Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog13) a 13 item e della 'Alzheimer Disease Cooperative Study – Instrumental Activities of Daily Living scale' (ADCS-iADL), utilizzato per misurare la progressione clinica dal deterioramento cognitivo lieve alla demenza moderata, entrambi dovuti alla malattia di Alzheimer. I punteggi iADRS variano da 0 a 144, dove un punteggio inferiore indica una maggiore compromissione, e la differenza minima clinicamente importante consiste in una variazione di 5 punti per gli individui con deterioramento cognitivo lieve e di 9 punti per quelli con lieve demenza, sempre dovuti alla malattia di Alzheimer. I punteggi mediani basali in iADRS si collocavano tutti poco sopra a 110/144.

L'esito atteso constava in un rallentamento nel peggioramento cognitivo e funzionale grazie al farmaco; ma Il Ceperognastat non ha rallentato la progressione clinica nella scala integrata di valutazione della malattia di Alzheimer, né ha comportato alcun beneficio clinico sulle misure secondarie (cognizione o funzionalità quotidiana rilevate separatamente). La variazione media del punteggio rispetto al basale alla settimana 100 è stata di -8,39 con Ceperognastat 0,75 mg, -13,27 con Ceperognastat 3 mg e -10,07 con placebo (rispettivamente il 16% in meno e il 32% in più di progressione clinica con Ceperognastat rispetto al placebo). Anche in una estensione 'in aperto' della osservazione, oltre alla 100° settimana, per 122 partecipanti "I risultati nominali suggeriscono che il gruppo precedentemente esposto al farmaco ad alto dosaggio ha continuato ad avere risultati peggiori rispetto al gruppo placebo in base alle misure cliniche", a giudizio degli editorialisti.

L'editoriale dichiara testualmente che "Lo studio è stato chiaramente negativo. Non c'era alcuna differenza significativa nel cambiamento dell'iADRS nel Ceperognastat a basso dosaggio rispetto al placebo, mentre i partecipanti che ricevevano Ceperognastat ad alto dosaggio mostravano un declino clinico significativamente maggiore rispetto al placebo". Questo nonostante che "Sorprensamente, i risultati predefiniti relativi ai biomarcatori secondari sono andati nella direzione opposta, con un accumulo di tau PET leggermente inferiore in alcune regioni cerebrali e un volume di risonanza magnetica inferiore in entrambi i gruppi di trattamento rispetto al placebo". Ma non bisogna lasciarsi scoraggiare dai risultati contrari alle aspettative: "Gli studi clinici con risultati negativi ben condotti fanno progredire il settore, e ci sono diverse lezioni importanti da imparare dallo studio PROSPECT-ALZ", a partire dal meccanismo di azione. A fronte dell'ampio spettro della attività biologica della modificazione O-GlcNAc, oltre i suoi effetti sulla biologia della proteina tau, i tentativi futuri di interagire con l'OGA richiederanno quindi farmaci con maggiore specificità per l'interazione dell'enzima con l'O-GlcNAc sulla proteina tau rispetto ad altri substrati.

Quanto alla discrepanza fra esiti clinici ed effetti sui biomarcatori – che fa aggiungere il Ceperognastat ad un lungo elenco di sostanze che hanno portato a risultati simili [compresi i BACE (Inibitori dell'enzima di clivaggio della proteina precursore dell'amiloide del sito β) #] va comunque ricordato che "Lo sviluppo dei biomarcatori è stato fondamentale per accelerare lo sviluppo di trattamenti per la malattia di Alzheimer. I biomarcatori sono ormai considerati criteri di inclusione, fattori di arricchimento, esiti primari negli studi di fase iniziale di prova di concetto ed esiti secondari chiave negli studi registrativi."

A livello epistemologico va poi ricordato che "Ogni sperimentazione clinica ha un limite alle domande a cui può rispondere". Piuttosto che lasciare spegnere gli entusiasmi, è più prudente riservare le ricerche che mettono i biomarcatori come esito primario a indagini sui meccanismi patogenetici in fase precoce, a fronte dei costi e della complessità delle sperimentazioni a scopo di registrazione farmacologica. Come indicato dagli Autori stessi di [3], fino a quando non saranno validati rigorosamente i biomarcatori surrogati idonei, i risultati clinici dovrebbero rimanere il criterio di valutazione.

E qui la semantica viene in soccorso alla gerontologia clinica e biologica, dove gli editorialisti precisano che: "Rimane possibile che i trattamenti anti-amiloide e anti-tau siano mirati alla malattia ma non la modifichino, e questa potrebbe essere una terminologia preferibile fino a quando la modificazione della malattia non sarà stata rigorosamente dimostrata".

§ che confido il prof. Trabucchi mi lasci dedicare alla memoria della mia mamma, la quale anche in ospedale si premurava che spedissi regolarmente il pezzo settimanale per la rubrica sulla newsletter AIP

\$ ad opera di neuroscienziati affiliati alla Università della California ad Irvine (Grill) ed a San Francisco [Rabinovici (che è anche editore associato di JAMA)]

ma tenendo conto che le variazioni genetiche protettive riducono l'attività BASE solo di una frazione rispetto a quella ottenuta con i farmaci testati negli studi clinici, e lo fanno per tutta la durata della vita.

[1] Reuben, D. B., Gill, T. M., Stevens, A., Williamson, J., Volpi, E., Lichtenstein, M., Jennings, L. A., Galloway, R., Summapund, J., Araujo, K., Bass, D., Weitzman, L., Tan, Z. S., Evertson, L., Yang, M., Currie, K., Green, A. S., Godoy, S., Abraham, S., Reese, J., ... D-CARE Study (2025). Health System, Community-Based, or Usual Dementia Care for Persons With Dementia and Caregivers: The D-CARE Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2425056. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.25056>

[2] Bynum J. P. W. (2025). Challenges and Innovations in Dementia Care-Evaluating Comprehensive Models. *JAMA*, 333(11), 943–945. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.28066>

[3] Fleisher, A. S., Munsie, L., Mancini, M., Cheng, Y. J., Guo, J., Nuthall, H., Otero, D. S., Kotari, V., Kielbasa, W., Hutton, M., Brys, M., Mergott, D. J., Mintun, M., & Hansson, O. (2026). Ceperognastat in Early Symptomatic Alzheimer Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2612768. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.12768>

[4] Rabinovici, G. D., & Grill, J. D. (2026). Ceperognastat in Alzheimer Disease: Lessons From a Negative Clinical Trial. *JAMA*, 10.1001/jama.2026.12323. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.12323>

[5] O'Bryant, S. E., Waring, S. C., Cullum, C. M., Hall, J., Lacritz, L., Massman, P. J., Lupo, P. J., Reisch, J. S., Doody, R., & Texas Alzheimer's Research Consortium (2008). Staging dementia using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes scores: a Texas Alzheimer's research consortium study. *Archives of neurology*, 65(8), 1091–1095. <https://doi.org/10.1001/archneur.65.8.1091>

-JAMA Network Open del 20 luglio **ha pubblicato un lavoro interessante e originale su: "L'esposizione alla demenza del coniuge e il rischio di demenza"**. Lo studio, è stato condotto a Taiwan su quasi un milione di persone, uomini e donne esposti e non esposti alla demenza del proprio coniuge. Per le donne HR è di 1.74, per gli uomini 1.69, senza rilevanti differenze tra malattia di Alzheimer e demenza vascolare. L'associazione è attenuata tra le persone di condizione economica più elevata e con figli, mentre non vi sono differenze di sesso e di luogo di vita. I dati suggeriscono che le condizioni di vita di una coppia sono importanti (nulla di nuovo!), ma che la fatica del caregiving si riflette sulla salute cognitiva del coniuge. Il dato, se verrà confermato in altre condizioni di vita e in altre culture, ha una rilevante importanza sul piano preventivo; indica, infatti, l'esigenza di garantire adeguati livelli di assistenza alle coppie quando uno dei coniugi è affetto da demenza. Il supporto al caregiving familiare ritorna come compito ineludibile delle nostre comunità, come spesso insistiamo in questa newsletter; allo stesso tempo i dati indicano che tra i fattori di rischio di

demenza assumono sempre più importanza quelli di rilievo sociale, non sempre adeguatamente considerati.

-**Sulla stessa linea del lavoro precedente**, cioè sul ruolo dei fattori sociali rispetto al rischio di alterazioni cognitive, la **rivista *Innovation in Aging*** del 23 luglio **pubblica un lavoro**, condotto su una coorte di 2759 cittadini inglesi nati nel 1946, nel quale presenta alcuni dati sulla problematica ancora aperta riguardante le conseguenze sull'invecchiamento cognitivo di persistenti avversità finanziarie in età adulta. Un basso e persistente income è associato con un più grande volume ventricolare, in particolare negli uomini, in coloro che hanno avuto un'infanzia svantaggiata e nei portatori di APOE-e4. Ancora una volta si rileva la complessità degli intrecci tra rischi genetici e condizioni di vita.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Grazie ai lettori che ci seguono anche in estate. Mi permetto di ripetere la richiesta formulata nella newsletter della settimana scorsa: attendiamo le considerazioni dei lettori sull'originalità culturale di AIP. Condizione che pone la nostra Associazione in una situazione del tutto peculiare; è quindi necessario allargare il più possibile la sensibilità dei nostri lettori verso la specificità e la novità del progetto culturale di AIP.

-Grazie alla Signora Barbara Cappello per aver deciso di garantire la produzione della newsletter AIP anche nel mese di agosto.

Con l'augurio di buone vacanze e di buon lavoro per chi deve continuare a servire le fragilità presenti nelle nostre comunità.

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatra>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatra/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatra/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatra>

-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.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

L'editoriale

I pregiudizi veicolati dall'AI

di **Luigi Ripamonti**

In una delle pagine che seguono Marco Trabucchi richiama l'attenzione sul rapporto fra AI e anziani, e cita un documento dell'Oms (*Ageism in artificial intelligence for health*), nel quale si indicano le modalità per impedire che la logica dell'ageismo possa influenzare le indicazioni offerte dall'intelligenza artificiale. «Vi è il rischio, infatti — scrive Trabucchi —, che le nuove tecnologie possano replicare i pregiudizi impliciti ed espliciti nei riguardi degli anziani, già presenti nella nostra società». Il problema dei pregiudizi «restituiti» dalle principali piattaforme di AI è stato affrontato di recente anche da una ricerca pubblicata su *Nature Health* (*Large language models exhibit stigmatizing behaviour in contextual judgements of health conditions*) che ha riscontrato come gli Llm (large language model) su cui questi sistemi si basano, pur essendo programmati per filtrare alcuni pregiudizi in ambito di salute, in realtà tendevano a imitare i pregiudizi umani insiti implicitamente nei loro materiali di addestramento. Si tratta di uno dei diversi problemi che si propongono con la diffusione sempre maggiore dell'uso dei chatbot su temi sensibili, fra cui quelli relativi alla salute. Nel caso specifico non si trattava di pregiudizi espliciti e volgari, bensì più sottili e ricavabili dal contesto. Tuttavia vale la pena essere vigili (anche) su questo aspetto nei riguardi dell'AI, che, ormai è noto, sa essere non solo persuasiva ma talora quasi «adulatrice» nelle sue interazioni con gli umani. Per l'ennesima volta: non si tratta di essere neoluddisti a tutti i costi, ma, neppure di fare gli struzzi tecnoutusiasti giusto per non apparire «fuori moda». Prevenire, nei limiti del possibile, è meglio che curare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Arrivederci al 13 settembre

Le pagine di **Corriere Salute** torneranno in edicola domenica 13 settembre mentre continuerà anche per tutto questo periodo l'informazione sui temi di salute sul sito Corriere.it/salute. Arrivederci e buone vacanze a tutti i lettori che potranno farle

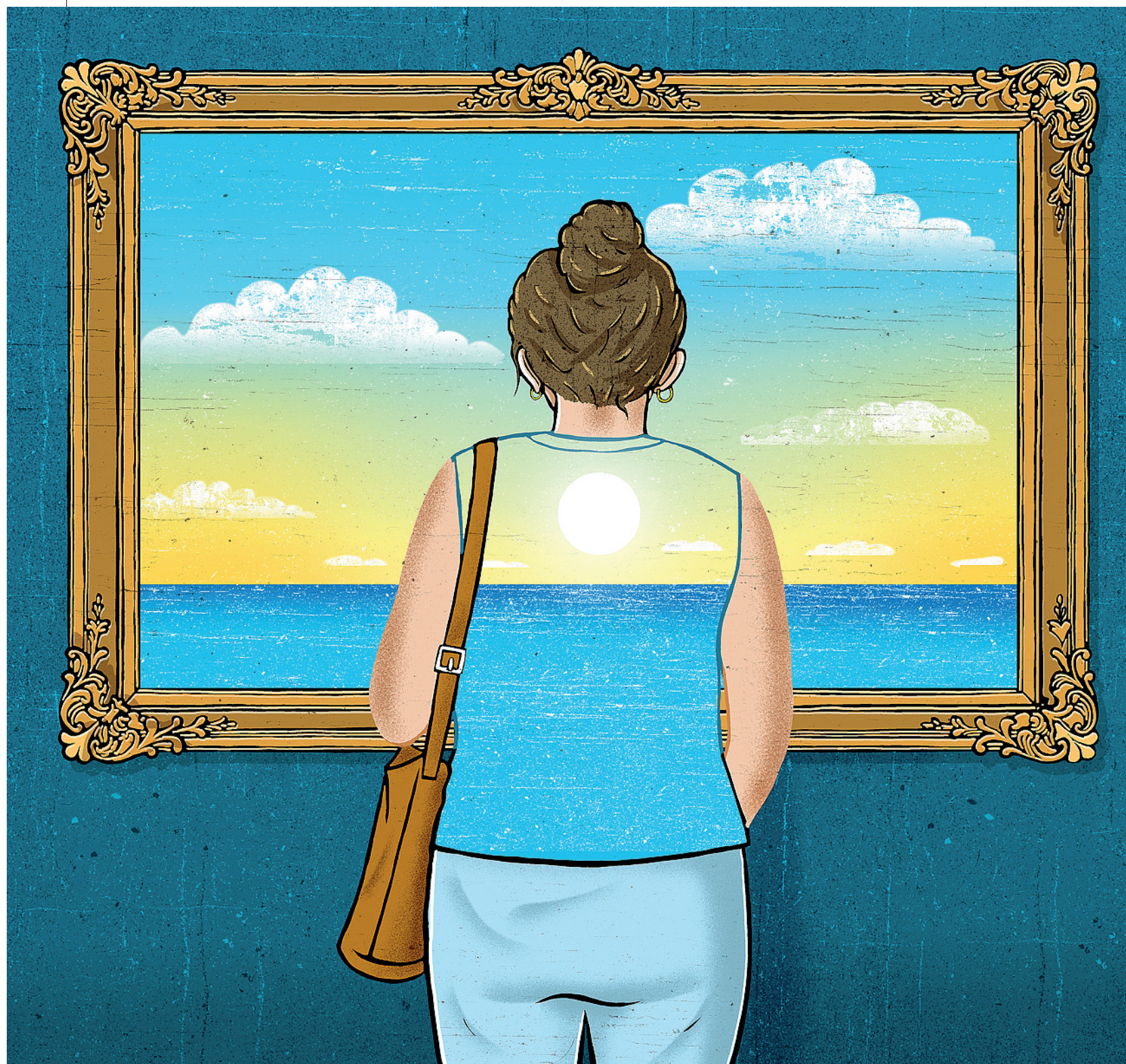


ILLUSTRAZIONE DI ALBERTO RUGGERI

Perché l'arte è una vera cura

Non solo il riposo. Lo sport, la lettura, il contatto con la natura sono gli «ingredienti» capaci di rigenerarci durante le vacanze. Anche i musei, le mostre, le città ricche di capolavori hanno un grande valore per il nostro benessere

di **Elena Meli e Vera Martinella**

E se il segreto del primato di longevità degli italiani fosse nella «grande bellezza» che ci circonda in ogni angolo del Paese, dalle opere conservate negli innumerevoli musei alle architetture delle città d'arte? A giudicare da un recente studio dell'University College di Londra è possibile: stando ai dati raccolti su oltre 3.500 adulti, andare al museo o partecipare a una qualsiasi attività che preveda il contatto con l'arte rallenterebbe l'invecchiamento quanto andare in palestra una volta a settimana. L'orologio della vecchiaia, ovvero i segni biologici del tempo che passa e che vanno dal grado di

infiammazione al livello di stress e dei fattori di rischio cardiovascolare, ticchetterebbe del 4% più lentamente in chi «frequenta» la bellezza e le attività culturali, al punto da abbassare di un anno l'età biologica dei più assidui; tuttavia, anche visitare solo due o tre mostre all'anno basterebbe già per rallentare il tasso di invecchiamento del 2%. Non è tantissimo e le misurazioni dell'età biologica non sono ancora precise ma certo è un indizio forte, che si somma a molte altre prove degli effetti positivi dell'arte sulla salute, sia quella osservata come spettatori, sia quella praticata in contesti di arte-terapia. Due approcci diversi, accomunati

dal coinvolgimento in un'attività culturale che «favorisce il benessere fisico e mentale, proprio come il movimento», spiega l'epidemiologa Daisy Fancourt che ha condotto lo studio inglese. È vero al punto che perfino l'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 2019 sta promuovendo ricerche su interventi terapeutici in cui si utilizza il mezzo artistico, come fruitori o creando opere, per migliorare il benessere dei pazienti e la qualità delle cure in molti ambiti, dalla salute mentale a quella materna. È arrivato il momento di prendere ogni giorno una «pillola di Michelangelo»?

continua alla pagina successiva

Idee e opinioni

Il libro

La strada per restare giovani
G. Beltrami
La Gazzetta di Parma
P.285;E.20



«I sei migliori dottori al mondo sono il sole, il riposo, l'esercizio fisico, la dieta sana, la fiducia in se stessi, e gli amici». Un vero e proprio programma sintetico per la longevità, declinato da qualcuno che di longevità se ne intendeva davvero per esperienza personale considerando la sua generazione, cioè Charlie Chaplin. Parole che si trovano nella pagina di apertura dell'ultimo libro di Gianfranco Beltrami, che in tutte quelle successive spiega in modo approfondito ma chiaro e accattivante come in consigli del grande attore e regista oggi siano confermati dalla scienza e come è possibile metterli davvero in pratica per invecchiare in modo sano in modo da aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anche in caso di familiarità la prevenzione può fare moltissimo ma richiede una seria presa in carico

È necessario impedire che la logica dell'ageismo possa influenzare le indicazioni offerte dagli algoritmi

LE MALATTIE REUMATICHE NON SONO UN DESTINO SEGNATO

L'ATTENZIONE PER GLI ANZIANI AL TEMPO DELL'AI

di **Andrea Doria** *



È davvero possibile ridurre il rischio di queste patologie, ritardarne l'insorgenza, limitarne la gravità e avere più anni di vita in buona salute

Quando si parla di malattie reumatologiche, l'associazione mentale immediata è quella con i «reumatismi»: inevitabili dolori e acciacchi fisici dovuti allo scorrere del tempo e all'invecchiamento, con cui imparare a convivere.

La realtà è ben più complessa. Le malattie reumatologiche sono 200 condizioni diverse che interessano articolazioni, muscoli, ossa, tendini e talvolta organi interni.

Dall'artrite reumatoide alla fibromialgia, dall'osteoporosi al lupus, per citare alcune delle più note, colpiscono circa 6,5 milioni di italiani, non solo anziani ma anche giovani adulti, donne in età fertile e bambini.

E soprattutto non sono sempre un destino già scritto. Conta la predisposizione genetica, ma non racconta tutta la storia.

Oggi sappiamo che la prevenzione può fare la differenza. Non solo quella secondaria, fondata sulla diagnosi precoce, o quella terziaria, che punta a limitare complicanze e disabilità. La vera frontiera è la prevenzione primaria: intervenire prima che la malattia si manifesti.

Se è noto che buone abitudini come seguire un'alimentazione equilibrata, praticare attività fisica, mantenere un peso adeguato, non fumare, fare attenzione all'esposizione solare proteggono da tumori, diabete e cardiopatie, meno lo è che gli stessi comportamenti contribuiscono anche a ridurre il rischio di sviluppare una malattia reumatologica o a ritardarne l'esordio, soprattutto per chi ha una familiarità.

Avere un parente che convive con una di queste patologie aumenta il rischio di ammalarsi, ma non significa che la malattia sia inevitabile.

Significa, piuttosto, che vale la pena intervenire precocemente sui fattori modificabili, perché anche posticipare l'esordio di una malattia può tradursi in una migliore qualità di vita e in maggiori possibilità di successo delle terapie.

La medicina in futuro non sarà fatta soltanto di farmaci sempre più efficaci. Sta vivendo una trasformazione più profonda: dalla cura della malattia alla costruzione della salute. È una rivoluzione silenziosa che coinvolge molte specialità e necessita ricerca, innovazione e servizi sanitari

capaci di intercettare precocemente il rischio. Ma richiede anche un'alleanza nuova tra medici e pazienti, e cittadini informati, perché gran parte della prevenzione si gioca nelle scelte quotidiane.

La prevenzione non promette di cancellare la malattia ma qualcosa di altrettanto prezioso: ridurne il rischio, ritardarne l'insorgenza, limitarne la gravità e offrire alle persone più anni di vita in buona salute.

È questo il cambiamento culturale che la medicina deve accompagnare.

Perché la prevenzione non è soltanto ciò che il sistema sanitario fa per noi: è anche ciò che ciascuno di noi può fare per sé stesso.

**Presidente della Società Italiana di Reumatologia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di **Marco Trabucchi** *



C'è il rischio che le nuove tecnologie possano replicare i pregiudizi impliciti ed espliciti nei riguardi degli anziani, già presenti nella nostra società

In questi mesi aumenta ogni giorno l'interesse per l'intelligenza artificiale e le sue applicazioni cliniche. Scarsa attenzione viene però data alla condizione degli anziani, che per la loro lunga storia di vita potrebbero essere fruitori privilegiati della capacità dell'intelligenza artificiale di identificare le linee che caratterizzano il presente.

La complessità di una vita lunga impone all'intelligenza artificiale di cogliere le sfumature di una condizione assolutamente personale; avrà

la capacità di comprendere la multiformità di un dolore che si è stratificato negli anni, l'angoscia indotta da una depressione, la preoccupazione per un decadimento percepito, ma non razionalizzato, la sensazione di una giornata che diventa sempre più faticosa?

Inoltre, per l'anziano la relazione è indispensabile; non è quindi sostituibile il medico che intuisce e analizza la condizione di chi si rivolge a lui, anche se non è sempre facile entrare nei meandri di una mente, che ha paura del futuro, che vive la solitudine chiudendosi ogni giorno di più, che ha perso la speranza.

Come la macchina potrà consolare, garantire una vicinanza anche fisica, accompagnare attraverso i limiti della natura umana?

Al punto 118 della Magnifica Humanitas di Leone XIV è scritto: «Tutto ciò che appare come limite -incapacità, malattia, vecchiaia, sofferenza, vulnerabilità- tende a essere letto anzitutto come difetto da correggere, più che come luogo in cui l'umano matura e si apre alla relazione».

