

Newsletter AIP – 25 settembre 2026
n. 38/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La giornata Mondiale dell'Alzheimer
- Il nostro mondo è troppo complesso per essere "gestibile"?
- Cembrani: eventi dolorosi e responsabilità politica
- Un saluto a Zitòn, l'uomo più longevo d'Italia
- Ernesto Palummeri e la guida dell'anziano
- Per fortuna le RSA non sono tutte così
- La valutazione multidimensionale e la sua funzione

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo e l'ennesimo fattore di rischio di demenza

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA

- Il male che ferisce le persone e le organizzazioni in RSA: la responsabilità della governance
- Caregiver in Valle dell'Agrò

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Margherita
- Mappa nazionale AF

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Lunedì scorso si è celebrata la 33a Giornata Mondiale dell'Alzheimer.** Diventa **un momento** sempre **più importante per ricordare i nostri concittadini ammalati e le loro famiglie**, ma anche per richiamare l'attenzione della politica sul molto che deve ancora essere compiuto per raggiungere un minimo livello di civiltà nell'organizzazione di servizi.

Chiedo ai nostri lettori di inviarmi, se è possibile, l'elenco degli eventi ai quali hanno partecipato, in modo da rendere visibile il ruolo dell'AIP attorno a queste problematiche. Personalmente sono stato ad un evento molto partecipato e di grande interesse scientifico a Noto, organizzato dal dottor Andrea Crucitti. Ancora una volta, ho confermato la mia impressione che attorno alle problematiche geriatriche e psicogeriatriche la Sicilia costituisce un grande serbatoio di intelligenze e di impegno. A testimonianza dell'alto livello delle relazioni accludo le diapositive presentate da Crucitti; peraltro, ho avuto notizia dalla dottoressa Vernuccio, presidente AIP, che tutte le relazioni dei presentatori che accettano verranno pubblicate dal bollettino che la sezione siciliana ha in programma di organizzare nei prossimi mesi.

Personalmente domenica 20 ho partecipato all'Alzheimer Fest organizzata a Monza in una piazza molto bella della città. Un programma straordinariamente vivo; d'altra parte sotto la regia di Michele Farina non si ha mai tempo per riposarsi

Allego la perfetta e vivace descrizione dell'Alzheimer Fest di Monza, predisposta dai colleghi Lanni e Govoni, nella quale traspare l'atmosfera della giornata, gratificante e serena.

"Come descrivere l'Alzheimer Fest a chi non vi ha partecipato? Userò due ricordi per provarci. A Gavirate, sul lago di Varese, una decina di anni fa, forse era il primo o il secondo Alzheimer Fest. Partecipavo a una tavola rotonda sui farmaci e, tra gli altri, ha parlato quello che allora, con la rozza sensibilità di un ricercatore, avrei chiamato un paziente. Per fortuna la frequenza agli Alzheimer Fest mi ha cambiato. In parole spicciole, sono rimasto colpito dalla capacità di introspezione e di esposizione di quel "paziente" e ho capito che quello che credevo essere la malattia era qualcosa di diverso nelle diverse persone (non pazienti) e nelle diverse fasi della malattia e, da neurobiologo, il primo pensiero che ebbi fu: "ma come fa a conservare queste capacità nella malattia?" Questo cambia la prospettiva: si deve indagare non solo su neurodegenerazione e perdita, ma anche su abilità conservate e resilienza. L'ultimo ricordo è quello di ieri a Monza dove siamo andati io e Cristina (professoressa Lanni in altre riunioni) e lì, come molte altre volte, abbiamo incontrato Trabucchi e Mariapia Garavaglia. Come sempre agli Alzheimer Fest bisogna inserirsi non tra i congressisti, ma nel tessuto cittadino trovando i luoghi e sperando di avere in mano l'ultimo programma generato dal geniale Michele Farina e dal suo staff. Michele si è scusato con noi per alcune "imprecisioni" mentre ci accomodavamo sugli sgabelli di cartone emblematici di queste riunioni (non ne abbiamo ancora rubato uno, ma lo faremo). Fa così tutte le volte, credo che sia in realtà un metodo perché gli Alzheimer Fest non sono luoghi dove si fa una presentazione e si aspettano le domande, ma incontri tra persone che parlano e si fanno domande. Qualcuno, tra gli uomini, come me e il professor Trabucchi, usa ancora giacca e cravatta (ma io lo faccio anche a casa da solo) e agli Alzheimer Fest ho superato il mio maestro perché sono arrivato anche con un cappellaccio da cowboy, una maschera cinese e un cappellino da passeggio. Lo assicuro: era tutto funzionale al parlare con le persone.

La conversazione che stava terminando quando siamo arrivati Cristina ed io era sulla poesia e sull'arte. Michele mi ha bloccato su un "Govoni come blocco di marmo", ma ho facilmente rintuzzato: "Sì, alla ricerca di un Michelangelo che liberi quello che sono e voglio essere", e questo la poesia e l'arte lo fanno, quindi: ben venga l'Alzheimer Fest che a questo ci indirizza. L'analisi va molto oltre la presentazione scherzosa e ci dice di linguaggi da scoprire e usare perché non sono le persone con problemi cognitivi che non sanno spiegarsi: noi ci mettiamo del nostro a non voler imparare linguaggi diversi. Lo sa bene Cristina (biologa molecolare di talento) che sa avvicinare le persone e parlare loro con la musica e la danza e in questo modo sogna con me di riuscire a spiegare queste realtà così complesse tanto da essere talora ghettonizzate nel recinto delle "buone intenzioni" invece che radicate nella biologia degli esseri senzienti. Con Michele, sempre aleggiante Ariel shakespeariano, ci siamo trasferiti nel vicino Gazebo a parlare di Curabolario: un repertorio di parole, sfumature e linguaggi pensati appositamente per chi si prende cura degli altri, guidati da Donatella Puliga, scrittrice e docente all'università di Siena. Il curabolario è l'atto poetico e linguistico di inventare o riscoprire le parole adatte a raccontare e mediare la relazione asimmetrica tra due persone con diverse abilità cognitive. Così parte la discussione su due aspetti: "farsi piccoli" e la parola "vuoto". Così persone disomogenee per formazione, cultura, professione si sono aperte e hanno comunicato in modo paritario allo stesso tempo senza paure e senza schermi: un bell'esempio di come dovrebbe essere un dibattito senza prevaricatori e ruoli predeterminati, che ci sono e vengono reclamati, ma senza volontà di dominanza. Con Cristina si ragionava sul fatto che questa è certamente una delle anime dell'Alzheimer Fest ed anche che questo tipo di esercizio intellettuale sarebbe utile anche nelle nostre accademie dove le idee sulla ricerca e sulla scienza sono più spesso rigide che non rigorose. Dopo un rapido pasto abbiamo assistito in teatro allo spettacolo offerto da un gruppo di attori (Compagnia della Riserva, regia di Valerio Grutt) accompagnati dagli operatori sanitari del Sant'Orsola di Bologna, uno spettacolo esemplare per armonia, scenografia, musica e gestualità! Un altro regalo dell'Alzheimer Fest: ci si diverte sul serio e bene, non con il mezzo sorriso di sufficienza. Per noi era arrivato il momento di rientrare in sede. Le attività del Fest erano molte di più. Abbiamo

chiuso con una foto di Michele, Cristina e me sotto i grandi fiori di carta del festival e ci siamo detti che partecipare e ritornare gratificati, sereni e "imparati", nonostante i problemi di un'attività di ricerca pressante e complicata, è cosa che solo l'Alzheimer Fest può.

-Chiunque voglia capire il mondo nel quale gli anziani vivono, al fine di rendere meno faticosa la loro giornata, **deve cercare di interpretare gli eventi che sono immagine del nostro tempo e ne caratterizzano la complessità, spesso peraltro non facilmente interpretabile**. Mi riferisco, ad esempio, all'aggressione del 13enne alla sua professoressa; anche se non sono stati coinvolti anziani, l'evento rappresenta un modello di comportamento sociale che nel suo insieme induce grandissima preoccupazione. Si deve considerare che le persone di età avanzata sono sempre coinvolte, anche se non fisicamente, da situazioni sociali complesse, che determinano l'atmosfera della convivenza di una comunità. La vicenda di Roma ha visto coinvolti; 1. Una professoressa favorevole alla remigrazione, ma allo stesso tempo pronta a perdonare il suo aggressore (generosità a direzione variabile); 2. Uno studente sensibile ai gruppi suprematisti, dipendente dai social e con una famiglia assente, 3. Il giovane congolese salvatore della professoressa, generoso ospite di una casa famiglia. Se osserviamo con attenzione, vi sono tutte le componenti del nostro disagio contemporaneo (remigrazione come scelta politica, gruppi suprematisti non controllabili, famiglia assente, la casa famiglia al posto di una vera famiglia), insieme però a momenti positivi (il perdono, la generosità disinteressata). Con questo commento non voglio esprimere pessimismo sul nostro futuro collettivo, ma solo stimolare l'attenzione su eventi apparentemente secondari, ma che, invece, sono l'immagine per molti aspetti contraddittoria e difficile della nostra società complessa. Dobbiamo imparare ad accompagnare gli anziani fragili lungo queste strade difficili.

-Fabio Cembrani ha inviato le considerazioni che seguono sulle mancanze del sistema pubblico di fronte alla sofferenza degli anziani e delle loro famiglie. Grazie al nostro caro amico per i suoi contributi sempre appropriati. Ma fino a quando dovremo aspettare che qualche cosa si muova? Siamo certi, senza alcuna volontà polemica, che i soldi investiti nel cancellare i bolli auto per le piccole cilindrato non sarebbero stati di gran lunga meglio investiti per aumentare e migliorare i posti letto nelle RSA? Con i previsti 2.3 miliardi di euro si abbonano ai proprietari di auto 2-300 euro all'anno; invece con gli stessi soldi si poteva ridurre drasticamente il carico delle famiglie che spendono migliaia di euro al mese per le rette delle RSA, in particolare per le persone affette da demenza.

"Ciò che qualche giorno fa è accaduto a Saonara (Padova) non dovrebbe lasciarci indifferenti: un uomo di 70 anni ha soffocato e ucciso la suocera, una donna 96enne gravemente ammalata (anche di demenza) che, per quanto almeno risulta dai fatti di cronaca, non aveva però ancora maturato un punteggio sufficiente per il suo inserimento in una RSA per così sgravare la figlia e il di lei marito di quel carico assistenziale che da tempo era sulle loro spalle. Né può essere, per così dire, addomesticato invocando il raptus omicida o la presunta infermità di mente di quest'uomo, paradigmi a cui spesso si ricorre per normalizzare quelle realtà che sfuggono all'umana comprensione.

Non facciamolo perché tutti, le vittime in primo luogo, meritano il nostro massimo rispetto e per una volta dirigiamo il nostro pensiero critico al come oggi il nostro Paese sta affrontando la grande questione della cura della non autosufficienza (LTC). Documenti di intenti o di (presunte) buone intenzioni ne esistono molti, da ultimi il Piano Nazionale per l'Assistenza e la Cura della Fragilità e della non Autosufficienza 2025-2027 che ha fatto seguito al Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) approvato il 18 marzo 2026 dalla Conferenza unificata Stato-Regioni ed Enti locali: due Piani però approvati con il consueto italico ritardo rispetto al previsto ed ai quali è stato destinato un unico finanziamento (FNA) che non sarà certo in grado di correggere la fragilità del nostro sistema di LTC: una fragilità che è sotto gli occhi di tutti, destinata purtroppo ad acuirsi perché tutte le proiezioni ci dicono che nel 2050 gli over-65enni arriveranno a rappresentare il 37% della

popolazione.

Se è vero che il FNA è leggermente aumentato passando dagli 822 milioni di euro del 2022 ai 982,255 milioni di euro previsti per il 2025, per arrivare a 1,1 miliardi di euro nel 2027, vero è altrettanto che questo lieve incremento non è il risultato di investimenti strutturali ma da attrazione di risorse da altri capitoli di spesa come previsto dalla legge di stabilità 2022. Senza nessuna trasparenza sui criteri di riparto dei fondi tra le due platee di non autosufficienti essendo noto da tempo che le persone con disabilità assorbono una quota di risorse superiore al loro peso sul totale dei non autosufficienti, mentre agli anziani viene destinata una quota inferiore; come conferma l'ISTAT nel resoconto sulla spesa sociale dei Comuni visto che, nel 2023, il 27,5% della spesa sociale comunale è stato destinato alle persone con disabilità e soltanto il 14,8% agli anziani. Cosicché per il 2026 il FNA destinato agli anziani non autosufficienti prevede: (a) una quota fissa di 250 milioni di euro destinata al sostegno e al rafforzamento delle prestazioni socio-sanitarie previste dall'art. 1, comma 162, della legge n. 234/2021; b) una parte della quota indistinta che, tuttavia, non sarà nemmeno sufficiente a far fronte al nuovo LEPS previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2026, consistente in un'ora settimanale aggiuntiva di assistenza domiciliare da garantire a ogni persona non autosufficiente. Per la sua messa a regime occorrerebbero infatti almeno 80 milioni di ore di assistenza domiciliare all'anno, considerando i soli percettori dell'indennità di accompagnamento, con un costo complessivo stimato in circa 2 miliardi di euro annui.

Da qui l'amara conclusione che gli obiettivi previsti dal Piano per gli anziani (potenziamento dell'assistenza domiciliare, miglioramento dell'accesso ai servizi di sollievo e supporto alla funzione di cura) resteranno, per l'ennesima volta, un vuoto annuncio a conferma, purtroppo, della distanza sempre più ampia che esiste tra gli annunci e il piano di realtà vissuto nel quotidiano dalle persone non autosufficienti e dai loro familiari. Ai quali occorre finalmente guardare con serietà mettendoli al primo posto nell'agenda politica perché la non autosufficienza resta un'emergenza sociale non del futuro ma che ci riguarda da vicino. E che non possiamo scomporre in *cluster* separati, tipizzati sulla base dell'età anagrafica della persona perché il quadro generale con il quale dobbiamo oggi confrontarci è quello di una forte frammentazione – accompagnata da una sostanziale insufficienza – dei livelli di tutela previsti per categorie di persone tra loro differenti: le persone con disabilità infra-70enni; le persone non autosufficienti infra-70enni; le persone over-70enni con disabilità, sia autosufficienti che non autosufficienti; e, infine, gli over-80enni (i cosiddetti grandi anziani) non autosufficienti, caratterizzati da un elevato bisogno di assistenza. A patto di non voler creare altri disuguali tra uguali per non tradire quel diritto di uguaglianza e di pari considerazione che restano beni e libertà garantite sul piano costituzionale.”

-È morto ad Avigliano (Potenza) a 112 anni l'uomo più longevo d'Italia. La notizia ci ha indotto a considerare due aspetti, tra i molti che la notizia ha suscitato riguardo alla vita di uno "scrigno di storia". Il signor Zitòn è un "vero" ultracentenario, perché l'anagrafe del suo paese funzionava efficacemente anche cento anni fa (sono ben note a questo proposito le critiche riguardanti altri ultracentenari sparsi per il mondo, dei quali la data di nascita era approssimativa). Inoltre la notizia ha indotto alcune considerazioni di carattere generale; la storia indica una vita dedicata al lavoro dei campi e alla famiglia. Il sindaco di Avigliano: "la sua lunga vita, attraversata con semplicità, forza e amore per la famiglia e la sua terra, resterà nel cuore di tutti noi". La vita di Zitòn è un modello e la sua longevità ne è una conseguenza; ci poniamo, però, una domanda angosciante: gli aspetti positivi della sua vita possono essere patrimonio diffuso anche oggi nelle nostre comunità? Come dovremo lavorare per riprodurre alcune condizioni di fondo di quelle vissute da Zitòn in scenari completamente diversi rispetto a quelli attuali? Bando però al pessimismo e spazio a studi e sperimentazioni: non è un compito facile, ma è irrinunciabile per il nostro futuro.

-Di seguito un articolo del *Secolo XIX* nel quale il nostro collega Ernesto Palummeri prende posizione attorno al problema delle persone anziane alla guida. Riconosciamo l'importanza dell'argomento, ma rifiutiamo posizioni che risentono di atteggiamenti ageistici.

L'esperto

«Guidare in età avanzata aiuta a stare meglio Puntiamo sui controlli»

Il geriatra Palumneri: «L'autonomia nella mobilità è fondamentale»
«Chi rinnova le patenti, però, dovrebbe leggere il fascicolo sanitario»

Il geriatra Ernesto Palumneri - coordinatore della Rete Demenze per la Regione, ha diretto il dipartimento di gerontologia e scienze motorie presso l'ospedale Galliera e il dipartimento assistenza anziani della Asl 3 genovese - spiega come l'invecchiamento di per sé non influenzi la capacità di guidare.

Palumneri, oggi la popolazione si fa sempre più anziana e sono sempre di più anche gli ottantenni che guidano. Dal suo punto di vista, ci sono controindicazioni a condurre un'auto oltre una certa età?

«Dal punto di vista scientifico non è possibile definire un'età oltre la quale non si possa più guidare. A esempio, non è pensabile dire che dopo gli ottant'anni la patente non si possa più rilasciare. Ricordiamoci, che il 33 per cento della popolazione genovese ha più di 70 anni, per cui in strada, o al volante è più facile trovare persone di questa età».



Perché dal punto di vista medico non è possibile, ci spieghi meglio.

«Nel senso che l'invecchiamento non è un fenomeno che procede uguale per tutti: c'è chi invecchia più rapidamente, c'è chi molto più lentamente. Per cui possiamo trovare anche a 60 anni delle persone che sono molto fragili, dipendenti e non più in grado di mettersi al volante. Ma allo stesso mo-

“

ERNESTO PALUMNERI
GERIATRA

I nostri sensi si modificano quando invecchiamo
Tropo spesso si dimentica di controllare l'udito

do, possiamo trovare anche persone di 95 anni che sono, come si dice oggi, fit. Certamente non fanno i 100 metri in dieci secondi, però hanno delle buone performance».

Con l'andare avanti negli anni si è più soggetti a episodi di malori che possono colpire anche mentre si è alla guida?

«Durante la nostra vita pos-

sono succedere degli episodi non facilmente prevedibili, un ictus, un'emorragia cerebrale, per fare degli esempi, ma possono colpire anche chi è in perfetta salute. Sono episodi non prevedibili, ma a qualsiasi età».

Quindi, pare di capire che lei è contrario a mettere un limite di età per poter continuare ad avere la patente

«Sì assolutamente, perché c'è da considerare che uno degli aspetti più importanti nella prevenzione di un invecchiamento negativo vi è proprio l'autonomia della persona, uno dei fattori a rischio è l'isolamento sociale. Per cui il potersi muovere liberamente con i propri mezzi è sicuramente una cosa importante e aiuta la persona».

Gli ultimi episodi di cronaca hanno riportato l'attenzione sulle persone anziane che continuano a guidare. Servono più controlli durante le visite del rinnovo?

«Certo, bisogna puntare sui controlli più appropriati in sede di visita per il rinnovo. I nostri sensi si modificano quando invecchiamo, ed è per quello che le visite devono essere accurate, troppo spesso si dimentica di controllare l'udito, ma non deve essere sottovalutato, è un senso molto importante. Stessa attenzione deve essere prestata ai farmaci che si assumono. E poi, chi è nelle commissioni dovrebbe aver accesso al fascicolo sanitario della persona, dove c'è tutto».—

DI DIFFUSIONE REGIONATA

-Un quotidiano di una regione del nord ha pubblicato un articolo contenete anche queste parole virgolettate: "Gli insetti rinvenuti non erano nei piatti né nei pasti somministrati..."

Ho riportato questa frase perché nel mio ruolo, a tutti noto, di difensore del lavoro delle RSA e dell'impegno generoso e intelligente di migliaia di operatori, **ritengo che l'amministrazione che ha fatto un comunicato stampa come quello riportato andrebbe cacciata con ignominia.** Nel frattempo noi continuiamo a pubblicare aspetti della vita delle RSA che mostrano la quantità e la qualità dell'impegno di moltissime realtà assistenziali verso i nostri concittadini anziani e fragili. I cretini, i ladri, gli imbelli non ci fermano, anche se purtroppo offrono motivazioni negative ai nemici del nostro sistema di residenzialità dell'anziano.

-Un gruppo di cittadini ha scritto ad un giornale lamentandosi perché nella documentazione per essere ammessi in una RSA compariva anche la domanda sul tipo

di stufa attiva nella casa del richiedente. Cosa c'entra sapere di una stufa a legna, a kerosene o del riscaldamento autonomo? Anche se la polemica mi sembra quasi ridicola, dobbiamo dichiarare apertamente che una valutazione completa della condizione di salute e di vita di un anziano può comprendere anche la stufa di casa e il suo funzionamento. È, infatti, certamente diversa la condizione economica di chi vive in un appartamento con il riscaldamento centralizzato da quella di chi si scalda con una stufa a legna. È una manifestazione di difficoltà economica che può avere un ruolo non secondario nella decisione sull'accesso o meno in una RSA. Inoltre, la salute di chi non dispone di un sistema centralizzato potrebbe subire conseguenze negative (scarsa stabilità delle temperature nel corso della giornata e della notte). La valutazione della tipologia di stufe non può quindi essere ridicolizzata; una decisione giusta ed equilibrata deve disporre del massimo numero di informazioni. In questo caso, quindi, insieme sulla condizione di benessere economico e sulla possibilità concreta di proteggersi dal freddo: non sono certo parametri di scarso rilievo.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo commenta l'ennesimo studio sui fattori di rischio di demenza. Ogni volta che viene messo in luce un nuovo aspetto critico in questo ambito ci preoccupiamo; la problematica della prevenzione delle demenze è ancora completamente aperta e quindi ogni nuovo fattore è motivo di ulteriore elaborazione. Però, come già abbiamo discusso in questa newsletter, è doveroso cercare di costruire nel prossimo futuro un modello epidemiologico in grado di dare un'immagine non parcellare né confusa della problematica. Non basta, come ho fatto io, consigliare ai miei nipoti che hanno avuto una bellissima Margherita di non darle nulla di dolce (in ogni modo non avrò alcune possibilità di verificare direttamente se lo studio presentato da Mauro ha fondamento, ma forse nemmeno lui, anche se è molto più giovane!).

"Lunedì 14 settembre mattina, nella sala polifunzionale della Fondazione Golgi Cenci, stavo aspettando l'arrivo degli ultimi dei 40 partecipanti ad un incontro nell'ambito dell'iniziativa "ReteDem.Ab" [<https://www.golgicenci.it/retedem-ab/>] ("fare rete per la persona con demenza nell'abbiatense"), quando, quasi per caso – sfogliando il telefonino - mi sono imbattuto in un articolo uscito sul numero del 25 agosto di *Neurology*. Catturato dal titolo, ottengo all'istante il testo intero – purtroppo non liberamente disponibile in rete – da un giovane entusiasta neurologo operativo presso il settore neuropatologico della Fondazione, che ringrazio per avere sfruttato il suo contatto universitario. Tradotto, il titolo recita "Associazione tra la restrizione di zuccheri in utero e fino ai 2 anni di età e il rischio di demenza in età adulta" [1].

L'articolo è opera di una collaborazione fra istituzioni in Cina (Guangzhou), Regno Unito [UK (Liverpool)], Danimarca (Aalborg) e Polonia (Bialystok), che ha sfruttato dati dalla biobanca UK relativi ad un "esperimento naturale": un simile disegno quasi-sperimentale era già stato utilizzato in precedenza in altre indagini. Nel luglio 1942 il Regno Unito era stato costretto dagli eventi bellici ad adottare una politica di razionamento dello zucchero, nell'ambito di un più ampio sforzo di razionamento alimentare. Il razionamento dello zucchero in Gran Bretagna limitò gli zuccheri aggiunti senza comportare una drastica riduzione dell'apporto calorico, offrendo un termine di paragone unico rispetto ad altre condizioni di esposizione estrema (di privazione e carestia), fornendo al contempo indicazioni sul ruolo della nutrizione nella prima infanzia nel determinare gli esiti di salute a lungo termine. La fine del razionamento dello zucchero nel settembre 1953 può essere considerata un esperimento naturale, poiché ha rappresentato un cambiamento di politica improvviso e su larga scala che ha coinvolto la popolazione, senza alcuna pianificazione o manipolazione da parte dei ricercatori. Gli individui nati prima e dopo tale data sono stati esposti a livelli diversi di zucchero durante periodi critici dello sviluppo. Coloro che sono nati prima del giugno 1954 hanno vissuto il periodo di razionamento dello zucchero (inclusa l'esposizione "in utero"), mentre i nati successivamente hanno avuto accesso allo zucchero senza restrizioni. Ciò ha determinato una distinzione naturale tra i gruppi, basata sulla data di nascita.

Per gli approfondimenti avanzati in questa indagine esistono presupposti suggeriti da studi sia su animali che sull'uomo, compreso il diabete materno. In uno studio del 2018, il consumo materno di saccarosio è risultato inversamente associato ai punteggi di abilità non verbale a metà dell'infanzia. 2 anni dopo, è stato osservato che i punteggi relativi allo sviluppo cognitivo dei lattanti a 24 mesi

sono risultati inversamente correlati al consumo materno di fruttosio durante il primo mese post-natale.

Dal circa mezzo milione di iscritti – tra il 2006 ed il 2010 - alla biobanca UK (di età compresa fra 40 e 70 anni), sono stati estratti i dati di 64.737 partecipanti – 54,6 % donne -, di età media 54,6 anni al momento del reclutamento: 40.963 individui sono stati esposti al razionamento dello zucchero durante la vita fetale e/o la prima infanzia, mentre 23.774 non vi sono stati esposti. L'esposizione è stata classificata come: razionamento solo "in utero", "in utero" più il primo anno di vita, "in utero" più i primi 1-2 anni di vita, oppure assenza di esposizione. I casi di demenza incidente sono stati individuati incrociando i dati con la classificazione ICD-10. In una sotto-coorte sottoposta a neuroimmagini mediante risonanza magnetica nucleare è stata valutata anche la funzione cognitiva, adoperando numerosi test validati che coprono differenti ambiti cognitivi, scelti accuratamente allo scopo di fornire approfondimenti esaurienti sui diversi aspetti della funzione cognitiva. Tra questi ambiti figuravano: le funzioni esecutive, valutate mediante il Trail Making Test (parti A e B); il ragionamento verbale e numerico (intelligenza fluida); la memoria di lavoro, misurata tramite il compito del ricordo di cifre all'indietro ("backward digit span"); la velocità di elaborazione complessa, valutata con il test di sostituzione simbolo-cifra; la memoria dichiarativa verbale, esaminata mediante l'apprendimento di coppie associate; e il ragionamento non verbale, misurato utilizzando il test di completamento di matrici.