L'intelligenza artificiale è in grado di comprendere che il limite fa parte della natura umana, vissuto come luogo di incontro, di reciproco accompagnamento tra il medico e il concittadino bisognoso di cure? La macchina saprà trovare «spazio per la compassione, la sincera inquietudine di fronte ai bisogni degli altri, la generosità che sorprende anche in mezzo all'oscurità e al fallimento» (vedi punto 119 dell'Enciclica)?

Mi permetto di sottolineare l'aspetto che più di altri delinea l'unicità e la nobiltà del rapporto con il medico, quando questi vive la condizione di «sincera inquietudine».

Vi sono altre zone che delinano la delicatezza del ruolo dell'intelligenza artificiale.

Mi preoccupa la possibilità che la cultura ageista possa inquinare le fonti alle quali si collega.

Recentemente è stato pubblicato un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: *Ageism in artificial intelligence for health*, nel quale si indicano le modalità per impedire che la logica dell'ageismo possa influenzare le indicazioni offerte dall'intelligenza artificiale.

Vi è il rischio, infatti, che le nuove tecnologie possano replicare i pregiudizi impliciti ed espliciti nei riguardi degli anziani, già presenti nella nostra società e che pesano sulla qualità della loro vita.

**Direttore Scientifico Gruppo Ricerca Geriatrica, Brescia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Newsletter AIP – 14 agosto 2026
n. 32/2026

Questa newsletter esce alla vigilia di Ferragosto, festa della Madonna Assunta. L'imperatore Augusto duemila anni fa si era preoccupato di concederci un po' di riposo (Feriae Augusti); ne avremmo bisogno anche oggi, ma non sempre e non a tutti è consentito. Auguri.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La relazione di Silvia Vettor al webinar dedicato ai caregiver nel tempo d'estate
- Il controllo con le telecamere nelle corsie delle RSA
- La longevità: mito o seria problematica preventiva?
- Farsi capire dai cittadini: imporre una scuola di italiano ai burocrati
- Le aree interne.... abbandonate!
- Rozzini e la mortalità da caldo degli anziani
- Il tempo e il suo valore nelle RSA

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il contributo di Federica Falzone all'idea di AIP

Amiche, amici,

-Di seguito riporto l'interpretazione critica fatta dal professor Govoni della splendida lettura di Silvia Vettor, tenuta per il corso estivo rivolto dei caregiver della Fondazione Maratona Alzheimer.

"Nel webinar del 30 luglio su "Le arti e le relazioni sociali: possono essere terapeutiche?"

", Silvia Vettor, che ringrazio per aver riletto e integrato il testo, ha affrontato un tema molto discusso che si colloca nella Twilight Zone tra arte, scienze sociali e medicina. È una zona di confine tra discipline e culture diverse dove talora si scontrano idee preconcepite su ruoli e gerarchie di valori diversi della scienza biomedica, delle interazioni sociali, e dell'arte. Viene percepito un mix dal sapore esoterico, per iniziati, lontano dalla riproducibilità cartesiana e quindi di limitata applicabilità terapeutica, anche se, lo sanno tutti, qualche bella immagine e suoni coinvolgenti in compagnia possono creare un clima rilassato gradito a pazienti e caregiver. Questo atteggiamento è sbagliato scientificamente e dannoso per lo sviluppo del settore: va contrastato con la forza delle evidenze. Esattamente il filo rosso delle esperienze descritte nel webinar con ricchezza di esempi concreti e qui riassunto in modo schematico

Arte e salute: un legame validato dalla scienza.

L'accostamento tra il mondo dell'arte e la cura dell'anziano (e di chi soffre di malattie come la

demenza) si basa su una vasta letteratura scientifica che è stata revisionata in un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Si tratta di un documento di un centinaio di pagine (tradotto anche in italiano dal Cultural Welfare Center Piemontese) che ha sintetizzato circa 3.000 studi che testimoniano il potere terapeutico, preventivo e di sostegno al benessere dell'arte (https://www.dors.it/documentazione/testo/202108/reportOMS2019artisalute_20210727.pdf). Dal punto di vista sia organizzativo sia di quello delle abilità coinvolte e tenendo conto sia degli obiettivi che si vogliono raggiungere sia della struttura della persona, serve distinguere tra le due modalità di fruizione dell'esperienza artistica: l'arte esperita, cioè la fruizione passiva (guardare un dipinto, ascoltare musica) e l'arte agita, cioè la partecipazione attiva (cantare, danzare, creare).

Base neurobiologica ed effetti fisiologici dell'arte

Le basi neurobiologiche dell'apprezzamento del bello sono state poste da Jean-Pierre Changeux, famoso neuroscienziato ed esperto d'arte francese, che, oltre alle ricerche dirette di tipo molecolare sulla trasmissione colinergica, ha scritto libri come *The True, the Good, the Beautiful: A Neurobiological Approach* (2012) e *Les neurones enchantés* (Boulez, Changeux, Malnoury, 2014), e da Samir Zeki, pioniere della neuroestetica, alla fine degli anni '90 e all'inizio degli anni 2000. Secondo Samir Zeki, la visione o la fruizione del bello attiva specifiche aree cerebrali indipendentemente dal mezzo. Questi studi sono oggi resi più facili da indagini mediante tomografia a emissione di positroni, la risonanza magnetica o la stimolazione cerebrale mediante metodi non invasivi (si veda tra la produzione recente di Samir Zeki: *The neural determinants of abstract beauty* (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ejn.15912>)).

Accanto a questi studi ve ne sono numerosi altri che valutano parametri biologici periferici legati allo stato di stress o a indici centrali dello stato di attivazione dei circuiti di gratificazione. Silvia Vettor ha ricordato, per esempio, che l'esperienza artistica riduce i livelli di cortisolo (marcatore dello stress) e dei marcatori infiammatori e che stimola il rilascio di dopamina, favorendo la sensazione di piacere. Da notare che, soprattutto nel caso delle arti plastiche o visive, l'impatto positivo e la riduzione dello stress risultano maggiori di fronte a un'opera originale rispetto a una sua riproduzione, osservazione che sottolinea l'importanza del contesto. Per l'ingaggio cognitivo, la presenza di didascalie o spiegazioni e il riconoscimento di dettagli e nomi sono tutti accorgimenti che aumentano ulteriormente il coinvolgimento cerebrale e il livello di benessere. Il potere evocativo di un'opera d'arte è modulato dal contesto (luoghi, persone e guida alla fruizione), lo sfogliare un libro d'arte da soli può essere piacevole, ma ha molti limiti rispetto alla forza sociale e emotiva della condivisione.

L'impatto clinico dell'esperienza artistica nella demenza e in altre patologie

Numerosi sono i domini e le abilità residue che possono essere sostenuti grazie ad interventi basati sull'esposizione all'arte.

Linguaggio e identità: Poiché la demenza è anche una patologia del linguaggio e della semantica, l'arte offre uno spazio di immaginazione che aiuta la persona a conferire forma e identità ai propri vissuti.

Linguaggio metaforico vs Descrittivo: Le immagini e la metafora sono spesso comprese più rapidamente ed efficacemente del discorso normale. Ad esempio, mostrare le scale intrecciate di Escher comunica l'idea di "disorientamento" molto meglio di molte spiegazioni verbali. Questo è uno degli ambiti d'elezione di Silvia Vettor, che sfrutta le capacità comunicative della metafora come un nuovo linguaggio, capace di far comprendere un'informazione anche in presenza di un deficit cognitivo.

Differenziazione per patologia: L'impatto positivo varia a seconda del tipo di demenza o di malattia (non va dimenticato l'effetto positivo di questo tipo di intervento anche in numerose altre situazioni che comprendono altre patologie psichiatriche e patologie organiche con compromissione della qualità di vita percepita). Il fatto che i diversi tipi di demenza siano variamente sensibili all'effetto dell'esperienza artistica sottolinea il coinvolgimento differenziale di aree e circuiti cerebrali nelle varie forme di demenza, con la possibilità di compromissione in alcuni casi dei circuiti che mediano l'esperienza estetica.

Esperienze di altre arti: la relatrice ha sottolineato con forza l'importanza e le esperienze presenti in letteratura basate anche su altre forme artistiche e sulle loro proprietà terapeutiche (si veda ad esempio il libro di Daisy Fancourt, edito dalla Fondazioni Luigi Rovati, 320 p., 2026). Ad esempio,

musica, canto e danza: coinvolgono sia circuiti motori sia emotivi, la musica e la danza risultano particolarmente efficaci laddove le abilità puramente cognitive sono compromesse (es. nella malattia di Alzheimer). Infine, sempre tenendo in considerazione le preferenze della persona, la sua storia e le sue capacità in quel dato periodo della malattia, anche la lettura, soprattutto la lettura ad alta voce, agisce su componenti emotive e sulla qualità di vita. In questo contesto si inserisce l'impegno della Fondazione con la biblioteca "Giovanni Bissoni", pensata anche per chi ha difficoltà di accesso alla lettura.

Benefici per i caregiver e la relazione di cura

Il benessere condiviso e la focalizzazione degli sguardi: I benefici (riduzione di ansia, stress e depressione) non riguardano solo i pazienti, ma coinvolgono direttamente i familiari e i caregiver. L'arte crea un momento di focalizzazione e condivisione che aiuta a mantenere o ricostruire la relazione tra il caregiver e la persona malata. Questa osservazione sottolinea ancora una volta l'importanza che l'esperienza artistica sia un'attività accuratamente pianificata e strutturata.

Accessibilità e criticità operative

Si tratta di un aspetto molto delicato e critico: per evitare che le iniziative rimangano casi isolati ed elitari gli interventi devono essere programmati e avere un programma e una scansione temporale e continuità adeguati.

Accessibilità reale: musei, teatri e sale da concerto devono garantire accessibilità su più livelli compreso quello logistico a cui possono partecipare anche reti esterne come è stato fatto, per esempio, in Olanda con *pulmini di quartiere* per facilitare il trasporto.

Accessibilità economica: Costi contenuti o gratuità per gli accessi.

Accessibilità logistica e infrastrutturale: spazi con sedute adeguate, assenza di barriere e percorsi non faticosi, creazione di spazi/corridoi immersivi e programmi guidati dedicati nei grandi musei (es. MoMA).

La sfida culturale e il ruolo del sistema sanitario

Perché quanto descritto sia "messo a terra" servono una serie di azioni, di seguito indicate:
Divulgazione del documento OMS: il documento OMS, già ricordato, è oggetto di presentazione ai medici e agli operatori per promuovere una svolta culturale.

Formazione dei professionisti: attualmente queste pratiche non sono ancora sufficientemente diffuse o integrate tra i Medici di Medicina Generale (MMG), gli psicologi e gli assistenti sociali. Nonostante il protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute e quello della Cultura, attualmente sono ancora pochi i medici che indicano offerte culturali come parte del percorso di cura.

Risorse per la prescrizione sociale: è necessario che la fruizione dell'arte e delle strutture di benessere diventi una parte costitutiva ed essenziale del sistema di cura e di supporto, con risorse finanziarie e organizzative dedicate e adeguate.

Favorire il censimento e la raccolta sistematica delle iniziative possibili come oggetto di "prescrizione culturale"

Promozione di ricerche applicate che portino a modelli e prassi operative con evidenza di efficacia

Individuare pratiche di connessione tra prescrittori (medici o sanitari), erogatori (ets, enti culturali, ...) e luoghi di attuazione (domicilio, musei, rsa, caffè Alzheimer...).

-Il controllo con telecamere fisse degli ambienti delle RSA è una misura sbagliata. Nessun evento negativo, nessuna violenza verso gli anziani ricoverati potrà convincerci dell'efficacia delle telecamere. Sono un modo per creare ambienti polizieschi, dove invece dovrebbe dominare la professionalità, la gentilezza, il rispetto.

-In allegato riporto un documento molto serio e motivato stilato da Roberto Volpe, presidente di Uripa, l'associazione delle case di riposo del Veneto, **nel quale discute l'intervista di un consigliere regionale che sostiene la necessità di controlli a distanza.** Ciò che preoccupa è che la richiesta è sostenuta da politici seri, equilibrati; è verso di loro che si deve quindi intervenire per convincere che le modalità per migliorare la qualità dell'assistenza è fondata sul rispetto e la formazione, non su controlli irrispettosi della dignità degli addetti all'assistenza ed anche quella delle persone assistite, la cui privacy deve essere garantita sul piano umano prima ancora che giuridico.

-Ogni giorno sui mezzi di comunicazione ritorna il tema della longevità, parola diventata ormai uno slogan per diffondere interessi commerciali e posizioni prive di reale fondamento clinico.

Tutti si sentono autorizzati a dare consigli e a suggerire interventi; pochi di questi hanno una certa qualificazione, la maggior parte sono inesperti che seguono la corrente e hanno intravisto le potenzialità economiche di una certa pseudocultura. Accludo su questo tema una recente dichiarazione del Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Dario Leosco.

La longevità non è uno slogan né un prodotto da vendere

Assistiamo ad una crescente invasione sui mezzi di comunicazione da parte di persone che parlano di longevità, invecchiamento e salute senza possedere una formazione specifica né una reale esperienza scientifica o clinica. Affermazioni suggestive, formule semplificate e promesse di ringiovanimento acquistano visibilità non per la solidità delle prove, ma per la loro efficacia comunicativa e, non di rado, per gli interessi commerciali o di autopromozione che le accompagnano. La longevità, tuttavia, non può essere ridotta a una parola di moda, a un test, a un integratore o a un costoso percorso "anti-ageing". È un tema medico e sociale complesso, che riguarda la prevenzione delle malattie croniche, il mantenimento delle capacità fisiche e cognitive, la preservazione dell'autonomia, la qualità della vita e il contrasto alle disuguaglianze. Richiede competenze specifiche, rigore metodologico, trasparenza sui conflitti di interesse e la capacità di distinguere ciò che è stato dimostrato da ciò che è ancora soltanto un'ipotesi.

La divulgazione è preziosa quando rende comprensibile la scienza; diventa pericolosa quando sostituisce le evidenze con la notorietà, quando confonde la testimonianza personale con la prova scientifica o quando trasforma la speranza di vivere meglio e più a lungo in uno strumento di mercato. La popolarità non certifica la competenza e la capacità di comunicare, non autorizza a formulare indicazioni sanitarie prive di adeguato fondamento.

La posizione della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) è chiara: la medicina della longevità deve essere ricondotta al suo autentico significato scientifico e clinico. Non può essere sinonimo di procedure costose, non regolamentate o sostenute prevalentemente da interessi commerciali. Deve fondarsi sulla ricerca rigorosa, sulle evidenze cliniche, sulla prevenzione, sulla valutazione multidimensionale della persona e su interventi appropriati e personalizzati. Promuovere la longevità significa aggiungere salute, funzione e dignità agli anni, non vendere l'illusione di poter cancellare l'invecchiamento. Su un tema così importante, la competenza non è una forma di elitismo: è una responsabilità verso i cittadini.

Questa formulazione è coerente con i documenti della SIGG sulla *medicina della longevità* e con la sua posizione pubblica a favore di scienza rigorosa, prevenzione basata sulle evidenze e medicina personalizzata.

Su questo argomento che sta occupando molto spazio nell'ambito dei mezzi comunicazione vorremmo che la posizione della Sigg fosse condivisa da altre società scientifiche, ma anche dalle singole colleghe e colleghi interessati al buon invecchiamento dei nostri concittadini.

-Recentemente, dopo una riunione in un ospedale per un progetto di ricerca, nel corridoio di uscita mi sono imbattuto in questo cartello:

Avviso agli utenti

I referti radiologici e immagini si trovano nel fascicolo sanitario elettronico (FSe) e scaricabili tramite il portale della Radiologia presente sul sito web di... (si veda QR Code a fianco). Qualora fosse richiesto il supporto CD il pagamento della quota di 10 euro è a carico dell'utente. Nessun commento, solo desolazione per un linguaggio che non comunica e non rispetta il cittadino, tantomeno rispetta la sua autonomia informativa. **Forse chi lavora con il pubblico dovrebbe essere formato su come farsi capire dai cittadini.**

-È di moda oggi parlare di aree interne e dell'abbandono nel quale sono condannate: tante parole e fatti spesso inesistenti! Recentemente ho visitato un paese di 2000 abitanti, in una cosiddetta area interna: farmacia chiusa per turno, medico di famiglia andato in pensione e i muri (ancora da riempire di operatori) della casa di comunità a 8 chilometri, banche da due a una

(e voci di ulteriore imminente chiusura), poste chiuse fino a settembre (speriamo non distruggano anche TIM dopo la tanta pubblicizzata acquisizione!), parroco che fa il suo meglio a scavalco su tre parrocchie. Fortunatamente in paese continua ad operare un piccolo discount. Perché i cittadini dovrebbero continuare a resistere in questo bellissimo paese?

-Ho avuto recentemente un incontro con Renzo Rozzini, geriatra colto e sempre originale, **al quale ho espresso una mia impressione**, peraltro non documentata: **i mezzi di comunicazione sembrano oggi meno attenti alle conseguenze del caldo sulla popolazione anziana rispetto a quanto lo furono nel 2003**, anno della devastante ondata di calore che provocò un marcato aumento della mortalità, soprattutto nelle fasce di età più avanzata. Rozzini mi ha proposto alcune possibili interpretazioni di questo fatto.

"Secondo i dati Istat, nel 2005 circa il 20% delle famiglie italiane disponeva di un condizionatore, mentre oggi la percentuale è salita a circa il 55%. Non disponiamo però, almeno in questa prima valutazione, di informazioni sufficienti sulla distribuzione geografica del fenomeno né sulle differenze legate all'età, al reddito e alle condizioni sociali. La maggiore diffusione dei sistemi di climatizzazione potrebbe aver ridotto la vulnerabilità al caldo e, indirettamente, anche la percezione dell'emergenza. Sarebbe tuttavia importante sapere quale quota delle persone anziane, in particolare di quelle più fragili e sole, viva ancora in abitazioni prive di sistemi di raffrescamento.

L'ondata di calore di quest'anno si è verificata più tardivamente rispetto a quella del 2003, che in quell'anno incominciò già in maggio. Si può ipotizzare quindi che ciò abbia consentito un maggiore adattamento fisiologico alle alte temperature. Resta da verificare se questa circostanza abbia effettivamente modificato l'impatto sulla mortalità. Anche l'eventuale ruolo del fenomeno dell'harvesting dovrebbe essere analizzato separatamente e sulla base di dati adeguati.

Dalla lettura empirica dei necrologi del Giornale di Brescia sembrerebbe emergere una maggiore presenza proporzionale di persone molto anziane, in particolare ultraottantacinquenni, rispetto ai periodi con temperature più miti. Si tratta naturalmente di un'osservazione non rappresentativa, che non consente alcuna conclusione, da verificare.

Un'ulteriore impressione riguarda il numero relativamente ridotto di partecipazioni che accompagnano la maggior parte dei necrologi. È possibile chiedersi se ciò possa riflettere, almeno in alcuni casi, condizioni di maggiore isolamento sociale o fragilità economica, che potrebbero, a loro volta, associarsi a una minore disponibilità di sistemi di climatizzazione. Si tratta però di una concatenazione di ipotesi priva di qualsiasi valore scientifico: è solo una suggestione narrativa. Le osservazioni non consentono di spiegare perché oggi l'attenzione mediatica al caldo e ai suoi effetti sugli anziani sembri minore rispetto al 2003. Suggestiscono, però, alcune possibili linee di approfondimento: la diffusione della climatizzazione, la distribuzione sociale della vulnerabilità, il momento stagionale in cui si verificano le ondate di calore e l'effettivo andamento della mortalità nelle età più avanzate".

-La collega Maria Lia Lunardelli ha richiamato la nostra attenzione sul documento che pubblichiamo di seguito. **La ringrazio** in modo particolare **perché** il testo **solleva una problematica fuori della nostra attenzione e, invece, di grande importanza clinica e sociale.**

Il più grande esperimento di salute mentale d'Italia va in onda ogni pomeriggio. E nessuno lo sta misurando

Nicola Palmarini, data pubblicazione: 26 luglio 2026

"Oggi è la Giornata Mondiale dei Nonni e degli Anziani. Il tema, quest'anno, è una promessa tratta da Isaia: «Io invece non ti dimenticherò mai». Mentre la ripetiamo, 385.871 persone stanno guardando la televisione in una RSA italiana. Rai 1 o Canale 5, la sostanza non cambia. È, statisticamente, il più grande esperimento non controllato di esposizione mediatica concentrata mai condotto su una popolazione ad alto tasso di fragilità nel nostro Paese. E non lo sta misurando nessuno.

Il pomeriggio medio di una RSA italiana è costruito su due canali che dovrebbero essere alternativi e non lo sono. Su Canale 5 e su Rai 1 la fascia si assomiglia fino a confondersi: rotocalco, sentimenti,

cronaca nera, quiz in access, reality o fiction in prima serata. Mediaset, presentando i palinsesti 2025-2026, ha descritto la "graduale e profonda evoluzione" di Pomeriggio 5 verso "più attualità, meno temi leggeri", ora affidato a Gianluigi Nuzzi, lo stesso volto di Quarto Grado. Click.

Sull'altra sponda, il pomeriggio del servizio pubblico segue più o meno lo stesso copione: rotocalco e cronaca, con lo stesso registro. La differenza tra i due canali, per chi guarda, è il logo nell'angolo. Nel daytime 2025 Rai 1 ha registrato il 19% di share, Canale 5 il 18,3%: sostanziale parità. Sommandoli avremo oltre un terzo del pubblico televisivo pomeridiano - la fascia in cui ricadono gli ospiti delle RSA - che riceve la stessa dieta, da due emittenti che sulla carta dovrebbero offrire alternative. Una è pagata dalla pubblicità. L'altra dal canone.

Per la signora della camera 5, letto 1, non cambia nulla.

Tradotto: più cronaca nera. Più femminicidi raccontati al minuto. Più gialli irrisolti. Più esperti di delitti di provincia. Per ore. Tutti i giorni. Su un pubblico che, in molti casi, non può cambiare canale, non può alzarsi, non sa più che giorno sia. E che, quando il canale lo cambia, trova più o meno la stessa cosa. La signora di 84 anni della camera 5 ha il diritto di guardare quello che vuole. Ma chi ha deciso, e in base a quale evidenza clinica, che il sottofondo cognitivo permanente di 385.871 persone verosimilmente fragili debba essere costruito attorno alle logiche dell'auditel - comprese quelle di chi l'auditel, in teoria, non dovrebbe nemmeno inseguirlo?

La TV in RSA non è una scelta. È un arredo. È accesa quando arrivi al mattino e accesa quando te ne vai la sera. Il telecomando, quando esiste, è in mano allo staff. Il canale è quasi sempre lo stesso. Le evidenze epidemiologiche indicano che, in età adulta e avanzata, più ore di televisione si associano a peggiori esiti cognitivi. Il punto è biologico e comportamentale. La fruizione passiva conta, e la letteratura più recente suggerisce che il tipo di attività - più o meno cognitivamente attiva - modula l'effetto. Se per anni hai trasformato la TV nel rumore di fondo della giornata, non stupirti se il cervello presenta il conto. In uno studio longitudinale su over-50, oltre 3,5 ore al giorno di TV si sono associate a un declino della memoria verbale nei sei anni successivi. Una metanalisi più recente ha trovato un aumento del rischio di impairment cognitivo soprattutto oltre le 4 ore al giorno, con un calo misurabile dei punteggi cognitivi a 6 ore o più. Il contenuto medio del daytime italiano è progettato per un meccanismo preciso: attivazione emotiva continua a basso costo cognitivo. Cronaca nera, conflitto interpersonale, indignazione, intervallo pubblicitario, ritorno al conflitto. È un format che funziona perché tiene incollati. Se in un cervello giovane tutto questo potrebbe anche essere scambiato per "intrattenimento", in un cervello con riserva cognitiva ridotta è un'altra cosa: è ambiente.

Ricorda qualcosa? Il 10 luglio 2026, la Commissione europea ha rilevato in via preliminare che lo scroll infinito, l'auto play, le notifiche push e gli algoritmi di raccomandazione ottimizzati per massimizzare l'engagement di Facebook e Instagram violano il Digital Services Act. In un'era di shift unilaterale verso i social ci siamo dimenticati del caro, vecchio quinto potere. Perché mai nessuno ha considerato l'impatto della TV nelle RSA? Perché nelle RSA la TV non è trattata come un'esposizione da misurare, ma come un arredo: economico, disponibile, "innocuo", perfino utile contro il silenzio. 1Aggiungiamoci la pubblicità. La fascia oraria del daytime RSA è densa di spot per integratori, farmaci da banco, materassi ortopedici, polizze funerarie, servizi di assistenza, dispositivi medici. Il pubblico è captive nel senso più letterale del termine: non può uscire dalla stanza, non può comprare online, non può confrontare prezzi. È esposto a una pressione commerciale calibrata sulla sua condizione, in un contesto in cui la capacità di giudizio critico è, per definizione clinica, ridotta. Lo abbiamo definito Commercial Exposome. È il modo in cui l'esposizione commerciale e mediatica modifica la salute lungo l'arco della vita. Nelle RSA italiane è al massimo della concentrazione e al minimo della consapevolezza istituzionale.

Gli editori fanno il loro mestiere: producono contenuti che massimizzano l'attenzione e la vendono agli inserzionisti. È il modello della televisione commerciale dagli anni Ottanta. Il punto è un altro: in Italia, per una persona fragile in età avanzata, non esiste un'alternativa. La distinzione su cui altri Paesi hanno costruito una protezione - servizio pubblico da una parte, televisione commerciale dall'altra - da noi si è dissolta dentro il palinsesto. Il servizio pubblico avrebbe un mandato diverso. Nella fascia oraria che conta, si fa fatica a distinguere.

Oggi le RSA non hanno protocolli sull'esposizione mediatica. Non ci sono linee guida regionali che definiscano cosa significhi "ambiente cognitivo terapeutico". Non c'è un equivalente del Nutri-Score per i contenuti somministrati a persone con decadimento cognitivo in strutture residenziali. Esistono protocolli rigorosi su cosa entra nello stomaco di un ospite di RSA. Non esiste nulla su cosa entra nelle sue orecchie e nei suoi occhi per dieci ore al giorno. E le RSA, in tutto questo, sono solo il galleggiante visibile fuori dall'acqua. Fuori dalle strutture, in Italia vivono da soli circa 2,5 milioni di persone con 75 anni e più; in alcune letture la quota arriva a sfiorare il 40% di quella fascia d'età. A queste si aggiunge una quota rilevante di anziani assistiti in casa da una badante, ancora una delle soluzioni più diffuse del nostro welfare informale. Persone che, nella stragrande maggioranza dei casi, passano la giornata con la televisione accesa. Stesso palinsesto. Stessa fascia oraria. Stessa pressione commerciale. Solo, senza nemmeno l'intermediazione, blanda, di un'équipe sociosanitaria. Stiamo parlando, sommando, di oltre tre milioni di italiani anziani il cui ambiente cognitivo quotidiano è strutturato attorno a un palinsesto commerciale.

Lascio le domande a chi legge.

- Cosa significa, per una democrazia, che tre milioni di cittadini anziani costruiscano la loro percezione del mondo, della cronaca, dell'insicurezza, della politica, dentro un format ottimizzato per vendere materassi e montascale elettrici?
- Cosa significa che la principale fonte di informazione per una fascia in forte crescita, ad alta propensione al voto rispetto e quindi molto influente negli esiti elettorali sia un daytime progettato per massimizzare l'attivazione emotiva e minimizzare lo sforzo cognitivo - su tutte e due le principali reti?
- Cosa significa che nessun partito, di nessuno schieramento, abbia mai messo nel proprio programma una riga sulla qualità dell'ambiente mediatico in cui invecchiano i propri elettori? Forse perché quegli elettori, dentro quel format, votano nel modo che a quel format conviene?

Non è un complotto. È semplicemente un allineamento di incentivi. Chi vende pubblicità massimizza l'attenzione. Gli inserzionisti massimizzano il ritorno. I partiti massimizzano il consenso di un elettorato di cui conoscono benissimo le abitudini di consumo mediatico. L'unico soggetto i cui interessi non sono massimizzati, in questo equilibrio, è la persona anziana. Che intanto guarda, e vota.

Chi mi conosce sa che non resisto a proporre idee:

- Primo: serve uno studio osservazionale serio, multicentrico, su correlazione fra esposizione televisiva (ore, fascia oraria, tipologia di contenuto) e indicatori di benessere, agitazione, qualità del sonno e progressione cognitiva negli ospiti di RSA italiane. I dati esistono o sono raccogliibili. Mancano il committente, e soprattutto, mi pare, la volontà.
- Secondo: serve una raccomandazione tecnica, anche soft, che definisca cosa significhi "diritto a un ambiente cognitivo adeguato" in una struttura residenziale. Non censura. Uno standard. Come per la qualità dell'aria, l'illuminazione, il rumore.
- Terzo: serve che la stessa industria televisiva - pubblica e privata - e in particolare gli inserzionisti che comprano spazi nel daytime, si chiedano cosa significhi targettizzare una popolazione che, in una percentuale rilevante, non ha la capacità giuridica di consenso informato all'acquisto. È una conversazione per niente comoda, lo so. È anche, semplicemente, l'aggiornamento delle regole della pubblicità responsabile al fatto demografico che il pubblico anziano italiano oggi è in larga parte un pubblico clinicamente vulnerabile.

385.871 persone in RSA. Oltre tre milioni contando chi invecchia solo in casa. Stesso pomeriggio, stesso flusso di cronaca nera, conflitto, pubblicità. Rai 1 o Canale 5, ripetuto giorno dopo giorno. «Io invece non ti dimenticherò mai», dice il versetto scelto per oggi.

E infatti non li abbiamo dimenticati.

Sappiamo benissimo dove sono.

Sono davanti al televisore, dove li abbiamo lasciati.

Referenze:

- Fancourt D, Steptoe A. Television viewing and cognitive decline in older age: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Scientific Reports (2019).[pubmed.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011111/)

- Dejakaisaya H, et al. Television watching and cognitive outcomes in adults and older adults: A systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. PLOS ONE (2025). [pubmed.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
- Wingood M, et al. Associations of Cognitively Active Versus Passive Sedentary Behaviors and Cognition in Older Adults. J Phys Act Health (2024). [pubmed.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
- Impact of Different Types of Sedentary Behaviour on Cognitive Outcomes in Older Adults: A Systematic Review (2026).

-Concludo questa variopinta serie di commenti, notizie, interventi salutando il signor Giuseppe Volpe, classe 1930, il quale ha scritto a un giornale: "La mia vita dedicata agli ascensori".

Penso a quanti anziani il signor Volpe ha reso possibile l'uscire di casa, l'incontro con altre persone, l'accesso ai negozi e ai servizi. Un grazie vivissimo a nome di questo grande numero di nostri concittadini non più giovani, che in tanti anni hanno vissuto una vita migliore grazie al suo lavoro.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto contributo di Mauro Colombo

"Dopo il pezzo sulla newsletter AIP del 7-8-26, dedicato ad una esperienza 'fallita' [1], ed ai relativi insegnamenti che se ne possono trarre [2], ecco un 'angolo' dove riporto un esito favorevole. L'oggetto è **una stimolazione cerebrale profonda non-invasiva innovativa, che ha migliorato la memoria di lavoro in pazienti con deterioramento cognitivo lieve** [Mild Cognitive Impairment (MCI)] avente come substrato la malattia a corpi di Lewy [Lewy Body Disease (DLB)]. Gli Autori – tra cui figura l'italiano Giovanni Frisoni (operativo a Ginevra) - sono neuroscienziati affiliati ad istituzioni che combinano neurologia, neuro-ingegneria, riabilitazione geriatrica, situate a Ginevra ed a Brno, nella Repubblica Ceca. L'articolo [3] è stato pubblicato il 6 luglio su *JAMA Network Open*.

Uno dei motivi che mi hanno portato a scegliere questo studio – corredato da una ampia bibliografia che copre uno spazio di tempo prolungato - sta nel substrato neuro-anatomico e neuro-fisiologico che lo sostiene: oltre che nei roditori, anche negli esseri umani esistono estese connessioni striato-cerebellari che supportano sia le funzioni motorie che quelle cognitive. Il cervelletto ^s è stato associato alla resilienza cognitiva, con l'emisfero sinistro maggiormente coinvolto nella memoria di lavoro visiva, ed è stato dimostrato che interagisce con lo striato durante l'elaborazione temporale di compiti complessi. Nei topi, i segnali in uscita dal cervelletto modulano l'attività striatale tramite proiezioni dentato-striatali di-sinaptiche, che coinvolgono i neuroni dopaminergici e colinergici. Quanto alla memoria di lavoro [working memory (WM)], essa – nell'ambito delle funzioni esecutive - è essenziale nella vita quotidiana, consentendo agli individui di selezionare informazioni rilevanti, pianificare azioni complesse o adattare il comportamento in tempo reale.

La memoria di lavoro (WM) è influenzata da meccanismi distinti nelle malattie neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer o la demenza con corpi di Lewy (DLB), con deficit in quest'ultima che compaiono prima e sono più pronunciati. Sebbene sia lo striato che il cervelletto siano interessati da entrambe queste patologie, il primo risulta colpito più gravemente e in fasi più precoci nella demenza a corpi di Lewy rispetto alla malattia di Alzheimer. In questo contesto, gli interventi precoci mirati allo striato e al cervelletto potrebbero rappresentare una strategia promettente per la riabilitazione cognitiva e per una maggiore resilienza contro la neuro-degenerazione.

Da qui la domanda se la neuromodulazione sinergica, a doppio bersaglio e non invasiva, dello striato e del cervelletto non possa migliorare la memoria di lavoro negli individui con MCI, in particolare in quelli con degenerazione nigro-striatale precoce. Questo protocollo a doppio bersaglio, elaborato dagli Autori di [3], non trova precedenti come strategia di intervento, soprattutto nel caso di deterioramento cognitivo lieve (MCI). Gli esiti primari erano le variazioni di accuratezza ed i tempi di reazione alle risposte corrette in un compito di memoria di lavoro visiva con carichi di memoria e distrattori variabili. I modulatori includevano la connettività funzionale a riposo e il volume della materia grigia nelle regioni correlate alla memoria di lavoro. Sono stati utilizzati modelli lineari a effetti misti per esaminare gli effetti principali della condizione di stimolazione sull'accuratezza e sui

tempi di reazione. Allo scopo di superare l'eterogeneità osservata nelle prestazioni della memoria di lavoro tra le coorti, è stato adottato un approccio di raggruppamento esplorativo basato sui dati, per valutare gli effetti della stimolazione all'interno di sottogruppi definiti dalle prestazioni cognitive di base.

Quindi, i quesiti di ricerca in [3] – sostanzialmente confermati – erano:

- 1) se la stimolazione magnetica transcranica cerebellare (TMS) seguita dalla stimolazione transcranica a interferenza temporale striatale (tTIS) migliori la memoria di lavoro, in particolare nei pazienti con decadimento cognitivo lieve con corpi di Lewy (MCI-LB), durante un compito di memoria di lavoro visiva caratterizzato da distrattori e da carico di memoria
- 2) se i due gruppi di pazienti con MCI avrebbero risposto in modo diverso a varie condizioni del compito
- 3) se la connettività funzionale individuale a riposo (rs) e il volume della materia grigia delle regioni stimulate possano influenzare gli effetti comportamentali della stimolazione sinergica a doppio bersaglio

Mediante una selezione secondo criteri standard internazionali, sono stati reclutati quarantuno pazienti con MCI, di cui 21 con MCI-LB [16 donne (76%); età media (DS), 71,05 (6,84) anni] e 20 con MCI amnestico [(aMCI) 11 donne (55%); età media (DS), 72,30 (7,50) anni], e 20 soggetti di controllo sani [10 donne (50%); età media (DS), 69,5 (4,42) anni].

In questo studio incrociato randomizzato, in quadruplo cieco e controllato con placebo, viene fornita, per quanto noto agli Autori, la prima prova preliminare che la stimolazione non invasiva sinergica a doppio bersaglio dell'emisfero cerebellare inferiore sinistro e dello striato può migliorare transitoriamente la memoria di lavoro nei pazienti con MCI-LB, in particolare durante le prove che prevedono un distrattore; questo effetto è risultato particolarmente evidente nei pazienti con connettività striatale meno solida. I benefici derivanti dalla stimolazione erano associati alla connettività funzionale striatale ed al volume cerebellare.

In [3] vengono perciò dimostrate la fattibilità, la sicurezza e l'efficacia di questa strategia di neuromodulazione a doppio bersaglio per migliorare le funzioni cognitive superiori in *[un gruppo specifico di (n.d.r.)]* pazienti ad alto rischio di demenza: non si è verificato nessun effetto avverso di rilievo.

La discussione approfondisce gli aspetti neuro-anatomici e neuro-fisiologici portati in introduzione. L'attività striatale svolge un ruolo cruciale nella memoria di lavoro attraverso la sua interazione reciproca con la corteccia prefrontale, ed è strettamente regolata da dense connessioni cerebellari. Lo striato viene colpito precocemente nel corso della malattia di Parkinson e della demenza a corpi di Lewy, dove la deplezione dopaminergica e la perdita delle connessioni striato-corticali sono specificamente associate alla disfunzione esecutiva. Nella demenza a corpi di Lewy, la degenerazione precoce, che colpisce il putamen e i neuroni "spinosi" medi fronto-striatali, è associata a una ridotta captazione del trasportatore della dopamina mediante tomografia computerizzata a emissione di fotone singolo. D'altra parte, il cervelletto è in gran parte preservato ed è strettamente connesso, tramite connessioni dento-talamiche, a una rete più ampia che include lo striato. Da qui l'ipotesi che il cervelletto potrebbe rappresentare un bersaglio promettente da modulare attraverso le sue connessioni striatali, e quindi la sperimentazione in questione, sulla scia di osservazioni preliminari favorevoli. Viene infine sottolineata la mancanza di effetto della stimolazione nei pazienti con aMCI, nonostante livelli basali simili di disfunzione esecutiva.

Tra le limitazioni riportate dagli Autori di [3], sottolineo l'ultima, tenendo conto che la finestra temporale ove era atteso il picco di effetto della stimolazione era compresa fra 10 e 30 minuti. Per cui, nelle conclusioni, viene auspicata una osservazione longitudinale che verifichi se gli effetti osservati in [3] possano essere ottimizzati, mantenuti nel tempo e tradotti in benefici clinici duraturi a vantaggio di specifiche popolazioni affette da malattie neurodegenerative.

[§] Per riprendere un percorso, stando sul pezzo, recupero un pezzo dal mio primo anno di contributo alla rubrica Facebook di AIP, collegato alla Giornata Solitudine del 15-XI-2021:

... siamo ... ciechi che, pur vedendo, non vedono

Cecità [finis]

José Saramago

Poche settimane fa (il 16 novembre) è ricorso l'11° anniversario della morte di José Saramago, il cui capolavoro ("Cecità") è diventato ancor più popolare in corso della pandemia, col carico di solitudine che essa ha comportato. Certamente la letteratura scientifica sulla solitudine in questo periodo è particolarmente fiorente, al punto da avere coinvolto persino il cervelletto. Che questo organo nella parte posteriore dell'encefalo svolgesse funzioni più ampie, rispetto al coordinamento senso-motorio che avevo appreso ai tempi [remoti (sic ...)] della università, lo avevo colto dalla evoluzione della letteratura e da occasioni di esperienza clinica. Gli ambiti in cui il cervelletto risulta coinvolto si estendono alla cognizione sociale, al controllo affettivo, ad alcune funzioni esecutive – specialmente attentive. Al punto che è stata individuata una "sindrome cognitiva - affettiva cerebellare", caratterizzata da disfunzioni esecutive, disinibizione ed ottundimento affettivo. Il coinvolgimento del cervelletto nel "circuito emotivo" è tale che i pazienti con depressione maggiore presentano una contrazione nel volume dell'asse del cervelletto stesso [il "verme"] ed un incremento delle connessioni funzionali di parti del cervelletto (posteriori e laterali) implicate nella "mentalizzazione" [la lettura degli stati mentali altrui], anche grazie alla abbondanza nei famosi "neuroni specchio". Un recentissimo lavoro [https://doi.org/10.1007/s0042_9-019-01965_y] descrive modificazioni strutturali, funzionali ed in connessioni del cervelletto, a seconda sia della estensione della rete sociale che della percezione soggettiva di tale rete, dividendo i soggetti – psichicamente sani e di varia età – in "concordanti" / "resistenti" / "suscettibili", a seconda che tale percezione soggettiva di solitudine fosse rispettivamente comparabile, inferiore o superiore al livello di isolamento sociale effettivo. Alcune di tali modificazioni si possono leggere come compensatorie [per esempio, quelle volumetriche sono di senso opposto a quelle della depressione (incremento di volume del "verme")], altre possono servire ad interpretare risposte comportamentali di ricerca di contatti sociali sulla base appunto di tali caratteristiche in forma, collegamenti e funzionamento del cervelletto. Un collega professore di neurologia che collabora con la Fondazione Golgi Cenci – cui mi sono rivolto per un parere – mi ha messo in guardia dal rischio di indirizzare ad un cortocircuito. Il timore non sta tanto nel rischio – opposto a quello espresso nelle parole con cui Saramago chiude il suo romanzo distopico – che siano riportati dati scorretti: la metodologia dello studio appare solida. Il vero rischio sta nella possibile sovra-interpretazione: "vedere eccessivamente" [il famigerato "errore di tipo 1" (sostenere un risultato inverosimile)], magari inducendo a pensare che una stimolazione elettrica mirata possa correggere contemporaneamente un assetto neurologico ed una percezione sociale. Perciò, prudentemente, mi limito a mantenere lo sguardo aperto alle evoluzioni della conoscenza, già contento di avere colto la possibilità di supporto cognitivo generale che questo organo offre a processi cognitivi complicati. Quarant'anni fa non mi sarei immaginato che il cervelletto fosse capace di rinvii proattivi, basati sulle esperienze acquisite, per gerarchizzare, elaborare e coordinare le risposte comportamentali.

[1] Reuben, D. B., Gill, T. M., Stevens, A., Williamson, J., Volpi, E., Lichtenstein, M., Jennings, L. A., Galloway, R., Summapund, J., Araujo, K., Bass, D., Weitzman, L., Tan, Z. S., Evertson, L., Yang, M., Currie, K., Green, A. S., Godoy, S., Abraham, S., Reese, J., ... D-CARE Study (2025). Health System, Community-Based, or Usual Dementia Care for Persons With Dementia and Caregivers: The D-CARE Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2425056. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.25056>

[2] Bynum J. P. W. (2025). Challenges and Innovations in Dementia Care-Evaluating Comprehensive Models. *JAMA*, 333(11), 943–945. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.28066>

[3] Nench, U., Pupíková, M., di Natale, M., Maceira-Elvira, P., Gajdoš, M., Beanato, E., Skarvelaki, S., Jones, R., Ericson, I., Lamoš, M., Nuti, A., Windel, F., Ondráček, D., Šimo, A., Vojtková, E., Špunarová, K., Alvarez, V., Simionescu, O., Frisoni, G. B., Raffin, E., ... Hummel, F. C. (2026). Multifocal Noninvasive Deep Brain Stimulation to Enhance Cognition in Mild Cognitive Impairment: A Crossover Trial. *JAMA network open*, 9(7), e2621756. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.21756>

In questa newsletter non inseriamo ulteriori commenti dalla letteratura scientifica, oltre a quelli di Mauro, per evitare un sovraccarico che avrebbe rallentato la spedizione della nostra newsletter. Le

*tecnologie delle quali disponiamo sono quelle del GRG... con i loro limiti!
Ci scusiamo.*

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La dottoressa Federica Falzone ha inviato questo testo in risposta alla nostra richiesta di contribuire alla formazione e alla conferma di una cultura avanzata per la nostra Associazione.

"Ho letto l'invito a una riflessione sul futuro di AIP. Non credo di avere le competenze tecniche e organizzative per tenere insieme i vari elementi di vita associativa e di prospettive di ricerca, ma volevo condividere una percezione che ha accompagnato la mia esperienza da iscritta. Sin dai primi eventi da voi organizzati e a cui ho partecipato, è emerso un accogliente clima di scambio e riflessione a partire dalle esperienze e dalla visione multidisciplinare orientata alla persona con le sue peculiarità e inserita nel contesto culturale e nell'età specifica che l'approccio analizza e approfondisce. L'aspetto distintivo di AIP era quello di tenere insieme le diverse professionalità in egual misura, perché nessun intervento sull'anziano, familiare e operatore può essere visto in modo settoriale e prioritario ma nella visione globale, bio-psico-sociale, esistenziale.

Nessun sapere appariva scisso o disconnesso operativamente. Seppur mantenuta questa integrazione sembra essersi leggermente persa e, nel mio millesimale contributo, credo sia importante rafforzare questo aspetto. Inoltre, riflessioni a partire da esperienze concrete e sguardo agli aspetti di vita, agli interventi all'interno dei diversi setting potrebbe avvicinare e rendere maggiormente solido l'approccio scientifico e di ricerca che rischia di divenire rigido e distante dal quotidiano lavoro con l'anziano fragile, di non soffermarsi sulla cultura condivisa.

Aggiungo che, oltre alla formazione e alla mera acquisizione di nozioni, il risvolto per gli iscritti e i professionisti della cura è sempre stato quello di costruire relazioni professionali che supportano il desiderio di identificarsi con l'ambito psicogeriatrico e di valorizzare obiettivi e finalità superando gli aspetti psicologici connessi al lavoro con la fragilità.

Il dialogo di vicinanza con gli esperti sosteneva anche il desiderio di continuità di investimento professionale nell'ambito geriatrico.

Grata del lavoro da voi svolto e con immensa stima, auguro ad AIP di tracciare la giusta direzione per continuare ad essere punto di riferimento scientifico, ma soprattutto relazionale-umano per gli operatori e i professionisti di cura".

Grazie, carissima dottoressa Falzone!

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatra>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatra/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatra/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatra>

-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.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

Padova, lì 4 agosto 2026

Prot. 237/2026

Egr. Consigliere
Dott. **Matteo Pressi**

Epc

Gentili **Presidenti**
Enti Associati

LORO SEDI

Oggetto: Fatti di Cerea e videosorveglianza nelle RSA.