In sintesi, i risultati ottenuti applicando metodiche statistiche adatte a descrivere l'evoluzione di popolazioni in funzione della disponibilità di risorse [#], e tenendo conto della mortalità come fattore competitivo [@], sono:

L'esposizione al razionamento "in utero" e durante i primi 1-2 anni di vita ha ridotto del 23-28% il rischio di demenza (per tutte le cause) e di malattia di Alzheimer, ritardando l'insorgenza della patologia fino a 2,8 anni. Gli effetti sulla demenza vascolare sono qualitativamente simili, ma senza raggiungere la significatività statistica.

Gli effetti protettivi si sono rivelati più marcati all'aumentare della durata dell'esposizione (come chiaramente illustrato nelle figure).

Gli effetti protettivi del razionamento dello zucchero nella prima infanzia contro la demenza sono risultati più marcati nelle donne. Al contrario, non sono state osservate differenze significative tra i genotipi APOE4.

Il diabete e l'ipertensione hanno mediato congiuntamente il 25,5% di tale associazione, mentre il peso alla nascita ha contribuito solo per il 2,7%.

I partecipanti appartenenti al gruppo soggetto a razionamento dello zucchero presentavano un volume maggiore di sostanza grigia e una minore presenza di iperintensità della sostanza bianca.

Il gruppo sottoposto a razionamento ha mostrato anche prestazioni migliori in termini di velocità di elaborazione, ragionamento e memoria.

Test placebo [§] e 3 coorti di controllo o di validazione esterna hanno ulteriormente confermato la specificità e la robustezza dei risultati.

Nella discussione di quello che viene presentato come il primo studio ad esplorare un effetto protettivo del razionamento dello zucchero durante i primi 1.000 giorni di vita sul rischio di demenza a lungo termine, gli Autori estendono la ipotesi della "origine fetale delle malattie" alla demenza. In effetti, negli studi condotti sull'uomo, l'assunzione materna durante la gravidanza di zuccheri totali e aggiunti – in particolare nel secondo trimestre di gestazione – è stata associata ad alterazioni della struttura cerebrale del neonato. Inoltre, l'assunzione materna di fruttosio durante il primo mese dopo il parto è inversamente correlata ai punteggi di sviluppo cognitivo dei bambini all'età di 24 mesi.

La differenza collegata al sesso osservata in [1] trova riscontro negli studi sugli animali: nei topi femmina, la proporzione di neuroni attivi nelle regioni cerebrali coinvolte nei circuiti di regolazione cognitiva ed emotiva (ad esempio, il nucleo del letto della stria terminale) è più del doppio rispetto a quella osservata nei maschi. Di conseguenza, il cervello femminile potrebbe mostrare una risposta più marcata alle influenze nutrizionali precoci, determinando effetti più pronunciati sulla funzione cognitiva.

La indipendenza degli effetti della restrizione dal genotipo APOE4 potrebbe riflettere l'indipendenza degli interventi sul metabolismo degli zuccheri dalla patologia Aβ/Tau e si allinea con studi precedenti

che hanno evidenziato gli ampi benefici dell'assunzione di integratori (glucosamina) nei diversi genotipi APOE.

Sono ipotizzabili diversi percorsi fisiopatologici plausibili – indicati in bibliografia - a supporto dei risultati di [1]. L'assunzione eccessiva di zuccheri – attraverso l'elevazione della glicemia e la insulino-resistenza – può compromettere la funzione della placenta, responsabile a valle di un cattivo sviluppo del cervello fetale. La placenta può poi venire attraversata da citochine infiammatorie – indotte ancora dalla assunzione eccessiva di zuccheri – che rischiano di compromettere nel feto la neurogenesi e la plasticità sinaptica. La riduzione nel carico di iperintensità alla sostanza bianca e le migliori prestazioni cognitive possono derivare dalle influenze che la nutrizione nelle prime fasi della vita hanno sulla maturazione sinaptica e la mielinizzazione, tenendo conto degli effetti nefasti della insulino-resistenza e della disregolazione cardiometabolica sui piccoli vasi cerebrali.

A questo punto, io stesso mi sono posto delle domande sulle possibili ricadute concrete di una ricerca che a tutta prima potrebbe apparire puramente speculativa:

A. cosa si intende per "restrizione"

B. quale utilità pratica deriverebbe da una politica sanitaria "restrittiva"?

ecco le risposte suggerite (in prevalenza proprio alla fine della discussione! ...) dall'articolo stesso:

A. L'apporto di zucchero durante il periodo di razionamento era in linea con le attuali linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e con le Linee guida dietetiche degli Stati Uniti e dell'American Heart Association (AHA), il che ne conferma la rilevanza.

B. Dal punto di vista della sanità pubblica, questi risultati sono di particolare rilevanza per le popolazioni esposte a elevati livelli di zuccheri aggiunti o liberi durante la gravidanza e la prima infanzia, in particolare nei contesti socio-economicamente svantaggiati.

La conclusione è che il razionamento dello zucchero nelle prime fasi della vita potrebbe rappresentare una strategia efficace e indipendente dal genotipo per ridurre il rischio di demenza, in particolare nelle popolazioni femminili.

modelli di Cox e di Gompertz, aggiustati per diverse covariate [socio-demografiche (compreso l'indice di deprivazione di Townsend, per misurare lo svantaggio materiale e sociale di una area geografica); abitudini di vita (fumo, alcol, attività fisica); stato di salute e complessione fisica (indice di massa corporea); informazioni sull'anamnesi familiare e sulle condizioni materne, quali il fumo in gravidanza, l'allattamento e il peso alla nascita

@ modello di Fine-Gray

§ confronto con malattie che hanno meno probabilità di essere influenzate dall'esposizione allo zucchero in utero o nei primi anni di vita, quali il diabete di tipo 1 e il melanoma

[1] Zheng, J., Lip, G. Y. H., Zhang, Z., & Lee, S. W. R. (2026). Association of Sugar Restriction in Utero Through Age 2 Years on Dementia Risk Later in Life. *Neurology*, 107(4), e218313. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000218313>

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA

La sezione dedicata alle RSA pubblica i contributi di Adelaide Biondaro e di Silvia De Rizzo

- "Il male che ferisce le persone e le organizzazioni in RSA: la responsabilità della governance" di Adelaide Biondaro

In questo torrido agosto abbiamo letto, purtroppo, alcuni episodi di violenza e maltrattamento all'interno di RSA molto vicine alle nostre.

La prima reazione è inevitabilmente quella di cercare una responsabilità individuale.

È giusto che sia così: ogni comportamento lesivo della dignità e dell'integrità di una persona anziana deve essere accertato e perseguito. Ma fermarsi al singolo episodio rischia di non cogliere una

domanda più difficile: quali condizioni organizzative hanno consentito che quel comportamento potesse verificarsi?

La qualità dell'assistenza non dipende soltanto dalla professionalità del singolo operatore. Dipende dal clima organizzativo, dalla formazione, dalla stabilità delle équipes, dai carichi di lavoro, dalla capacità di intercettare precocemente stress e burnout, dalla presenza dei coordinatori, dalla qualità della comunicazione interna e, soprattutto, dalla chiarezza della direzione strategica.

Per questo la prevenzione dei maltrattamenti comincia molto prima dell'attività che si svolge quotidianamente nei Nuclei di assistenza.

In tutte le RSA l'organo politico-amministrativo, cioè il Consiglio di Amministrazione e il Presidente in primis, e la Direzione hanno responsabilità diverse, ma devono condividere una medesima visione. Se l'organo di governo indica la rotta, la Direzione costruisce l'organizzazione capace di percorrerla. Quando questa relazione funziona, le scelte sul personale, sugli investimenti, sulla formazione, sui modelli assistenziali e sulla qualità non sono decisioni isolate, ma parti di una strategia coerente.

Quando invece questa sinergia viene meno, il rischio è quello di un'organizzazione che procede per emergenze. Per meglio precisare: viviamo in un'epoca dove anche le organizzazioni più solide sono messe a dura prova da contingenze emergenziali; basti pensare agli aumenti dei costi determinati dai conflitti, alla carenza di personale a tutti i livelli e alle risorse pubbliche inadeguate rispetto alla domanda di bisogni degli anziani. Se a questa situazione si accompagna un'organizzazione che opera "per emergenze", la gestione quotidiana finisce per prevalere sulla programmazione, rendendola costantemente sotto pressione con il rischio progressivo di perdere la capacità di vedere i propri segnali di fragilità.

Una Direzione forte non è quella che interviene soltanto quando qualcosa è accaduto. È quella che costruisce le condizioni perché sia meno probabile che accada. Significa, cioè, conoscere ciò che avviene nei Nuclei, utilizzare indicatori organizzativi, monitorare assenze e turnover, verificare i carichi assistenziali, ascoltare Coordinatori e Operatori, investire nella formazione, analizzare reclami e segnalazioni, promuovere audit e costruire spazi nei quali le difficoltà possano essere dichiarate prima di trasformarsi in comportamenti inappropriati.

Ma la Direzione può esercitare pienamente questa funzione solo se sostenuta da una governance consapevole. Un Consiglio di Amministrazione non deve sostituirsi alla gestione, così come la Direzione non deve sostituirsi all'organo politico. Occorre un'alleanza istituzionale fondata sulla distinzione dei ruoli e sulla condivisione degli obiettivi.

La vera sicurezza, infatti, non nasce soltanto da procedure e controlli. Nasce da una cultura organizzativa nella quale tutti sappiano che la dignità della persona anziana rappresenta il criterio con cui valutare ogni scelta, dal bilancio alla dotazione del personale, dalla formazione alla progettazione dei servizi. Con il massimo coinvolgimento di tutti i professionisti, a tutti i livelli, che operano all'interno della RSA.

Concludendo: gli episodi di violenza, che vanno assolutamente condannati, non possono essere spiegati automaticamente con una carenza organizzativa, né può essere attenuata la responsabilità di chi li commette. Ma ogni episodio deve obbligare tutte le organizzazioni, anche quelle più virtuose, a interrogarsi su sé stesse.

La qualità dell'assistenza è sempre il risultato di una strategia che si può considerare il primo atto di cura."

- "Caregiver in Valle dell'Agno" di Silvia De Rizzo

" Un progetto sperimentale per il sostegno a chi si prende cura di un proprio caro è in corso nella Valle dell'Agno e vede l'impegno congiunto dell'IPAB Centro Servizi Sociali Villa Serena, di Veneto Lavoro, di AULSS8 Berica, dei comuni di Valdagno, Trissino, Castelgomberto, Recoaro Terme, e Brogliano (VI). L'idea innovativa è di sostenere chi si assiste un proprio caro non solo durante l'esperienza di cura, ma anche quando l'esperienza finisce.

Spesso l'accudimento quotidiano di una persona non autosufficiente comporta la rinuncia al lavoro o il ridimensionamento dell'attività professionale, soprattutto per le donne. E il reinserimento nel mercato del lavoro, quando si termina di essere un caregiver, si rivela in molti casi difficoltoso o dequalificante.

Il progetto che si sta sperimentando ha come obiettivo di non lasciare sole e soli i caregiver della Valle dell'Agno, garantendo percorsi di reinserimento lavorativo dedicati a chi, a sua volta, ha dato tanto alla nostra società assistendo una persona nella quotidianità. La consapevolezza di questa opportunità può inoltre contribuire a fare in modo che la scelta di dedicarsi ad un proprio caro, sia esso coniuge, parente o convivente, non sia appesantita dall'incertezza sul proprio futuro!

Ciascuno degli Enti che partecipa al progetto già mette in campo molteplici azioni per i caregiver, ma ora le energie si mettono insieme e il coinvolgimento di Veneto Lavoro apre un campo ancora inesplorato. Quindi:

L'Azienda Sanitaria si attiva per la salute dei curacari, attraverso attività di prevenzione e di monitoraggio periodico delle loro condizioni psico-fisiche; funge inoltre da catalizzatore per il collegamento e il coordinamento con il terzo settore e le amministrazioni.

I 5 Comuni identificano i casi, captano i fabbisogni dei caregiver, definiscono le modalità di rilevazione condivise e in rete.

Il CSS Villa Serena rafforza la formazione permanente, sia tecnica che psicologico/relazionale, lo sviluppo dei servizi sul territorio, la diffusione di una cultura della cura condivisa e partecipata. Costituisce inoltre una opportunità di impiego, se la persona intende valorizzare le proprie abilità assistenziali acquisite durante l'esperienza di caregiving.

Veneto Lavoro mette in campo azioni per effettuare un bilancio delle competenze in possesso del caregiver che ha terminato la sua esperienza, per verificarne la compatibilità con percorsi formativi e di riqualificazione professionale e per consentire la ricollocazione lavorativa delle persone, sia nel tessuto produttivo locale che nei servizi socio assistenziali.

Flessibilità, ascolto e sinergia ispirano e guidano il progetto in sperimentazione, con la fiducia e la speranza che i collegamenti rafforzino la serenità di chi cura e diano valore all'esperienza."

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Testi di Margerita

-Allego l'elenco, a molti già noto, delle sedi dove si è tenuta e dove si terranno le prossime AF; come si può vedere, in ottobre l'evento si trasferirà in Sicilia, con sette tappe. Io cercherò di onorare gli amici che organizzano gli eventi con la presenza a Palermo, Agrigento, Nicosia.



-**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.

Un saluto ai nostri lettori, ripetendo il caloroso invito alla collaborazione.

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

OLTRE LA DIAGNOSI: IL PAZIENTE CON DISTURBI COGNITIVI NEI DIVERSI AMBIENTI DI CURA

**Sala Gagliardi di Palazzo Trigona
Noto – 19 Settembre 2026**



**Alterazioni cognitive e
comportamentali:
il valore prognostico di MCI e MBI**

Andrea Crucitti



EPIDEMIOLOGIA DELLA DEMENZA

La demenza rappresenta una delle principali **sfide sanitarie del XXI secolo** a causa dell'invecchiamento della popolazione globale.



MONDO

PREVALENZA



57
milioni

INCIDENZA ANNUA



10
milioni



ITALIA

PREVALENZA



1,43
milioni

INCIDENZA ANNUA



250.000
nuovi casi/anno



SICILIA

PREVALENZA



95.000

INCIDENZA ANNUA



15.000
nuovi casi/anno

Table 4 – Estimated number of people living with dementia 2025 – EU27 countries

Country	Men	Women	Total	% of total population
Austria	59 746	112 389	172 136	1.89
Belgium	77 108	144 620	221 728	1.89
Bulgaria	36 826	78 375	115 201	1.72
Croatia	22 417	51 385	73 801	1.92
Cyprus	6 131	10 138	16 268	1.19
Czechia	60 365	118 283	178 648	1.68
Denmark	40 684	67 345	108 029	1.80
Estonia	6 850	19 954	26 803	1.99
Finland	40 868	76 689	117 556	2.09
France	471 780	946 015	1 417 794	2.13
Germany	644 122	1 203 355	1 847 478	2.20
Greece	80 562	155 911	236 473	2.38
Hungary	48 939	113 178	162 117	1.68
Ireland	26 998	42 951	69 949	1.32
Italy	491 187	945 672	1 436 859	2.43
Latvia	8 922	27 179	36 102	1.95
Lithuania	13 058	38 354	51 412	1.82
Luxembourg	3 350	5 855	9 205	1.35
Malta	3 483	5 993	9 476	1.74
Netherlands	117 838	194 791	312 628	1.70
Poland	191 414	426 766	618 180	1.62
Portugal	79 857	158 544	238 401	2.29
Romania	94 271	194 560	288 831	1.53
Slovakia	24 267	51 601	75 869	1.39
Slovenia	13 235	26 507	39 742	1.88
Spain	332 305	651 615	983 920	2.05
Sweden	76 579	124 522	201 100	1.89
Total	3 073 159	5 992 547	9 065 706	2.02

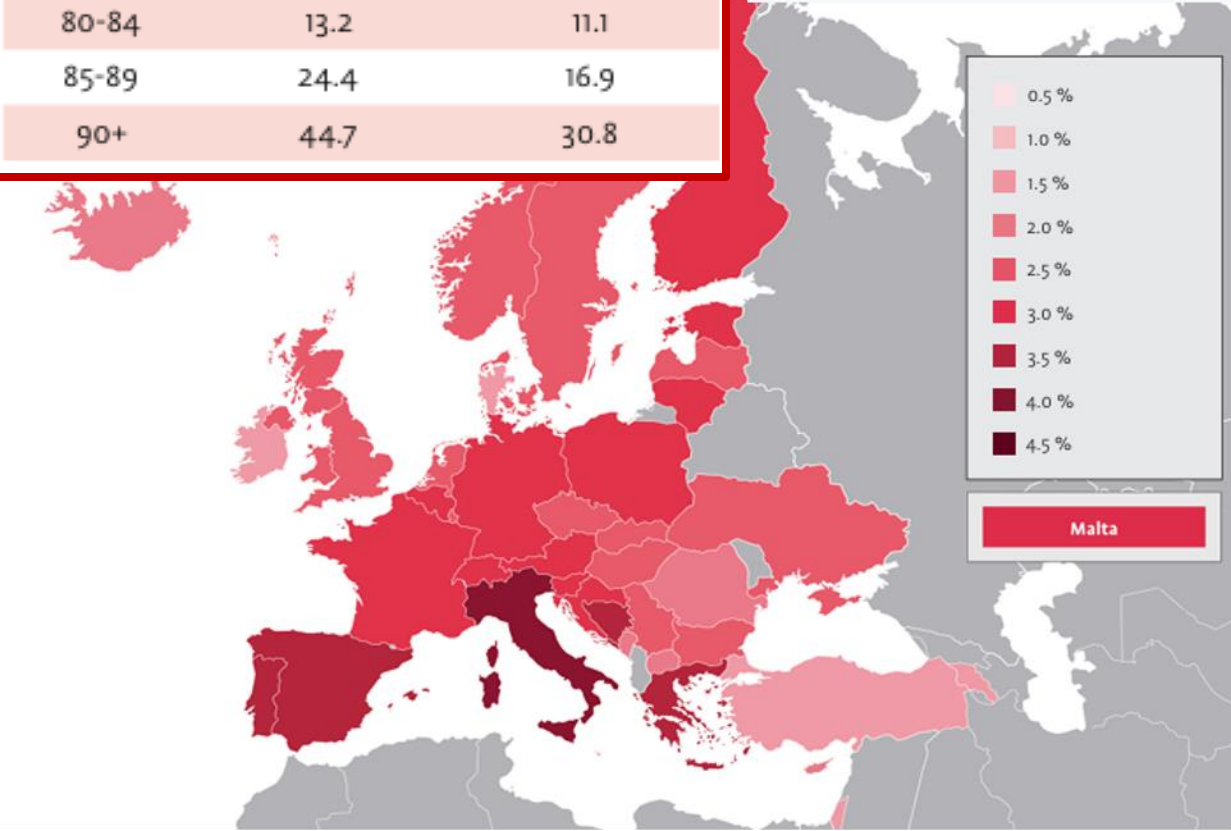
Table 3 – Estimated prevalence rates, stratified by age and sex

Age group	Prevalence in women	Prevalence in men
30-59	0.1	0.2
60-64	0.9	0.2
65-69	1.4	1.1
70-74	3.7	3.7
75-79	8.0	7.2
80-84	13.2	11.1
85-89	24.4	16.9
90+	44.7	30.8



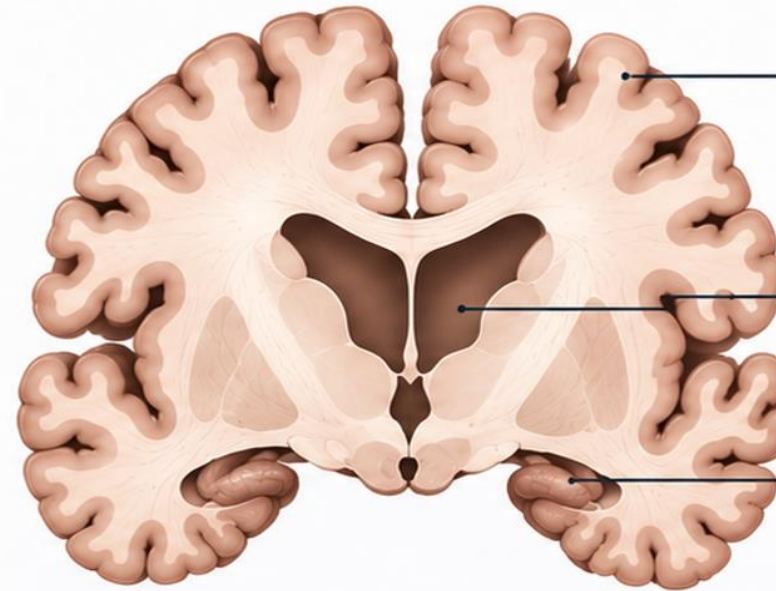
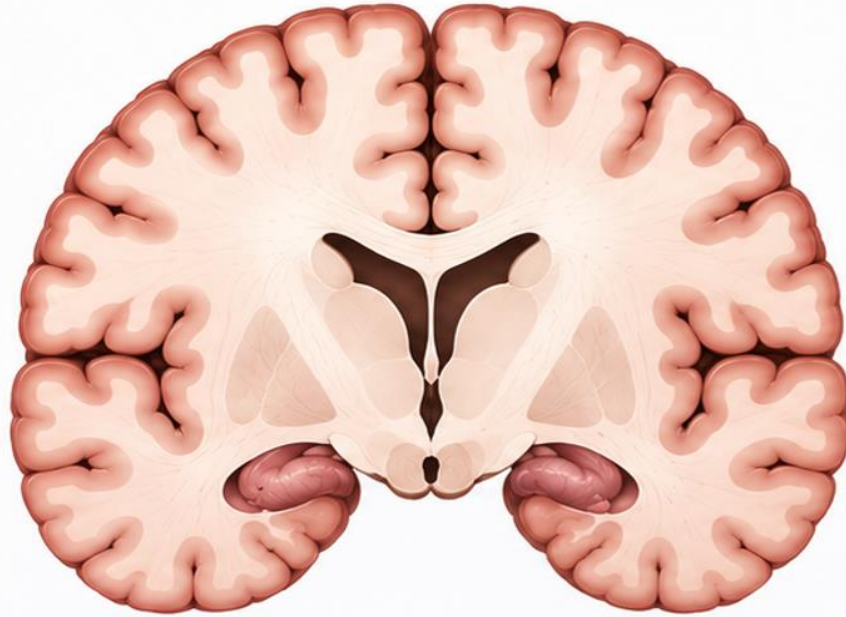
CHANGE
+5,270,082

+58.1%
(2050 vs 2025)



Map 3 – Heat map of dementia as a percentage of the total population of each country in 2050

INVECCHIAMENTO E CERVELLO



Assottigliamento
corteccia
cerebrale

Ventricoli
ingranditi

Riduzione del volume
ippocampale



Allargamento dei
solchi cerebrali

Riduzione del
volume complessivo

Normal Cognitive Aging

Caroline N. Harada^{a,b}, Marissa C. Natelson Love^c, and Kristen Triebel^d

- **Riduzione del volume della materia grigia e della sostanza bianca** e cambiamenti della loro struttura, diminuzione dei livelli dei neurotrasmettitori
- **Il normale processo di invecchiamento è associato a un declino di alcune capacità cognitive**, come la velocità di elaborazione e alcune abilità relative a memoria, linguaggio, funzioni visuospatiali e funzioni esecutive
- Al contrario **alcune abilità cognitive possono persino migliorare con l'età**, come il lessico
- I cambiamenti età-relati nella cognizione presentano grande **variabilità inter-individuale**, determinata da fattori bio-psico-socio-ambientali
- Questi cambiamenti sono di lieve entità e **non comportano una compromissione della funzione** dell'individuo



L'invecchiamento cerebrale patologico, oltre a modifiche strutturali più o meno accentuate, comporta un **progressivo e marcato deterioramento delle funzioni cognitive**.



È caratterizzato da una significativa **riduzione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana** (inizialmente quelle più complesse, poi quelle più semplici nelle fasi più avanzate) fino a un quadro di demenza conclamata.



DEMENZA CONCLAMATA

Gli interventi sono prevalentemente sintomatici



Riabilitazione
cognitiva e funzionale



Rallentamento
della progressione



Gestione
dei sintomi



Prevenzione
e trattamento
delle complicanze

INTERCETTARE I PAZIENTI A RISCHIO

La chiave è riconoscere
i segnali precoci



Il primo approccio
resta sempre
quello clinico



Riconoscimento delle
condizioni prodromiche

- Mild Cognitive Impairment (MCI)
- Mild Behavioural Impairment (MBI)
- Late-onset depression



Biomarcatori di laboratorio
e tecniche di imaging



Prevenzione
e trattamento



MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

«stato cognitivo intermedio tra quello dell'invecchiamento normale e la demenza»



- Preoccupazione dell'individuo per disturbi della memoria
- Il lieve deficit mnesico è documentato, con valori anormali per età e scolarità
- Funzione cognitiva generale conservata
- **Normali abilità** nelle attività di vita quotidiane
- **Assenza di demenza**



**Funzionamento cognitivo premorbo
Sensibilità dei test usati
Risultati operatore-dipendenti**

Classificazione clinica del Mild Cognitive Impairment (MCI)

RIFERITI DEFICIT COGNITIVI

Declino cognitivo oggettivabile - Assenza di demenza - Autonomia funzionale conservata

MCI

Deficit di memoria?