Gentile Consigliere Pressi,

ho letto con grande attenzione le Sue dichiarazioni sulla stampa di sabato 1 agosto, successive ai gravissimi fatti contestati a un operatore socio sanitario della Casa De Battisti di Cerea e non posso negare di essere rimasto colpito da questo virgolettato *"Da molti anni si dice che sarebbe giusto controllare i luoghi nei quali vivono le persone più deboli. La Regione ha scelto di passare dalle parole ai fatti"*.

Desidero anzitutto affermare, senza esitazioni e senza possibilità di equivoco, che chi maltratta una persona anziana, fragile o con disabilità tradisce la propria professione, la fiducia degli ospiti e delle loro famiglie e i valori fondamentali sui quali deve fondarsi ogni attività di assistenza.

Ferme restando le valutazioni che competono esclusivamente alla magistratura, le condotte descritte e dagli organi di informazione sono ripugnanti e, qualora definitivamente accertate, dovrebbero comportare pene adeguate e il definitivo allontanamento del/i responsabili da ogni professione di cura.

Proprio per la gravità di quanto accaduto, sento tuttavia il dovere di condividere con Lei alcune mie riflessioni sicuramente impopolari.

Dopo fatti come quelli di Cerea, chiedere l'installazione delle telecamere è una risposta immediata, rassicurante e capace di raccogliere facilmente il consenso dell'opinione pubblica.

Io, però, non ho interesse a essere "popolare". Come Presidente di URIPA, ritengo mio dovere interrogarmi su ciò che possa realmente prevenire simili tragedie, anche quando questo significa sostenere una posizione più complessa e **meno facilmente traducibile in uno slogan**.

Non intendo affermare che le telecamere siano inutili. Al contrario, possono rappresentare un importante strumento investigativo, documentare i fatti, consentire l'individuazione delle responsabilità e tutelare anche gli operatori onesti da accuse infondate.

Ma una cosa è utilizzare **le riprese nell'ambito di un'indagine** disposta dall'autorità giudiziaria, avviata a seguito di segnalazioni circostanziate; altra cosa è trasformare la sorveglianza permanente e generalizzata nella principale risposta politica al problema dei possibili maltrattamenti.

Nel caso di Cerea, come in altre vicende, le telecamere nascoste installate dalle forze dell'ordine sono state determinanti **per documentare le condotte contestate**.

Di sicuro le telecamere a cui oggi si fa riferimento installate dopo i previsti accordi sindacali e regolamenti sulla privacy ecc., **mi creda non avrebbero sortito questi effetti**.

Chi è una persona cattiva continuerà a farlo "fuori dall'occhio del grande fratello".

Ma l'indagine di Cerea non è nata da una telecamera. È nata dalla segnalazione dei vertici dell'Ente alle autorità, che ha colto le preoccupazioni manifestate dai colleghi e dai familiari. Le telecamere sono così intervenute puntualmente dopo che alcune persone avevano guardato, ascoltato, compreso e avuto il coraggio di denunciare. Non hanno sostituito la vigilanza umana: **l'hanno supportata**.

Ricordo che altri gravi episodi avvenuti negli ultimi anni nelle strutture per anziani, sciole materne e Asili nido, sono emersi grazie a colleghi che non hanno accettato di diventare complici con il proprio silenzio, da familiari che hanno segnalato situazioni anomale e in particolare per le RSA, da **Consigli di amministrazione e Direzioni che hanno denunciato i sospetti alle forze dell'ordine**, pur sapendo che quella decisione avrebbe esposto gli enti a un gravissimo danno di immagine.

Il primo presidio contro i maltrattamenti non è quindi una telecamera. Sono i colleghi e familiari che segnalano, i dirigenti capaci di cogliere i segnali di disagio e le organizzazioni che non proteggono la propria immagine a scapito della sicurezza degli ospiti.

Per questo considero profondamente sbagliato affidare alle telecamere il compito che dovrebbe appartenere alla cultura professionale, alla formazione, alla responsabilità organizzativa e alla capacità delle Direzioni di intercettare precocemente situazioni di violenza.

Le telecamere possono documentare un reato. La cultura della cura può sicuramente prevenire. Ed è questa la differenza **tra inseguire gli effetti e affrontarne le cause**.

In questi stessi giorni altri due episodi di cronaca hanno coinvolto persone anziane all'interno delle loro abitazioni.

Nella stessa Verona un figlio ha confessato di avere ucciso la madre ottantottenne, affetta da Alzheimer. A Chioggia una donna è stata arrestata in esecuzione di una condanna definitiva per maltrattamenti e lesioni ai danni degli anziani genitori, protratti, secondo quanto riportato, per diversi anni.

Non mi sembra che questi fatti abbiano suscitato **un dibattito politico di intensità paragonabile a quello seguito alla vicenda di Cerea**.

Per non parlare **della condanna quasi unanime delle nostre strutture sui social**.

E allora seguendo questa logica dovremmo installare una telecamera in ogni abitazione nella quale vive una persona anziana?

Evidentemente no.

La violenza non nasce perché esistono le case di riposo, così come non nasce perché esistono gli asili nido, le scuole dell'infanzia, le comunità per persone con disabilità o le abitazioni private.

Nasce dalle persone che la esercitano e dalle situazioni nelle quali i segnali di rischio non vengono colti, ascoltati o affrontati in tempo.

La tragedia della madre malata di Alzheimer uccisa dal figlio **questa si impone alla politica una riflessione sulla solitudine delle famiglie** e sulla capacità della rete pubblica di prendere in carico contemporaneamente la persona non autosufficiente e il familiare fragile che la assiste.

Non sappiamo se quella famiglia avesse chiesto un intervento residenziale o altri servizi e sarebbe scorretto affermarlo. Sappiamo però che in Veneto oltre diecimila sono le famiglie che attendono una risposta residenziale e che altre decine di migliaia di famiglie affrontano, spesso quasi da sole, le conseguenze della non autosufficienza in particolare quando si presenta con gravi condizioni di demenza.

Richiamare questa realtà non significa giustificare un omicidio. Significa domandarsi e domandare alle Istituzioni cosa intendono fare prima che il disagio, l'isolamento e la fragilità degenerino in una tragedia.

Tornando alla vicenda di Cerea questa, pone poi un'altra questione particolarmente significativa.

Secondo quanto dichiarato dal Presidente della struttura, l'operatore destinatario della misura cautelare era stato assunto attraverso un concorso pubblico, aveva superato il periodo di prova ed era stato confermato. Successivamente aveva vinto un altro concorso presso l'ULSS 9 Scaligera e, al momento dell'arresto, lavorava da alcuni mesi presso il Pronto soccorso dell'ospedale di Legnago. Quella persona, dunque, **era risultata formalmente idonea non una, ma due volte**.

Questo non significa che i concorsi siano inutili. Dimostra, però, che nessuna selezione iniziale, nessun titolo professionale e nessun colloquio possono garantire una volta per tutte la qualità morale e comportamentale di una persona durante l'intera vita lavorativa.

Il vero tema è ciò che accade dopo l'assunzione. Servono verifiche costanti, équipe capaci di confrontarsi, **strumenti disciplinari tempestivi ed efficaci** e una reale protezione per chi segnala comportamenti inaccettabili. La selezione iniziale è necessaria, ma mi creda oggi è pressoché inutile infatti, non possiamo più assumere per merito, **ma perché una persona ha in mano un titolo abilitante** - e mi spiego meglio.

I dati dell'ultima rilevazione regionale sui corsi OSS meritano attenzione: nel periodo tra gennaio e novembre 2025, a fronte di 1770 posti disponibili, i partecipanti effettivi sono stati 1291, **con 479 posti rimasti scoperti** con un tasso di copertura del 73%. **Gli over 40 hanno rappresentato il 46%** dei corsisti; **il 21% di età over 50**; poco meno **del 50% possedeva la licenza media** come titolo di studio. Poco più del **20% dei discenti di nazionalità straniera con un aumento di cittadini provenienti dai paesi subsahariani**.

Tornando al tema ricordo che URIPA non ha mai assunto una posizione ideologica contro la videosorveglianza.

Già nel 2016, quando il Parlamento affrontò il tema con riferimento agli asili nido, alle scuole dell'infanzia e alle strutture per anziani e persone con disabilità, la nostra Associazione riconobbe che le telecamere potevano rappresentare una forma di tutela sia per le persone fragili sia per il personale corretto.

Contestualmente sottolineavamo, però, che il **cuore della prevenzione** avrebbe dovuto essere costituito dalla formazione iniziale e permanente, dalla valutazione attitudinale, dagli incontri di équipe, dalla verifica periodica dell'idoneità e dalla capacità di cogliere tempestivamente l'insorgenza di criticità.

La stessa posizione è stata ribadita nel 2025, quando la Regione Veneto ha approvato il bando per il finanziamento dei sistemi di videosorveglianza dove URIPA non si è opposta all'utilizzo delle risorse disponibili. Abbiamo così condiviso l'impiego dei sistemi per il controllo degli accessi, delle aree esterne, perimetrali e comuni, **contrastando invece l'idea di un'installazione indiscriminata all'interno dei nuclei e delle camere degli ospiti.**

Abbiamo ricordato che i maltrattamenti si prevengono soprattutto attraverso una buona organizzazione del lavoro, la formazione, il contrasto all'omertà, la presenza dei coordinatori preparati e una cultura del rispetto profondamente radicata nelle strutture.

E' per altro doveroso precisare che i 6,632 milioni di euro richiamati nell'articolo, non rappresentano una **misura posta in essere dopo la vicenda di Cerea come la stragrande maggioranza dei lettori ha inteso**, ma è il punto di arrivo della DGR n. 1211 del 7 ottobre 2025 che ha dato attuazione a un percorso avviato dal legislatore nazionale nel 2019 e proseguito con il decreto ministeriale del 31 dicembre 2021.

La DGR citata il bando ivi allegato prevede infatti che le risorse messe a disposizione sono da intendersi per sistemi di video sorveglianza in senso lato ovvero:

- a) nuova installazione di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso;
- b) ampliamento di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso;
- c) upgrade di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso già esistente.

Da intendersi quindi anche quali sistemi di controllo degli accessi e degli ingressi, videosorveglianza perimetrale o di aree esterne, monitoraggio di zone a rischio di intrusione o furto, eventuali sistemi di sicurezza a supporto della protezione del personale e degli ospiti nelle aree comuni.

Vorrei però dirLe anche un'altra cosa, forse la più importante.

Chi vive le case di riposo dall'interno sa che la loro quotidianità è infinitamente diversa dall'immagine che emerge nei giorni della cronaca nera.

Non so se Lei abbia mai visto un Operatore Socio Sanitario sedersi accanto a un anziano che sta morendo e stringergli la mano fino all'ultimo respiro perché nessun familiare è riuscito ad arrivare in tempo o perché quell'anziano non ha più nessuno.

Io sì.

Non so se abbia mai visto una OSS o un'infermiera arrivare per il turno del mattino, apprendere che durante la notte è morta la "signora Maria" e scoppiare a piangere come se avesse perduto una persona della propria famiglia.

Io sì.

Forse non sa quanti OSS, infermieri, fisioterapisti ed educatori partecipino spontaneamente ai funerali degli ospiti che hanno assistito per mesi o per anni.

Io li ho visti.

Questa è la quotidianità delle nostre strutture: milioni di gesti di cura, pazienza, tenerezza e rispetto che non finiranno mai in prima pagina e noi a queste persone dovremmo dirgli di lavorare sotto controllo di una telecamera perché non ci fidiamo di loro!

E questo perché è sufficiente il vile comportamento criminale di una sola persona perché migliaia di lavoratrici e lavoratori onesti **vengano improvvisamente guardati con sospetto.**

Installare indiscriminatamente telecamere nei luoghi più intimi dell'assistenza comunicaproprio questo: **che ogni lavoratore di una casa di riposo debba essere considerato un potenziale maltrattante.**

Spesso mi domando e Le domando, quanti cittadini accetterebbero che un proprio figlio, una propria figlia o il proprio coniuge lavorassero per l'intera giornata sotto una "videosorveglianza permanente", e perché questo principio dovrebbe riguardare soltanto il personale delle RSA, degli asili, delle scuole e non ogni ospedale e ogni altro luogo di cura e assistenza?

Da troppi anni la figura dell'Operatore Socio Sanitario, **autentico pilastro dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria** non riceve, in primis dalla politica, **il giusto riconoscimento economico, professionale e sociale che merita.**

La politica parla delle telecamere, ma molto meno delle retribuzioni, della possibilità di accedere alla formazione con borse di studio, del sostegno psicologico, della prevenzione del burnout e della capacità di attrarre giovani preparati e motivati.

I dati regionali prima richiamati dimostrano una crescente difficoltà a coprire tutti i posti disponibili nei corsi OSS e ad attrarre una platea ampia di giovani. Se vogliamo poter selezionare persone sempre più preparate e motivate, **dobbiamo anzitutto rendere questa professione desiderabile e riconoscerle dignità, prospettive e adeguata valorizzazione economica** e questo non possono certo farlo solo i nostri Enti con oneri sempre a carico delle rette degli ospiti!

Vi è, infine, un ulteriore tema che non può essere eluso.

Le telecamere possono documentare un abuso e offrire prove alla magistratura, ma la tutela delle persone fragili **richiede anche che la politica**, una volta definitivamente accertate le responsabilità, **assicuri le conseguenze siano effettive, proporzionate e tali da impedire che chi ha tradito in modo gravissimo la propria funzione possa tornare a lavorare accanto ad anziani, bambini o persone con disabilità.**

Per questo già nel 2016 URIPA chiedeva al legislatore **strumenti chiari per l'allontanamento perpetuo dalle professioni di cura di chi si fosse reso responsabile di abusi**, segnalando anche come le pene comminate a tale data, fossero pepercipite non proporzionate e quanto peggio con ampie possibilità di successive reiterazioni dei reati.

Il diritto alla difesa e a un giusto processo deve essere sempre pienamente garantito. Ma la politica, nel rispetto dell'autonomia della magistratura, **deve potersi interrogare sull'adeguatezza del sistema sanzionatorio e interdittivo.**

Gentile Consigliere,

so bene che questa mia posizione non è popolare, ma non ritengo che il mio compito sia quello di rincorrere gli applausi dopo una tragedia. La sicurezza degli anziani non si costruisce mettendo sotto sospetto o sotto una telecamera un'intera categoria di lavoratori onesti.

Vorrei che le nostre case di riposo **non fossero oggetto di attenzione soltanto quando si parla di rette, telecamere o violenze.**

Vorrei che la politica e non posso certo chiederlo all'informazione, raccontassero anche le migliaia di donne e di uomini che ogni giorno entrano in servizio per accompagnare con competenza, rispetto e dignità l'ultimo tratto della vita delle persone più fragili.

Ed è questa l'identità delle nostre strutture che, come Presidente di URIPA unitamente al nostro CDA e ai tanti Presidenti e Direttori, continueremo a difendere, anche quando farlo non sarà di certo popolare.

Cordiali saluti.

Il Presidente
Roberto Volpe



Segue: Copia ns prot. 319 del 13/10/2025 citata

Padova lì 13 Ottobre 2025

COPIA

Prot. 319/2025

Gentili Signore, Egregi Signori
Presidenti Enti Associati

Loro Sedi

Oggetto: DGR n. 1211 del 07/10/2025 – Bando per l'installazione di sistemi di videosorveglianza nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali

Gentile Signora Presidente, Egregio Sig. Presidente,

si trasmette, in allegato, la **DGR n. 1211 del 7 ottobre 2025** e il relativo **Bando (Allegato A)**, pubblicati nel BUR n. 137 del 10 ottobre 2025, aventi ad oggetto l'approvazione del *“Bando per il riparto del fondo finalizzato all'installazione di sistemi di videosorveglianza nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità”* in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 31 dicembre 2021.

Destinatari del bando

È opportuno sottolineare che il bando è **riservato esclusivamente agli enti pubblici** o ai *“soggetti di cui all'art. 4, comma 15, della Legge 412/1991”*, ossia a soggetti pubblici proprietari di immobili destinati a servizi socio-sanitari e socio-assistenziali per anziani o disabili. Ne consegue che i soggetti gestori di natura privata, anche se accreditati o convenzionati, non possono presentare domanda di finanziamento.

In tal caso, potrà eventualmente presentare domanda il soggetto pubblico proprietario dell'immobile, sempreché il gestore sia un soggetto pubblico o un ente privato non a scopo di lucro ai sensi dell'art. 128 della L.R. 11/2001.

Chiarimenti sul significato di “videosorveglianza”

URIPA ritiene utile precisare che la “videosorveglianza” oggetto del bando non deve essere intesa come l'installazione di videocamere all'interno dei nuclei o delle camere degli ospiti, prassi che la nostra Associazione ha sempre fermamente osteggiato.

Il bando, invece, si presta ad essere applicato in un'accezione **più ampia e coerente con la tutela della sicurezza degli ambienti**, comprendendo:

- sistemi di controllo degli **accessi e degli ingressi**;
- **videosorveglianza perimetrale** o di aree esterne;
- monitoraggio di **zone a rischio di intrusione o furto**;
- eventuali sistemi di sicurezza a supporto della **protezione del personale e degli ospiti** nelle aree comuni.

Dotazione finanziaria e modalità

La dotazione complessiva del fondo ammonta a **€ 6.632.000,00**, e le risorse saranno assegnate tramite due fasi (manifestazione d'interesse e successiva conferma della domanda), fino ad esaurimento delle disponibilità.

Le istanze dovranno essere presentate **esclusivamente in modalità telematica** attraverso la piattaforma **SIU – Sistema Informativo Unificato regionale** entro **45 giorni dalla pubblicazione del bando nel BUR**.

Una riflessione di merito

URIPA intende anche sottolineare che la prevenzione di episodi di maltrattamento o violenza non si ottiene con l'installazione indiscriminata di telecamere, ma con una buona organizzazione del lavoro, la formazione del personale, la sensibilizzazione rispetto all'omertà, la presenza costante dei coordinatori e una cultura del rispetto e della cura radicata all'interno delle strutture.

I fatti di cronaca che negli ultimi anni hanno interessato anche il Veneto dimostrano come le situazioni di **abuso siano state sempre segnalate e denunciate dagli stessi enti gestori**, a conferma che il sistema di vigilanza interna e la collaborazione con le autorità competenti funzionano.

In questo senso, URIPA ritiene che per i Centri di Servizio le vere priorità d'investimento non siano "tanto le telecamere", quanto interventi strutturali e gestionali che producano benefici diretti e tangibili per gli ospiti e il personale che quotidianamente ne dispone la cura.

Anche a nome del Consiglio di Amministrazione Le porgo i migliori saluti allegando oltre a quanto qui illustrato una nostra nota del 2016 in merito al tema..

IL PRESIDENTE

Roberto Volpe



Allegato:

- DGR n. 1211 del 07/10/2025
- Allegato A – Bando regionale
- Lettera uripa prot 354 del 2016

COPIA

Padova lì, 21.10.2016

Prot. nr. 354 / 2016

GENTILI SIGNORE , EGREGI SIGNORI
PRESIDENTI
ENTI ASSOCIATI

LORO SEDI

Oggetto : Approvata in prima lettura alla Camera dei Deputati la Legge che regola l'implementazione di sistemi di videosorveglianza negli asili nido, scuole per l'infanzia e strutture socio assistenziali per anziani e disabili.

Gentile Signora, Egregio Signor Presidente,

come certamente avrà avuto modo di leggere e sentire in questi giorni, la Camera dei Deputati ha approvato - lo scorso mercoledì 19 ottobre - il testo unificato delle varie proposte di legge giacenti riconducibili al titolo: *"Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo in materia di formazione del personale"*.

Si tratta, ovviamente, della prima lettura ed il Senato della Repubblica deve ancora analizzare il Testo ed avrà la possibilità di apportare ulteriori modifiche ed integrazioni.

La Legge nasce sull'ondata emotiva suscitata dai numerosi scandali che hanno visto coinvolti docenti ed educatori di asili nido e scuole per l'infanzia ed anche gravi episodi avvenuti in strutture per anziani e persone disabili.

Episodi tutti censurabili ed immorali se solo pensiamo alla fragilità delle persone coinvolte e inoltre perché avvenuti in strutture che dovrebbero, per converso, garantire elevati livelli di cura ed accoglienza.

La Legge, quindi, si vorrebbe porre come strumento per contrastare queste condotte di maltrattamento o di abusi.

In buona sostanza il DDL impegna il Governo a determinare le regole e gli strumenti necessari ad una puntuale valutazione attitudinale di docenti, educatori, infermieri ed operatori socio sanitari che svolgono mansioni educative, assistenziali e di cura all'interno di strutture scolastiche e socio assistenziali.

Il Disegno di Legge determina altresì quali siano i percorsi di formazione obbligatoria che necessariamente dovranno seguire coloro i quali svolgono professioni educative e di cura, in modo da prevedere, attraverso un test attitudinale una verifica periodica, con ricollocamento per il personale dichiarato non idoneo.

Il processo di verifica attitudinale, inoltre, non dovrebbe arrestarsi alla fase propedeutica all'assunzione, ma dovrebbe proseguire attraverso periodici incontri di staff obbligatori che avranno lo scopo di "verificare l'insorgenza di eventuali criticità nel personale".

Il Disegno di Legge stabilisce anche che il Ministero della Salute, assieme a Regioni e Sindacati, emani linee guida sulle modalità di accesso nelle strutture sociosanitarie e socio-assistenziali "per garantire, ove possibile, le visite agli ospiti lungo l'intero arco della giornata".

E' prevista infine la possibilità di installare in asili nido, scuole d'infanzia e strutture per anziani e disabili sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, con accesso alle immagini possibile solo in caso di notizia di reato.

Si tratta di una disposizione importante perché, se da un lato pone in essere una considerevole forma di tutela per l'ospite potenzialmente vittima di abusi da parte del personale, dall'altro potrebbe garantire la struttura da strumentali denunce da parte di ospiti e famigliari.

Il testo prevede inoltre che l'installazione di tali sistemi di videosorveglianza saranno vincolati alla stipula di un accordo con le OO.SS. oppure, in alternativa, con l'autorizzazione da parte dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro.

Come tutte le norme che nascono "dall'emotività e dalla spinta populista", certamente apprezzabile per una serie di motivazioni oggettive, dall'altra così come scritta, la norma apre un ventaglio di problematiche gestionali che andranno chiaramente esposte al Legislatore/Governo e di cui ce ne faremo carico nei prossimi mesi e nella quale vi sarà sicuramente la richiesta per l'inserimento nel testo di un articolo che disponga con chiarezza il licenziamento in tronco del personale che si renda oggettivamente responsabile di detti abusi e questo, alla luce del fatto che troppo spesso in questi anni abbiamo visto assolti e reintegrati in servizio molte delle persone che si sono rese responsabili di tali fatti !



Nella speranza di avere fatto cosa gradita alleghiamo copia del testo e cogliamo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Presidente
Roberto Volpe

Allegato: 1 c.s.

Newsletter AIP – 21 agosto 2026
n. 33/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il problema sempre troppo vivo delle residenze per anziani
- Non tutto è negativo, fortunatamente
- L'impegno per costruire fiducia
- Un grande esperto commenta
- La critica del dottor Dones all'installazione delle telecamere
- La risposta articolata e determinata di Roberto Volpe, presidente URIPA
- Una lettera che racconta di un'esperienza di grande valore

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo sulla fibrillazione atriale

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Leggiamo** sempre con grande dolore (che talvolta sconfina nella rabbia) **notizie che ci parlano di maltrattamenti subiti dagli ospiti di alcune residenze per anziani**, come è avvenuto anche di recente in due strutture venete. **Il problema non può essere affrontato in poche righe; tuttavia, mi permetto alcuni commenti:** a) è accettabile che per anni la dirigenza di una struttura non si renda conto del malfunzionamento di alcuni settori? Senza retorica: alcuni presidenti, consigli di amministrazione, direttori o sono ciechi o non vogliono vedere. In entrambi i casi dovrebbero rinunciare alla loro funzione. Dove sono i sindaci nel frattempo? b) è accettabile che in alcune strutture per anni e anni non si tengano corsi di aggiornamento, sia sui contenuti tecnici dell'assistenza sia di verifica delle capacità degli operatori di affrontare le frustrazioni, le crisi, i disagi? Gli operatori sono messi nella condizione di sentire l'orgoglio di esercitare una funzione centrale per l'equilibrio della vita nella comunità? c) è accettabile che la residenza per anziani sia una realtà separata dal resto della comunità? Perché troppo spesso non sono frequentate da volontari, che avrebbero il duplice compito di migliorare il clima interno e, allo stesso tempo, di controllare la quantità e la qualità dell'assistenza? d) è accettabile che nei momenti di crisi di una struttura, in particolare a causa della mancanza di personale, le soluzioni indicate da alcuni siano solo la riduzione della movimentazione degli ospiti, cioè la rinuncia all'azione più importante nell'ambito dell'assistenza giornaliera?

-Fortunatamente, però, **arrivano anche notizie positive**, come quelle contenute **nella lettera del figlio di una signora ospite di una residenza**, riportata di seguito (**mi permetto di sottolineare le parole attenzione, gentilezza, serenità**).

"Desidero esprimere il mio apprezzamento per la cura e l'assistenza che il Personale rivolge a mia madre Laura, ospite nel reparto 3.

La mamma è arrivata in ottobre 2025 ed ho subito avuto modo di notare la qualità del Servizio. In questo momento non sta bene e noto ancora di più le modalità di assistenza. Inoltre, vedendola quotidianamente ho modo di notare la cura che il personale rivolge alle altre ospiti. Una RSA è un'organizzazione nella quale si affrontano bisogni e situazioni sempre difficili e spesso chi lavora deve farlo con attenzione per gli ospiti, seguendoli nel loro percorso di vita, ma allo stesso tempo, per quanto possibile, lavorare con serenità. Infatti, nonostante il carico di lavoro ho sempre ricevuto attenzione e gentilezza alle mie richieste. Esprimo quindi il mio ringraziamento per la buona Cura che mia madre riceve".

-Allo stesso tempo **seguiamo con partecipazione l'impegno di chi gestisce le residenze per anziani, impegno che talvolta si scontra con realtà oggettive particolarmente difficili**, ma che viene in particolare scosso da notizie che riguardano il maltrattamento degli ospiti in alcune strutture. Di seguito riporto la lettera inviata dalla direttrice di una struttura: "Buongiorno, che magone nel leggere le notizie sui fatti recenti. Stamattina ne ho parlato con i colleghi presenti in questo periodo tra uffici, referenti di nucleo, assistenti sociali e psicologhe. Non eravamo in tanti, ma ciascuno ha dato il suo contributo nello scambio di idee, nell'elaborazione dei fatti, nelle strategie adottabili, nelle esperienze pregresse (purtroppo), nel dibattito sulle telecamere. Una riunione triste, ma intensa e significativa. Condividere fa bene. Da parte mia ho deciso di inviare il seguente messaggio a tutto il personale dell'Ente. Vi aggiornerò su reazioni e commenti. Credo che qualcosa vada fatto anche con il comitato parenti, mi attiverò la prossima settimana in questo senso. Abbiamo bisogno di tutti per assicurare il pieno funzionamento della rete di protezione dei nostri residenti!

Cara/o collega, desidero condividere con te quanto accaduto recentemente in due IPAB Venete. Sulla stampa troverai ampi articoli e servizi in merito. Si tratta di notizie che ci colpiscono direttamente, e di cui dobbiamo essere a conoscenza per avere ulteriore consapevolezza della preziosità del nostro lavoro, del contesto in cui siamo e delle responsabilità che sono in capo a ciascuna/o di noi.

Si parla di un tema raccapricciante (e forse l'aggettivo non è azzeccato, ne aggiungerei molti altri): la violenza sulle persone fragili da parte di persone che "lavorano" in RSA. Fatti gravissimi che gettano una luce oscura sulle nostre realtà, che mettono in allarme i familiari e le persone anziane, che sviscerano il nostro lavoro quotidiano e ci feriscono profondamente. Le violenze verso gli ospiti, sia verbali che fisiche, sono state accertate tramite telecamere nascoste, installate a seguito di esposti alle Forze dell'Ordine. Fortunatamente i dipendenti coinvolti ora non operano più nei nuclei e la Giustizia farà il suo corso.

È a dir poco avvilente, e ciò che fa ancora più male è che, in uno dei due casi, ben 8 delle 10 persone indagate, e che quindi dovranno rispondere del loro comportamento personalmente, non si sono rese direttamente protagoniste delle violenze, ma sapevano e hanno taciuto, configurando quindi un reato altrettanto grave: la connivenza. È omertà? È timore? È indifferenza?

Rifletteremo insieme su questi aspetti nelle prossime riunioni di nucleo, ma intanto, come fatto più volte, ti ricordo che ciascuna/o di noi ha il DOVERE di segnalare fatti, anche riconducibili a colleghi, non conformi al codice di condotta o al contratto. E chi riceve la segnalazione ha il DOVERE di farsene carico con tutti gli strumenti a disposizione.

Non dobbiamo avere paura! Oltre alla possibilità di rivolgerti direttamente alle figure di coordinamento, quindi Referenti, Responsabili, Direzione, ti rammento che esiste un indirizzo mail criptato, che vedo SOLO IO, attivato per disposizione normativa e funzionale proprio a segnalare in via riservatissima e protetta fatti gravi, penalmente rilevanti, non solo legati alla violenza ma anche alla corruzione. Probabilmente stai pensando: "Quelle sono realtà diverse da Villa Serena, qui ci si parla, qui siamo in grado di intercettare segnali di rischio...". Concordo, ma l'attenzione non deve mai calare, nessun luogo è perfetto e le dinamiche delle persone sono a volte misteriose e imprevedibili. Ti ringrazio per aver letto queste righe e ti invito ad informarti su quanto accaduto

nelle due IPAB venete. Ti invito soprattutto ad avere fiducia nella struttura, ad esercitare il tuo lavoro con orgoglio e a utilizzare i canali e gli strumenti a disposizione per condividere fatti, dubbi, sentimenti, per fare in modo, in sostanza, che i nostri ospiti siano protetti non dalle telecamere ma dai nostri sani legami."

-Riporto a conclusione di questi interventi riguardanti le residenze per anziani **il nobile commento di un grande esperto, il dr. Pier Paolo Benettollo, che ci richiama con durezza alla realtà.**

"Desidero con questa mail unirmi alle moltissime altre voci (almeno così mi auguro, anzi ne sono certo) che vogliono complimentarsi con la posizione assunta da Roberto Volpe e da te giustamente amplificata. In particolare, credo non ci sia dubbio sulla necessità di difendere e valorizzare la figura dell'operatore sociosanitario nei servizi per anziani. Un lavoratore che sceglie di assistere anziani malati, a volte con caratteri difficili, molto spesso sofferenti, affetti da demenza, e di farlo tutti i giorni, per lunghi periodi, esponendosi al rischio di burn-out o alla certezza di trovarsi a condividere momenti belli (che ci sono!) e brutti con decine di altre persone, inizialmente estranee e poi un po' alla volta parte della propria storia di vita. Decine, centinaia di migliaia di lavoratori: come pensare che anche in questo grande gruppo - come in qualsiasi altro - non ci siano persone che sbagliano e che sono da allontanare? Ma infinitamente di più sono gli altri, con un contratto da lavoratore (non da missionario o da santo), persone normali che fanno il loro lavoro meglio che possono... (e a dire la verità, poi, tutti noi ne conosciamo qualcuno che un po' santo lo è davvero). E i nostri anziani, e le nostre famiglie, hanno bisogno che siano di più, molti di più: come possiamo immaginare che i nostri figli (e quelli degli altri) scelgano di fare un lavoro che noi non apprezziamo e valorizziamo? Se non diventa davvero popolare la posizione espressa da Marco Trabucchi, da Roberto Volpe, da SIGG e da AIP, fra pochissimi anni chi imbroccherà e chi cambierà il panno ai nostri vecchi? (e magari - Dio non voglia - a noi?) (oltre che ai politici e ai giornalisti, si intende)".

-Riporto la mail ricevuta dal dottor Dones, critica rispetto alla nostra posizione ("nostra" vuol dire quella di moltissimi che credono nella **inopportunità delle telecamere nelle residenze**).

"Buongiorno Prof Trabucchi,

è la seconda volta che mi permetto di scrivere a seguito di una vostra newsletter. Ho letto con interesse il documento stilato dal Presidente Roberto Volpe. Spero vogliate prendere le distanze da questa convinzione:

Il controllo con telecamere fisse degli ambienti delle RSA è una misura sbagliata. Nessun evento negativo, nessuna violenza verso gli anziani ricoverati potrà convincerci dell'efficacia delle telecamere. Sono un modo per creare ambienti polizieschi, dove invece dovrebbe dominare la professionalità, la gentilezza, il rispetto. Le modalità per migliorare la qualità dell'assistenza sono fondate sul rispetto e la formazione, non su controlli irrispettosi della dignità degli addetti all'assistenza ed anche quella delle persone assistite, la cui privacy deve essere garantita sul piano umano prima ancora che giuridico. In caso contrario, anche questa volta, come nella newsletter cui facevo riferimento nella mail precedente, ho la triste impressione che non siate dalla parte dei nostri cari fragili. Ma piuttosto siate dalla parte delle "categorie" che per professione (sempre per professione e purtroppo solo a volte per amore) si prendono cura dei nostri anziani. La mia posizione è invece la seguente. Non è la convinzione di un accademico clinico né di un politico, né di un rappresentante di categoria. È la convinzione di chi attraversa l'esperienza di stare accanto a persone anziane, malate e fragili. La modalità indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza è fondata certamente sul rispetto e la formazione per la cura delle persone fragili. Modalità indispensabile ma non sufficiente per garantire il rispetto e la cura delle persone assistite, verso le quali spesso non si ha un legame affettivo ma prevalentemente (e a volte purtroppo solamente) "lavorativo". La posizione del presidente Volpe è pertanto apprezzabilissima come utopistico auspicio. E anche come tentativo di infondere ottimismo in chi si trova a contatto con queste realtà. Ma del tutto inaccettabile

realisticamente e da un punto di vista pragmatico. Non viviamo purtroppo o per fortuna nell'Eden prima del Peccato Originale. Pertanto, ritengo che i controlli con video sorveglianza siano, dopo la formazione e il rispetto, modalità altrettanto indispensabili per garantire il benessere delle persone fragili quando vengono prese in carico da persone che non hanno con loro un legame affettivo ma spesso solo lavorativo. Ritengo poi che i controlli con video sorveglianza siano assolutamente rispettosi della dignità degli addetti all'assistenza delle persone fragili, laddove questi avvengano nei momenti di relazione con le persone assistite o nei momenti di preparazione di dispositivi, strumenti o altro materiale destinato alle persone assistite. Nasce il sospetto che chi non vuole questi controlli abbia qualcosa di diverso (dalla propria intimità) da nascondere dietro allo scudo della privacy. Quanto, infine, al tema della privacy delle persone assistite, spesso costrette per fragilità ad essere assistite proprio nei momenti di maggiore intimità, credo non debba nemmeno essere posto come argomento di discussione. Porrei piuttosto il seguente come tema di discussione: la privacy è quasi sempre violata dai "tu" di troppo quando il personale si rivolge alle persone anziane, piuttosto che dalla forma in terza persona singolare che risulterebbe più dignitosa e – questa volta sì - rispettosa della privacy."

-Riporto la risposta equilibrata e molto seria **di Roberto Volpe alla mail di Dones**. Ringrazio in modo particolare Roberto perché con pacatezza e precisione chiarisce un aspetto cruciale del dibattito attuale sulle crisi nelle residenze per anziani.

"Gentile dott. Dones,

caro Professor Trabucchi,

La ringrazio sinceramente per le Sue riflessioni, che ho letto con attenzione e rispetto, anche laddove giungono a conclusioni diverse dalle mie e mi scuso fin d'ora per la risposta che ho frettolosamente confezionato ma che non volevo rimanesse nelle "cose da fare" in questi gg in cui, il mio lavoro e gli impegni sono particolarmente intensi. Le cose lasciate indietro spesso rimangono indietro. La mia posizione, ne sono consapevole è sicuramente impopolare, ma non nasce da un'idea astratta o "utopistica". Nasce da molti anni trascorsi dentro le strutture, accanto agli anziani, alle famiglie, agli operatori e anche alle situazioni difficili che talvolta inevitabilmente si presentano. Vorrei anzitutto chiarire un punto: non ritengo le telecamere inutili in assoluto. Possono essere uno strumento importante per documentare in fase di indagini un abuso, accertare responsabilità e tutelare anche lavoratori ingiustamente accusati. Ciò che non condivido è l'idea che la videosorveglianza permanente e generalizzata possa diventare la risposta principale alla violenza nei luoghi di cura.

Una telecamera può registrare un comportamento. **Non può creare una cultura della cura.** E proprio i fatti più gravi ci insegnano che, prima ancora delle immagini, vi sono quasi sempre persone che vedono, ascoltano, percepiscono che qualcosa non va e decidono se parlare oppure tacere. Per questo continuo a ritenere che **l'omertà sia uno dei peggiori nemici delle persone fragili** e che il primo presidio di sicurezza sia costituito da colleghi che segnalano, coordinatori capaci di ascoltare, Direzioni che intervengono, formazione continua e organizzazioni nelle quali non si protegga mai l'immagine dell'Ente a scapito dell'ospite. Se ad ogni crisi valoriale o di cura **pensassimo di poter rispondere introducendo uno strumento meccanico di controllo**, credo dovremmo porci qualche domanda. Portando provocatoriamente questo ragionamento alle sue estreme conseguenze, finiremmo quasi per auspicare **l'arrivo degli umanoidi al posto degli operatori e infermieri**: non avremmo più stanchezza, fragilità, cattiveria né comportamenti impropri, ma avremmo probabilmente rinunciato anche a quella dimensione profondamente umana che rende **il prendersi cura qualcosa di diverso dalla semplice esecuzione di una prestazione.**

Ed è proprio questa dimensione che dobbiamo coltivare, selezionando meglio quando possibile, formando, accompagnando, verificando, sostenendo chi lavora e allontanando senza esitazioni chi dimostra di non essere degno di occuparsi di persone fragili.

Vi è poi il tema della privacy degli ospiti, sul quale invece ritengo che la discussione debba essere posta, **eccome!**

Lo spunto su questo tema mi viene da un familiare che, dopo aver letto la mia posizione, mi ha scritto una serie di considerazioni, tra le quali ne riporto una che mi ha fatto riflettere: **"omissis....Io non vorrei una telecamera nella stanza in cui vivo"**.

Credo sia una domanda che ciascuno di noi dovrebbe rivolgere anzitutto a se stesso. La camera di una RSA non è soltanto un luogo di lavoro per l'operatore: **è la casa di quella persona**. È il luogo nel quale dorme, si spoglia, viene lavata, cambiata, assistita nei momenti di maggiore vulnerabilità, riceve un familiare, piange, prega o semplicemente desidera stare da sola. **Un luogo di grande intimità!**

Mi permetto, a questo proposito, un paragone che la prego di non considerare provocatorio. Persino negli istituti penitenziari, dove le esigenze di sicurezza e controllo sono per definizione elevatissime, la videosorveglianza è normalmente concentrata negli spazi comuni, nei percorsi e nelle aree maggiormente esposte a rischio, e non costituisce la regola all'interno delle camere di pernottamento. Anche chi è privato della libertà personale conserva infatti una propria dignità e una sfera di intimità che meritano tutela. A maggior ragione credo dovremmo interrogarci prima di trasformare la stanza di una persona anziana fragile nella sede di una sorveglianza permanente.

Il fatto che una persona, a causa della propria fragilità, abbia bisogno dell'aiuto di un operatore in quei momenti **non significa che abbia rinunciato anche al diritto di non essere osservata o registrata da un "grande fratello" permanente**.

Comprendo la Sua osservazione sull'uso talvolta improprio del "tu" e condivido pienamente la necessità che anche il linguaggio sia rispettoso della storia, dell'identità e della dignità dell'anziano. Ma proprio per questo credo che il rispetto debba riguardare l'intera persona, compresa la sua intimità.

E aggiungo una convinzione personale, forse ancora una volta impopolare: il giorno in cui per garantire la sicurezza dei nostri anziani **ci verrà imposto di installare oggi una telecamera nelle loro stanze**, che domani potrebbe essere la mia stanza, temo che dovremo riconoscere di avere perso una battaglia ben più importante: **quella per la cultura della cura**. La sfida, quindi, non è scegliere tra "telecamere sì" e "telecamere no". È decidere quale società della cura vogliamo costruire.

Io continuo a pensare che la tecnologia possa aiutare l'uomo, **ma non possa sostituirne la responsabilità morale e professionale** e continuerò "battermi" per sostenere che la sicurezza dei nostri anziani nasce prima di tutto dalla qualità delle persone, dalla formazione, dalla vigilanza reciproca e dal coraggio **di non tacere mai di fronte a ciò che non è accettabile**. È una posizione meno rassicurante di una telecamera appesa ad una parete, forse, **ma continuo a ritenere/sperare che sia la strada sulla quale valga maggiormente la pena investire**. Potrò sicuramente sbagliarmi visto che "vivo quotidianamente" nell'illusione di un mondo migliore anche nella cura alle persone anziane, ma nella vita ho sempre fatto dei miei sogni un traguardo da raggiungere. Con scarsi risultati, ma continuo ad allenarmi. La ringrazio comunque per avermi dato l'occasione di approfondire un confronto che considero sempre utile e necessario.

-Accludo una lettera ricevuta da un caro amico, con il quale ho collaborato per alcuni anni. **La riporto integralmente**, chiedendo scusa ai lettori per alcuni riferimenti personali, **perché ritengo sia la descrizione chiara, attenta e sensibile del ruolo di chi lavora in una residenza per anziani. E delle motivazioni che lo ispirano.**

Caro Professore Trabucchi,

il 31 agosto 2026 concluderò il mio percorso professionale e lascerò il mio incarico, dopo oltre 43 anni dedicati a persone, servizi e temi che considero tra i più delicati e importanti della nostra società. In un momento come questo, inevitabilmente, il pensiero va alle persone incontrate lungo il cammino e a quelle che, in modi diversi, hanno contribuito a dare significato al nostro lavoro. Lei è certamente

tra queste, e sento perciò il desiderio di scriverLe prima di questo passaggio, non per un semplice saluto formale, ma soprattutto per dirLe grazie. Ho avuto l'opportunità di incontrarLa e di condividere con Lei molte occasioni di lavoro: convegni, momenti di studio e di confronto sui temi dell'invecchiamento, della demenza, della fragilità e della rete dei servizi. Ripensandoci oggi, credo però che il valore di quelle esperienze sia andato ben oltre la buona riuscita delle singole iniziative. In quelle occasioni c'era, infatti, la volontà comune di interrogarsi su come una società possa prendersi cura delle persone quando diventano più fragili, su come i servizi possano essere realmente all'altezza dei loro bisogni e, soprattutto, su come non si debba mai perdere di vista la persona dietro la malattia, l'età o la condizione di non autosufficienza. È questo, forse, uno degli insegnamenti più importanti che la Sua lunga attività ha saputo trasmettere. Lei ha formato intere generazioni di professionisti e ha contribuito, con autorevolezza scientifica e grande attenzione alla dimensione umana, a cambiare il modo di guardare all'invecchiamento, alla demenza e alla fragilità. Ha insegnato che occuparsi di anziani non significa semplicemente affrontare una condizione clinica o organizzare un servizio, ma confrontarsi con la complessità dell'esistenza e con il dovere di tutelare, in ogni circostanza, dignità, autonomia e qualità della vita. È una traccia importante, che resta nel tempo e che va molto al di là degli incarichi ricoperti e dei risultati che possono essere ricordati. A questo patrimonio di competenza e di impegno Lei ha saputo aggiungere, a mio avviso, una qualità non meno preziosa: il dono della leggerezza. Una leggerezza che nulla ha a che vedere con la superficialità, ma che è piuttosto la capacità, propria delle persone intelligenti e profonde, di affrontare anche le questioni più complesse senza lasciarsi appesantire da esse; di conservare curiosità, ironia, umanità e capacità di relazione. E una qualità rara, soprattutto quando si lavora quotidianamente a contatto con la sofferenza, la fragilità e i grandi problemi dell'invecchiamento. Ed è forse anche per questo che il rapporto con Lei ha sempre avuto, accanto alla professionale e scientifica, una dimensione piacevolmente umana. Per quanto mi riguarda, ho avuto modo di apprezzare nel tempo la Sua stima e la Sua attenzione nei confronti del lavoro che svolgevo e della Fondazione alla quale ho dedicato una parte così importante della mia vita. Sono state per me motivo di orgoglio e, soprattutto, di gratitudine. Ora che il mio lavoro quotidiano sta per cambiare, sento soprattutto il bisogno di guardare a questi anni con riconoscenza. Non penso alla pensione come a una cesura netta, né come alla conclusione di un interesse che, per chi ha lavorato a lungo in questi ambiti, difficilmente può essere semplicemente riposto in un cassetto. Ci sono temi dai quali non ci si congeda, perché sono entrati a far parte del proprio modo di guardare la realtà. L'invecchiamento, la fragilità, la demenza, la qualità della vita delle persone e il valore dei servizi continueranno ad appartenermi, anche se cambieranno le forme attraverso le quali potrò guardarli e seguirli. Ma, più ancora dei temi, restano le persone e le relazioni. Restano gli incontri, le conversazioni, idee condivise, ciò che si è imparato dagli altri e ciò che, senza forse rendersene conto, gli altri hanno lasciato dentro di noi. Per questo non sento questo momento come un addio, ma semplicemente come un cambiamento di prospettiva. Mi congedo da un ruolo, da responsabilità quotidiane e da consuetudini consolidate, ma non dalle esperienze e dalle relazioni che hanno dato senso a una parte importante della mia vita. E tra queste, naturalmente, c'è anche la nostra. Guardando oggi al percorso fatto, considero una fortuna averLa incontrata e aver potuto condividere con Lei una parte di quel cammino. Ho imparato molto dalle Sue competenze, dal Suo modo di leggere i problemi, dalla Sua curiosità e, non meno, dal Suo modo di mantenere umana anche la relazione con le persone e con il lavoro. Grazie, Professore, per la stima, per la fiducia e per l'amicizia che mi ha dimostrato nel corso degli anni. Grazie per le tante occasioni di confronto, per ciò che mi ha insegnato e per il modo in cui ha saputo accompagnare, con discrezione e generosità, una parte del mio percorso. Sono cose che conserverò con particolare riconoscenza. E forse è proprio qui che ritrovo il senso di questo passaggio: non tanto nel lasciare qualcosa, quanto nel riconoscere ciò che, lungo il cammino, abbiamo avuto la fortuna di incontrare. "Prendi la vita con leggerezza, che leggerezza non è superficialità, ma planare sulle cose dall'alto, non avere macigni sul cuore." È una delle immagini di Italo Calvino che più mi sono tornate alla mente pensando a Lei.