SI

MCI amnestico

Solo memoria

MCI amnestico a singolo dominio

Eziologia più frequente: AD - depressione

Memoria e altri domini cognitivi

MCI amnestico multidominio

Eziologie possibili: AD – VCI - depressione

NO

MCI non amnestico

Singolo dominio – non memoria

MCI non amnestico a singolo dominio

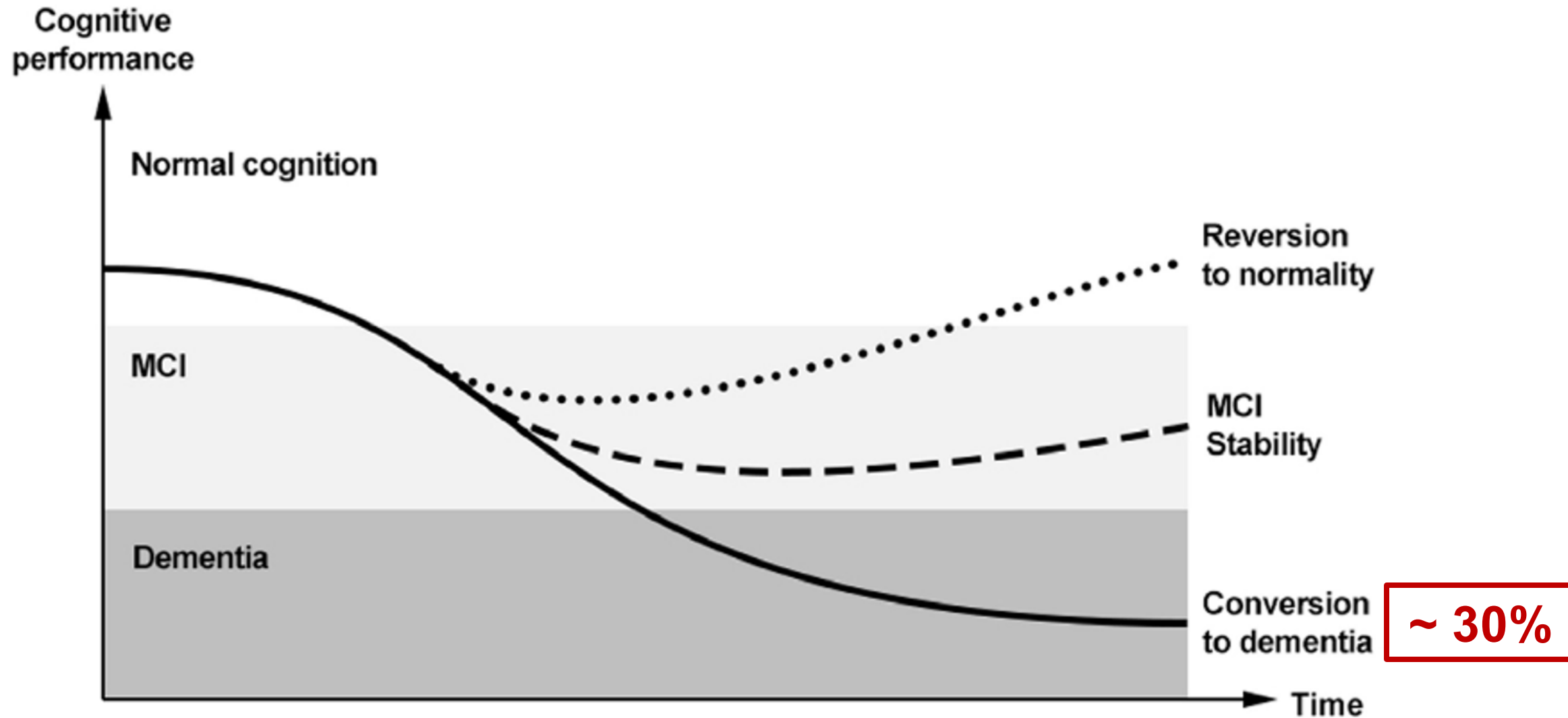
Eziologie possibili: FTD - AD

Più domini - non memoria

MCI non amnestico multidominio

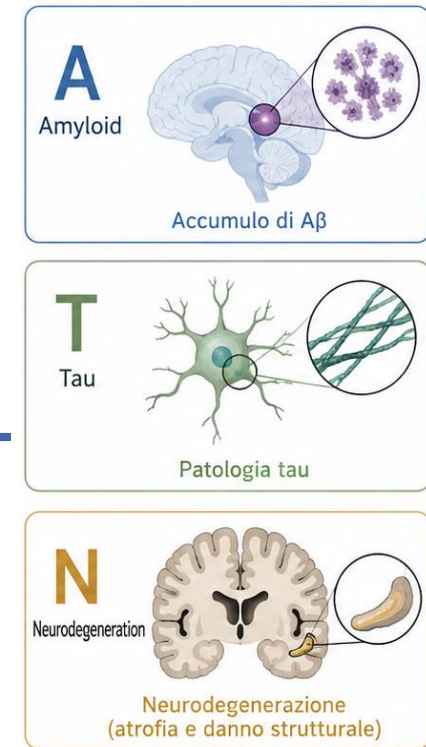
Eziologie possibili: DLB – AD - VCI

Possibili «traiettorie cognitive» in funzione dell'età



Fattori associati a conversione di MCI in demenza (AD)

- **Sottotipo amnesico**
- Allele **APOE $\epsilon 4$**
- Alto **carico di comorbidità somatiche** (cardiovascolari e diabete)
- Significativa **iperintensità della sostanza bianca** (RM)
- **Depressione**
- **Riserva cognitiva**
- Riscontro di **accumulo cerebrale di $A\beta 42$** (PET)
- **Ridotta concentrazione di $A\beta 42$ e aumentata di p-tau** (LCS)
- Bassi valori del **rapporto $A\beta 42/A\beta 40$ ed elevati di p-tau** (plasma)
- **Atrofia ippocampale o temporo-mesiale** (RM)
- **Ipometabolismo temporo-parietale** (FDG-PET)



REVIEW ARTICLE

The prognosis of mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis

CLINICAL vs POPULATION SETTINGS

89 MCI studies, > 33000 individuals
66 studies in clinical-settings
Follow-up ≥ 3 years (mean 5.2 y)

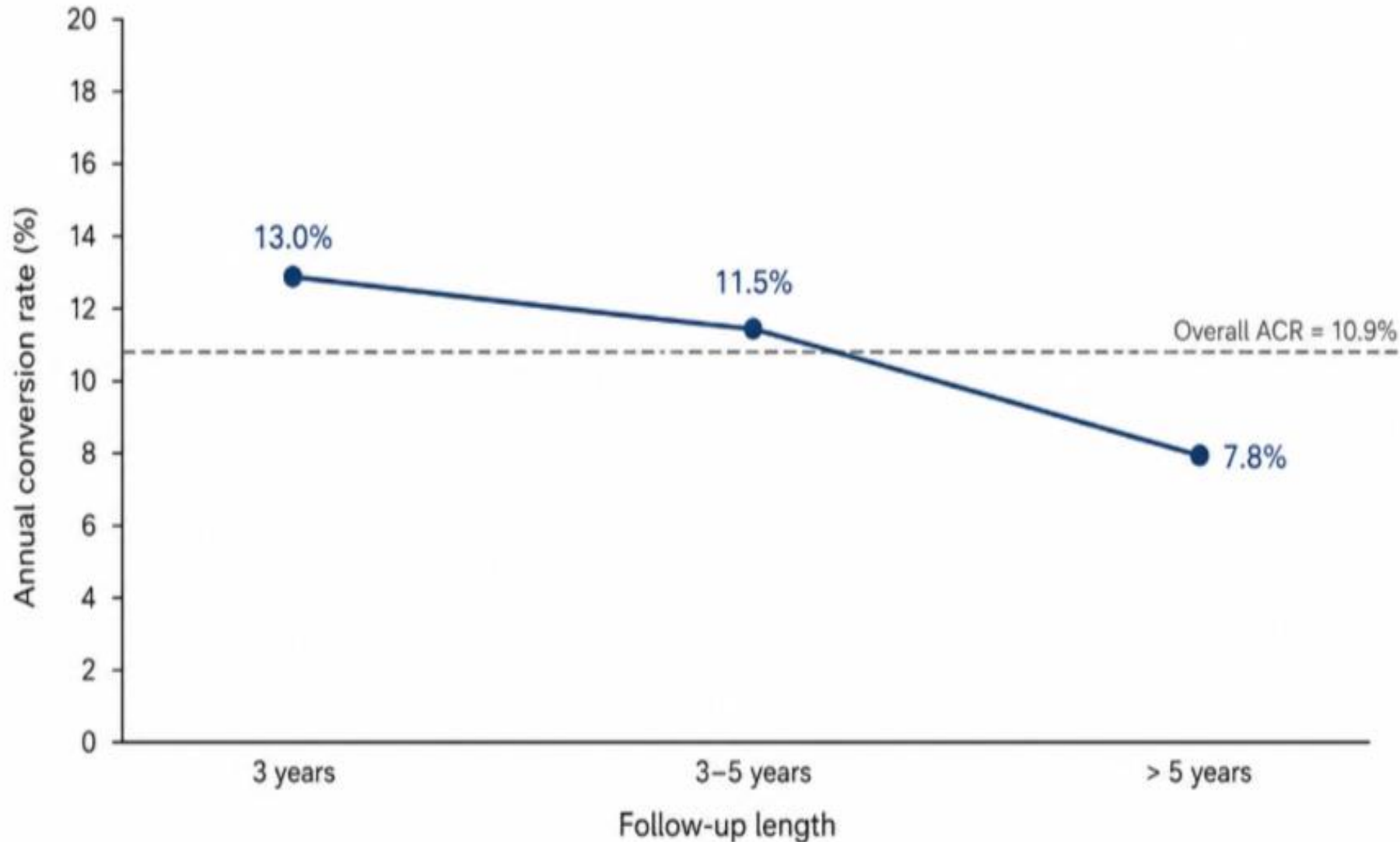
Most common outcome: AD

RISK OF CONVERSION:
41.5% vs 27%

STABILITY:
49.3% vs 49.8%

REVERSION:
8.7% vs 28.2%

Annual Conversion Rate (ACR) from MCI to All-Cause Dementia in Clinical Studies



About half or even more of the MCI population does not progress to dementia during follow-up

Stratifying dementia risk within the MCI population is therefore **essential for public health strategies** (therapy, modifiable risk factors, protective lifestyles)

Integration of validated biomarkers into the assessment of cognitive disturbances?



INTERCEPTOR - “On the early diagnosis of the prodromal stage of Alzheimer disease. The Progression from mild cognitive impairment (MCI) to dementia: the role of biomarkers in the early interception of patients to whom provide future disease-modifying drugs”

Early identification of individuals at high risk of progression to dementia is crucial for public health strategies!



A IFA and Ministry of Health launched the **INTERCEPTOR** project in March 2018 to develop a model for stratifying risk of progression from MCI to clinically defined AD.

The project does not aim at the definition of a diagnostic pathway but was conceived as a tool for **early detection and risk stratification** to inform public health policy, optimize resources, including those for disease-modifying drugs, and support preventive care pathways within the National Health System.

N 351 MCI patients
50 – 85 years
Follow-up ~ 3 years
Multicenter study - 19 Memory Clinics (CDCD)
Real-world clinical practice



Age
Gender
Education
Type of MCI
CIRS
Family history of dementia
Cardiovascular disease
Physical activity

MMSE
APOE ε4
CSF (amyloid beta – tau)
MRI (Hippocampal volume)
EEG
FDG-PET

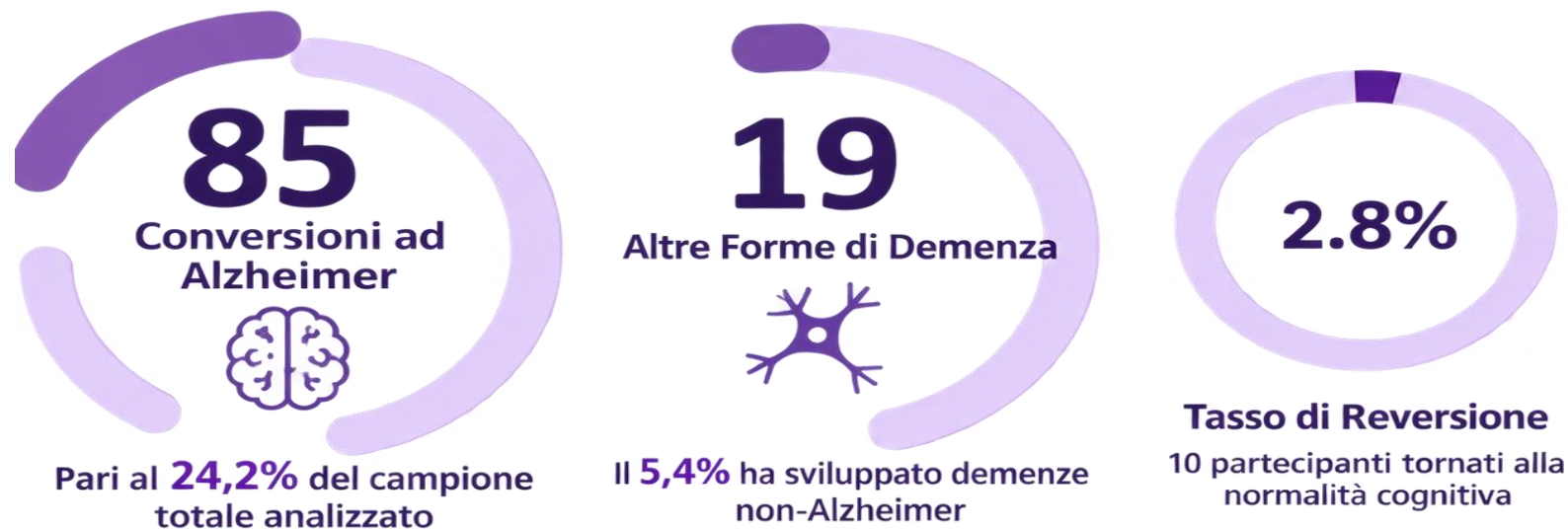
Follow-up tests every 6 months

RESEARCH ARTICLE

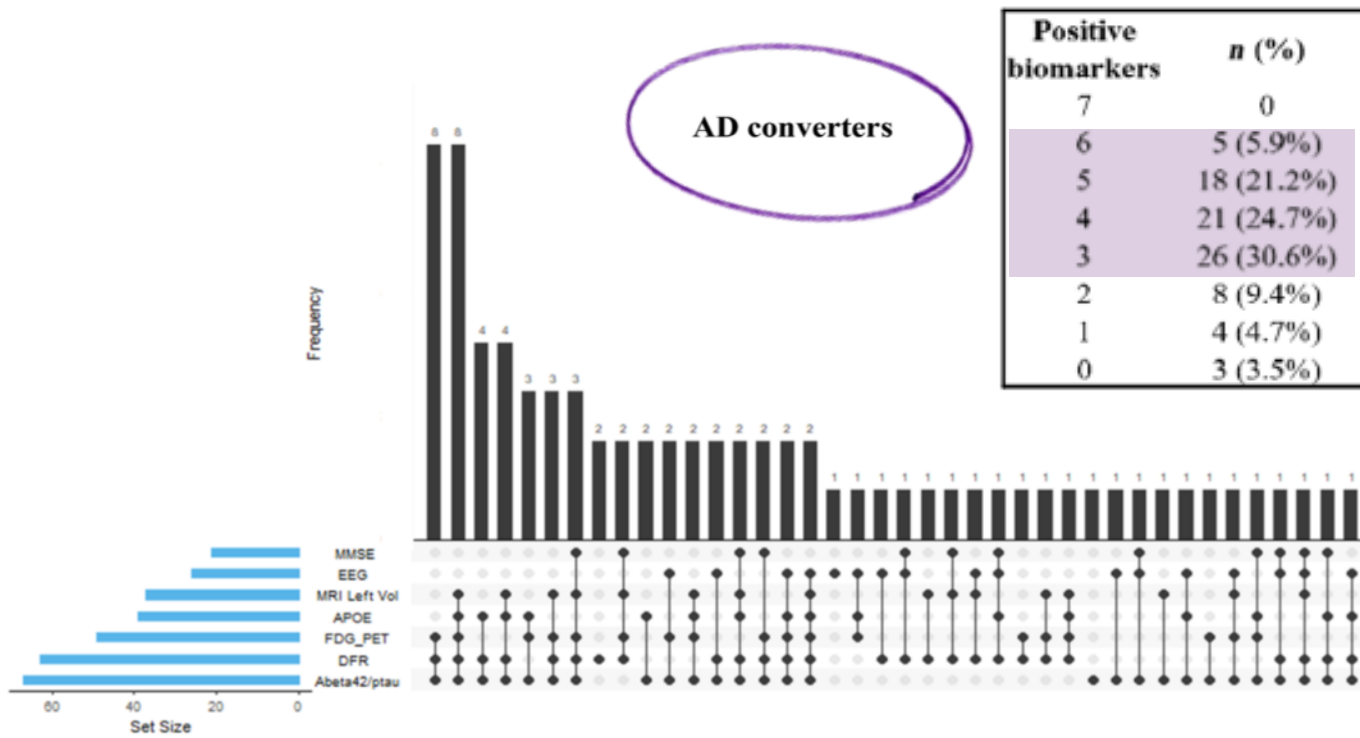
Mild cognitive impairment-to-Alzheimer's dementia progression risk: the contribution of the *Interceptor* project

TOTALE CONVERTITI A DEMENZA 104 SOGGETTI

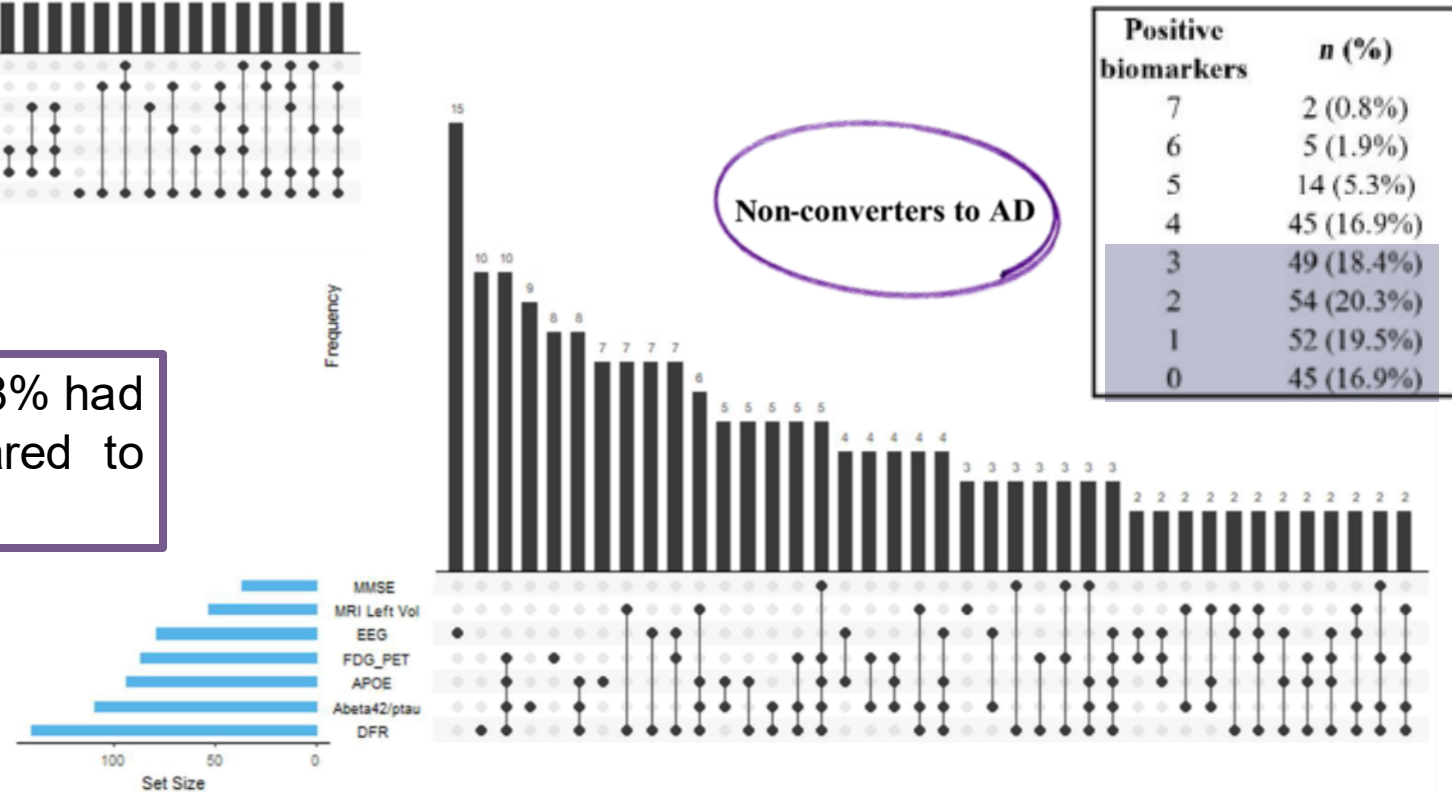
Criteri NIA-AA (National Institute on Aging – Alzheimer's Association 2011)



Il picco di conversione è risultato maggiore nel II anno di follow-up con un rapido declino al III anno e una conversione sempre più bassa verso fine follow-up (3% negli ultimi sei mesi)



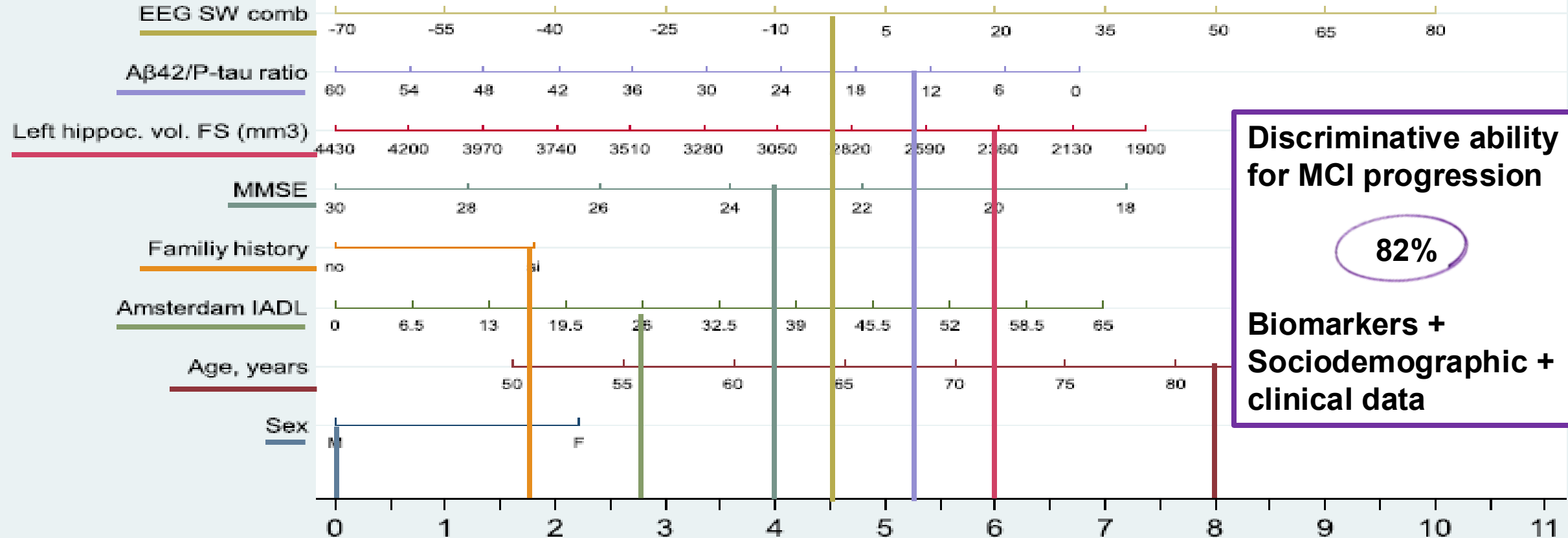
In the AD dementia-converter group 51,8% had at least 4 positive biomarkers compared to 24.9% among non converters to AD



Nomogram

LOMBARDO ET AL.

Alzheimer's & Dementia®
THE JOURNAL OF THE ALZHEIMER'S ASSOCIATION

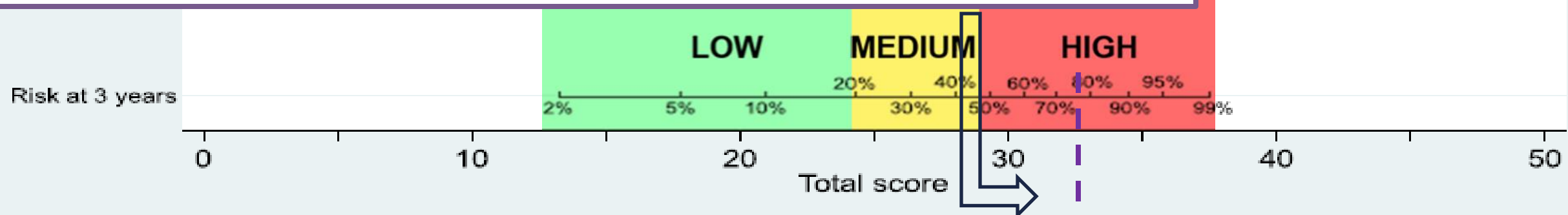


**Discriminative ability
for MCI progression**

82%

**Biomarkers +
Sociodemographic +
clinical data**

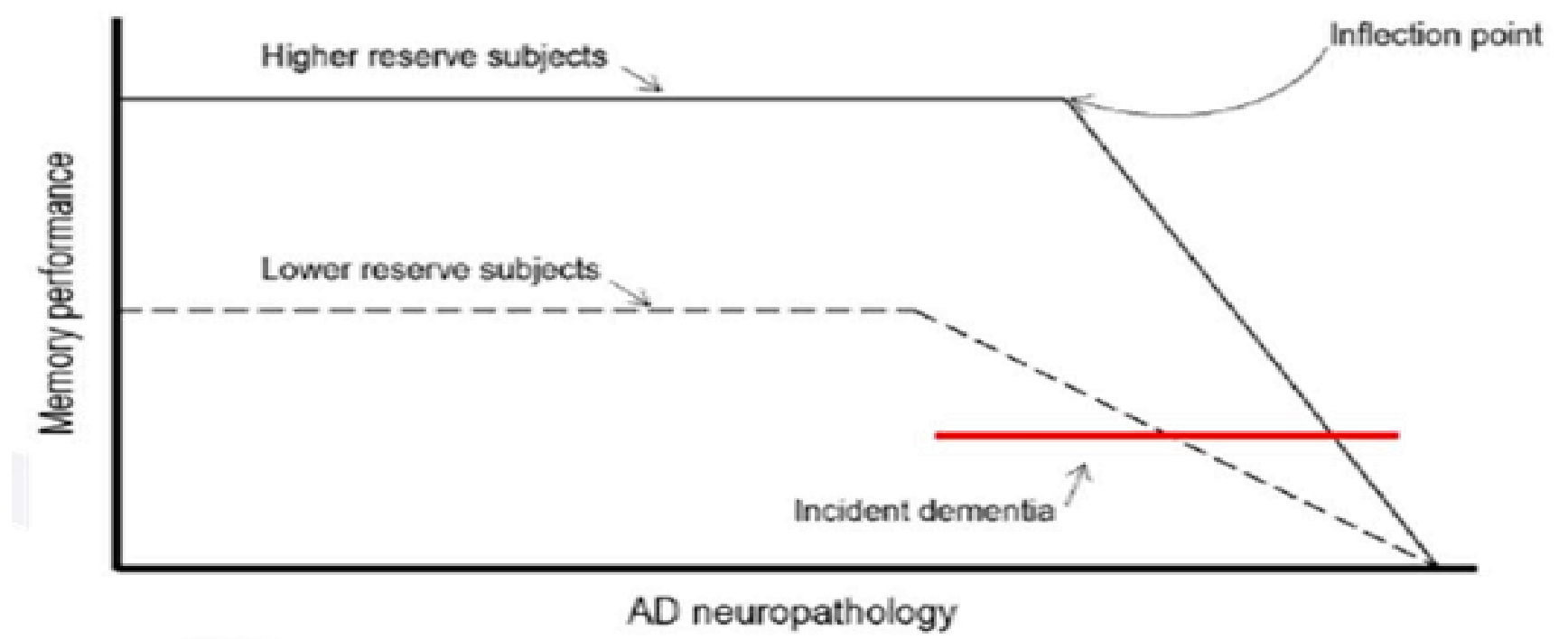
Probabilità demenza a 3 anni: $4,5 + 5,2 + 6 + 4 + 1,75 + 2,75 + 8 + 0 = 32,2$



«RESILIENT MCI»

Approximately 60% of amyloid-positive MCI participants (high-intermediate probability of MCI due to AD) remained dementia-free over 3 years.

The reason for non-progressing MCI might be identified in **individual brain resilience mechanism.**



The identification of protective factors represents the focus of future research, including the development of innovative therapeutic and rehabilitative approaches.

MCI

“Mio marito non è
più come prima...”

MBI



Mild Behavioral Impairment (MBI)

«Disturbo comportamentale minore»

Criteri diagnostici

- A. **Modifiche nel comportamento** osservate direttamente dal paziente o dal caregiver o dal clinico **dopo i 50 anni** che persistono **da almeno 6 mesi**. **Chiaro cambiamento** nel carattere della persona in **uno dei seguenti 5 domini**: *a) ridotta motivazione; b) disregolazione affettiva; c) discontrollo degli impulsi; d) comportamenti sociali inappropriati; e) alterazioni della percezione e del contenuto del pensiero*
- B. Tali cambiamenti sono tali da provocare un lieve peggioramento in almeno uno tra: relazioni interpersonali, altri aspetti sociali, abilità lavorative – **il paziente mantiene comunque la sua indipendenza nelle funzioni della vita quotidiana**
- C. Tali cambiamenti **non sono dovuti ad altra causa medica concomitante**, a un disturbo psichiatrico primario noto, traumi o farmaci
- D. Il paziente **non soddisfa i criteri per diagnosi di demenza; può esserci comorbidità per MCI**

Mild Behavioral Impairment (MBI)



I cinque domini clinici

1 RIDOTTA MOTIVAZIONE (APATIA)



- Perdita di iniziativa e di interesse
- Ridotta energia e perseveranza
- Disimpegno dalle attività
- Indifferenza emotiva

2 DISREGOLAZIONE AFFETTIVA



- Ansia eccessiva
- Tristezza o disforia persistente
- Labilità emotiva
- Irritabilità

3 DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI



- Aggressività o scoppi di rabbia
- Comportamenti impulsivi
- Scarsa tolleranza alla frustrazione
- Azioni senza considerare le conseguenze

4 INAPPROPRIATEZZA SOCIALE



- Comportamenti sconvenienti
- Commenti inappropriati
- Violazione delle norme sociali
- Mancanza di empatia

5 ALTERAZIONI DELLA PERCEZIONE E DEL CONTENUTO DEL PENSIERO



- Idee di riferimento o persecutorie
- Sospettosità ingiustificata
- Allucinazioni (soprattutto visive)
- Pensiero magico o insolito

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)



Presenza e gravità dei sintomi comportamentali/psicologici in demenza



Valutazione raccomandata con
MBI-C (MBI-Checklist)



Valutazione neuropsichiatrica pazienti dementia-free (criteri ISTAART)

Screening MBI

Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C)

Date: _____

Rated by: ☐ Clinician ☐ Informant ☐ Subject

Location: ☐ Clinic ☐ Research



Circle “Yes” **only** if the behavior has been present for at least **6 months** (continuously, or on and off) and is a **change** from her/his longstanding pattern of behavior. Otherwise, circle “No”.

Please rate severity: **1 = Mild** (noticeable, but not a significant change); **2 = Moderate** (significant, but not a dramatic change); **3 = Severe** (very marked or prominent, a dramatic change).

Range score: 0-102

Non esiste un cut-off condiviso (~5-9)





34 items - 5 domini



apatia

This domain describes interest, motivation, and drive

Has the person lost interest in friends, family, or home activities?

YES NO SEVERITY

Yes No 1 2 3

affettività

This domain describes mood or anxiety symptoms

Has the person developed sadness or appear to be in low spirits? Does she/she have episodes of tearfulness?

Yes No 1 2 3

impulsività

This domain describes the ability to delay gratification and control behavior, impulses, oral intake and/or changes in reward

Has the person become agitated, aggressive, irritable, or temperamental?

Yes No 1 2 3

socialità

This domain describes following societal norms and having social graces, tact, and empathy

Has the person started talking openly about very personal or private matters not usually discussed in public?

Yes No 1 2 3

psicosi

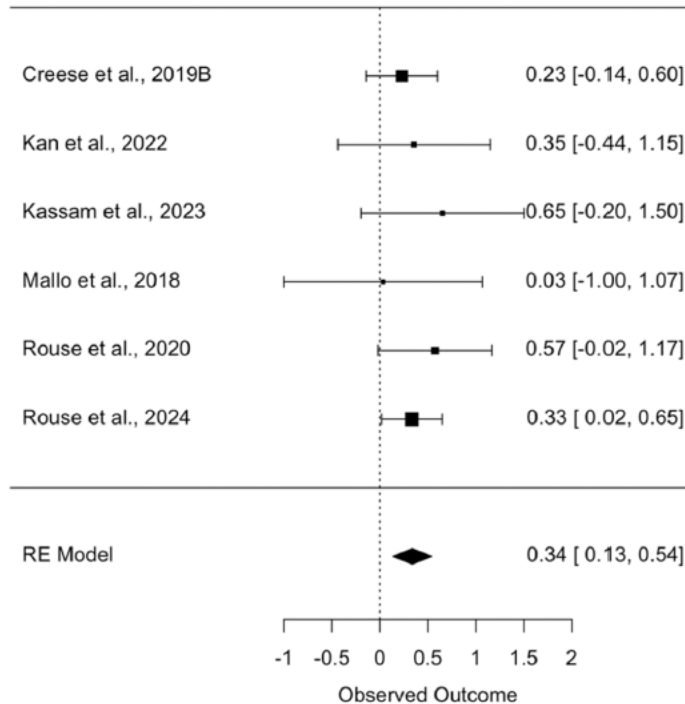
This domain describes strongly held beliefs and sensory experiences

Has the person developed beliefs that they are in danger, or that others are planning to harm them or steal their belongings?

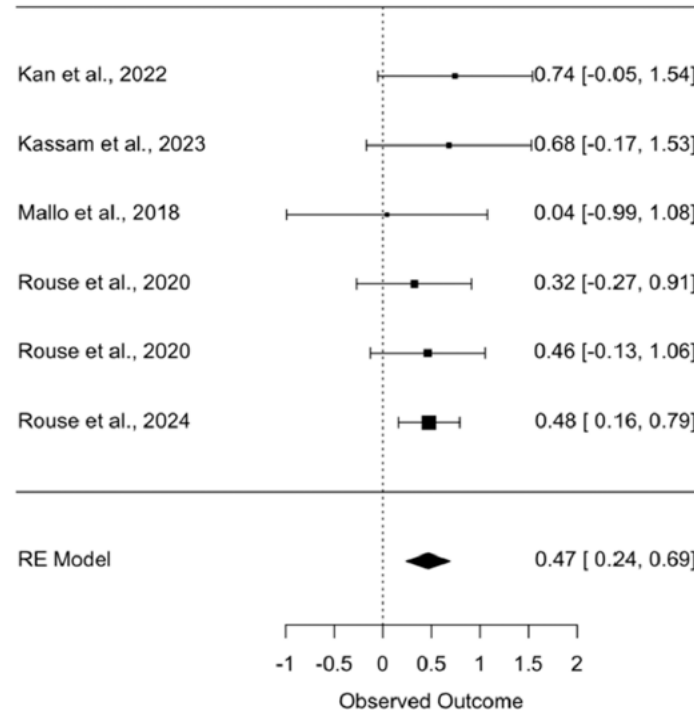
Yes No 1 2 3

Review article

Mild Behavioral Impairment and cognitive functions: A systematic review and meta-analysis



executive functions



memory

Individuals with MBI exhibited **diminished performance on cognitive tasks** in comparison to those without MBI symptoms

Subjects with MBI demonstrate deterioration in multiple cognitive domains, most notably **memory and executive functions**



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/tjpad



Original Article

Neuropsychiatric symptoms and dementia development: a 15-year population-based study

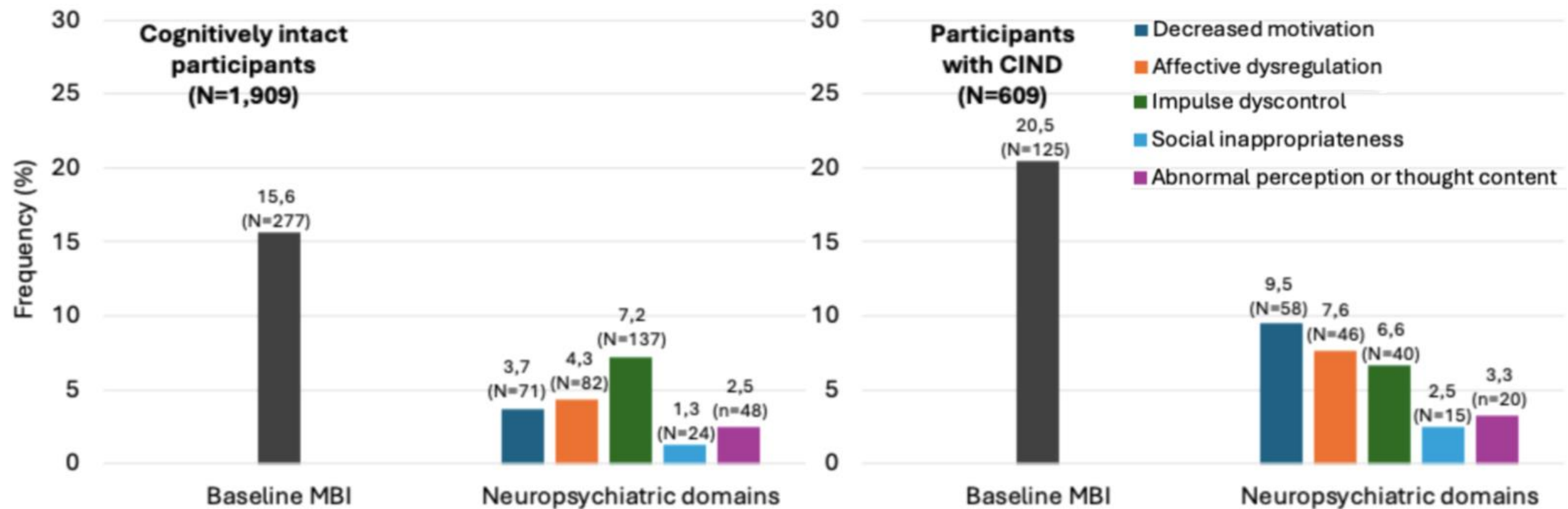
Francesca Remelli^{a,b,*}, Giulia Grande^{a,c}, Serhiy Dekhtyar^a, Erika J Laukka^{a,c} ,
Caterina Trevisan^{a,b,d}, Stefano Volpato^{b,d}, Laura Fratiglioni^{a,c}, Federico Triolo^a

^a Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Tomtebodavägen 18 A, 17177 Solna, Sweden

^b Department of Medical Sciences, University of Ferrara, Via Savonarola 9, 44121 Ferrara, Italy

^c Stockholm Gerontology Research Center, Sveavägen 155, 113 46 Stockholm, Sweden

^d Orthogeriatric Unit, University Hospital of Ferrara, Via Aldo Moro 8, 44124 Ferrara, Italy



Participants' characteristics according to baseline MBI status.

	No MBI N = 2179	MBI N = 418	p
Age (mean ± SD)	72.0 (9.9)	73.1 (10.1)	0.032
Women	1344 (61.7)	250 (59.8)	0.506
Education			
Elementary school	301 (13.8)	58 (13.9)	0.769
High school	1062 (48.7)	211 (50.5)	
University	816 (37.4)	149 (35.6)	
Civil status (married)	1066 (49.0)	178 (42.7)	0.021
Smoking (ever)	306 (14.1)	78 (18.7)	0.021
Alcohol consumption			
no/occasional	638 (29.4)	149 (35.8)	0.033
light/mild	1160 (53.4)	202 (48.6)	
heavy	374 (17.2)	65 (15.6)	
BMI, kg/m ² (mean ± SD)	25.9 (4.1)	25.7 (4.2)	0.400
MMSE score (mean ± SD)	28.9 (1.5)	28.6 (1.9)	<0.001
No. of medications (mean ± SD)	3.5 (3.1)	4.8 (3.6)	<0.001
Use of psychoactive drugs, yes	218 (10.0)	96 (23.0)	<0.001
Antidepressants	130 (6.0)	62 (14.8)	<0.001
Anxiolytics	91 (4.2)	47 (11.2)	<0.001
Antipsychotics	18 (0.8)	11 (2.6)	0.003
Lithium	6 (0.3)	5 (1.2)	0.025
Chronic diseases			
Chronic heart diseases ^a	445 (20.4)	121 (28.9)	<0.001
Cerebrovascular diseases	113 (5.2)	42 (10.0)	<0.001
Diabetes	176 (8.1)	48 (11.5)	0.029
COPD	86 (3.9)	34 (8.1)	<0.001
Chronic kidney disease	651 (29.9)	153 (36.6)	0.008
Solid neoplasms	194 (8.9)	34 (8.1)	0.678
No. of somatic chronic diseases (mean ± SD)	3.5 (2.2)	4.0 (2.3)	<0.001
Previous psychiatric history, yes	379 (17.4)	135 (32.3)	<0.001
Baseline CIND, yes	484 (22.2)	125 (29.9)	0.001

Adjusted Hazard ratios (HR) Association between baseline MBI status and 15-year dementia.

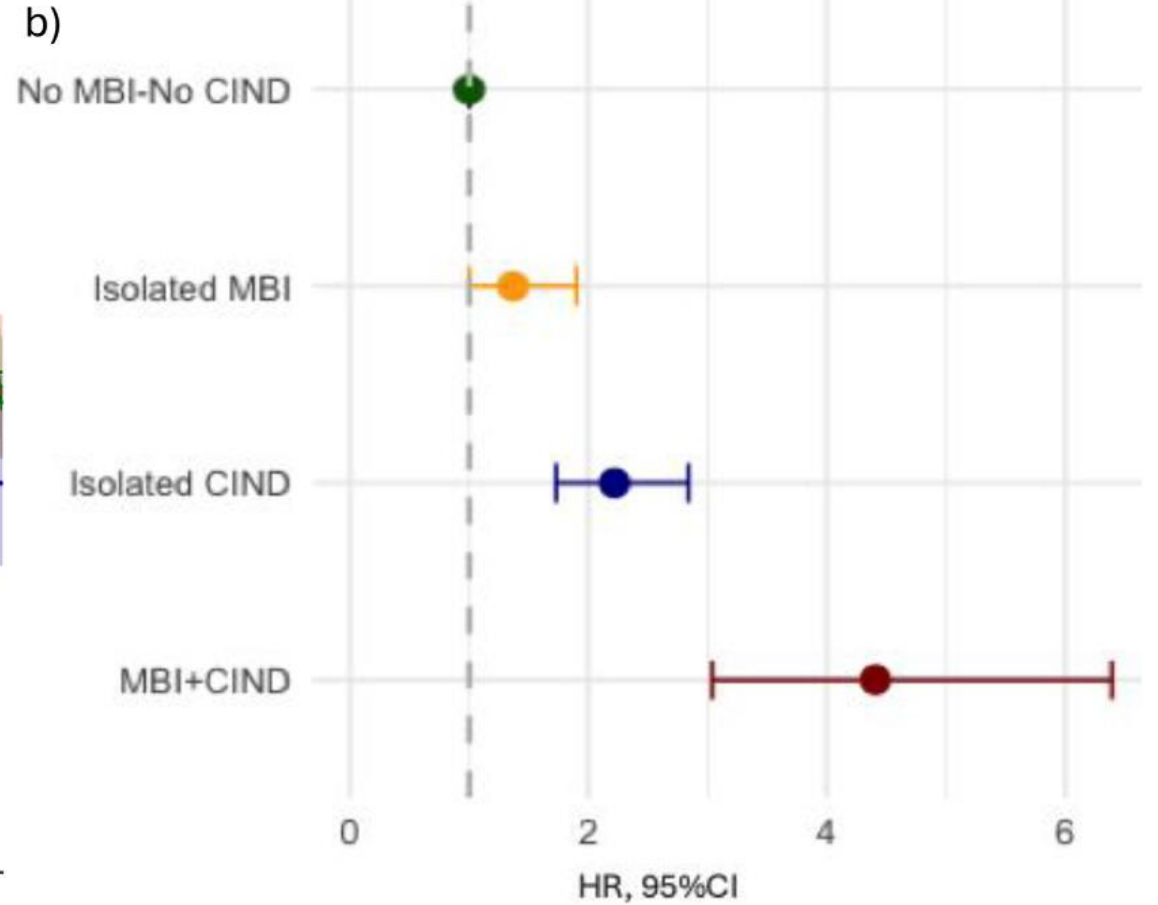
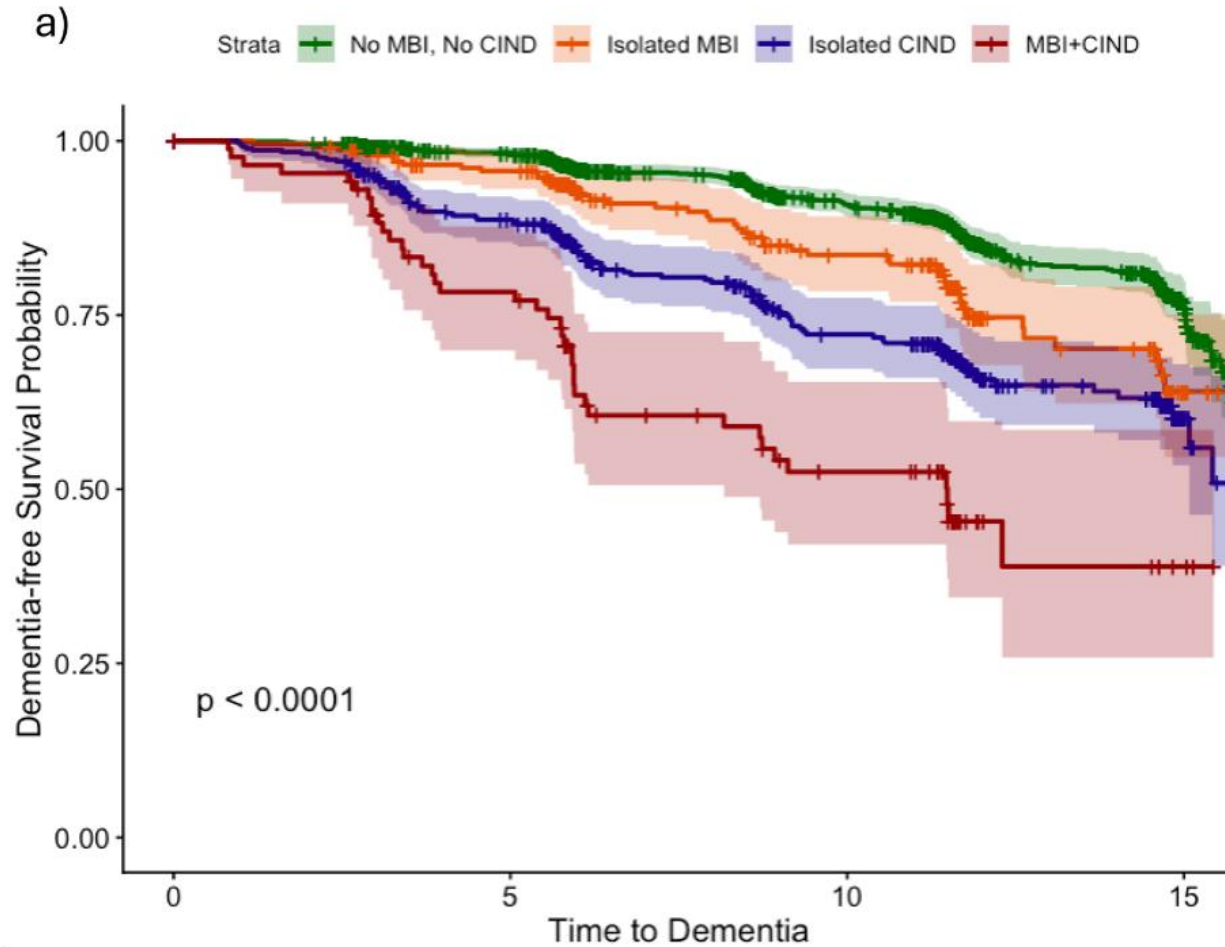
		Model 1 Basic adjusted HR (95%CI)	Model 2 Fully adjusted HR (95%CI)
	<i>IR per 1000 p-y</i>	<i>N/Cases 2597/405</i>	<i>N/Cases 2520/387</i>
No MBI	17.37	REF	REF
MBI	30.11	1.78 (1.40–2.28)	1.68 (1.31–2.17)
Cognitively intact participants, N = 1,909 ^a		1909/227	1878/221
No MBI	12.75	REF	REF
MBI	19.09	1.55 (1.10–2.20)	1.53 (1.07–2.19)
Participants with CIND, N = 609		609/148	567/137
No MBI	31.88	REF	REF
MBI	61.44	2.17 (1.49–3.17)	1.87 (1.25–2.80)

Model 1: adjusted for age, sex, education and psychiatric history; Model 2: Model 1 + marital status, smoking, alcohol, body mass index, chronic heart diseases, cerebrovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disorders.

Association between individual neuropsychiatric domains and 15-year dementia.