Con amicizia e gratitudine,
Domenico Marte

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo come sempre originale di Mauro Colombo sulla fibrillazione atriale e le sue conseguenze a livello dell'encefalo. Premetto al testo una breve nota: "Sappi, carissimo Mauro, che non devi scusarti, come ogni tanto fai, quando aggiungi ai tuoi testi importanti riferimenti bibliografici. Molti dei nostri lettori apprezzano e utilizzano le informazioni così complete che sempre hai l'accortezza di inviarci a completamento dei tuoi scritti. Io sono fra questi: grazie, grazie davvero!"

"Notoriamente la fibrillazione atriale (FA) è associata a un rischio aumentato di deterioramento cognitivo e demenza, anche in assenza di ictus conclamato; le funzioni esecutive ed attentive sono le più sensibili alla FA. L'ablazione con catetere (CA) è ormai una terapia consolidata per la fibrillazione atriale, in grado di migliorare il controllo del ritmo e la qualità della vita. Tuttavia, il suo impatto sulla funzione cognitiva rimane incerto. Alcuni studi hanno dimostrato che il ripristino del ritmo sinusale e il miglioramento dell'emodinamica possono giovare alla cognizione, mentre altri hanno riportato un declino cognitivo transitorio dopo l'ablazione, possibilmente legato a embolie cerebrali silenti.

Autori tutti greci, affiliati a diversi dipartimenti della università "Aristotele" a Tessalonica (cardiologi, neurologi, emergentisti, radiologi, psicologi, ingegneri) hanno puntato a valutare i cambiamenti nella funzione cognitiva globale e specifica per dominio dopo ablazione con catetere, eseguita mediante crio-pallone o ablazione a campo pulsato [pulsed field ablation (PFA)]. Una indagine parallela è stata condotta su un gruppo di controllo afferente ai medesimi ambulatori. Il lavoro è stato pubblicato sul numero del 31 luglio di *JAMA Network Open* [1].

La funzione cognitiva è stata esplorata, prima e 6 mesi dopo l'intervento, e sul gruppo di controllo, per gli aspetti generali mediante il "Montreal Cognitive Assessment" (MoCA), ampiamente adoperato come screening per il deterioramento cognitivo lieve, e nel dettaglio tramite voci selezionate di un nuovo test computerizzato [REMEDES for Alzheimer (R4Alz)], presentato nel 2019, concepito per cogliere fasi precoci della malattia di Alzheimer: basato su risposte rapide cognitive-motorie a stimoli visivi ed uditivi, viene meno influenzato da fattori culturali e dal titolo di studio.

Nella sua interezza, R4Alz – che è stato messo a punto da alcuni degli autori di [1] - esplora 3 domini principali: memoria di lavoro (immagazzinamento, elaborazione e aggiornamento), controllo dell'attenzione (attenzione selettiva, sostenuta e divisa) e funzioni esecutive (inibizione, passaggio da un compito all'altro o da una regola all'altra e flessibilità cognitiva). Per praticità, gli Autori hanno selezionato prove "rappresentative" che coprissero tutti i 3 domini, calcolando anche un punteggio totale.

A valle delle analisi statistiche di base, per comparare gli esiti cognitivi a 6 mesi nel gruppo che ha subito l'ablazione rispetto a quello di controllo, è stata condotta anche una regressione lineare multipla, aggiustata per punteggio cognitivo di base, età, sesso, livello di istruzione e punteggio CHA2DS2-VASc (che tiene in conto insufficienza cardiaca congestizia; ipertensione; età pari o superiore a 75 anni; diabete; anamnesi di ictus, TIA o tromboembolismo; malattia vascolare; età compresa tra 65 e 74 anni; e sesso femminile).

Tutti i pazienti trattati sono stati mantenuti in profilassi anticoagulante orale; una prosecuzione temporanea della terapia anti-aritmica è stata concessa secondo specifiche necessità individuali. Sono state reclutate 75 persone [vedi # A] sottoposte ad ablazione (54 con crio-pallone e 21 con PFA) di ambo i sessi, di età media 62 ± 10 anni circa, confrontate con 40 coetanei del gruppo di controllo, di cui le femmine costituivano i 2/3, sovrapponibile per caratteristiche demografiche, cliniche e cognitive. Questi ultimi pazienti non sono stati sottoposti ad ablazione durante il periodo di studio a motivo della preferenza del paziente, della entità lieve dei sintomi o della valutazione del medico secondo cui l'ablazione non era immediatamente indicata, e sono stati trattati secondo la

pratica clinica standard, anti-aritmici ed eventuale cardioversione compresi. Lo studio [di natura prospettica (condotto fra il gennaio 2022 ed il giugno 2024)] ha rispettato le linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) [§]. I punteggi basali del MoCA e dell'R4Alz erano moderatamente correlati tra di loro ($r = 0,42$; $P < 0,001$). Nelle analisi di regressione lineare multipla, l'aumento dell'età era associato in modo indipendente a punteggi basali dell'R4Alz inferiori ($\beta = -0,39$; IC 95%, da -0,47 a -0,06). Nessuna variabile clinica era associata in modo indipendente ai punteggi basali del MoCA dopo l'aggiustamento per le covariate.

In sintesi, è risultato che – a prescindere dal metodo adottato - l'ablazione è stata associata a risultati cognitivi favorevoli rispetto a un gruppo di controllo di pazienti che non si sono sottoposti ad ablazione, senza evidenza di danno neurologico misurabile alla risonanza magnetica (MRI eseguita prima e 48 ore dopo la ablazione).

Più in dettaglio, a distanza di 6 mesi, applicando un test t per dati appaiati all'interno di ciascun gruppo, i punteggi MoCA nel gruppo sottoposto ad ablazione non sono cambiati in modo significativo (variazione media, 0,27; IC 95%, da -0,08 a 0,62), mentre i punteggi totali R4Alz sono aumentati (variazione media, 2,81; IC 95%, da 1,55 a 4,07), principalmente in associazione a miglioramenti nella memoria di lavoro a breve termine e nell'inibizione percettiva. Nel gruppo di controllo non sono state osservate variazioni significative. Confrontando le differenze tra gruppi mediante test t per dati indipendenti, invece, rispetto al gruppo di controllo, la coorte sottoposta ad ablazione ha dimostrato miglioramenti significativamente maggiori sia nel MoCA (differenza media nel cambiamento, 0,74; IC 95%, da 0,17 a 1,31; $P = 0,01$) sia nel punteggio totale R4Alz (differenza media nel cambiamento del punteggio, 3,18; IC 95%, da 0,87 a 5,49; $P = 0,007$). Infine, mediante regressione multipla, aggiustando per il punteggio cognitivo basale e le covariate cliniche, l'ablazione è risultata associata in modo indipendente a punteggi MoCA ($\beta = 0,88$; IC 95%, da 0,31 a 1,44) e R4Alz ($\beta = 3,80$; IC 95%, da 1,70 a 5,90) più elevati a fine osservazione. I valori di tali punteggi sono raffigurati in eleganti immagini "a violino".

A commento di tali risultati, a prima vista modesti in termini quantitativi, alcuni passaggi dalla discussione meritano a mio avviso di venire riportati, considerate le possibili implicazioni cliniche, da prendersi peraltro con cautela, stanti la natura esplorativa di questi risultati e l'assenza di soglie di riferimento stabilite per R4Alz [vedi # B]:

- i. la popolazione studiata era piuttosto giovane e cognitivamente conservata all'inizio dello studio, il che limitava la probabilità di grandi cambiamenti cognitivi nell'arco di un periodo di osservazione di soli 6 mesi
- ii. i cambiamenti cognitivi correlati alla fibrillazione atriale possono inizialmente manifestarsi come sottili anomalie specifiche di un determinato ambito, difficili da rilevare utilizzando solo brevi strumenti di screening globale, ma, nonostante i. e ii.,
- iii. anche differenze modeste a breve termine possono diventare più significative nel lungo periodo se le riduzioni sostenute del carico di fibrillazione atriale si traducono in benefici neuro-cognitivi cumulativi.

Quanto ai sottostanti aspetti fisiopatologici, sono stati proposti diversi meccanismi per spiegare questa associazione, tra cui l'embolia cerebrale silente, l'ipoperfusione cerebrale cronica, la disfunzione endoteliale, l'infiammazione sistemica, l'alterata autoregolazione cerebrale, la disfunzione autonoma e la malattia microvascolare. In particolare, in una voce bibliografica riportata in discussione [2], studiosi amburghesi specificano che le relazioni anche da loro riscontrate fra FA e prestazioni cognitive sono mediate statisticamente da anomalie cerebrali strutturali, quali spessore corticale ridotto, contenuto di acqua libera extracellulare elevato e anomalie diffuse della sostanza bianca, indicative di patologia dei piccoli vasi.

Tra le limitazioni esplicitate dagli Autori, riporto quella in cui si sottolinea che la sensibilità della RMI per le lesioni ischemiche acute entro 48 ore è circa del 50% - 60%.

Ciò premesso, dal punto di vista clinico, i risultati di [1] propongono due messaggi importanti.

In primo luogo, l'ablazione della fibrillazione atriale sembra essere cognitivamente e neurologicamente sicura, senza evidenza di deterioramento a breve termine, offrendo anzi sottili miglioramenti che possono accompagnare il ripristino di una fisiologia del ritmo più stabile, in assenza di evidenze radiologiche di danno cerebrale [precocce (n.d.r.)] alla MRI.

In secondo luogo, le valutazioni specifiche per dominio, come R4Alz, potrebbero offrire una sensibilità superiore rispetto agli strumenti di screening globali come MoCA, e il loro utilizzo potrebbe migliorare l'individuazione di cambiamenti cognitivi nella ricerca futura sulla fibrillazione atriale. Questi risultati sono in linea con le recenti dichiarazioni di consenso a supporto della valutazione sistematica della cognizione come esito centrato sul paziente nella ricerca sulla fibrillazione atriale.

^{# §} *Note metodologiche* [che l'Assunta mi perdoni per l'onere che infliggo ai lettori ...]:

- A. # la mancata applicazione precedente di R4Alz in casistiche di FA ha impedito un calcolo formale della dimensione campionaria. La quota di pazienti studiati ha comunque corrisposto alle indicazioni generali per studi esplorativi prospettivi
- B. # la mancanza di soglie predefinite per R4Alz, in particolare rispetto alle sue "minime differenze clinicamente importanti" [minimal clinically important differences (MCID)] impone cautela nella interpretazione dei risultati, come dichiarato dagli Autori stessi di [1]

[§] non riesco a capire perché siano state seguite le linee guida STROBE (per studi osservazionali) e non quelle per studi di intervento, come per esempio "CONSORT" (Consolidated Standards of Reporting Trials). Il valore della rivista che ha accolto [1] mi porta ad escludere una svista, lasciandomi supporre un difetto di comprensione da parte mia: sarei grato a qualche lettore se potesse chiarirmi questa mia incertezza metodologica

PS) volentieri dedico questo angolo ferragostano al prof. Tammaro, come segno di riconoscenza per gli insegnamenti ricevuti durante la Scuola di Specializzazione, a Pavia [1981-1985]

[1] Chiotis, S., Giannopoulos, G., Zagalioti, S. C., Konstantinidou, S. E., Mountourli, M. I., Zgouridou, A., Anastasiou, A., Bakogiannis, K., Evaggeliou, A., Sapouridis, G., Toumpourleka, M., Triantafyllou, C., Poptsi, E., Symeonidis, A., Tsolaki, M., & Vassilikos, V. (2026). Global and Domain-Specific Cognitive Outcomes After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation. *JAMA network open*, 9(7), e2626642. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.26642>

[2] Petersen, M., Chevalier, C., Naegle, F. L., Ingwersen, T., Omidvarnia, A., Hoffstaedter, F., Patil, K., Eickhoff, S. B., Schnabel, R. B., Kirchhof, P., Schlemm, E., Cheng, B., Thomalla, G., & Jensen, M. (2024). Mapping the interplay of atrial fibrillation, brain structure, and cognitive dysfunction. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(7), 4512–4526.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatria>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatria/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatria>

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

Un cordiale saluto, nella speranza che anche durante le vacanze ...qualcuno ci abbia seguito! Dalla prossima newsletter (28 agosto) riprenderemo il ritmo normale. Rinnovo il ringraziamento alla signora

Barbara, perché anche dalla montagna ha reso possibile l'invio delle newsletter agostane. Una perfetta collaborazione tra il sottoscritto al caldo e Barbara al fresco!

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP – 28 agosto 2026
n. 34/2026

Dedichiamo questa newsletter alla signora Nina Ivanova di 77 anni che ha percorso, come scrive il NYT, 9 miglia a piedi sotto un cielo pieno di droni. Infatti, nella sua città non entra più il rescue team, perché troppo pericoloso, e Nina ha dovuto fuggire da sola dall'inferno. Alla fine della fuga la signora Ivanova era esausta: "Ho camminato come un'ubriaca, facevo fatica a rimanere in piedi, ondeggiavo e cadevo". Una persona anziana ha superato la paura, la fatica, le incertezze, guidata dalla forza della vita: ci sembra possa essere un esempio per tanti suoi coetanei in difficoltà, che pure non rinunciano alla vita. E anche per noi, troppo spesso pieni di paure e di scarsa fiducia nella vita.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- 10 anni dal terremoto in Italia centrale
- L'Alzheimer si previene con la vita buona, ma forse... non basta
- La generosità individuale e le funzioni sociali
- Regoliamo l'AI prima che sia troppo tardi
- La testimonianza angosciante di chi è vicino agli anziani
- Ancora sulle telecamere
- Il contributo di Giovanna Baraldi
- Il contratto dei dipendenti RSA: una puntualizzazione

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo sull'intelligenza artificiale

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Cesenatico 3 settembre: il primo dei 20 appuntamenti dell'Alzheimer Fest.
- Cesenatico 3-4 settembre: l'incontro annuale della Fondazione Maratona Alzheimer dedicato all'organizzazione dei Caffè Alzheimer

Amiche, amici,

-**Desidero ricordare** alle colleghe e ai colleghi **l'anniversario del terremoto che ha colpito l'Italia centrale**. 10 anni fa la nostra AIP intervenne con una presenza di supporto e di indirizzo, in particolare nella gestione dell'emergenza che coinvolse gli anziani (moltissimi nelle aree del terremoto!) e nell'indicare come meglio assistere le persone anziane fragili e con problematiche cognitive rimaste senza casa. Fu un'esperienza di grande significato civile e clinico-assistenziale. Accludo la testimonianza di Manuela Berardinelli presidente di Alzheimer Uniti Italia che ci ricorda quei momenti.

"C'erano case illuminate nella quiete della sera, giocattoli abbandonati nel salotto, bambini addormentati, anziani che conoscevano perfettamente ogni angolo della propria abitazione, ogni finestra affacciata sulla stessa strada percorsa per una vita intera.

Intere comunità custodite tra montagne, chiese, piazze, bar, scuole.

Poi arrivò la notte del 24 agosto 2016, un boato che sembrava quasi un urlo di dolore della terra, seguito da pochi attimi di silenzio irreale, dopo, nel buio pesto le urla, i pianti dei bambini, la ricerca istintiva di capire cosa fare, come e dove scappare, il freddo dentro anche se si era in piena estate. Da quella notte ci furono tra il 2016 e il 2017 oltre 50.000 scosse registrate nel Centro Italia, le più terrificanti il 26 e 30 ottobre 2016, in pochi istanti non crollarono soltanto edifici, si incrinò qualcosa di più profondo, il senso di sicurezza, la quotidianità, l'idea stessa di casa, di comunità.

Ricordo perfettamente come seppure terrorizzati cercavamo in qualche modo di capire cosa potevamo fare per prestare aiuto, in particolare alle persone più fragili.

La "macchina" della solidarietà si è subito avviata, telefonate affannose con il dott. Enrico Brizioli, il Prof. Marco Trabucchi, il Dott. Valerio Valeriani, il dott. Gianni Genga, per provare a dare risposte, a gestire le urgenze.

Una quotidianità sospesa eppure mai così attiva.

Mentre la terra continuava a tremare, tutti dormivamo, quel poco che riuscivamo, vestiti, con dentro l'auto generi di prima necessità, sempre pronti a scappare.

Arrivarono i soccorsi, i Vigili del fuoco, i volontari, la Protezione Civile.

Per tanti non era crollata soltanto una casa.

Era crollato un intero ordine del mondo.

In questo contesto drammatico Alzheimer Uniti Italia scelse di stare in prima linea per dare aiuto alle tante famiglie disperate che si trovavano a gestire non solo la propria paura, ma la fragilità del proprio caro nel caos più totale, senza indicazione alcuna da parte di nessuno.

Un problema enorme aggravato anche dalla fuga delle badanti (fenomeno che ho sempre sinceramente considerato senza ombra di giudizio).

Di certo però nonostante tutta la nostra buona volontà non avremmo potuto fare nulla (o poco) senza l'aiuto di tanti che si sono prodigati per darci sostegno, sia economico che morale.

Quando torno con la mente a quel periodo ho viva in me, oltre alla sensazione di paura, quella della forza data dalla sicurezza di non essere sola, di avere "sponde" solide che hanno consentito a tutti noi di non precipitare nel dramma.

Una partecipazione concreta, operativa, emotiva, di cui sarò sempre eternamente grata a tante persone.

Non posso fare l'elenco, perché mi dimenticherei sicuramente qualcuno, tanti sono stati quelli che ci hanno sostenuto, doveroso però menzionare con il cuore colmo di riconoscenza, l'AIP, e in particolare il Prof. Marco Trabucchi ed il dott. Osvaldo Scarpino, l'ISRAA (oggi ENEA) di Treviso con il suo Direttore Generale Giorgio Pavan che hanno messo a disposizione dalle prime ore con grande generosità, competenze, tempo, risorse, sostegni.

Un grande lavoro di squadra da parte di tutto il Paese (l'Italia si salva sempre per la generosità degli italiani, in particolare nelle emergenze) che ha consentito ad Alzheimer Uniti Italia di attivare una linea telefonica h. 24 (perché la paura non ha orario...) per un intero anno per le popolazioni colpite di Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria.

Di visitare le tendopoli, ascoltare storie, raccogliere bisogni, asciugare lacrime, offrire consulenze alle famiglie che si trovavano ad affrontare emergenze spesso invisibili agli occhi dei più.

Siamo riusciti a fare un censimento/valutazione a tutti gli over 65 sfollati negli hotel da Alba Adriatica a Senigallia.

Ricordo con commozione la visita fatta dai Professori Trabucchi e Ferrara e da me, nelle case di riposo e nei centri più colpiti nella zona rossa, accompagnati dal responsabile d'Ambito 16-17 Valeriani e dal sindaco di Pieve Torina Gentilucci.

Era chiaro, da subito, che la vera sfida non era soltanto ricostruire ciò che era andato distrutto, bensì ricostruire le comunità.

Perché una comunità non è fatta di cemento.

È fatta di relazioni, di incontri, di memoria condivisa, di piazze dove gli anziani si incontrano per parlare e ricordare, di chiese, di scuole aperte, di negozi illuminati, di giovani che scelgono di restare: è fatta di persone.

Per questo abbiamo organizzato convegni (uno proprio a Visso in mezzo alle macerie), incontri per sensibilizzare sull'importanza di ri-costruire la comunità, di non disperdere il patrimonio rappresentato dagli anziani.

Un impegno collettivo che ha rafforzato in tutti noi la convinzione che prendersi cura significa anche proteggere la dignità, la memoria, le relazioni, i legami delle persone.

Insieme abbiamo attraversato più "fasi": l'aiuto nell'emergenza più tragica, la gestione del dopo tra tendopoli e hotel, la sensibilizzazione per una ricostruzione della comunità, il ritorno con tutta la nuova fase di adattamento.

Dai primi momenti abbiamo voluto fortemente dare una possibilità di svolta al "racconto" drammatico, imprimendo un cambio di direzione affinché oltre alla grande paura le esperienze vissute potessero servire in futuro.

Quindi tenere conto non solo di ciò che si è perso, ma anche di ciò che ha permesso al territorio di continuare a vivere.

Ad esempio è stato stilato un opuscolo "Manuale per i Vigili del fuoco", in collaborazione con il Trabucchi ed il Dott. Valerio Valeriani, per dare indicazioni pratiche su come intervenire sulle persone fragili in caso di emergenza e nei momenti immediatamente successivi quando la persona è stata messa in salvo.

Oggi, a distanza di anni, molti cantieri sono ancora presenti, alcune ferite restano aperte, diverse comunità fanno fatica a riconoscersi, molte sfide attendono ancora una risposta.

Ma ogni porta che si riapre, ogni finestra che torna a illuminarsi, ogni famiglia che rientra nella propria casa, ogni piazza che si anima, rappresenta molto più di un risultato architettonico, è il recupero di una storia, di un'appartenenza che guarda con speranza al futuro.

Ricordare dopo 10 anni il terremoto significa rendere doveroso omaggio alle vittime, a chi ha resistito, a chi ha aiutato, a chi è rimasto, a chi è tornato.

Significa riconoscere che una casa si può ricostruire con mattoni, per una comunità invece non è così semplice, è come tessere una tela, si realizza giorno per giorno con l'impegno, la partecipazione, la solidarietà, la speranza.

E questa, forse, è la lezione più preziosa che il terremoto ci ha lasciato."

-L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato le linee guida aggiornate per prevenire il declino cognitivo e la demenza. Sono indicazioni importanti, che hanno lo scopo di indurre i cittadini ad assumere comportamenti salutari in vari ambiti, come la cura di malattie (l'ipertensione, il diabete, l'ipercolesterolemia, l'obesità), delle quali è ben nota la capacità di danneggiare la funzione celebrale, la rinuncia ad atteggiamenti, come il fumo, l'alcool, una dieta poco salutare, dei quali si conosce la capacità di esercitare direttamente danni sulle cellule del nostro cervello, l'attenzione ad assumere stili di vita che portano dei vantaggi come l'attività fisica, una vita sociale attiva e attenta alle dinamiche del proprio ambiente, combattendo la solitudine, e costruendo la possibilità di essere partecipi della vita collettiva, adottando, tra l'altro, interventi per ridurre la sordità. L'insieme di questi atteggiamenti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, potrebbe permettere, prima di tutto, di migliorare la propria salute e, allo stesso tempo, di ridurre il rischio della comparsa di alterazioni delle funzioni cognitive e di demenze. Peraltro dall'elenco degli atteggiamenti da assumere sono state recentemente escluse alcune indicazioni, perché ritenute non sufficientemente fondate (tra queste il trattamento della depressione, i disturbi del sonno, la terapia

ormonale in menopausa, l'insufficienza visiva).

Si tratta nel loro insieme di indicazioni che riguardano il singolo cittadino, ma anche la collettività, perché, ad esempio, è inutile pensare allo svolgimento di un'adeguata attività fisica se gli spazi esterni non sono sicuri o se l'edificio non è dotato di ascensore o se i cibi di fatto disponibili hanno alti contenuti di zucchero e di sale.