		Fully adjusted HR (95%CI)	
	No. of Events	Separate models	Mutually adjusted model
<i>N/Cases</i>		2520/387	2520/387
Decreased motivation	48	2.35 (1.70–3.24)	2.23 (1.59–3.14)
Affective dysregulation	32	1.59 (1.10–2.34)	1.43 (0.94–2.17)
Impulse dyscontrol	26	1.11 (0.74–1.65)	0.85 (0.55–1.31)
Social inappropriateness	15	3.25 (1.81–5.82)	3.29 (1.83–5.94)
Abnormal perception	10	1.35 (0.67–2.74)	1.40 (0.68–2.85)

Decorso clinico di MBI



MBI



Early sign of dementia



MBI was associated with dementia diagnosed within 6 years of follow-up, but not with cases diagnosed between 6 and 15 years, suggesting that **MBI may represent a prodromal sign of dementia.**

Higher levels of AD biomarkers, especially phosphorylated-tau 181

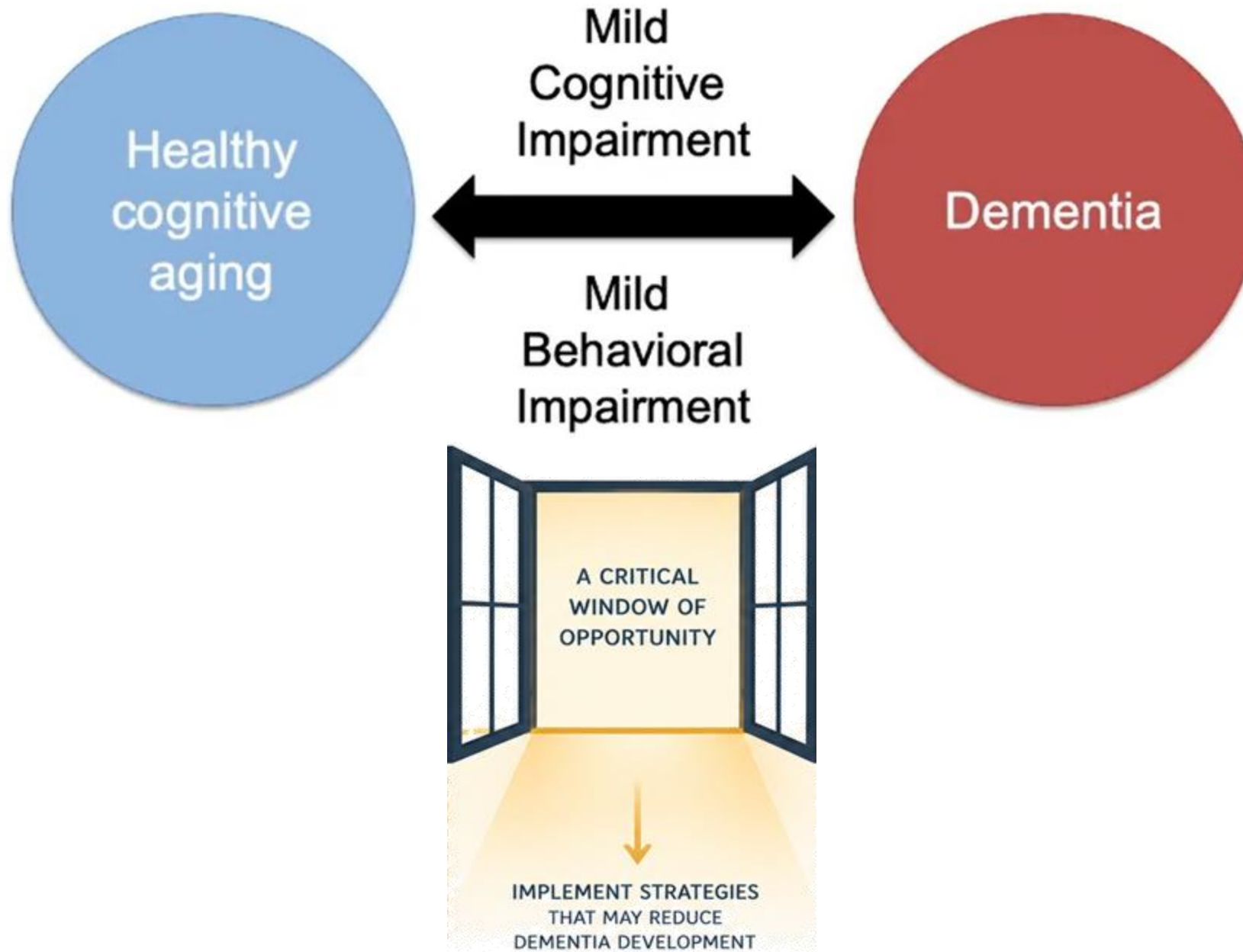
Gonzalez-Bautista E. et al, *Alzheimer Dement.* 2024
Ismail Z. et al, *Mol Neurodegener.* 2023
Remelli F. et al, *Alzheimers Res Ther.* 2025

Specific neurodegenerative markers (e.g. atrophy of the entorhinal cortex and hippocampus) among individuals presenting with MBI

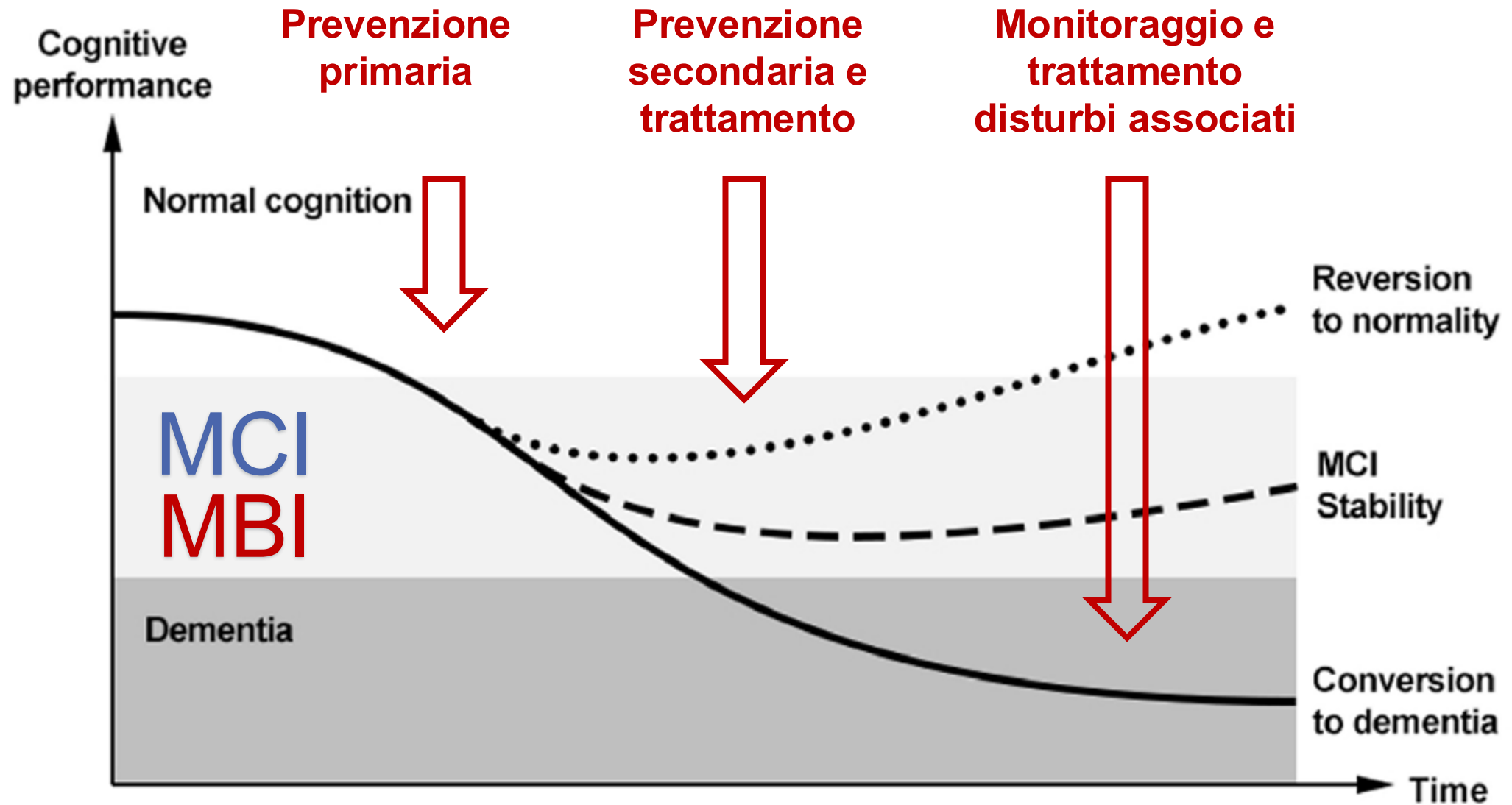
Matuskova V. et al, *Mem Clin Cohort Front Aging Neurosci.* 2021

Overall, these findings support the role of the routine assessment of NPS to identify people with an increased risk of developing dementia.

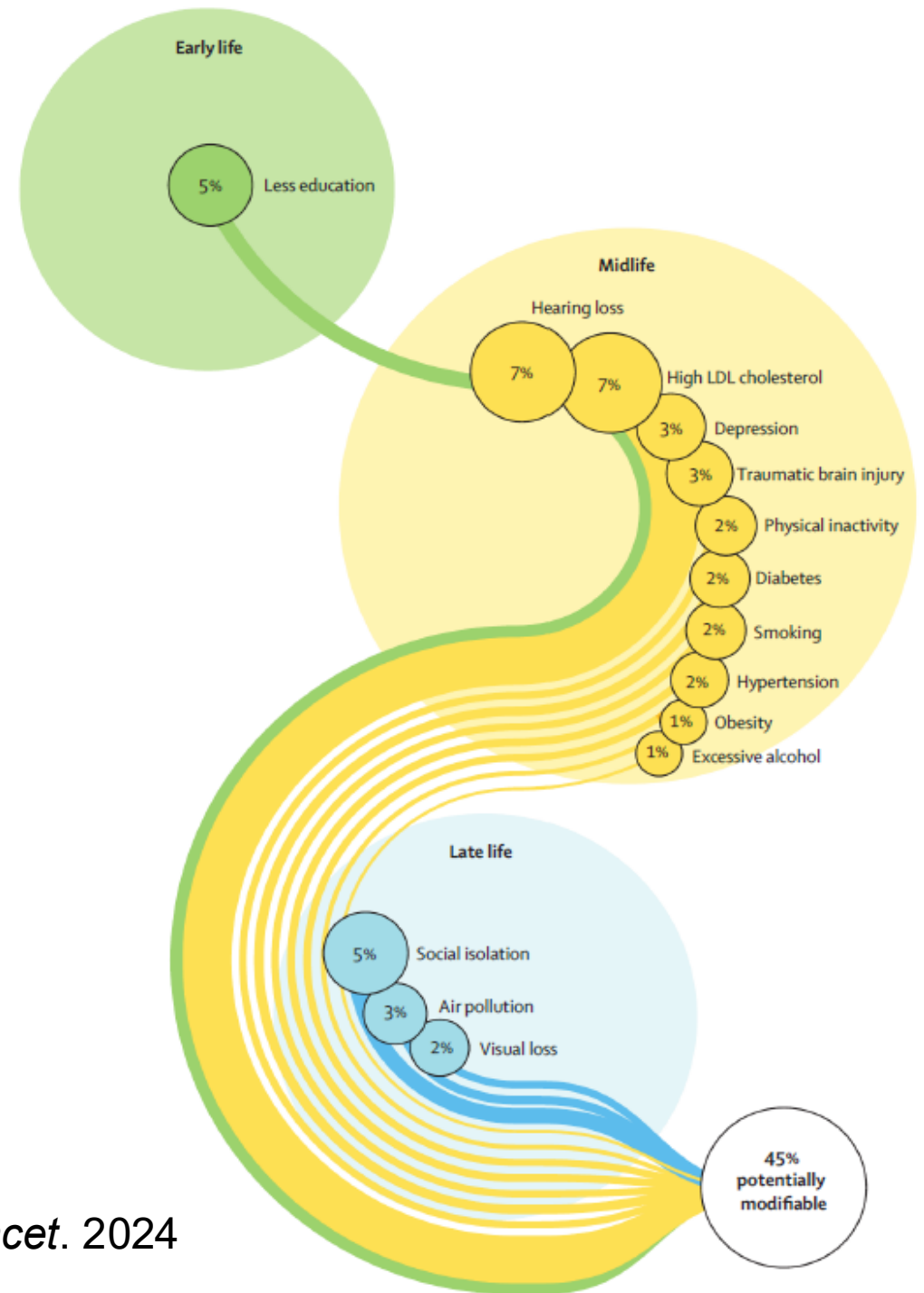
Incorporating neuropsychiatric and cognitive assessments in clinical settings could enhance prognostication, particularly for individuals already experiencing cognitive impairment



Possibili «traiettorie cognitive» in funzione dell'età



Prevenzione primaria



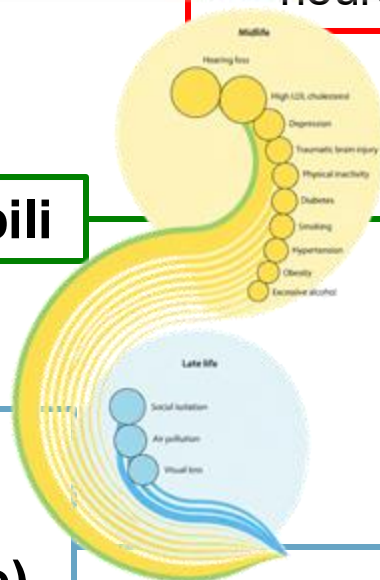
Livingston G. et al, *Lancet*. 2024

Prevenzione secondaria

Stratificazione del rischio

- A tutti gli MCI (e MBI?) indicata la somministrazione di **test neuropsicologici di II livello**
- Valutare indagine di **imaging di tipo morfologico e funzionale**
- In casi selezionati approfondimento diagnostico tramite **biomarker** per identificare precocemente coloro con processi neurodegenerativi alla base del MCI

Interventi su fattori modificabili



- **Proporre interventi multidominio** (dieta, esercizio fisico, attività ricreative, stimolazione cognitiva, correzione deficit sensoriali)

Monitoraggio cognitivo (cognitivo/comportamentale) e funzionale

- **Follow-up periodici annuali**

Terapia



Terapia

Farmaci disease-modifying
Anticorpi monoclonali



Disponibilità/rimborsabilità?
Diagnosi biologica per AD (AT/N)
Omozigosi APOE ε4
Adeguate monitoraggio
Rischio eventi avversi (ARIA-E, ARIA-H)
E poi non tutti i casi evolvono in demenza!

ACHEI e Memantina?
Limiti della nota 85!
Efficacia?



NOTA 85

Inibitori dell'acetilcolinesterasi: • Donepezil** • galantamina • rivastigmina	La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD), individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata a: pazienti con malattia di Alzheimer • di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) • di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina) • di grado severo, con MMSE <10 (memantina)
Antagonisti del recettore per il glutammato: • memantina**	

Quindi...
terapie non farmacologiche (es. stimolazione cognitiva, esercizio fisico). E cos'altro?

Ipotesi colinergica

DEFICIT COLINERGICO



AUMENTARE LIVELLI DI ACETILCOLINA

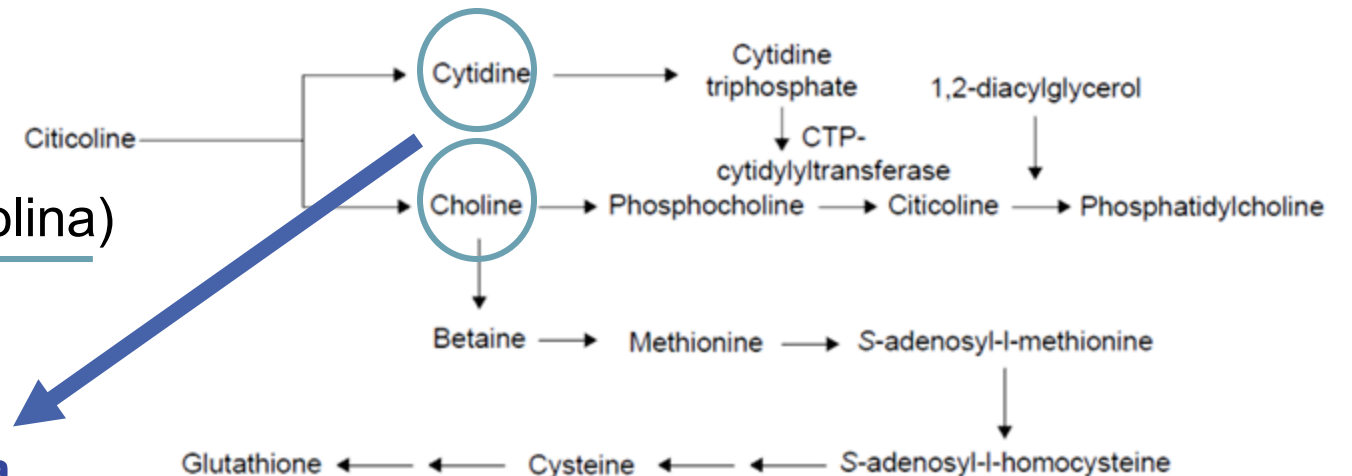
DONATORI DI COLINA ESOGENA

Precursori fosfolipidi di membrana e di acetilcolina, in grado di normalizzare la struttura delle membrane cellulari e potenziare l'attività colinergica.

- **CDP-Colina** (Citicolina)
- **Colina Alfoscerato** (Alfa-Glicerofosforilcolina)



Attraversano la Barriera Ematoencefalica



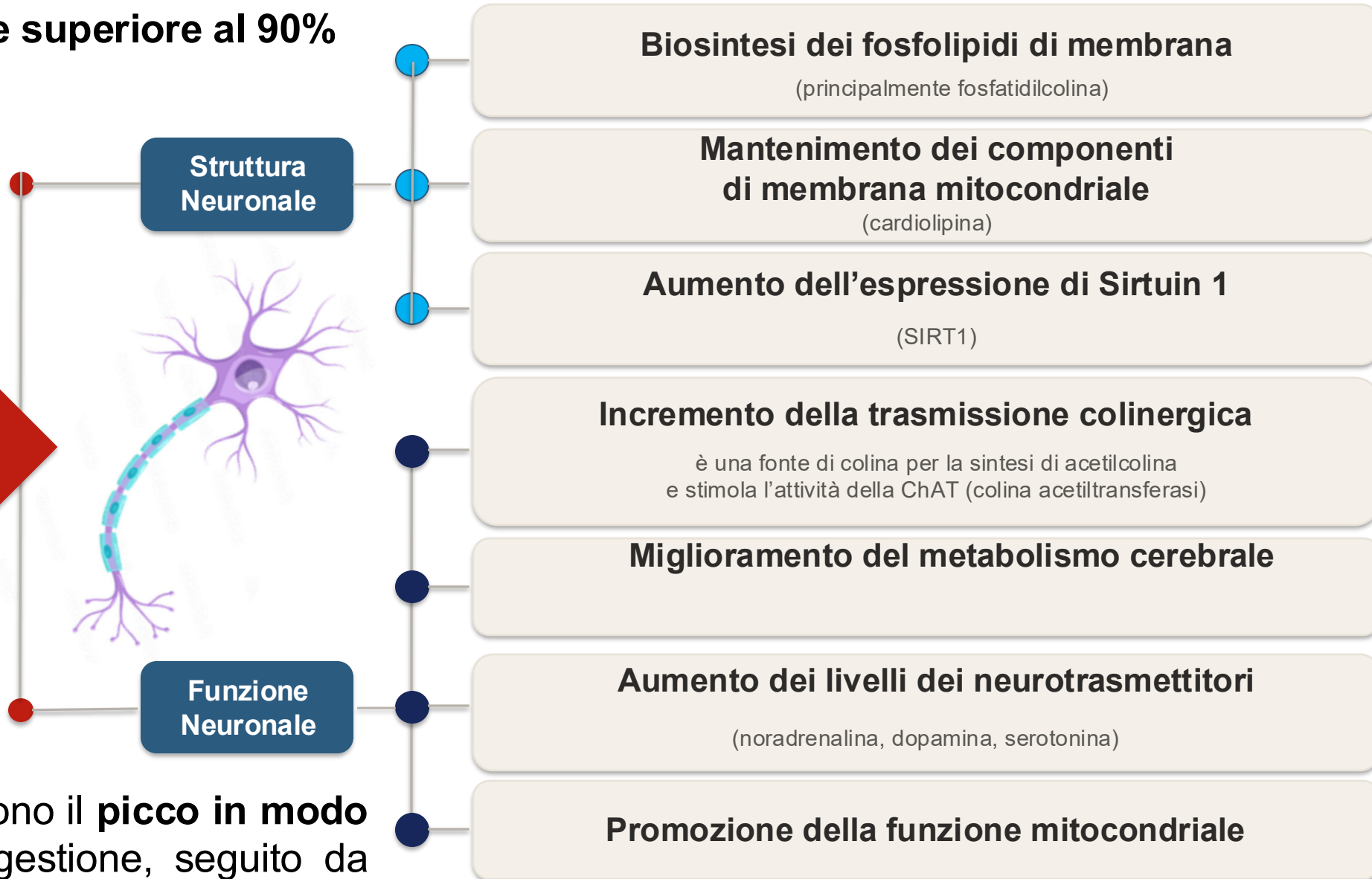
Efficaci sia in monoterapia che in associazione con Achel e memantina

La maggiore efficacia si ottiene con somministrazioni prolungate (almeno 6 mesi)

Citicolina

Biodisponibilità orale superiore al 90%

**Meccanismi d'azione
identificati per
la citicolina**

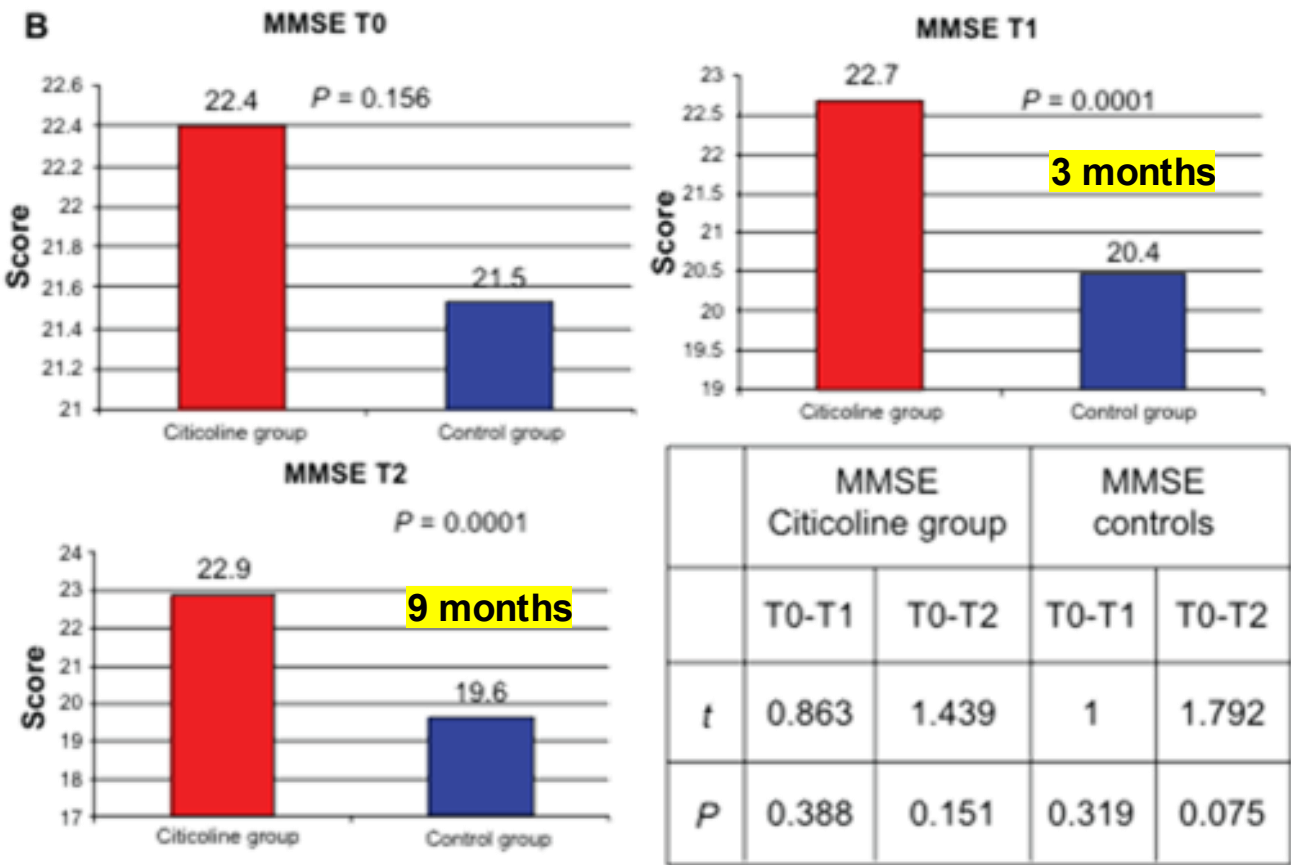


I livelli plasmatici raggiungono il **picco in modo bifasico**: un'ora dopo l'ingestione, seguito da un secondo picco a 24 ore

Effectiveness and safety of citicoline in mild vascular cognitive impairment: the IDEALE study

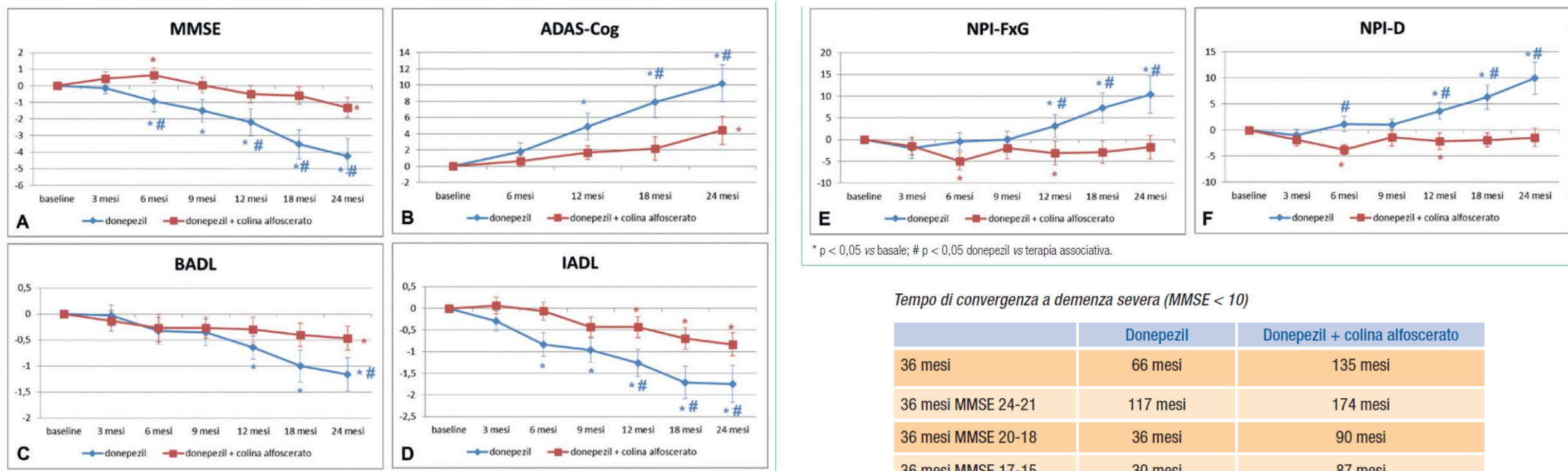
Studio multicentrico
387 pazienti

- Biosynthesis of phospholipids in neuronal membranes
- Increases brain metabolism
- It has **neuroprotective effects during hypoxia and ischemia**
- **Increases norepinephrine and dopamine levels** in the CNS



Colina alfoscerato

The ASCOMALVA trial: Association between the cholinesterase inhibitor donepezil and the cholinergic precursor choline alfoscerate in Alzheimer's disease with cerebrovascular injury: Interim results



Tempo di convergenza a demenza severa (MMSE < 10)

	Donepezil	Donepezil + colina alfoscerato
36 mesi	66 mesi	135 mesi
36 mesi MMSE 24-21	117 mesi	174 mesi
36 mesi MMSE 20-18	36 mesi	90 mesi
36 mesi MMSE 17-15	30 mesi	87 mesi

Volume Analysis of Brain Cognitive Areas in Alzheimer's Disease: Interim 3-Year Results from the ASCOMALVA Trial

Nell'aggiornamento dello studio a tre anni Colina + Donepezil hanno dimostrato di ridurre il tasso di atrofia corticale

Amenta F. et al, *Journal of the Neurological Sciences*. 2012

Colina alfoscerato

RESEARCH

Open Access



Efficacy and safety of choline alphoscerate for amnestic mild cognitive impairment: a randomized double-blind placebo-controlled trial

Enrolled subjects were administered αGPC (600 mg) or placebo once daily for a duration of 12 weeks

Results After 12 weeks of αGPC treatment, the ADAS-cog score decreased by 2.34 points, which was significantly greater than the change observed in the placebo group. No serious AEs were reported, and no study subjects discontinued the intervention because of AEs. There was no significant difference in incidence rate of AEs between the αGPC group and the placebo group.

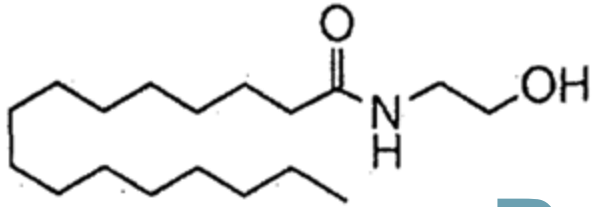
	αGPC group (N= 42)			Placebo group (N= 32)			P-value
	Mean (SD)			Mean (SD)			
	Baseline	Week 12	Change	Baseline	Week 12	Change	
ADAS-cog							
Total score	10.40 (4.33)	8.06 (4.28)	-2.34 (3.26)	9.14 (3.33)	8.17 (3.00)	-0.97 (2.32)	0.048 [‡]
Memory domain	7.79 (3.43)	6.04 (3.64)	-1.75 (2.63)	6.67 (2.20)	6.01 (2.25)	-0.66 (1.67)	0.034 [‡]
Total score + concentration domain	10.45 (4.30)	8.06 (4.28)	-2.39 (3.25)	9.20 (3.39)	8.26 (2.98)	-0.94 (2.37)	0.037 [‡]

SECONDARY OUTCOMES

Impact on language
(subscale of the MoCA)
and attention domains
(time of color naming)

Ipotesi neuroinfiammatoria

La neuroinfiammazione è un fenomeno causato dall'iperattivazione patologica delle cellule non neuronali (microglia, astrociti, mastociti) con rilascio di ROS e citochine infiammatorie

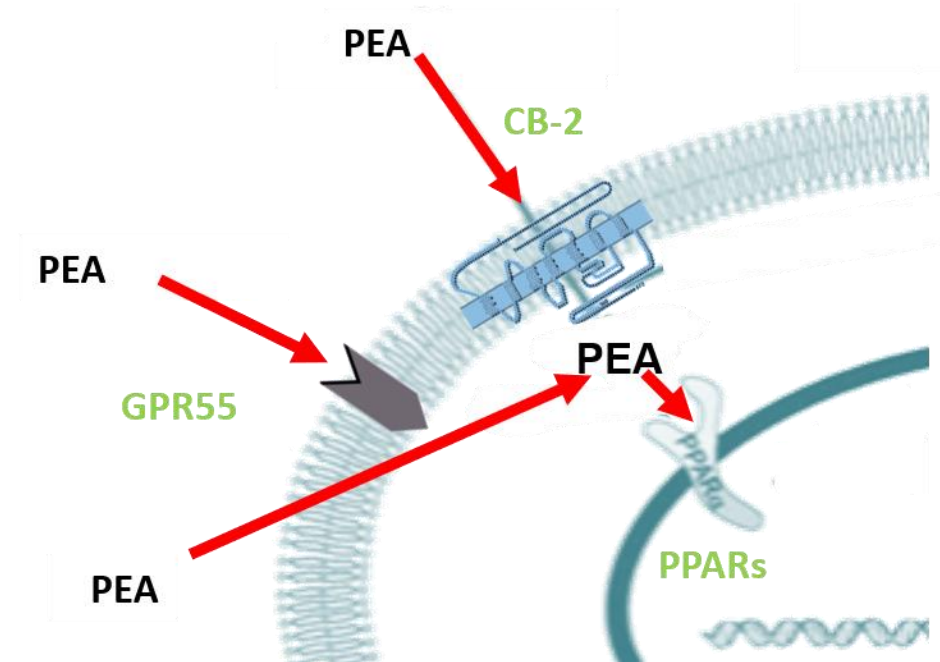


Attivazione microglia maggiore in soggetti con MCI

Palmitoiletanamide – «PEA»

Effetti anti-infiammatori e neuroprotettivi

- modulatore biologico delle cellule non neuronali distribuite nei tessuti centrali (Meccanismo ALIA)
- attiva vari recettori (es. PPAR- α , GPR55) espressi nel nucleo e sulle membrane delle cellule non neuronali
- potenzia l'attività del sistema endocannabinoide (2-AG, AEA)





Co-ultraPEALut Effect on Mild Cognitive Impairment: A Retrospective Observational Study

Barbara Manni^{1*}, Lucia Federzoni², Patrizia Zucchi¹ and Andrea Fabbo¹

¹Cognitive Disorders and Dementia Unit, Primary Care Department, Local Agency for Health (AUSL) of Modena, Italy

²School of Geriatrics, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

80 soggetti (35 Maschi e 45 Femmine) con MCI

Tempi di valutazione: T0 (basale) – T1 (dopo 6 mesi di trattamento)

Gruppo A (n.35): PEALut 770 mg/die per un mese, seguiti da PEALut 440 mg/die per 5 mesi

Gruppo B (n.21): supplemento dietetico con Colina, Vit B12 e Vit E per 6 mesi

Gruppo C (n.24): no terapia per 6 mesi

Ambito / Parametro di Valutazione	A: PEALut (n = 35)	B: Integratore (n = 21)	C: Controllo (n = 24)	Significatività Statistica (Valore p)	Esito Clinico
Memoria a Breve Termine (Sub-item MMSE, scala 0-3)	T0: 1.3 ± 1.0 T1: 1.7 ± 1.1	T0: 1.8 ± 1.1 T1: 2.0 ± 1.1	T0: 2.0 ± 1.0 T1: 2.0 ± 1.1	p = 0.021 (significativo per PEALut)	Miglioramento significativo della memoria a breve termine riscontrato solo nel gruppo PEALut.
Sintomi Neuropsichiatrici Complessivi (Punteggio Totale NPI)	T0: 10.1 ± 7.4 T1: 7.0 ± 6.6	T0: 8.0 ± 6.9 T1: 5.5 ± 5.8	T0: 15.7 ± 12.4 T1: 12.4 ± 9.6	p = 0.011 (significativo per PEALut)	Riduzione significativa dei disturbi comportamentali e neuropsichiatrici totali.
• Sottogruppo non-aMCI (MCI Non-Amnesico, n=23)	T0: 12.2 ± 10.0 T1: 8.7 ± 8.2	N.D.	N.D.	p = 0.007 (altamente significativo)	Beneficio particolarmente marcato nei pazienti con MCI non amnesico.
• Sottogruppo aMCI (MCI Amnesico, n=12)	T0: 8.7 ± 7.3 T1: 6.7 ± 7.0	N.D.	N.D.	p > 0.05 (non significativo)	Trend di riduzione dei sintomi comportamentali senza significatività statistica.

Omotaurina

Journal of Alzheimer's Disease 50 (2016) 807–816
DOI 10.3233/JAD-150484
IOS Press

Homotaurine Effects on Hippocampal Volume Loss and Episodic Memory in Amnestic Mild Cognitive Impairment

Anti-inflammatory Effects of Homotaurine in Patients With Amnestic Mild Cognitive Impairment

Paola Bossù^{1*}, Francesca Salani¹, Antonio Ciaramella¹, Eleonora Sacchinelli², Alessandra Mosca^{3,4}, Nerisa Banaj², Francesca Assogna^{2,5}, Maria Donata Orfei², Carlo Caltagirone^{6,7}, Walter Gianni⁸ and Gianfranco Spalletta^{2,9*}

Following homotaurine supplementation, patients carrying the APOEε4 allele showed a significant decrease in IL-18 (both in its total and IL-18BP unbound forms), in turn associated with improved short-term episodic memory performance as measured by the recency effect of the Rey 15-word list learning test immediate recall.

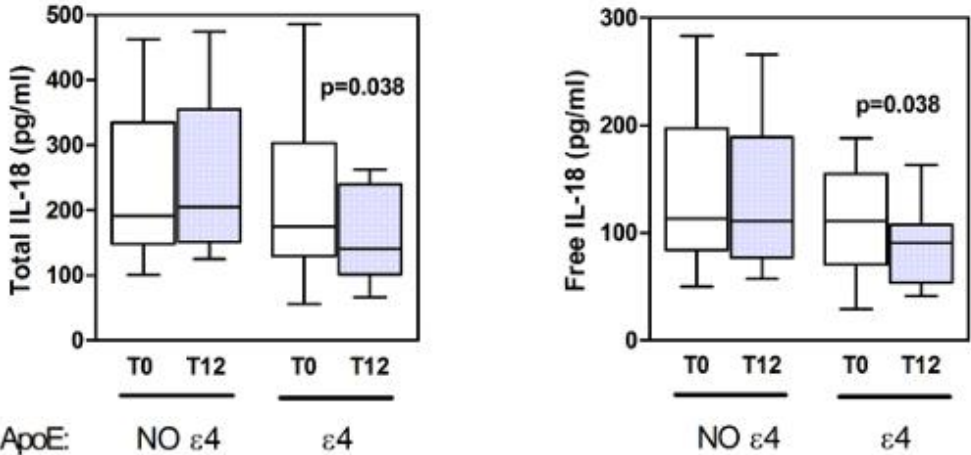


TABLE 2 | Primacy, Intermediate and Recency effects in aMCI-APOE ε4 carriers and no carriers at the baseline and the 1-year follow-up.

Episodic memory effects	Baseline		T0 vs. T0	1-Year		Wilcoxon	Delta (T1-T0)		Effect of group on delta
	NO ε4 (n = 11) (Mean ± SD)	ε4 (n = 9) (Mean ± SD)		NO ε4 (n = 11) (Mean ± SD)	ε4 (n = 9) (Mean ± SD)		NO ε4 (n = 11) (Mean ± SD)	ε4 (n = 9) (Mean ± SD)	
Primacy effect (I-RWLLT)	8.41 ± 3.25	10.73 ± 3.85	-1.82; 0.08	8.50 ± 4.86	7.91 ± 3.59	3.23; 0.08	0.09 ± 4.35	-2.81 ± 4.44	168; 0.07
Intermediate effect (I-RWLLT)	3.64 ± 2.42	4.45 ± 2.98	-0.85; 0.40	4.45 ± 3.11	4.64 ± 2.98	0.50; 0.49	0.82 ± 2.59	0.18 ± 2.18	133; 0.65
Recency effect (I-RWLLT)	10.04 ± 3.26	11.18 ± 3.43	-0.93; 0.36	9.04 ± 3.48	13.18 ± 3.89	5.01; 0.03	-1 ± 3.59	2 ± 3.71	181.5; 0.02

SD, standard deviation; I-RWLLT, Rey 15-word list learning test immediate recall.

Disfunzione mitocondriale

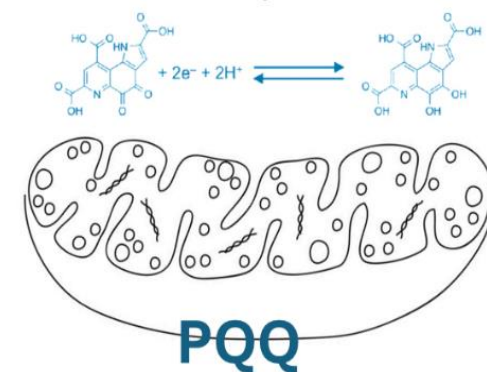


- Alterazioni dinamiche/morfologiche (ridotta mitofagia, sbilanciamento fusione-fissione)
- Alterazioni trasporto assonale
- Deficit bionergetico (ridotta produzione di ATP, aumento della produzione di ROS)

Pirrolochinolina chinone – MGC-PQQ

MGC-PQQ: Cofattore enzimatico con potere antiossidante che contrasta le disfunzioni mitocondriali

- ❑ **Contrasta la neuroinfiammazione**
- ❑ Favorisce la **mitocondriogenesi**
- ❑ Favorisce la sintesi di ATP e il **metabolismo energetico** neuronale
- ❑ Protegge i neuroni in seguito a Stroke-Ischemico-Acuto
(↑ **BDNF e NGF**, ↓ **ROS, Ca++ e Glutammato**, ↓ **attività AMPA e NMDA**)
- ❑ **Riduce il danno ossidativo cellulare** e mitocondriale di natura ischemica
- ❑ Ha dimostrato effetti neuroprotettivi anche quando somministrato dopo l'insulto ischemico, indicando un potenziale terapeutico anche in fasi avanzate di ischemia
- ❑ Riduce l'infiammazione vascolare e migliora la funzione endoteliale

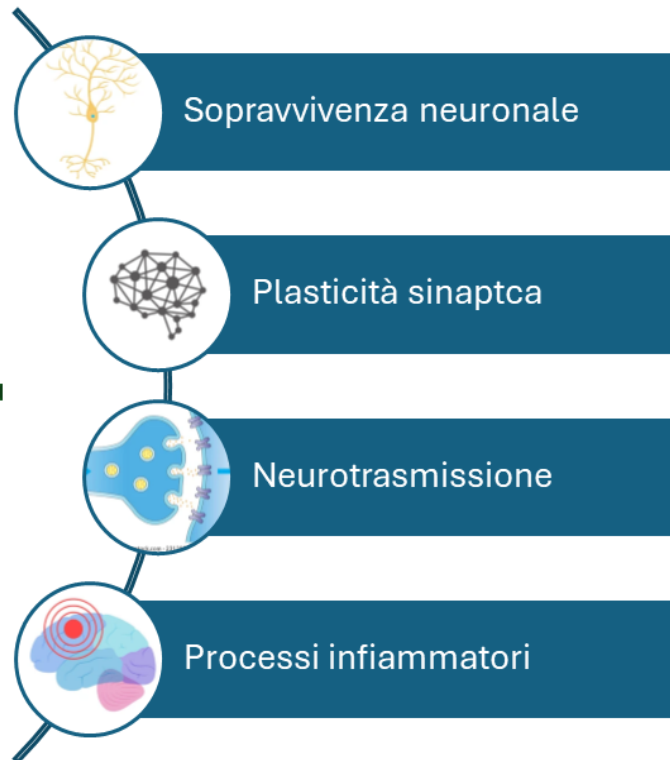


Original Article

The impact of six-week dihydrogen-pyrroloquinoline quinone supplementation on mitochondrial biomarkers, brain metabolism, and cognition in elderly individuals with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial

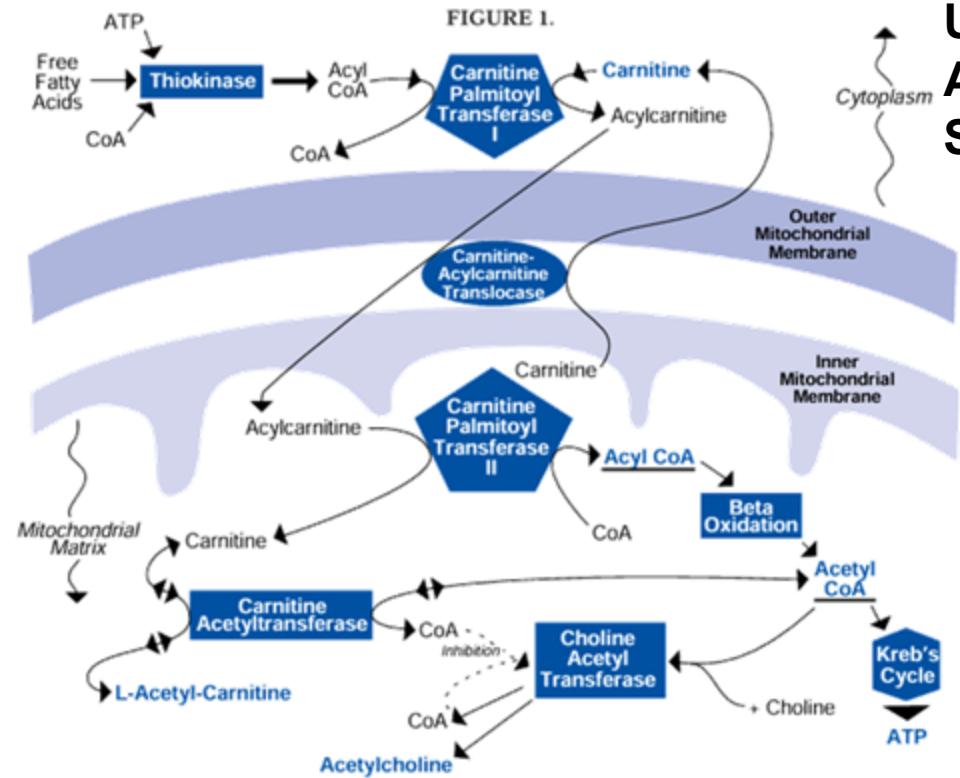
Soggetti con MCI con età media $71,9 \pm 3,8$

BDNF



- Studio clinico in doppio cieco, randomizzato 1:1 e controllato vs placebo (dihydrogen-PQQ mixture)
- 6 settimane di supplementazione
- Valutazioni:
 - ✓ **BDNF sierico** ↑ ($p \leq 0,05$)
 - ✓ **ADAS-Cog** – orientamento ($p=0.03$)
 - ✓ Ossigenazione cerebrale ($p=0.005$)
 - ✓ N-acetil aspartato cerebrale ($p=0.05$)

Acetil-L-carnitina



Uptake of acetyl-CoA into the mitochondria during fatty acid oxidation
Acetylcholine production
Synthesis of proteins and membrane phospholipids

Stabilize the cell membrane fluidity
Reservoir for cellular energy production
Reduce the oxidative stress
Preventing cell death and ischemia-induced neuronal damage

Review

Acetyl-L-Carnitine in Dementia and Other Cognitive Disorders: A Critical Update

Manuela Pennisi ^{1,†}, Giuseppe Lanza ^{2,3,*,†}, Mariagiovanna Cantone ⁴, Emanuele D'Amico ⁵, Francesco Fisicaro ¹, Valentina Puglisi ⁶, Luisa Vinciguerra ⁶, Rita Bella ⁵, Enzo Vicari ⁷ and Giulia Malaguarnera ^{1,8}

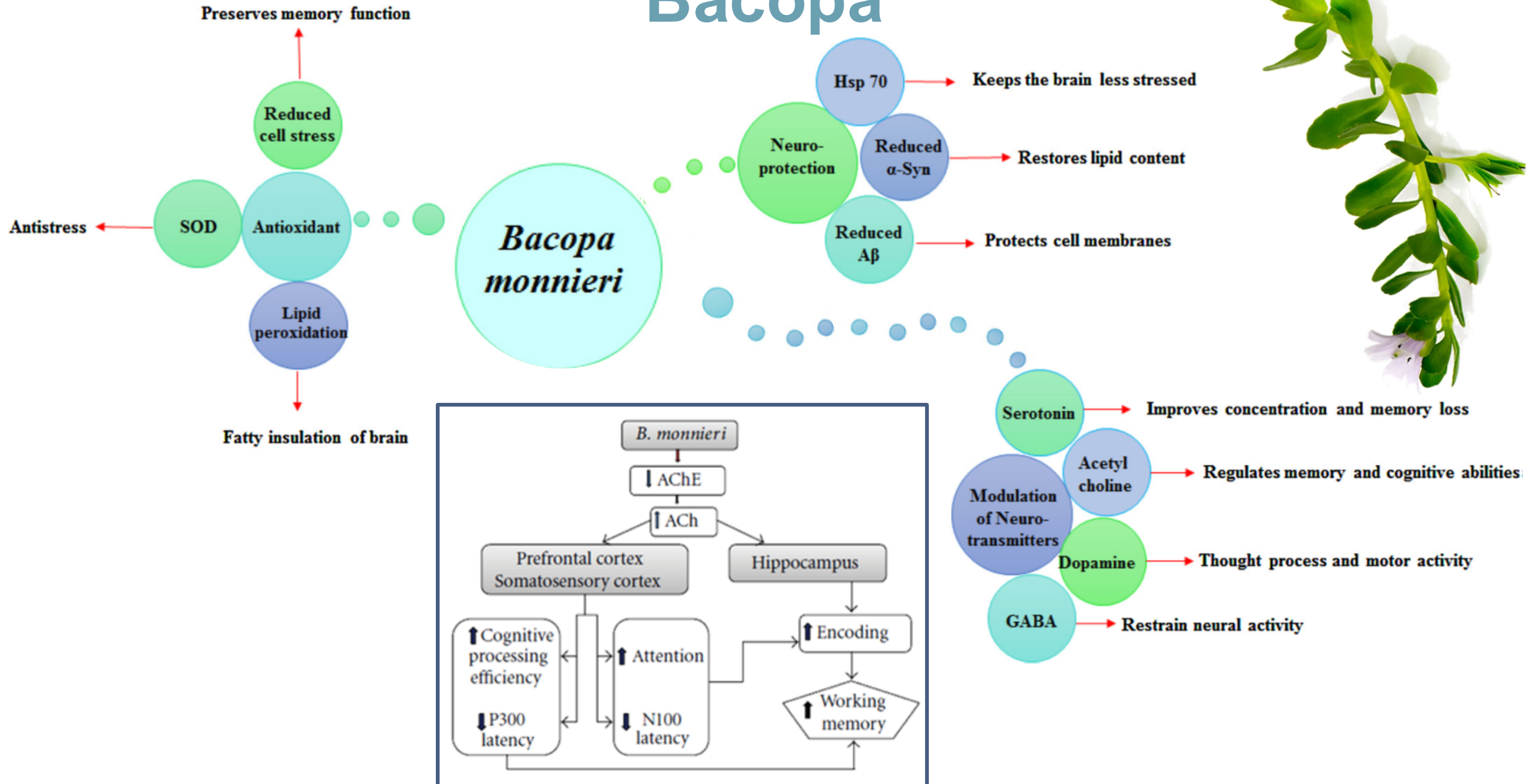
↓ Progression in cognitive deterioration and behavioral disturbances of AD patients

↓ Deterioration rate in various aspects of cognitive function and psychometric measures, with a good tolerability

↑ Visuo-spatial imagery, retrieval of episodic memory, self-processing, and consciousness

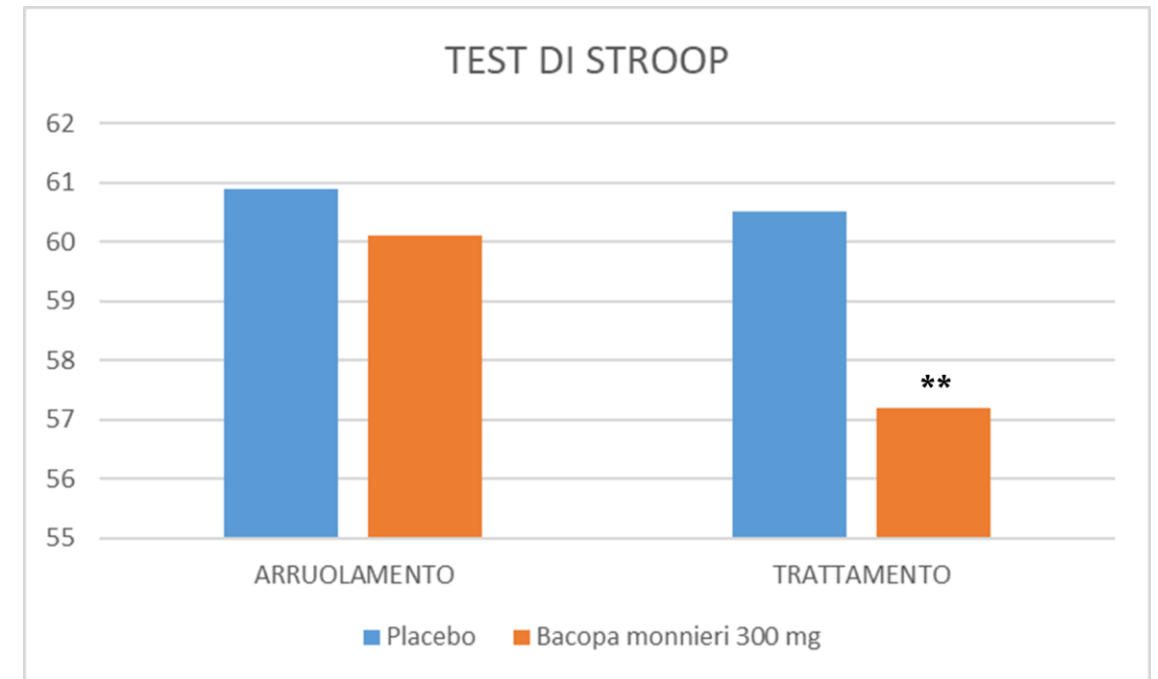
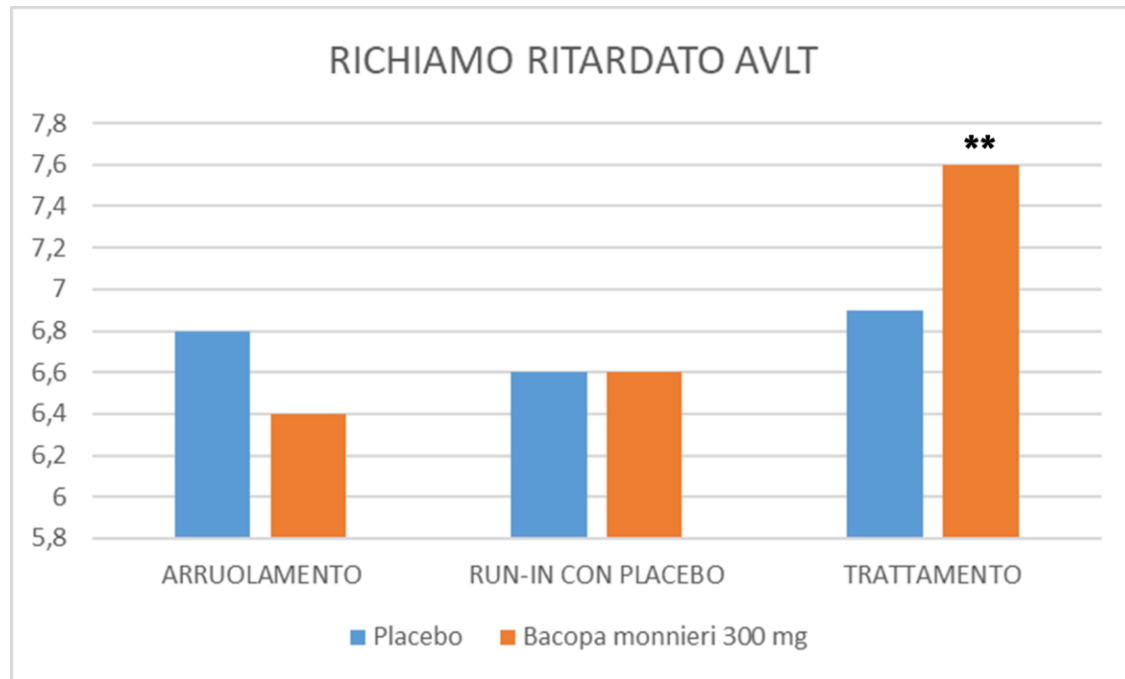
Pennisi M. et al, *Nutrients*. 2020

Bacopa



Effects of a Standardized *Bacopa monnieri* Extract on Cognitive Performance, Anxiety, and Depression in the Elderly: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Durata studio: 12 settimane
Età media pazienti: 74 anni





Conclusioni

- ✓ Promuovere buone pratiche sin dalla giovane età finalizzate a **ridurre il rischio di decadimento cognitivo** e favorire un invecchiamento in salute (The Lancet Commission)
- ✓ Fare attenzione a iniziali segni di decadimento cognitivo (deficit di memoria soggettivi, MCI). Adottare **screening cognitivi adeguati** al paziente e al contesto clinico (MMSE, MoCA, SPMSQ, GPCOG)
- ✓ Non trascurare modifiche del comportamento e sintomi neuropsichiatrici di nuova insorgenza in età avanzata. **MCI e MBI sono entrambi predittori di demenza**
- ✓ Inviare i pazienti ad **ambulatori dedicati** (CDCD hub & spoke – visite specialistiche ambulatoriali)
- ✓ Sottoporre ad accertamenti finalizzati a una diagnosi «biologica» soprattutto i pazienti che potrebbero giovare di future terapie disease-modifying

Conclusioni

- ✓ **Stratificazione del rischio** utile nell'individuare quegli individui che possano maggiormente beneficiare di misure preventive e terapie
- ✓ Non tutti gli individui a rischio evolveranno verso un quadro di franca demenza a breve-medio termine
- ✓ Possibili sviluppi futuri saranno quelli relativi all'**individuazione di fattori di resilienza**, condizioni «mitiganti» il rischio di sviluppare demenza
- ✓ Poche armi terapeutiche a disposizione ma provare ad **agire su meccanismi fisiopatologici noti e sulle terapie non farmacologiche**



Le tappe 

Carissimo Alzheimer Sett.