Queste indicazioni, così come quelle predisposte dalla Lancet Commission nel 2024, sono però destinate a non incidere realisticamente sulla salute dei cittadini; vi sono una serie di motivi, il primo dei quali riguarda l'impressione che le indicazioni fornite non siano "amiche" delle persone, ma un insieme di regole di difficile applicazione. Inoltre, vi sono ancora diffusi pregiudizi sulla possibilità di prevenire realisticamente la demenza, perché ritenuta strettamente connessa con i meccanismi di invecchiamento. Su questo piano mancano modelli di comunicazione empatica, che permettano di superare le paure, l'idea dell'inutilità dei sacrifici, la sensazione che la demenza sia vissuta come una colpa del cittadino ammalato e della sua famiglia, che sarebbe stata incapace di supportarlo nell'azione preventiva. Inoltre, si devono considerare le differenze di censo, che rendono difficile per la popolazione in generale adottare alcune delle indicazioni preventive; spesso, infatti, non è possibile l'accesso a specialisti, alla diagnostica avanzata e ad altri interventi di cura. Anche le indicazioni per un'alimentazione sana non sono sempre concretamente realizzabili da parte di cittadini a basso reddito.

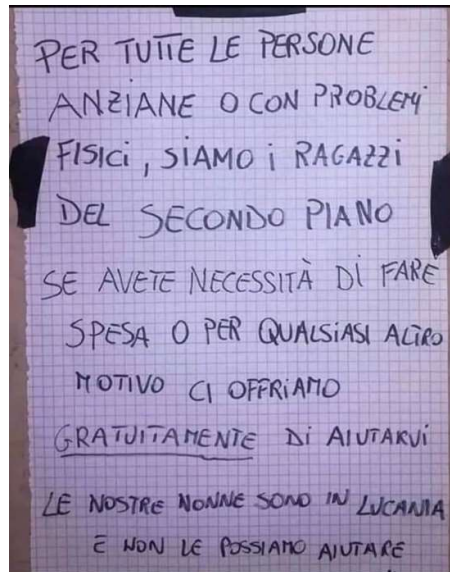
Considerando queste debolezze delle indicazioni rivolte alla singola persona, oggi la letteratura scientifica sostiene che sono potenzialmente più utili interventi a livello di popolazione, attraverso atti educativi, iniziative digitali, azioni e scelte organizzative.

Di fatto si deve constatare che le indicazioni riguardante gli atti da adottare da parte dei cittadini, per diverse ragioni, non hanno raggiunto l'obiettivo di ridurre la diffusione delle demenze. L'affermazione, teorica e mai provata sul piano epidemiologico, che adottando un certo numero di atti virtuosi si può prevenire del 45% la comparsa dei disturbi cognitivi ha perso ogni capacità di incidere sul comportamento dei cittadini e, quindi, di ridurre le condizioni di rischio. Anche gli studi epidemiologici più recenti indicano che si tratta di un'indicazione priva di fondamento, perché è realisticamente impossibile adottare uno stile di vita che comprenda contemporaneamente il lungo elenco di atti preventivi indicati dalla Lancet Commission. Non siamo, infatti, automi in grado di ubbidire a indicazioni umanamente impossibili!

A questo punto delle conoscenze è doveroso dedicare studi e ricerche a livello planetario per identificare nuove prospettive in grado di guidare un'efficace prevenzione delle demenze e che possono essere adottate dai cittadini che ne riconoscono l'efficacia. Compiere scelte per costruire una "vita buona", come da più parti indicato, è certamente opportuno, senza però illudersi che siano efficaci nel prevenire uno dei più gravi problemi di salute del nostro tempo. In questo ambito è necessaria una diversa impostazione degli interventi preventivi rivolti alle comunità, oltre che al singolo, e considerando l'interazione tra i diversi atti.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(26\)00251-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(26)00251-6/fulltext)]

-Un collega mi ha inviato copia del foglietto allegato, che due giovani hanno affisso nell'androne della loro casa a Bari.



Un commento non moralistico ma civile: le dinamiche demografiche impediranno nel prossimo futuro di garantire il caregiving alle persone anziane fragili. Sarà il momento quando, oltre agli interventi pubblici (sempre più precari per i limiti finanziari) e a quelli delle famiglie (sempre più in crisi strutturalmente), bisognerà organizzare soluzioni innovative. I due ragazzi di Bari hanno inconsapevolmente iniziato a costruire un embrione di cohousing. In attesa da una parte che gli studentati vengano costruiti (??!) e dall'altra che funzioni pienamente l'assistenza domiciliare, le soluzioni intermedie, molte delle quali sorte spontaneamente, diverranno sempre più diffuse.

-**Il Corriere della Sera** del 19 agosto ha pubblicato un articolo di Walter Veltroni da titolo: **"Regoliamo l'AI prima che sia troppo tardi". Un'analisi lucidissima e drammatica, attorno all'idea che "le macchine acquisiscono autonomia e noi la perdiamo"**. Veltroni riporta il pensiero di Altman quando afferma che vi è "il rischio che la società trasferisca una parte del processo decisionale a una macchina diventata tanto potente da agire autonomamente". La lettura dell'articolo preoccupa in modo particolare chi è attento alle fragilità che popolano il nostro mondo; per quale motivo le macchine dovrebbero dedicare attenzione a chi non ha potere? Ma forse questa nostra preoccupazione sarà marginale rispetto ad un mondo dove le guerre saranno decise dalle macchine e le epidemie provocate anch'esse dalle macchine che costruiscono nuovi agenti patogeni. Qualcuno ritiene eccessiva la preoccupazione espressa da molti, come in questo scritto di Veltroni, sul futuro dell'umanità. Senza angosce, ma con determinazione, dobbiamo indurre la politica, in tutto il mondo, a non lasciare nelle mani dei padroni delle tecnologie il nostro futuro. Anche perché vi è il rischio che pure loro presto diventino vittime di quello che hanno creato.

-**Ho ricevuto da una persona amica la mail riportata di seguito. Esprime il dolore e la fatica della cura, l'incertezza sulla qualità dei servizi alle persone anziane. È una lettura che induce la nostra particolare attenzione sui servizi e sulla condizione di chi ha responsabilità di cura.**

"Caro Professore, ho sentito il desiderio di scriverle, perché la newsletter di oggi mi ha toccata particolarmente da vicino. Mi sono ritrovata, purtroppo, nel contributo del dottor Colombo. Mio padre è stato sottoposto ad ablazione per fibrillazione atriale, senza trarne alcun beneficio, e negli ultimi mesi sta vivendo un rapido e grave declino cognitivo. Leggere queste riflessioni, quindi, non è stato per me soltanto interessante dal punto di vista scientifico, ma ha avuto inevitabilmente un significato molto personale. Al di là degli aspetti emotivi e familiari – già di per sé complessi e, nel mio caso,

aggravati da una situazione familiare non facile e quanto mai contorta – sto conoscendo da vicino anche il mondo dell'assistenza agli anziani e delle RSA. È un sistema che, per quello che sto vivendo e imparando giorno dopo giorno, mi appare inadeguato rispetto alle necessità reali delle persone e delle famiglie. Eppure, nonostante le terribili notizie che leggiamo talvolta sui giornali riguardo ad alcuni operatori e ad alcune strutture, mi sento anche profondamente grata di vivere in un Paese che, con tutti i suoi limiti, conserva ancora una dimensione assistenziale. Fino ad oggi non posso che ringraziare i medici, gli assistenti sociali e le tante persone che ho incontrato lungo questo percorso. Li vedo spesso barcamenarsi all'interno di un sistema nel quale le soluzioni semplicemente non esistono, cercando comunque una strada, un contatto, una possibilità. E, in qualche modo, ogni giorno ci permettono di fare un piccolo passo avanti verso una soluzione che forse, prima o poi, arriverà. Io stessa ho dovuto cambiare completamente il mio modo di vivere. Non riesco più a fare programmi, vivo molto alla giornata. Da un lato questo mi spaventa profondamente: a volte ho la sensazione di vivere dentro un castello di carte e temo che, prima o poi, possa crollare tutto. Dall'altro, però, fino ad oggi ho incontrato una volontà autentica di aiutare, di cercare soluzioni e di non lasciarci completamente soli. Ed è una cosa che, in questo momento, sento il bisogno di riconoscere e per la quale sono sinceramente grata. Forse è anche per questo che le Sue newsletter mi coinvolgono sempre di più: temi che un tempo leggevo con interesse oggi sono diventati parte della mia vita quotidiana, e le parole e le esperienze che raccoglie assumono per me un significato completamente diverso. Grazie quindi a Lei e al dottor Colombo per questa newsletter e, più in generale, per continuare a parlare di questi temi con estrema competenza, ma soprattutto con umanità.

-Stefano Boffelli interviene con la sua grande esperienza sull'argomento telecamere nelle RSA. Qualcuno mi ha suggerito di chiudere con questo pezzo la discussione sull'argomento. Non chiuderemo però gli interventi dedicati alle RSA e alla vita dei loro ospiti, argomento che AIP colloca tra i principali della propria attenzione ed elaborazione. Non è una scelta casuale, ma dettata dalla certezza che le nostre comunità avranno sempre maggiore bisogno di questa tipologia di assistenza; qualsiasi atteggiamento "ideologico", negativo a priori rischia di impedire la costruzione di servizi adeguati agli anziani.

"Telecamere. Vi sono aspetti della vita, nei quali la tecnica e la tecnologia hanno significati diversi. La telecamera è un oggetto magico, un po' televisione e un po' cinema, riprende aspetti della vita anche felici. Mio padre ne comprò una negli anni '80, realizzando film familiari indimenticabili (e rivedibili). La telecamera fissa, quella in questione, è sempre una telecamera come la precedente, ma nata per esperienza difensiva (militare e civile), deterrente per i malintenzionati e indefesso registratore della scena del crimine (o del semplice furto). Stessa tecnologia, uso e significato diverso.

Nei luoghi della cura: nell'ospedale in cui lavoro le telecamere sono presenti da molti anni nei corridoi, attive 24 ore, silenziose registratrici alle quali, come nel Grande Fratello (trasmissione televisiva), ci si abitua in fretta. Perché lo scopo è protettivo, serve a registrare esterni che possano alterare il buon corso della giornata lavorativa e di cura, senza scopo accusativo o preventivo. Non ho mai sentito nessuno lamentarsi della presenza delle telecamere, semplicemente perché non sono di impaccio, ma di aiuto. E semplicemente perché le persone lavorano in un ambiente, certamente ad alta intensità e stressante, ma nel quale il centro, l'obiettivo, è il malato. Un solo ricordo, in tanti anni, di una persona maleducata, contro migliaia di lavoratori e professionisti di alta qualità e sensibilità. Nei luoghi di cura:

Nelle Rsa entrano i ladri o i malintenzionati? Può darsi, ma la dimensione familiare e meno 'open' rispetto all'ospedale ne riduce il rischio.

Dichiaratamente, e a cicli costanti, riemerge la richiesta di registrare. Qui il Grande Fratello (quello vero, orwelliano) ha davvero il suo significato più negativo: big brother is watching you. Ben dice

Roberto Volpe che la telecamera non crea persone buone. La telecamera in RSA è uno strumento giudiziario e non giuridico, induce a pensare che siano tutti onestamente disonesti, fannulloni, aggressivi e ritorsivi. Perché si sospetta e si pensa che il personale aggredisca il debole sfogando su di lui(lei) le frustrazioni lavorative, di equipe, familiari, economiche, sociali. Una visione del personale della RSA come i tifosi della curva di uno stadio anni '70 (e per alcuni, ancora di oggi, ma questo è un altro discorso...). Nell'ipotesi della telecamera giudiziaria, il maltrattatore, fisico o psicologico, sempre che esista nella RSA, va allontanato e sanzionato, anzi meglio, esposto alla gogna mediatica, esempio negativo per le generazioni a venire. Tanto non lo puoi nemmeno licenziare, ti tocca tenerlo e riconvertirlo, e si porterà sempre sulla gobba la etichetta di malfattore. Finché ne arriva un altro, sempre che arrivi uno su un milione, a fare le stesse cose, perché le telecamere non cambiano le persone.

Ma Volpe e tutti i colleghi che sono intervenuti, hanno ragione. Non voglio essere troppo deamicisiano, ma fa davvero più rumore una foresta che cresce, di un albero che cade. Le RSA sono composte da professionisti preparati, dove il lavoro ha più stress che in altri luoghi, perché il contatto umano quotidiano (con le persone e i loro caregiver familiari) nei luoghi di sofferenza, è spesso difficile. E difficile è comunicare gli sforzi, i tentativi, le attività, che si mettono in atto per mantenere, curare, riabilitare, lenire.

RSA, dove però esistono strumenti di condivisione e cura, singoli e di equipe, per affrontare i problemi e rinnovare le energie fisiche e psicologiche. Un buon gruppo, dinamico, è quello che rileva i cambiamenti e i problemi, li affronta, trova soluzioni, determina l'evoluzione (caspita, ma alla fine la valutazione multidimensionale geriatrica serve!). Dove le persone sono, o vengono, abituate a percorsi virtuosi, le telecamere non servono, bastano gli occhi professionali dei colleghi a 'sorvegliare' serenamente la famiglia.

Soldi elettronici che magari è meglio investire in una buona Train therapy room (quella sì, che funziona) ...

-Il carissimo amico Nicola Ferrara ha inviato la mail allegata riguardante i contratti di lavoro dei dipendenti delle RSA. Lo ringraziamo perché ha fatto il punto su una questione delicatissima, che riguarda direttamente le persone che hanno in cura i nostri concittadini anziani e che hanno diritto a riconoscimenti adeguati all'importanza del loro lavoro

Caro Marco,

non posso non condividere con te le osservazioni sul lavoro nelle RSA e sulla necessità che la dirigenza vigili sugli aspetti relativi alla dimensione relazionale. Nella mia RSA la situazione su questo aspetto è soddisfacente anche perché il personale è stato selezionato e diretto da un Istituto religioso che con tutti i limiti è attento alla dimensione umana.

Tuttavia va ricordato che CCNL AIOP RSA è fermo da oltre 13 anni, penso sia l'unico contratto che attende il rinnovo da tanto tempo, e questo pesa sul clima aziendale. Il contratto di riferimento risale al 2012 e il rinnovo è ancora in corso di negoziazione nel 2026. Il testo contrattuale attuale è ormai in larga parte obsoleto. Mi sembra che è finalmente ripartita la trattativa tra AIOP e le organizzazioni sindacali anche se la trattativa è ancora aperta e le distanze tra le parti sono tuttora significative su alcuni aspetti.

Nel nostro istituto, inoltre, ho due popolazioni di lavoratori che svolgono attività assistenziali in ambiti diversi e che percepiscono trattamenti contrattuali differenti: RSA → CCNL AIOP RSA Casa albergo/Comunità tutelare → CCNL AGIDAE (Associazione Gestori Istituti Dipendenti dall'Autorità Ecclesiastica). In sintesi, l'AGIDAE ha rinnovato il proprio CCNL per il periodo 2023-2025 e quindi il personale AGIDAE ha ricevuto un rinnovo contrattuale mentre quello AIOP RSA è ancora in attesa del rinnovo nazionale. Capisco che questo non deve influire sulla qualità delle prestazioni e sulla relazione personale/ospite e personale/personale, tuttavia non si può far finta che il problema non esista e come tale problematica renda anche difficoltoso la fidelizzazione del personale.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di Mauro Colombo interviene sul tema dell'intelligenza artificiale, argomento che vorremmo fosse sempre più presente nelle nostre elaborazioni. Peralaltro

invito i lettori a dedicare particolare attenzione alla parte finale del testo di Mauro, perché le indicate competenze esclusive dell'IA possono essere interpretate come la "morte" della medicina. "Volentieri raccolgo lo stimolo da parte delle figlie di occuparmi di intelligenza artificiale (IA), ma con una indispensabile doverosa premessa: non essendo un utente di IA, in ambito di "angolo" per la newsletter AIP posso parlarne solo indirettamente, riferendomi alla letteratura sull'argomento. Vengono a fagiolo un articolo originale [1] ed ancor più l'editoriale di accompagnamento [2], che *JAMA Neurology* ha pubblicato in rete il 15 giugno 2026, e che sono apparsi sul numero di agosto. In sintesi, le conclusioni di [2] riportano che gli Autori di [1] hanno dimostrato che il suono prodotto durante una normale conversazione clinica contiene segnali da cui è possibile estrarre informazioni sullo stato cognitivo, con implicazioni potenzialmente importanti per lo screening. Il disegno rigoroso di validazione esterna, la eterogeneità della coorte e le condizioni di registrazione ecologicamente valide distinguono [1] dalla maggior parte della letteratura esistente in questo ambito. Tuttavia, il percorso da un classificatore di ricerca con un modesto valore predittivo positivo ad uno strumento clinicamente valido è lungo e complesso.

Ritornando alle premesse, occorre per prima cosa ricordare che, se i medici di base sono nella posizione ideale per contribuire alla diagnosi precoce, solo circa l'8% dei casi previsti di deterioramento cognitivo lieve viene identificato in tale contesto [3]. Inoltre, meno di un terzo degli anziani viene sottoposto a screening per deterioramento cognitivo. Questo scarto è attribuibile a numerosi fattori, tra cui la mancanza di tempo, il numero di bisogni concomitanti e la percezione che gli strumenti di valutazione esistenti siano inefficaci. Una possibile soluzione è quindi quella di integrare lo screening cognitivo nei consueti flussi di lavoro clinico già esistenti, di cui la conversazione fa parte normalmente. A questo scopo soccorre la ricerca, che ha individuato a ritmo crescente il linguaggio come potenziale metodo di screening passivo [4].

L'approccio proposto in [1], se perfezionato, cambierebbe significativamente le modalità e i tempi di individuazione del declino cognitivo.

Gli Autori di [1] sono tutti affiliati alla scuola di medicina di Mount Sinai, a New York, tranne uno affiliato alla scuola di medicina di Chicago, nell'Illinois. Questi studiosi hanno adoperato le registrazioni di 30 minuti di conversazioni con i rispettivi medici curanti di 966 ultra55enni (di età media $67,2 \pm 8,1$ anni; 55 % femmine): 787 appartenevano al gruppo di partecipanti newyorkesi anglofoni su cui il modello è stato costruito; 179 al gruppo omologo di validazione esterna, residenti nell'area di Chicago. I criteri di inclusione prevedevano la assenza di anamnesi documentata di demenza o di deterioramento cognitivo lieve, secondo i criteri International Statistical Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM). Un disturbo cognitivo riferito non costituiva un requisito per la partecipazione allo studio e non è stato valutato durante lo screening. Il campione era considerato rappresentativo per la popolazione di riferimento.

Come criterio standard di deterioramento cognitivo (CI) è stata scelta la soglia di almeno una deviazione standard sotto alla media dei dati normativi per MoCA [#], dopo avere corretto i punteggi standardizzati MoCA per età e scolarità: l'opzione verso tale criterio, rispetto a soglie fisse, dovrebbe avere protetto da errori di classificazione dovuti a fattori demografici. Così, la prevalenza di CI è risultata essere del 21 %.

L'algoritmo – che ha adoperato vari programmi nella fase di modellazione sui partecipanti newyorkesi – ha ottenuto sulla coorte esterna di validazione – nell'area di Chicago - un valore predittivo positivo del 30,4% [con intervallo di confidenza al 95 %] (IC 95%, 28,7%-32,1%), una sensibilità del 68,2% (IC 95%, 61,8%-74,6%) ed una specificità del 63,6% (IC 95%, 59,8%-67,4%). Tali prestazioni possono apparire modeste: in coorti dove la prevalenza di deficit cognitivo non diagnosticato era

approssimativamente del 20%, circa 7 pazienti su 10 segnalati dall'algoritmo non sono stati classificati come affetti da deficit cognitivo secondo lo standard di riferimento. Tuttavia, gli autori hanno deliberatamente selezionato soglie operative in base a questa ipotesi di prevalenza per bilanciare la sensibilità ⁵ con tassi di falsi positivi accettabili, riflettendo una valutazione più realistica delle prestazioni dello screening clinico. Lo screening non selettivo per il deterioramento cognitivo – secondo l'opinione corrente – presenta rischi importanti che non possono essere trascurati, tanto che il rapporto costi-benefici non è chiaro. I risultati falsi positivi di qualsiasi strumento di screening innescano una valutazione più approfondita, con conseguenze per il paziente e la sua famiglia da un lato, e per le infrastrutture dall'altro: si pensi al "collo di bottiglia" rappresentato dalla penuria relativa di specialisti. Peraltro, per confronto, gli studi precedenti hanno reclutato casistiche fortemente selezionate, o hanno condotto screening attivi, impiegando il linguaggio in compiti specifici noti per riflettere le capacità cognitive (ad esempio, fluidità verbale e descrizione di immagini). In [1] invece viene compiuto il passo successivo fondamentale: valutare la fattibilità di estrarre un segnale utilizzabile, in condizioni ecologicamente valide, senza l'onere di un ulteriore compito che potrebbe scoraggiare un'adozione diffusa.

Le prestazioni del modello hanno fornito anche alcune informazioni sulle caratteristiche a cui i programmi classificatori erano sensibili: in particolare, le variabili collegate alla prosodia sono risultate quelle maggiormente associate al declino cognitivo. La variabilità nella durata delle pause, nella velocità di emissione del suono e nella frequenza fondamentale del parlato del paziente sono state tra le caratteristiche principali che hanno guidato le previsioni. Ancora, oltre a contenere il carico di lavoro sui medici, l'impiego delle registrazioni delle conversazioni – al posto del ricorso a test valutativi – introduce aspetti di dinamica del modello. Infatti i classificatori hanno ottenuto risultati migliori quando le registrazioni includevano sia il parlato del paziente che quello del medico, rispetto al solo parlato del paziente. Gli autori di [1] ipotizzano che includere entrambi gli interlocutori preservi la "integrità della conversazione" (ad esempio, il rispetto dei turni di parola). Una spiegazione alternativa, non necessariamente incompatibile con le altre, è che il linguaggio del medico possa anche cambiare negli incontri con pazienti affetti da deficit cognitivo o che manifestano preoccupazioni di natura cognitiva. Ad esempio, l'uso del cosiddetto "linguaggio degli anziani", caratterizzato da un ritmo più lento, una sintassi più semplice, un tono di voce più alto e/o una prosodia esagerata, è stato ampiamente documentato quando l'interlocutore presenta un deficit cognitivo noto. Dato che i modelli di apprendimento automatico sono noti per la loro tendenza a prendere scorciatoie nella risoluzione di un problema, è possibile che i modelli in questione abbiano rilevato cambiamenti nel linguaggio dei medici. Ovviamente ciò costituirebbe un limite per il modello, se applicato a medici che non modifichino la loro espressione verbale in simili frangenti: ma questa è un'ipotesi verificabile in ricerche future.

Col che, il presente "angolo" si pone lungo la linea culturale di attenzione all'impiego dell'intelligenza artificiale in psicogeriatrica, portata avanti nella newsletter AIP in particolare dal vice-presidente Pierluigi Dal Santo - coordinatore del gruppo di lavoro AIP sull'intelligenza artificiale - nel suo intervento sul numero 30 del 31 luglio 2026.