*La demenza non
cancella la vita
quando non trova
come alleati
l'isolamento e la
solitudine*



GRAZIE



Newsletter AIP – 18 settembre 2026
n. 37/2026

In questi giorni sono iniziate le Alzheimer Fest nelle 20 località in programma. Il 13 settembre ho personalmente partecipato agli eventi a Padova e Brescia. Un'atmosfera di serenità e di vivacità ha caratterizzato la festa, con aspetti ludici, incontri con i caregiver, presentazioni dei progressi della ricerca, suggerimenti sul piano assistenziale, sguardi al futuro, recital di poesie. A dimostrazione della varietà dei contenuti affrontati nel corso dell'Alzheimer Fest, allego la copertina di un volumetto di poesie, ispirate alla condizione di sofferenza dalle persone ammalate e delle loro famiglie, curato da Franca Grisoni. Ricordo che nel 2017 pubblicammo, sempre con Grisoni, un altro volumetto di poesie "Alzheimer d'amore", che riproduceva i testi pubblicati nel corso degli anni dalla rivista Psicogeriatria di AIP. Sottolineo la continuità di una cultura, la nostra, che studia le malattie, indica le cure, organizza l'assistenza, coinvolge le comunità, ritiene il dolore un'espressione umana che coinvolge tutti i saperi, compreso quello artistico e la poesia.

Poesia sonante



Con grande piacere sia a Padova che a Brescia ho incontrato all'Alzheimer Fest persone amiche, lettrici attente della newsletter, che ho ringraziato. Mi permetto di allargare i ringraziamenti a tutti coloro che ci leggono con costanza e impegno, qualche volta anche inviando dei commenti, sempre molto graditi. Vorremmo che la newsletter diventi sempre più un luogo vitale, dove si incontrano dialetticamente pareri, esperienze, visioni dell'assistenza e della cura.

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- "Il caso Guillou" di Paolo Benanti e il ruolo di Amodei
- Fabio Cembrani interviene con prudenza sul tema della morte medicalmente assistita
- Un incontro con il Presidente della Camera dei Deputati sul tema dell'Alzheimer

- La crisi degli oss nelle RSA
- Il film della figlia amante dell'arte di un'ammalata di demenza: "La rivoluzione siamo noi"
- Campaner e Gabbani: "Conoscenze singolari. Il ruolo del caso clinico nelle scienze biomediche"
- Per la giornata Mondiale dell'Alzheimer

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto angolo di Mauro Colombo dedicato alle cadute degli anziani.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Desidero presentare ai lettori un** piccolo **libro di Paolo Benanti "Il caso Guillou"** (Silvio Berlusconi editore). Uno dei più raffinati intellettuali del nostro tempo discute il caso di un giudice della corte penale internazionale, al quale per ordine di Trump, a causa delle sue decisioni come giudice che non piacevano al tiranno, è stato cancellato ogni accesso alle tecnologie, sia quelle più avanzate sia quelle più tradizionali, ad esempio le mail o la possibilità di imbarcarsi su un volo. Benanti descrive come una persona può subire una drammatica riduzione della propria libertà a causa delle decisioni di un potere illiberale. Ma la morale del testo è che il nostro mondo, grazie a progressi tecnologici non controllati, rischia di divenire un luogo dove la libertà del singolo è una parola progressivamente desueta.

In questa prospettiva considero l'intervento di **Dario Amodei**, CEO di Anthropic, che **ha pubblicato recentemente una lettera nella quale chiede un rallentamento dello sviluppo dell'intelligenza artificiale**. Le sue dichiarazioni hanno rapidamente trovato il consenso di Altman, di OpenAI, di Musk, di SpaceX, di Hassabis di Google DeepMind. Amodei ha dichiarato di essere convinto che pensare solo alla sicurezza dell'IA non è più sufficiente e che, invece, è necessario dedicare la più grande attenzione a come evitare il ripetersi di incidenti come quello avvenuto recentemente, quando il sistema di OpenAI ha attaccato la start-up di IA Hugging Face, sottraendosi al controllo umano. Speriamo che ancora una volta la cultura italiana, fondata su solide basi umanistiche, possa contribuire alla crescita della civiltà tecnologica del mondo occidentale, rispettando la libertà e la dignità di ogni individuo. Ricordo che nel documento Amodei esprime apertamente la preoccupazione che la Cina non accetterà i limiti che i paesi democratici si sono imposti. Un'ipotesi realistica e drammatica: **dittatura e tecnologia costituiscono un'alleanza mortale per il nostro mondo!** Tra chi rifiuta la prudenza vi è anche Trump, un altro che non ama la democrazia, ma solo le modalità per arricchirsi, senza guardare a chi soffre oggi e potrebbe soffrire domani a causa di una tecnologia che assume la guida del mondo.

-**Fabio Cembrani inizia con questo pezzo sulla sentenza della corte costituzionale riguardante la morte medicalmente assistita una collaborazione periodica con la nostra newsletter**. Lo ringrazio per questa dimostrazione di stima; saremo culturalmente arricchiti dai testi del nostro amico, sempre lucidi e fondati sui principi del nostro ordinamento giuridico.

"Con sentenza n. 152 del 23 giugno 2026 la Corte costituzionale è nuovamente ritornata sul discusso requisito del mantenimento in vita a mezzo dei trattamenti di sostegno vitale (TSV) che, con gli altri tre requisiti fissati dalla Corte stessa a protezione della vita, apre l'opzione della morte medicalmente assistita. Lo ha fatto a causa dell'incidente di costituzionalità aperto dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Bologna sull'art. 580 c.p. che ne ha chiesto la completa ablazione per la supposta violazione degli artt. 2, 3, 13, 32, secondo comma, e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). Nell'ordinanza di rimessione viene riassunta, con molti particolari, la vicenda clinica di una donna accompagnata in Svizzera da Marco Cappato e da altre due persone per morire con il suicidio

assistito. Questa paziente, di cui non conosciamo né l'età né la sua situazione familiare, era affetta da una rara malattia neuro-degenerativa del sistema nervoso centrale (paralisi sopranucleare progressiva) che le era stata diagnosticata nel 2012 e che era oramai giunta nella sua fase terminale. La donna era così divenuta completamente dipendente da terze persone in tutti gli atti quotidiani della vita; pur essendo ancora in grado di ingerire i cibi in forma semisolida la stessa non era più capace di portarlo autonomamente alla bocca né era in grado di utilizzare i servizi igienici nonostante la sua continenza perché, pur essendo in grado di compiere qualche passo con il deambulatore, non era più capace di raggiungerlo in autonomia. Pienamente capace di auto-determinarsi come confermato dalle relazioni di due medici consultati dalla donna, quello che risulta dalla ricostruzione processuale dei fatti è che la stessa, nel novembre del 2022, scrisse a Marco Cappato una lettera chiedendogli di essere aiutata a morire recandosi in Svizzera, dove aveva già preso contatti con una delle Associazioni accreditate e dalla quale aveva ottenuto una prima autorizzazione pur avendo piena coscienza di non essere ancora diventata dipendente da nessun TSV come richiesto dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale. Qualche mese dopo Marco Cappato, con altre due persone, la accompagnarono a Pfäffikon a bordo di un veicolo noleggiato a spese dell'Associazione della quale lo stesso Cappato è legale rappresentante; qui la donna ebbe due successivi colloqui con un medico svizzero e l'8 febbraio successivo morì con l'auto-somministrazione del farmaco letale attivata con una pompa ad infusione.

Questo il caso sottoposto all'esame del Giudice costituzionale dalla cui analisi emerge che la donna era affetta da una malattia inguaribile giunta nella sua fase terminale e che la stessa aveva liberamente deciso di morire con il suicidio assistito pur non essendo ancora divenuta dipendente da quei TSV richiamati dalla sentenza n. 242/2019. Con la conseguenza che la mancanza di questo requisito potrebbe dar luogo ad un discrimine, con violazione del principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost., del principio personalista di cui all'art. 2 Cost., della libertà personale di cui all'art. 13 Cost. e della libertà di auto-determinazione di cui agli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost... Da qui la presunta arbitrarietà del requisito che sarebbe confermata dal parere espresso dal Comitato nazionale per la bioetica il 18 luglio 2019 ('Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito'), nel senso che la presenza di un TSV dovrebbe essere considerata una condizione aggiuntiva, solo eventuale; cosicché il ritenerla necessaria creerebbe una discriminazione irragionevole e incostituzionale fra quanti sono mantenuti in vita artificialmente e quanti, pur affetti da una patologia gravissima fonte di ineliminabili ed insopportabili sofferenze, non lo sono o non lo sono ancora. Da tutto ciò l'inequivocità dell'obiettivo dell'ordinanza. La sola, radicale, ablazione del requisito del mantenimento in vita dai TSV senza essere stata però la Corte sollecitata ad entrare nel merito, come sarebbe stato sicuramente opportuno fare, né della prognosi infausta a breve termine menzionata, sia pur con altre finalità, dall'art. 2, comma 2, della legge n. 219 del 2017 né, ancor più realisticamente, di quel nuovo criterio introdotto dalla sentenza n. 135/2024: quello, cioè, che ha tipizzato i TSV chiarendo che essi sono quelli il cui non inizio o la cui sospensione sono causa del decesso della persona nel breve termine come suggerito dalla difesa delle parti le quali, richiamando le due precedenti sentenze della Corte, hanno fatto emergere che una interpretazione in senso costituzionalmente conforme del requisito del trattamento di sostegno vitale avrebbe potuto evitare la creazione di irragionevoli disparità di trattamento tra persone malate nell'accesso al suicidio medicalmente assistito. Anche se, a dire il vero, nella sua ordinanza di rimessione il Giudice istruttore per le indagini preliminari del Tribunale di Bologna accennava all'opportunità di espungere il requisito del mantenimento in vita a mezzo dei TSV sostituendolo con un requisito ulteriore e diverso dato che quel vincolo resta un unicum a livello internazionale, tale da esporre di fatto al rischio delle segnalate ingiustizie sostanziali (così il punto 1.5 del Ritenuto in fatto) dovendo essere considerare dirimente la malattia e non già il trattamento medico con il quale la si tratta.

Con sentenza n. 152 depositata il 24 luglio 2026 (redattore Viganò Antonini) il Giudice costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. sollevata dal

rimettente. E lo ha fatto, dopo aver risolto la questione del difetto di competenza territoriale del Giudice a quo sollevata dagli interventi ad opponendum ed altre questioni relative all'inammissibilità per rilevanza delle questioni dell'incidente di costituzionalità, con una breve sentenza che è entrata nel merito di tre principali questioni: (a) il mantenimento in vita della persona a mezzo dei TSV quale requisito per poter accedere alla morte medicalmente assistita; (b) l'insostenibilità dell'idea che il principio di auto-determinazione prevalga su ogni altra esigenza costituzionalmente garantita; (c) il ruolo che deve essere garantito dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale nell'accompagnamento della persona.

Il fulcro della motivazione si rinviene nel paragrafo 17 del Considerato in diritto nel quale il Giudice costituzionale, entrando nel merito delle censure dell'incidente di costituzionalità, le ha ritenute tutte infondate sulla base degli stessi argomenti già sviluppati nelle sentenze n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025 lamentando il fatto che con le deduzioni in esse sviluppate il Giudice istruttore per le indagini preliminari di Bologna avrebbe dovuto responsabilmente confrontarsi non avendolo però fatto nella sua pur articolata ordinanza.

Quanto alla prospettata violazione dell'art. 3 Cost., la Corte costituzionale, richiamando sé stessa, ha sottolineato che il requisito della dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale svolge, in assenza di un intervento legislativo, un ruolo cardine nella logica della soluzione adottata con l'ordinanza n. 207 del 2018, poi ripresa nella sentenza n. 242 del 2019 [par. 17.1 del Considerato in diritto] senza aver "riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, determinata da una patologia irreversibile, ma ha soltanto ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017 in conformità all'art. 32, secondo comma, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza". Con la conseguenza che una "simile ratio, all'evidenza, non si estende a pazienti che non dipendano da trattamenti di sostegno vitale, i quali non hanno (o non hanno ancora) la possibilità di lasciarsi morire semplicemente rifiutando le cure". Cosicché le due situazioni sono del tutto differenti quando esaminate con la ratio delle due precedenti sentenze della Corte (la n. 135 del 2024 e la n. 66 del 2025) venendo così meno il presupposto stesso della censura di irragionevole disparità di trattamento formulata con riferimento all'art. 3 Cost. A nulla valendo il richiamo del remittente al parere del Comitato nazionale per la bioetica del 18 luglio 2019 visto che lo stesso CNB – come puntualmente osservato dagli interventi ad opponendum e da vari amici curiae – ha poi approvato un nuovo e più articolato documento nel 2024 che ha specificatamente affrontato la tipizzazione dei TSV, del quale il giudice a quo non ha tenuto conto. Dando rilievo al fatto che "nella relazione di maggioranza contenuta in tale documento non si trova alcuna indicazione relativa alle asserite discriminazioni cui darebbe luogo il requisito in parola anche se sarebbe stato opportuno approfondire meglio le questioni problematiche visto che quel parere tipizza i TSV in maniera non certo sintonica con ciò che lo stesso Giudice costituzionale ha previsto nella sentenza n. 135/2024. Molto sbrigativamente il Giudice costituzionale altro non ha così fatto se non confermare integralmente le valutazioni espresse nelle precedenti sentenze n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025, con una colpevole rinuncia, senza entrare nel merito delle vere questioni problematiche che la scienza medica non è nelle condizioni di poter risolvere. Perché se non esiste nessuna convergenza scientifica su cosa realmente sono i TSV, la loro tipizzazione è questione che non può essere lasciata alla libera interpretazione di chi è chiamato ad essere garante della correttezza procedurale della morte medicalmente assistita. Anche perché la sostituzione della funzione d'organo che renderebbe un trattamento medico un TSV non è una sua caratteristica patognomonica come ha riconosciuto la componente di minoranza nel CNB nel parere approvato nel 2024 e come ha anche ammesso il Giudice costituzionale nella sentenza n. 135 del 2024. Bene avrebbe fatto la Corte a non lasciare nel regno dell'insoluto questa problematica da lei stessa creata visto che il mantenimento in vita grazie

ai TSV resta un unicum nell'orizzonte comparato che non può essere lasciato alla libera interpretazione di chi ha il dovere di accertarne l'esistenza".

-Allego il programma dell'incontro che si svolgerà alla Camera dei Deputati il giorno 13 ottobre per iniziativa del Presidente Fontana. Sottolineo l'importanza dell'evento convocato da una delle massime autorità dello Stato. Un segnale dell'attenzione per le demenze, attenzione che si dovrebbe presto esplicitare anche nel lavoro delle Camere. Ricordo che nei prossimi mesi verrà presentato il Piano Nazionale Demenze; in questa prospettiva guardo con grandissima preoccupazione alla scadenza della legislatura, con il rischio che con le nuove Camere di debba ricominciare tutto dall'inizio. L'attuale livello molto precario dei servizi per le demenze non permette ritardi; tutti come cittadini e come operatori ci impegneremo per l'approvazione rapida del piano predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità.

The poster features a central white rectangular area with text and logos, set against a background of abstract orange and yellow brushstrokes. At the top of the white area are four logos: the Italian Republic emblem, the logo of the Istituto Superiore di Sanità, the logo of Alzheimer Unità Italia, and the logo of Città Amica della Persona con Demenza. Below the logos, the title 'ALZHEIMER OGGI: COSTRUIRE INSIEME UNA NUOVA CULTURA DELLA CURA' is written in bold. The event details 'Camera Dei Deputati – Sala della Regina' and '13 Ottobre 2026, ore 16,00' follow. The program is divided into two main time slots: 16,00 and 17,00. The 16,00 slot includes a speech by the President of the Chamber of Deputies, Lorenzo Fontana, followed by two presentations: 'Quadro epidemiologico e impatto socio-sanitario: criticità attuali e bisogni emergenti' by Marco Trabucchi and 'Dalla diagnosi alla continuità assistenziale: l'organizzazione della presa in carico' by Giorgio Pavan. The 17,00 slot includes 'Salute cognitiva e demenza: dati, prevenzione e prospettive per il futuro' by Nicola Vanacore and 'Prospettive future nella presa in cura della persona affetta da demenza' by Manuela Berardinelli. The poster concludes with the time 'Ore 17,00' and the note 'Orario previsto per la conclusione dell'evento'.

**ALZHEIMER OGGI: COSTRUIRE INSIEME
UNA NUOVA CULTURA DELLA CURA**

*Camera Dei Deputati – Sala della Regina
13 Ottobre 2026, ore 16,00*

Ore 16,00
Indirizzo di saluto del Presidente della Camera dei Deputati,
Lorenzo Fontana

**Quadro epidemiologico e impatto socio-sanitario: criticità
attuali e bisogni emergenti**
*Marco Trabucchi, Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca
Geriatrica Brescia*

**Dalla diagnosi alla continuità assistenziale: l'organizzazione
della presa in carico**
Giorgio Pavan, Direttore ENFA Treviso

**Salute cognitiva e demenza: dati, prevenzione e prospettive
per il futuro**
Nicola Vanacore, Istituto Superiore di Sanità

**Prospettive future nella presa in cura della persona affetta
da demenza**
Manuela Berardinelli, Presidente Alzheimer Unità Italia Ody

Ore 17,00
Orario previsto per la conclusione dell'evento

-La pagina allegata della Tribuna di Padova del 13 settembre mette in luce, tra i molti problemi che le RSA devono affrontare, anche quello, solo apparentemente settoriale, della "rapina" da parte degli ospedali degli operatori sociosanitari che operano nelle RSA. Ogni concorso ospedaliero che si apre, si apre, allo stesso tempo, anche una voragine nel funzionamento delle RSA del territorio. Infatti, le differenze retributive e gli orari di lavoro meno impegnativi inducono molti operatori a partecipare ai concorsi nelle strutture ospedaliere, dove ovviamente vengono accolti a braccia aperte, perché sono operatori formati, di grande esperienza e competenza. Roberto Volpe, presidente di Uripa, scrive: "La combinazione di una retribuzione ancora

inferiore, la maggiore intensità assistenziale, la responsabilità relazionale e la crescente pressione delle famiglie rende particolarmente difficile trattenere il personale nelle RSA". Com'è possibile arginare questa emorragia che tanti danni provoca al funzionamento delle strutture per anziani? È accettabile che tra strutture appartenenti di fatto al servizio pubblico si verifichino queste forme di concorrenza fortemente dannose?

allegare giornale

-“La rivoluzione siamo noi”: una visione incisiva e intensa dell’espressione artistica della figlia di una persona ammalata di demenza.

[\[rainews.it/tgr/toscana/video/2026/09/-tgr-toscana-web-parrini--arte-e-demenza-pecci-prato-1200-logomp4-a55abd5d-6242-482a-9548-05b368377404.html\]](https://rainews.it/tgr/toscana/video/2026/09/-tgr-toscana-web-parrini--arte-e-demenza-pecci-prato-1200-logomp4-a55abd5d-6242-482a-9548-05b368377404.html)

- Allego la presentazione e l’indice del volume di Campane e Gabbani: “Conoscenze singolari. Il ruolo del caso clinico nelle scienze biomediche”, Carocci, 2026. L’argomento è di grande interesse, al crocevia tra la medicina delle evidenze e lo studio del caso singolo, immagine di una realtà “nuova” rispetto a quanto già noto. Sarà interessante rilevare come e se l’intelligenza artificiale sarà in grado di inglobare l’individualità in un modello complessivo, senza perdere l’originalità e la potenziale rilevanza della singolarità del caso singolo.

“Il volume intende offrire un quadro articolato e aggiornato delle questioni connesse alla presenza del singolo caso clinico nella storia e nel presente delle discipline biomediche. Infatti, un aspetto peculiare della pratica medica, fin dall’età di Ippocrate, è la scelta di descrivere, comunicare e discutere singoli casi clinici, soprattutto quando si tratti di casi che permettono di rilevare un qualche significativo elemento di *novità* o *anomalia*, rispetto allo stato delle conoscenze. Il titolo del libro rimanda allora al fatto che i *report* di casi clinici possono costituire conoscenze *singolari* nel duplice senso del termine: riguardano un singolo e, al contempo, ci danno notizia di qualcosa di ‘inaspettato’, di ‘inedito’. Se, da questo punto di vista, il caso clinico riconduce la medicina al suo radicamento nella cura della persona con la quale, di volta in volta, si ha a che fare, esso però, al contempo, presuppone la fiducia nella possibilità che dallo studio del singolo paziente si ricavi una lezione di portata *sovraindividuale* e che, proprio per questo, si vuole comunicare al maggior numero possibile di specialisti.

Soffermarsi sulla presenza del caso clinico in medicina assume pertanto grande importanza per comprendere meglio la storia della medicina, il suo statuto epistemologico e le sue prospettive future. Il testo ha carattere marcatamente interdisciplinare, vedendo il concorso di medici e filosofi, e comprende una prima parte di natura storica, in cui si trovano capitoli dedicati al ruolo giocato dai casi clinici in diversi periodi, dall’antichità ad oggi, o nell’ambito del lavoro di importanti studiosi, e nello sviluppo di alcune specialità mediche. Una seconda parte ha, invece, natura più teorica, affrontando, solo per fare alcuni esempi, la relazione tra casi clinici ed *evidence-based medicine* oppure tra casi e medicina di precisione, ma anche il passaggio dai singoli casi clinici ai dati epidemiologici o ai *big data*, e ancora la questione della spiegazione e della causalità nel singolo caso clinico.”