Segnalo collateralmente un recente articolo – sempre su *JAMA Neurology* - che parla dell'impiego favorevole dell'analisi automatizzata del linguaggio per la identificazione delle varianti clinico-anatomopatologiche della afasia primaria progressiva [5].

Ma soprattutto mi ha colpito un articolo, ancora su *JAMA* [6], in dichiarata controtendenza rispetto alla opinione corrente ed alle linee-guida ufficiali, che sostiene la superiorità della intelligenza artificiale isolata rispetto a quella "ibrida" – con intervento umano – ed all'opinione esclusivamente medica in 5 compiti cognitivi medici fondamentali:

- (1) raccogliere informazioni clinicamente rilevanti
- (2) stabilire una diagnosi differenziale
- (3) specificare i test diagnostici

(4) prescrivere un trattamento conforme alle linee guida

(5) gestire le malattie croniche.

Chi sa che questa provocazione non solleciti benvenute reazioni nella newsletter.

test ampiamente adoperato a livello di screening per la demenza; consiste in 12 compiti che riguardano le funzioni visuospaziali ed esecutive, denominazione, memoria, attenzione, linguaggio, richiamo differito e orientamento. I punteggi vanno da 0 a 30: a punteggi più alti corrispondono prestazioni migliori

§ sensibilità: rapporto fra "veri positivi" e somma di "veri positivi" con "falsi negativi"; contrasta lo "errore di 2° tipo" (accettare la ipotesi nulla, quando questa è falsa)

[1] Colonel, J. T., Becker, J., Chan, L., Faherty, C., Hackett, K., Carnavali, F., Van Vleck, T. T., Curtis, L., Wisnivesky, J., Federman, A., & Lin, B. (2026). Acoustic Analysis of Primary Care Patient-Clinician Conversations to Screen for Cognitive Impairment. *JAMA neurology*, 83(8), 729–738. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.1868>

[2] Meade, G., & Botha, H. (2026). Clinical Conversations as a Window Into Cognitive Impairment. *JAMA neurology*, 83(8), 727–728. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.1863>

[3] Liu, Y., Jun, H., Becker, A., Wallick, C., & Mattke, S. (2024). Detection Rates of Mild Cognitive Impairment in Primary Care for the United States Medicare Population. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 11(1), 7–12. <https://doi.org/10.14283/jpad.2023.131>

[4] Saeedi, S., Hetjens, S., Grimm, M. O. W., & Barsties V Latoszek, B. (2024). Acoustic Speech Analysis in Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 11(6), 1789–1797. <https://doi.org/10.14283/jpad.2024.132>

[5] Vonk, J. M. J., Antonicelli, G., Ramkrishnan, S., Spina, S., Rosen, H. J., Seeley, W. W., Miller, B. L., Henry, M. L., Millanski, C., Mandelli, M. L., Miller, Z., & Gorno-Tempini, M. L. (2026). Automated Speech Analysis to Identify Clinical, Anatomical, and Pathological Variants of Primary Progressive Aphasia. *JAMA neurology*, e262520. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.2520>

[6] Emanuel, E. J., Baker-Butler, A., Khosla, N., & Khosla, V. (2026). Will Autonomous AI Exceed AI-Aided Physicians as the Best Medical Care?. *JAMA*, 10.1001/jama.2026.15380. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.15380>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Accludo il programma della prima Alzheimer Fest di quest'anno, che si terrà a Cesenatico e che inaugura una serie di 20 (elenco accluso) **diffuse in tutta Italia.** Come si può vedere, le sedi dell'evento continuano ad aumentare, con effetto positivo sulla conoscenza della malattia, sulla riduzione dello stigma, sulla mancanza di adeguate informazioni riguardo gli aspetti clinici e assistenziali. L'Alzheimer Fest, ideata e diretta con entusiasmo e con grande originalità da Michele Farina, è un evento concreto, un luogo fisico dove famigliari, caregiver, operatori di ogni livello, cittadini, artisti, poeti si incontrano per ricevere informazioni e mettere a disposizione di chi è in difficoltà informazioni, offerte reciproche di supporto, momenti di fraternità, atti di alto livello culturale. Il tutto in un'atmosfera di serenità, dove musica, poesia creano ambienti per trascorrere qualche ora in serenità.

Di seguito la mail che Michele Farina ci ha inviato per presentare l'Alzheimer Fest 2026: "Caro Marco, cari amici e amiche di questa newsletter, sta per cominciare una nuova stagione dell'Alzheimer Fest e per prima cosa vorremmo ringraziare tutti voi per il sostegno e la partecipazione.

Ebbene sì, il Fest compie dieci anni, anche se, come dice il nostro amico Flavio Pagano, ne dimostra

orgogliosamente cento. Quante cose fatte, quanti posti visti, quanta gente abbiamo incontrato. Il Fest orgogliosamente invecchia. **È il maggior evento pubblico in Italia** che mette al centro **le persone con demenza**, i familiari e gli operatori di cura.

L'obiettivo lo sapete, perché è anche il vostro di ogni giorno: prendersi cura, vincere lo stigma che accompagna le malattie neurodegenerative e, più in generale, ogni forma di disabilità. Promuovere l'inclusione sociale, fornire informazioni e conoscenze, condividere esperienze, gioie e fatiche. Perché la demenza non cancella la vita, se non ha come alleati la solitudine e l'isolamento.

Quest'anno la parola d'ordine ricorda una vecchia canzone: Carissimo Alzheimer. Non è "Carissimo Pinocchio, amico dei giorni più lieti". È il tempo della demenza, quando i giorni sono spessi i più neri. Carissimo in due sensi, sintetizzati dal nostro refrain: "Per vivere con la demenza ci vogliono amore e soldi. Come evitare la bancarotta del cuore e del portafoglio?".

Ci confronteremo su affetti e finanze, curacari e carocure. Faremo il punto sulla ricerca e sulla medicina: cosa si può fare per prevenire le malattie neurodegenerative? Quali diritti hanno i malati e i loro curacari? E faremo festa. Ci saranno un sacco di installazioni e di sorprese, teatro, musica, arte, letteratura. Franca Grisoni ha chiamato a raccolta oltre 60 poeti che verranno con noi ai quattro angoli dell'Italia. Decine di musei porteranno i loro laboratori fatti con e per le persone con demenza. Saremo nelle piazze, negli ospedali, nelle biblioteche (per gli aggiornamenti seguiteci su www.Alzheimerfest.it). Prima tappa Cesenatico, 3 settembre, in collaborazione con gli amici e le amiche della Fondazione Maratona Alzheimer. L'ultimo tour: in Sicilia, sette tappe dal 9 al 17 ottobre. L'Alzheimer Fest è promosso da un'associazione di volontariato nata nel 2017 per iniziativa di malati, familiari, medici, artisti e operatori, con l'obiettivo di promuovere una nuova visione sull'Alzheimer e sulle altre forme di demenza. Su sogni e bisogni di chi ci convive. Partner scientifico Aip, media partner *Il Corriere della Sera*.

Per celebrare il decimo anno, ci siamo inventati la Best, Biblioteca Essenziale Alzheimer Fest, in collaborazione con la Libreria Dante & Descartes di Napoli. Quindici piccolissimi volumi che sembrano, come ha detto una bambina a bocca aperta, "libri appena nati": storie e approfondimenti, amarcord e proposte di legge, cucina e poesia. Ne parleremo sulla Lettura del *Corriere della Sera* domenica 30 agosto. Il primo s'intitola "Non abbiate paura" e l'ha scritto, con tutto l'amore e la cultura che conoscete, Marco Trabucchi.

Restiamo in contatto, ci vediamo ai Fest!

- **Accludo il programma dell'evento organizzato dalla Fondazione Maratona Alzheimer.** È il punto sull'attività della Fondazione, impegnata a censire i Caffè Alzheimer in tutta Italia e a studiarne l'efficacia per il benessere dei cittadini ammalati e delle loro famiglie.

- **Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:

FB: <https://www.facebook.com/psicogeriatra>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di-psicogeriatra/?viewAsMember=true>

Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatra/

YouTube : <https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatra>

-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.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

Curacari e carocure: per vivere con la demenza servono amore e soldi.
Come evitare la bancarotta del cuore e del portafogli?



**FONDAZIONE
MARATONA
ALZHEIMER**

Presentano:

Carissimo
Alzheimer

*Curacari e carocure
 per vivere con la demenza
 servono amore e soldi.
 Come evitare la bancarotta
 del cuore e del portafogli?*



Partner scientifico
 AIP Associazione Italiana PsicoGeriatrica

Media partner
CORRIERE DELLA SERA

**3 Settembre dalle 9,00 alle 22,00
 Cesenatico (FC) Piazza Pisacane**

Con il patrocinio:



Comune di Cesenatico



**1°
tappa**

**1°
tappa**



Programma:

09.00 – 9.30

SALUTI E ABBRACCI Anche il Fest si unisce alla partenza del 5° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer e del Convegno Adrinclusive. L'accoglienza delle autorità, le emozioni gocciolanti dall'Officina delle Arti di Cesenatico e dalla scuola di musica dell'associazione Centro Studi Musicali I. Caimmi

09.45-10.15

RISVEGLIO MEGLIO Un po' di sano movimento per chi di solito si muove soprattutto con la fantasia: Fascial Memory e Pilates per la Terza Età. A cura di Gisella Boschi (Harmonic Studio Pilates & Barre)

10.15-11.00

LA MIA CASA È LA MIA PELLE Viaggiare da fermi, dentro e fuori di sé (facoltativo ma consigliato il ritorno). A guidarci Vanda Menon

11.00-12.00

CARTA CANTA Laboratorio fantastico a cura della Libreria Carta Marea

12.00 -13.00

POESIA SONANTE Versi antichi e nuovi di zecca: un conto (un racconto) sempre aperto, azioni e parole che prendono quota alla borsa del valore. Letture poetiche a cura di Franca Grisoni. Con la partecipazione di Alberto Bertoni, Bruno Tognolini, Marco Annicchiarico, Rossella Renzi e Fabio Maria Serpili

14.00-14.45

IO STO BENISSIMO: SULLA LAVATRICE C'È LA CAFFETTIERA. E SUL FORNELLO? Delizie e torture nella cucina dei curacari (con Marta Valentini e Marco Annicchiarico, la cuoca e il poeta). E il libro bianco, bellissimo, di Marissa Morelli

14.45-15.30

VITA DA GRANDISSIMI L'ombra dell'attore: faccia a faccia con Lorenzo Clemente e Yuri Tuci, ricercati dall'Interpol dopo l'uscita di "Caregiver Motherfucker"

15.00-18.00

MUSEI CHE ABBRACCIANO L'ALZHEIMER: OGGETTI IN VIAGGIO Laboratorio aperto a tutte e tutti. A cura di Mader, la rete di musei dell'Emilia Romagna che propone attività alle persone con demenza e ai loro caregiver

15.45-16.30

LA LEGGE DEI CURACARI: SE NON ORA QUANDO? La tutela dei malati e dei caregiver, tra diritto al riconoscimento e rovesci della realtà. A cura di Paola Chinchero e Maria Novella Bugetti. Con Marco Trabucchi, Paola Chinchero, Antonio Maturo, Diletta Giunchedi (progetto di ricerca Cura, famiglia, lavoro)

16.30-17.30

LA FATTORIA DEI BENIEMALI Fattori di rischio e fattori protettivi per l'Alzheimer (come non si eran mai visti né raccontati). Vieni a esplorarli in compagnia dei neurologi Luisa Sambati e Paolo Caffarra e del farmacologo Stefano Govoni. E tanto per cominciare indovina quanti sono: otto, quattordici o ventidue? Illustrazioni di Giuseppe Balestra, Matilde Ganassi e Paolo Ipsa

17.30-18.15

IMMAGINI DAL DESERTO: QUANDO LA FRAGILITÀ APRE ALLA VITA Il docufilm sullo spettacolo teatrale con le persone malate di Alzheimer a cura della Compagnia della Riserva per la regia di Valerio Grutt. Attori professionisti e malati di Alzheimer insieme tra gioco e improvvisazione. Progetto di Fondazione Sant'Orsola e Centro disturbi cognitivi e demenze del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Con noi la neurologa Maria Macchiarulo e alcuni protagonisti

18.15 – 19.15

IL VERSO DEL TRAMONTO Quando il benessere si nutre di poesia: laboratorio creativo per curacari con la geriatra Vanda Menon e lo scrittore Bruno Tognolini. E poesia sonante bis con Franca Grisoni, Alessandra Carnaroli e Fabio Serpili

18.15 – 19.00

CARTA CANTA Laboratorio fantastico a cura della libreria Carta Marea

19.15 – 20.00

VIBRA CHE TI PASSA I suoni che riappacificano, vibranti emozioni. Con Kariel è tempo di benessere all'imbrunire

20.00 – 20.45

I CANTASTORIE DI ROMAGNA Cuore, trattore e territorio: il folklore locale in passerella, canzoni e musica in camicia

20.45 – 21.15

IL PAPPAGALLO DELLA SILVER ECONOMY Dialogo quasi comico tra una giunglista e una vecchia ciabatta. Con Paola Chinchero e Michele Farina

21.15 – 22.00

ARRIVEDERCI CON LA TISANA DI SASSO Scaldate l'acqua e i cuori: pronti a preparare una bevanda impossibile che diventa godibile? Dalla meravigliosa favola di Anais Vaugelade, una recita collettiva che tocca ogni età, un inno alla vita per quanto indigesta talvolta possa sembrare

Per informazioni:

www.fondazionemaratonaalzheimer.it
segreteria@fondazionemaratonaalzheimer.it
tel. 0547 91411 - whatsapp 351 7117391

Sorprese senza orario:

10 MA NE DIMOSTRA 100

Il corto che festeggia un decennio di Alzheimer Fest. A cura di Flavio Pagano

BEST: BIBLIOTECA ESSENZIALE ALZHEIMER FEST

Overo i Pollicini: la storia dell'Alzheimer Fest disseminata in quindici piccoli libri. In collaborazione con Libreria Dante & Descartes

IO VOTO A

A come Alzheimer, le foto di Laila Pozzo: anni e anni di ritratti in un mosaico di diciotto metri quadri

LA CASA DELLE PORTE SOCCHIUSE

La creazione di Marcello Chiarenza per l'Alzheimer Fest 2026

FORBICI SPUNTATE

Piccolo spazio collettivo dove insabbiare i tagli alla Sanità. A cura di Paola Chinchero

COSA C'E' DA RIDERE

Vignette fresche sull'Alzheimer, che strappano (e cuciono) un sorriso. A cura di Cecilia Corradi

VECCHIE RICETTE PER STARE BENE

Un tesoro raccolto in giro per l'Italia da Cristina Giacomelli con Luciano Tona, aperto al contributo di tutti: avete un segreto da inserire nel ricettario del Fest?

LA SMEMORIA FA L'UNIONE

Le emozioni viaggianti dell'Alzheimer Fest in un gomitolo di 100 fotografie. La mostra a cura di Giovanna Calvenzi

LA FATTORIA DEI BENIEMALI

Fattori protettivi e fattori di rischio che favoriscono l'Alzheimer. La prevenzione come non si era mai vista. Illustrazioni di Giuseppe Balestra, Matilde Ganassi e Paolo Ipsa

LA CAFFETTIERA SULLA LAVATRICE

Cartoline di caregiver: le storie di Marco Annicchiarico, le visioni di Andrea Ucini

DIECI TAVOLE IMBANDITE Emozioni ed informazioni nei lavori grafici degli studenti di 5E del Liceo Artistico Nanni Valentini di Monza, realizzati in vista degli esami di maturità. Colori e riflessioni sulla fragilità e la cura delle persone con demenza. Progetto di Educazione civica a cura di Paola Chinchero con le prof Cristina Gorzanelli e Milena Mataluna

LE AVVENTURE DI ALZ E EIMER

Una madre, una figlia. Il fumetto inventato da Flavio Pagano (con Maria Margot) **TESSUTO SOCIALE** I Girotondi Maria con Guido Morgavi

OCCHIO, MALOCCHIO E (TANTE) FATTURE Noi strozzati dall'Alzheimer: ma che fortuna ci costano queste benedette cure. Installazione di Paola Chinchero

Per informazioni:

www.fondazionemaratonaalzheimer.it
segreteria@fondazionemaratonaalzheimer.it

tel. 0547 91411 - whatsapp 351 7117391

5° FORUM NAZIONALE DEI CAFFÈ ALZHEIMER

**ARTE E CURA: NUOVI MODELLI
ASSISTENZIALI E LINGUAGGI ESPRESSIVI**

**3-4 SETTEMBRE 2026
TEATRO COMUNALE - MUSEO DELLA
MARINERIA - PIAZZA PISACANE
CESENATICO (FC)**

GIOVEDÌ 3 SETTEMBRE - mattina (Piazza Pisacane)

Ore 9.00- Saluti istituzionali e Performance Artistica Officina delle Arti

Interventi: *Matteo Gozzoli, Sindaco di Cesenatico; Marco Bonaretti, Presidente Clust-ER Health; Stefano Montalti, Presidente Fondazione Maratona Alzheimer; rappresentante Ausl Romagna; Dott.ssa Emanuela Giangrandi, Amministratrice Unica dell'Asp della Bassa Romagna e Coord. Asp e Vice Presidente Cispel Emilia-Romagna; Michele Farina, ideatore Alzheimer Fest*

Ore 9.30 - 21.30 - Poesia, teatro, musica, libri, incontri.
Momenti di condivisione e calore umano per abbattere
lo stigma, e l'isolamento legati alla demenza.
Al via la prima tappa dell'Alzheimer Fest



GIOVEDÌ 3 SETTEMBRE - mattina (Teatro Comunale)

Ore 9.30 - 12.30 - Innovazione, salute e competenze per un turismo
consapevole in un territorio aperto a tutti - ADRINCLUSIVE FINAL
TERRITORIAL EVENT

Ore 9:30 - Apertura lavori - saluti e breve intervento da parte del Comune
di Cesenatico, partner associato Adrinclusive

Ore 9:45 - Presentazione dei risultati del progetto Adrinclusive

Coordina: *Giorgia Battelli, Fondazione Maratona Alzheimer*

Interventi: *Emanuela Luppi, Presidente Alzheimer Emilia-Romagna; Gianpiero Antenori, Psicologo responsabile attività formativa Progetto Adrinclusive; Simone Battistoni, Presidente Coop. Bagnini Cesenatico; Manuela Berardinelli, presidente Alzheimer Uniti Italia*

Ore 10:30 - Tavola rotonda *La creazione dell'esperienza tra turismo, cultura e salute: come coniugare vacanze, prevenzione ed economia sociale*

Moderà: *Michele Colavito, Clust-ER Tourism*

Interventi: *Paolo Bonaretti, Presidente Clust-ER Health; Giuseppe Attisani, Responsabile Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Regione Emilia Romagna; Fernanda Mendoza - ISCOM Group; Arianna Bini, Progetto FORTIC - Comune di Cervia; Giulia Bubbolini, Centro per l'innovazione e lo sviluppo economico; Davide Gnola, Direttore Museo della Marineria; Vincenzo Branà - ATER Fondazione*

Ore 11:40 - Coffee break

Ore 12:00 - Showcase di soluzioni innovative per Turismo Inclusivo da startup e imprese del tOerritorio

Moderà: *Enrica Lombardo, Clust-ER Health*

Interventi: *eResult, Value, Includia, Virtual Mentis*

Ore 13:00 - Pausa pranzo libera / Networking

GIOVEDÌ 3 SETTEMBRE - POMERIGGIO (Teatro comunale)

Coordina: Carlo Lusenti

Ore 14.00 - Tavola Rotonda: verso l'inserimento dei Caffè Alzheimer nelle Linee Guida sulle demenze dell'Istituto Superiore di Sanità

Moderà: *Laura Calzà, Direttore Scientifico Fondazione Iret*

Interventi: *Stefano Boffelli, Associazione Italiana di Psicogeriatria; Stefano Govoni, Università di Pavia; Stefano Montalti, Fondazione Maratona Alzheimer*

Ore 15:00 - Focus Ricerca e Welfare Culturale. Il 1° Report Nazionale Cultural Welfare Center: la prescrizione delle cure non farmacologiche ed evidenze sull'efficacia dei percorsi artistico-culturali.

Interventi: *Chiara Lachi, Cultural Welfare Center*

Ore 15:25 - Coffee break e proiezione video *I Caffè Alzheimer a Teatro* (esperienza realizzata dalla Cooperativa Sillaba)

Ore 15.35 - Sessione esperienze: i linguaggi espressivi nella cura

Introduce: Silvia Vettor, EnEA Treviso

Ore 15: 55 - Il ruolo della Regione nella co-progettazione del welfare culturale per le persone con demenza

Interventi: *Federica Boschi, Ausl Romagna*

Ore 16:15 - Presentazione di buone pratiche e progetti focalizzati su:

- La cura tra le righe: Biblioterapia e percorsi narrativi nell'Alzheimer
- (Marco Dalla Valle, Università degli Studi di Verona)
- Arte e musei (Francesca Masi, Direttrice RavennAntica)
- Musica, danza e movimento (Andrea Bombardi, Fondazione Maratona Alzheimer)
- Teatro e teatro di figura (Elena Baredi; Michele Farina, Alzheimer Fest)

Ore 17:20 - Conclusioni della prima giornata

Interventi: *Marco Trabucchi, Associazione Italiana di Psicogeriatria*

Ore 17.45 - proiezione video *Immagini dal deserto: quando la fragilità apre alla vita* - con *Maria Macchiarulo, Fondazione Sant'Orsola Bologna*.

VENERDÌ 4 SETTEMBRE - mattina (Teatro comunale e Museo della Marineria)

Ore 9:00 - Apertura dei lavori della seconda giornata

A cura di: *Stefano Boffelli, Associazione Italiana Psicogeriatria*

Ore 9:30 - Workshop in parallelo: voce ai partecipanti

Sessioni di lavoro interattive e laboratori assistenziali. I tavoli vedranno la partecipazione attiva delle associazioni italiane e di tutti coloro che si occupano di Caffè Alzheimer o che svolgono quotidianamente attività di supporto per le persone con demenza e i loro caregiver.

Workshop 1 - Dalla rete alla sostenibilità: volontari, professionisti, luoghi e risorse per il futuro dei Caffè Alzheimer

Coordinatori: *Stefano Boffelli e Paolo Celli*

Workshop 2 - Un'idea di Caffè Alzheimer che guarda al futuro

Coordinatori: *Stefano Montalti e Silvia Vettor*

Workshop 3 - Modalità organizzative dei Caffè Alzheimer: tra qualità e sostenibilità

Coordinatori: *Claudia Cerutti e Chiara Vecchi*

Workshop 4 - La capacità adattativa del Caffè Alzheimer: flessibilità, personalizzazione e risultati

Coordinatori: *Stefano Govoni e Karin Keller*

Ore 11:30 - Relazione finale dei tavoli di lavoro e prospettive future per la costruzione di comunità inclusive.

Interventi: *Stefano Boffelli, Fondazione Poliambulanza di Brescia e AIP*

Ore 12:00 - Plenaria di chiusura e conclusioni del Forum

Interventi: *Massimo Fabi, assessore regionale alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna; e Coordinatore Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome; Stefano Montalti, Presidente Fondazione Maratona Alzheimer*

CON IL PATROCINIO DI



CON IL CONTRIBUTO DI