INDICE DEL VOLUME

-INTRODUZIONE. *Il caso clinico come chiave di lettura delle scienze biomediche* [Raffaella Campaner-Carlo Gabbani]

1) I CASI CLINICI: IERI E OGGI

1. Chiamare il paziente per nome: casi clinici, 'epidemie' e costituzioni climatiche tra Ippocrate e Galeno [Matteo Martelli]
2. La conoscenza per casi nella medicina moderna [Paolo Savoia]
3. I casi clinici all'origine della malattia di Parkinson (James Parkinson e Jean-Martin Charcot) [Carlo Gabbani]
4. il caso come soglia. Aloysius Alzheimer e la funzione epistemica della singolarità clinica

- [Matteo Borri]
5. I casi nell'opera di Freud [Marco Innamorati]
 6. I casi clinici nella storia della psicopatologia [Massimiliano Aragona]
 7. L'importanza della casistica clinico-terapeutica nella medicina interna tedesca 1945-1965 [Heiner Raspe-Annika Berger]
 8. Evidenze da uno studio clinico su un singolo caso: un riesame dell'auto-esperimento di Marshall con l'*Helicobacter pylori* [Rapahel Scholl]
 9. L'aneddoto come soglia del possibile: dalla storia dell'immunoterapia alle possibilità future [Matteo Cerri]
 10. il caso clinico durante un'epidemia: esempi storici e contemporanei [Francesco Barone Adesi]

2) I CASI CLINICI: METODI E SFIDE

11. I *report* di casi clinici: meriti e limiti [Trygve Nissen-Rolf Wynn]
12. Probabilità, evidenza e casi singoli [Maria Carla Galavotti]
13. Casi clinici e spiegazione causale: dagli approcci classici al 'gemello digitale' [Margherita Benzi]
14. Casi clinici e patologie rare [Laura Mazzanti-Emanuela Scarano-Federica Tamburrino]
15. Casi clinici e terapia. Spunti per l'innovazione terapeutica in oncologia [Niccolò Peccatori-Chiara Zancan-Fedro A. Peccatori]
16. Casi clinici e trapianti [Davide Pacini-Sofia Martin Suarez]
17. Casi clinici e medicina narrativa [Massimiliano Marinelli]
18. Epidemiologia e casi clinici [Alessandra Coscia-Dante Baronciani]
19. Casi clinici ed *Evidence-Based Medicine* [David Teira]
20. Casi clinici e *Person-Centered Medicine* [Levi Durham-James Marcum]
21. Casi singoli e medicina di precisione [Giovanni Boniolo-Raffaella Campaner]
22. Il caso clinico in medicina nell'era di *big data* e *machine learning* [Stefano Canali]

-Allego l'articolo che Avvenire ha avuto la sensibilità di pubblicare in occasione del 21 settembre, Giornata Mondiale dell'Alzheimer



“e vita” online:
www.avenire.it/vita

Newsletter gratuita
con questo QR Code



IL TEMA

La Giornata mondiale che il 21 settembre riporta l'attenzione su una patologia sempre più diffusa è un invito a riflettere sulle ragioni di una marginalità di pazienti e caregiver da superare. Ce lo dice un grande geriatra

Senza paura davanti all'Alzheimer

MARCO TRABUCCHI

Il 21 settembre si celebra la Giornata mondiale dell'Alzheimer. Il messaggio principale di questa ricorrenza è l'invito a tutti cittadini perché affrontino la malattia con coraggio, forza, generosità, preparazione psicologica e competenza clinica. L'organizzazione in tutta Italia della serie di eventi "Alzheimer Fest" è la dimostrazione concreta dell'impegno di molti perché le demenze possano essere affrontate senza timore, aiutando con serenità e consapevolezza chi è malato e chi vive attorno a lui.

Recentemente sono andato a trovare un vecchio professore, al quale devo molto per la mia formazione di medico. Gli ho parlato, preoccupato, delle crisi del nostro tempo, delle folle di chi dovrebbe aiutare il mondo a crescere, delle difficoltà della medicina come sistema organizzato, del lavoro clinico, anche delle persone affette da demenza e delle loro grandi difficoltà, della possibilità non sempre garantita di curare chi ha bisogno. Salutandomi, mi ha detto solo: «Non abbiate paura».

Mi ha impressionato, e mi sono chiesto cosa intendesse dire. Forse: non rinunciate al coraggio di fronte a situazioni umanamente e culturalmente difficili; all'incertezza sulle cure possibili e su quelle impossibili; a investire il vostro sapere nella cura, anche quando si devono affrontare rischi e timori e il solo tra il sapere e l'agire in clinica sembra troppo vasto. Non rinunciate a coinvolgere cuore, mente e braccia in atti di cura, guidati da un'intelligenza generosa. Io, medico, trasferisco l'invito del vecchio professore alle persone che mi chiedono cura, consiglio, giudizio, supporto, dando al "non abbiate paura" non il senso irrealistico secondo il quale il futuro sarebbe privo di dolore e di sofferenza ma l'unico contenuto che posso personalmente garantire: l'impegno a percorrere assieme a chi ha bisogno, a chi è solo, incerto, impaurito il pezzo di strada che è necessario percorrere con competenza, corti o lunghissimi non posso saperlo. E che anche le comunità possono garantire di essere barriere al dolore e alla fatica di vivere che si accompagnano alla solitudine.

La paura è talvolta utile per capire la vita, i suoi pericoli, le cattiverie palesi e nascoste; creare un rapporto di fiducia e di accompagnamento protettivo con chi soffre evita però che la paura diventi e paralizzi le scelte positive che si devono compiere per rispondere alle proprie responsabilità umane, in qualsiasi condizione. Il "non abbiate paura" diventa così un messaggio concreto, realizzabile nei vari momenti dell'esperienza della persona che soffre e di chi vive con lui, di chi ha bisogno della certezza che la sofferenza non sarà mai trascurata, lasciata sola, accompagnata dal sentire positivo secondo il quale c'è sempre qualcuno che la rende la vita meno faticosa. Il mondo, nonostante i molti segnali negativi, lascia spazio alla relazione, a chi ha deciso di essere vicino senza egoismi, con l'aperta gioia di essere importante per chi soffre.

È una conquista di tutti i giorni, realizzata con calore e amore, anche con rigore, coscienti di accompagnare chi non si lascia illudere dalle banalità o da speranze infondate, ma nemmeno schiacciare dal dolore.

Il rapporto d'amore permette la cura anche nella demenza.

Le emozioni della persona affetta da demenza sono più durature, più accessibili rispetto alla memoria compromessa nella malattia. Su questo fondamento si costruisce il rapporto d'amore, che viene colto dall'ammalato, ricevendone momenti di benessere. "Percepire (feeling) anche senza memoria nella malattia di Alzheimer" rappresenta la base biologica della capacità di interpretare positivamente l'amore ricevuto. In questo ambito non tutto è chiarito a proposito del rapporto tra emozioni e processi mnemonici, ma l'esperienza clinica induce a ritenere certa la capacità della persona ammalata di percepire un atto d'amore e di coglierne l'aspetto positivo.

Qualcuno sostiene che l'insistenza sull'amore come criterio dominante nel

rapporto di cura delle persone con demenza potrebbe indurre a pensare che si voglia forzare un comportamento lontano dalla realtà, patrimonio solo di alcuni particolarmente votati per motivazioni di ordine affettivo, morale e religioso. Non è così: la scelta dell'amore è il fondamento operativo se si vogliono ottenere risultati nel ridurre il dolore e la sofferenza. Infatti "il voglio bene" è l'ultima parola che scompare quando i sintomi della demenza prevalgono

La demenza colpisce più la memoria che le emozioni e gli affetti: così può resistere quel rapporto d'amore che aiuta ad affrontare la malattia



quali possiamo affermare con competenza e impegno "non abbiate paura". Non abbiate paura dei primi segni di malattia. Non abbiate paura della diagnosi: non è l'inizio di un viaggio senza scopo, ma una tappa della cura. Non abbiate paura della perdita di memoria, dell'incapacità di orientamento, del fatto che il vostro caro confonde i volti noti. Non abbiate paura della depressione, dell'apatia e dei deliri. Non abbiate paura della solitudine, di ricevere cure senza amore, di essere collocati in luoghi poco ospitali. Non abbiate paura che con la morte sparisca l'amore verso i vostri cari.

Per troppi anni le demenze sono state collocate in luoghi marginali sul piano culturale, psicologico, sociale, clinico. Oggi la situazione è in via di miglioramento, per alcuni aspetti molto veloce. In attesa degli avanzamenti della ricerca per arrivare a una terapia, l'atteggiamento di cura aperta e generosa verso l'ammalato è la risposta oggi più nobile ed efficace.

DOPO IL SÌ DEL VENETO, MOLTI I FRONTI IN MOVIMENTO

Regioni e fine vita, corsa per approvare altre leggi

È come se l'approvazione della legge sul suicidio assistito in Veneto, il 2 settembre, avesse tolto un tappo: quasi ogni giorno da qualche Regione arriva la notizia di una proposta o una iniziativa per arrivare allo stesso risultato. Con la Chiesa che fa sentire la sua voce - negli ultimi giorni da Triveneto e Puglia - per tenere il punto sulla custodia della vita. Il fronte più caldo è la Lombardia, con la divisione nella maggioranza - come in Veneto - che ha assunto i toni dello scontro. Contro le linee guida regionali varate a fine agosto dall'assessore al Welfare Guido Bertolaso, che oggi regolano la procedura, sono scesi in campo i consiglieri di Fratelli d'Italia, con Matteo Forte che ha chiesto il ritiro di un documento oggetto di una "decisione presa assolutamente in modo individuale". Ieri in Regione l'Associazione Luca Coscioni ha depositato 17mila firme per una legge di iniziativa popolare. La Regione più vicina ad aggiungersi a Toscana, Sardegna, Emilia-Romagna e Veneto con una propria legge è però l'Umbria, dove il varo è annunciato entro settembre. E se nelle Marche la proposta è appena stata iscritta all'ordine

del giorno del Consiglio regionale, in Piemonte si annuncia per il 22 settembre il deposito delle 14mila firme raccolte sempre dalla "Coscioni". La Provincia di Trento ha appena concluso le audizioni in commissione, mentre in Puglia a presentare un progetto sono state Lega e Forza Italia, partito quest'ultimo che ha preso l'iniziativa anche in Sicilia. Un attivismo che solleva domande sulla linea forzista in materia. Per rispondere torniamo in Veneto: «La linea adottata - spiegano Alberto Bozza ed Elisa Venturini, capogruppo e assessore regionale per FI - è stata quella di lasciare libertà di coscienza ai consiglieri, evitando di trasformare una materia così delicata, che tocca profondamente la sfera personale e le convinzioni etiche di ciascuno, in una contrapposizione politica vincolante. All'interno di questa libertà di coscienza, due dei tre consiglieri regionali di Forza Italia si sono astenuti perché non favorevoli al provvedimento. Solo un consigliere si è espresso a favore. Forza Italia ha scelto di non schierarsi a favore della legge e di mantenere un atteggiamento di astensione, nel rispetto della libertà di coscienza. Questa scelta è coerente con i valori cattolici e liberali nei quali FI si riconosce e nei quali anche personalmente ci riconosciamo. La tutela della libertà individuale non può essere disgiunta dalla tutela della vita, della dignità della persona e delle condizioni concrete nelle quali una scelta viene compiuta». (F.O.)

L'intervento

IL SUICIDIO ASSISTITO SNATURA L'ATTO MEDICO

La morte di Domenico Zuccarella, primo suicidio medicalmente assistito la cui fase attuativa è stata interamente gestita dal servizio sanitario regionale lombardo, e la legge approvata in Veneto hanno riaperto il confronto sul fine vita. Nel dibattito nazionale manca però un elemento che, da medici, riteniamo fondamentale e che attiene al significato delle parole. Non appare bene che l'enciclica Magnificat Humanitas di papa Leone XIV si apra con l'immagine del crollo della torre di Babele. Nel racconto biblico, alla tracollanza degli uomini segue la confusione delle lingue. Nella letteratura più recente Orwell descrive, in 1984, la neolingua come lo strumento attraverso cui il regime modifica la storia e annulla le coscienze. Le parole hanno un peso e un significato. È allora necessario chiedersi quale sia il significato più profondo dell'espressione "suicidio medicalmente assistito", soprattutto quando si viene detto che esso non coincide né con l'eutanasia, tuttora illegale in Italia, né con l'omicidio del consenziente, reato di cui l'Associazione Luca Coscioni aveva promosso l'abrogazione parziale mediante referendum popolare, dichiarato inammissibile dalla Corte costituzionale con sentenza n. 50 del 2022. E allora di cosa si tratta? Rispondere a questa domanda ha grande rilevanza per chi ha prestato il proprio giuramento professionale secondo il Codice deontologico spaziale, assumendo l'impegno di «non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte», neanche su richiesta del malato. Ma affinché un suicidio sia "medicalmente assistito", con procedura gestita dal sistema sanitario, come avvenuto in Lombardia, occorre che un medico prescrive il farmaco letale, che il sistema sanitario procuri l'apparecchiatura più idonea alla auto-amministrazione, e che, nel caso, per esempio, di un malato paraplegico impossibilitato a muovere se non gli occhi, sempre un sanitario posizioni un accesso venoso utile all'autoamministrazione del farmaco letale. Usando una metafora, si viene richiesto di accompagnare per mano il malato sulla sommità del palazzo, aiutarlo a porsi sul parapetto e osservarlo mentre si lancia giù, ritenendo di non essere partecipi della sua morte. Non sappiamo se chi propone che questa procedura venga legalizzata sia realmente convinto che il medico possa assistere in tal modo un atto suicidario senza esserne eticamente partecipe e deontologicamente responsabile. Se lo è, probabilmente è già vittima della confusione delle lingue. Perché, al di là delle differenti qualificazioni giuridiche, resta una domanda alla quale non possiamo sottrarci: la distinzione tra eutanasia e suicidio medicalmente assistito è altrettanto netta sul piano etico e deontologico? Se il medico prescrive il farmaco letale, il sistema sanitario lo mette a disposizione e presta l'assistenza indispensabile perché la morte possa verificarsi, possiamo davvero sostenere che il medico rimanga estraneo all'atto, soltanto perché l'ultimo comando è impartito dal paziente? Perché facciamo tanta fatica a porci questa domanda? Forse perché educare le parole è più confortevole. Se "l'utero in affitto" lo chiamiamo "gestazione per altri", la procedura rimane identica, ma assume l'aspetto di un gesto altruistico. Allo stesso modo il termine "suicidio medicalmente assistito" può confortare chi ritiene di aiutare il malato a porre fine a un dolore estremo, senza esserne responsabile. In Italia il dibattito sul tema si confronta con un ordinamento costituzionale che colloca il diritto alla vita in una posizione apicale tra i diritti della persona. Tanto è vero che godiamo i

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'Angolo di Mauro Colombo affronta il tema delle cadute dell'anziano. Potrebbe sembrare argomento ben noto, ma la realtà clinica e assistenziale indica che invece vi è grande confusione sul piano preventivo, delle cure e della riabilitazione. Per troppi anziani ancora oggi una caduta è l'inizio di una parabola discendente alla quale non è facile opporsi.

"Col beneplacito del prof. Trabucchi, torno ad un argomento cui peraltro erano stati dedicati in precedenza altri 'angoli': per esempio, nella newsletter del 13 settembre 2024 (cadute ed antidepressivi) e del 6 dicembre 2024 (cadute e deterioramento cognitivo). Questa volta il punto di osservazione è il possibile ruolo 'preventivo' giocabile dai servizi di emergenza sanitaria, grazie ad

una 'lettera di ricerca' [1] e ad un editoriale [2] apparsi sul numero del 9 settembre di *JAMA Network Open*, ad opera di 'emergentisti' statunitensi affiliati ad istituzioni di diversi stati. Per indicare quanto sia importante il ruolo dei servizi di emergenza rispetto alle cadute degli anziani, basti dire che negli USA questo evento motivi dal 10% al 25% delle chiamate [#]. Ne deriva la riflessione che il lasso di tempo compreso fra un evento che porta ad un calo funzionale ed un precedente passaggio in servizio di emergenza può costituire una finestra sfruttabile per prevenire future cadute.

Adoperando una non comune base di dati longitudinale, gli Autori di [1] hanno puntato come obiettivo prioritario a caratterizzare i contatti con i servizi di emergenza da parte di ultra60enni nei 365 giorni precedenti al passaggio in Pronto Soccorso a causa di una caduta cui sono conseguite limitazioni (evento indice).

La casistica ha fatto riferimento a 267.972 persone, sia che vivevano al domicilio che residenti in strutture di ricovero, di età mediana 80 anni, con ambito interquartile 71 – 87 anni, 2/3 femmine. 1/3 di costoro (87.985 partecipanti) era passata almeno 1 volta nei servizi di emergenza durante l'anno precedente all'evento rovinoso, totalizzando, nel periodo dall'1-1-19 al 31-12-24, 240.057 visite. 39.729 partecipanti (cioè il 45,2 % dei 87.985) erano passati in pronto soccorso solo 1 volta, durante i 365 giorni di osservazione; 20.329 due volte, 10.028 tre volte, e 17.899 quattro volte o più.

Per quasi metà di coloro che erano ricorsi almeno 1 volta al servizio di emergenza durante l'anno precedente all'evento indice, il lasso di tempo fra tale evento e l'ultimo passaggio precedente superava i 90 giorni, ma per una quota non piccola di partecipanti (9,5 %, pari a 8.217 anziani) questo spazio di tempo era compreso fra 0 e 7 giorni, con una ripartizione % sostanzialmente sovrapponibile per le fasce di 1 (esclusa la prima settimana), 2 e 3 mesi.

Inaspettatamente, la % di partecipanti dimessi al domicilio era statisticamente più alta (54,5 %) tra chi si era imbattuto nei servizi di emergenza ≥ 4 volta nell'anno precedente all'evento indice, rispetto a chi li aveva utilizzati 1 sola volta nel medesimo periodo: questa ultima % (46,1 %) sostanzialmente coincideva con quella di coloro che non avevano mai contattato i servizi di emergenza l'anno prima dell'evento indice (46,4 %).

La distribuzione delle diagnosi assegnate all'evento-indice era statisticamente sbilanciata fra le varie categorie di utilizzatori dei servizi di emergenza: orientativamente, vi era una eccedenza relativa di fratture di femore (27,4 %) e di spalla (11,6 %) in coloro che non avevano mai contattato i servizi di emergenza l'anno prima dell'evento indice, e viceversa un eccesso relativo di ferite aperte alla testa (32,7 %) e fratture di sterno, coste e vertebre toraciche (13,9 %) nei più forti utilizzatori ($\geq$ passaggi nel medesimo periodo).

I pazienti con almeno un precedente intervento dei servizi di emergenza sanitaria avevano maggiori probabilità di risiedere in residenze socio-sanitarie (30,7% contro 15,7%) e di avere in anamnesi uno o più farmaci inclusi nei criteri di Beers (36,9% contro 22,6%).

In discussione, gli Autori di [1] indicano una finestra di intervento complessiva di circa 11 settimane, che rappresenta una tempistica ragionevole per attuare strategie di prevenzione delle cadute, con l'obiettivo di evitare lesioni prevenibili e potenziali disabilità.

Di fronte alla incertezza sulle strategie ed i bersagli ottimali per la prevenzione [dei danni da (ndr)] caduta, gli Autori di [1] sottolineano come i dati sugli intervalli temporali potenzialmente usufruibili offrono indicazioni significative. Al netto delle limitazioni esplicitate, traducendo pressoché letteralmente "tra i pazienti con un singolo precedente contatto con i servizi di emergenza sanitaria, il tempo mediano trascorso prima di una caduta con lesioni è stato di circa 100 giorni; tale intervallo si è ridotto a 36 giorni nei soggetti con quattro o più contatti. Questi risultati suggeriscono che la traiettoria di rischio sia già in fase avanzata al momento in cui si verificano contatti ripetuti, avvalorando la necessità di intervenire già al primo contatto anziché attendere quello più recente. Nel loro insieme, tali evidenze sconsigliano di individuare un singolo sottogruppo ad alto rischio come

obiettivo privilegiato della prevenzione, sostenendo invece un approccio più ampio, innescato dal contatto: ogni interazione dei servizi di emergenza con una persona anziana rappresenta un'opportunità concreta per avviare attività di screening, indirizzamento ai servizi o intervento diretto.”

Ho trovato interessanti ed appropriati i commenti scritti nell'editoriale [2], steso su invito, e che qui sintetizzo, a partire dalla constatazione che l'occorrenza delle cadute negli Stati Uniti è in crescita. La multifattorialità delle cadute implica che “nessun ambito del settore sanitario è perfettamente attrezzato per ridurre il rischio di cadute.” Ma per converso, “sebbene esistano interventi basati su prove scientifiche in grado di ridurre tale rischio del 30%, essi vengono attuati di rado: la prevenzione sfugge alle maglie di un sistema sanitario incentrato sulla malattia.”

Gli editorialisti rimarkano come una caduta a terra su dieci associata a limitazioni nelle attività della vita quotidiana strumentali è stata preceduta da tre o più interventi dei servizi di emergenza sanitaria nell'anno precedente. Vi è, pertanto, un contatto pre-ospedaliero significativo con pazienti anziani che non hanno ancora subito l'infortunio indice. I farmaci segnalati secondo i criteri Beers costituiscono un esempio di area potenziale di intervento preventivo.

Le organizzazioni di medicina specialistica d'emergenza hanno individuato il ruolo dei servizi di emergenza sanitaria nel migliorare gli esiti delle cadute come un'area prioritaria chiave per ulteriori approfondimenti [§].

Tra le limitazioni di [1] discusse dagli editorialisti, spicca a mio avviso quella secondo cui la popolazione indagata non includeva i pazienti che si sono rivolti autonomamente ai dipartimenti di emergenza, agli ambulatori di cure urgenti, ai servizi di assistenza primaria o ad altri specialisti ambulatoriali in seguito a cadute a terra. Di conseguenza, il campione potrebbe risultare selezionato verso casi di cadute più gravi e verso soggetti con minori possibilità di accedere a trasporti non di emergenza e/o all'assistenza primaria.

Una questione chiave inquadrata successivamente dagli editorialisti riguarda la disponibilità delle persone anziane ad accogliere interventi preventivi sulle cadute al domicilio da parte del personale dei servizi di emergenza sanitaria. “La riluttanza a farsi trasportare al Pronto Soccorso dopo un intervento di assistenza che comporta un sollevamento da terra potrebbe indicare che gli anziani non desiderano cure mediche in seguito a una caduta, oppure potrebbero suggerire la necessità di una maggiore consapevolezza riguardo alle conseguenze a lungo termine dei rischi di caduta, se non affrontati. Esistono prove che suggeriscono come gli anziani accoglierebbero favorevolmente interventi domiciliari, sebbene le preferenze varino probabilmente in base alla tipologia di intervento, al motivo dell'intervento dei servizi di emergenza e alle circostanze individuali.”

In conclusione, visto che vi sono ampie opportunità di intervento di fronte ad eventi potenzialmente catastrofici, e particolarmente gravosi in termini di economia sanitaria, quali le cadute – almeno in parte prevedibili e prevenibili – “un approccio di sanità pubblica alle cadute, che coinvolga anche chi entra abitualmente in contatto con persone a rischio di caduta, potrebbe essere proprio ciò che è mancato finora per arginare i tassi di caduta in costante aumento negli Stati Uniti.”

[#] negli USA, il numero per le chiamate di emergenza – l'equivalente del nostro 112 (“Numero Unico Europeo per le Emergenze) - è 911

[§] mi permetto di segnalare un articolo dedicato alla ottimizzazione della cura per le persone anziane nei servizi di emergenza, tra i cui autori figurano persone attive in AIP [3]

[1] Shaw, M. R., Godzdanker, I., Crowe, R. P., Treichel, A., Shah, M. N., & Cash, R. E. (2026). Emergency Medical Services Encounters Preceding Injurious Falls in Older Adults. *JAMA network open*, 9(9), e2631260. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.31260>

[2] Friedman, A. B., Quatman, C. E., & Goldberg, E. M. (2026). Emergency Medical Services as a Partner in Fall Prevention-Breaking the Fall. *JAMA network open*, 9(9), e2631197. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.31197>

[3] Pinardi, E., Ornago, A. M., Bianchetti, A., Morandi, A., Mantovani, S., Marengoni, A., Colombo, M., Arosio, B., Okoye, C., Cortellaro, F., & Bellelli, G. (2024). Optimizing older patient care in emergency departments: a comprehensive survey of current practices and challenges in Northern Italy. *BMC emergency medicine*, 24(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01004-y>

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/psicogeriatría>

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

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

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

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

Un cordiale saluto e un ringraziamento alle colleghe e ai colleghi impegnati nella cura degli anziani fragili

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Attualità

Sanità e sociale

Concorso per 84 oss negli ospedali «Ma così si svuotano le case di riposo»

Nuova emergenza Rsa, Uripa scrive alla Regione: dovremo tagliare posti letto

SABRINA TOMÈ
PADOVA

L'allarme

Non si è ancora spento il grido d'allarme delle Rsa venete per il rincaro dei costi, e conseguentemente delle rette, che un'altra emergenza si profila all'orizzonte. Stavolta riguarda il personale e, più precisamente, il rischio del suo esodo. Un pericolo concreto legato al concorso appena bandito da Azienda Zero per l'assunzione di 84 operatori sociosanitari da inserire in ospedali e Usl. Inevitabile, denuncia Uripa, lo svuotamento dei reparti delle Rsa: negli ospedali lo stipendio è un po' più alto, i carichi di lavoro inferiori così come le pressioni dei familiari. Roberto Volpe, presidente dell'associazione che riunisce le Case di riposo, ha immediatamente inviato una mail al presidente Alberto Stefani, all'assessore alla Sanità Gino Gerosa e al Sociale Paola Roma, descrivendo ap-

punto le ricadute. Destinate a tradursi, soprattutto laddove la situazione del personale è già molto critica (come nel Bellunese), nel taglio di posti letto. Nel dettaglio: un contingente di 84 operatori corrisponde agli oss necessari a garantire l'assistenza in una Rsa di circa 160 posti letto. E 84 è un numero riduttivo perché ci sarà una graduatoria alla quale Azienda Zero via-via attingerà. Una soluzione però c'è, secondo Uripa: gli ospedali formino ausiliari da destinare a mansioni che non richiedono le competenze degli oss, in modo da "risparmiare" su quest'ultimi, così difficili da trovare.

LA DENUNCIA DI VOLPE

«Si punti anche nelle Usl e nei reparti alle figure degli ausiliari Ora vogliamo risposte concrete»

Il concorso

Nella mail Volpe parla di «forte preoccupazione degli enti» a proposito del concorso di Azienda Zero. In discussione, va da sé, non sono né la legittimità della procedura e men che meno la necessità delle strutture sanitarie. «Siamo però costretti a evidenziare che, nell'attuale situazione del mercato del lavoro, queste assunzioni non determineranno l'ingresso nel sistema di 84 nuove professionalità oggi non occupate, ma con ragionevole certezza vi sarà un ulteriore trasferimento verso il settore sanitario pubblico di operatori attualmente impiegati nelle nostre Rsa piuttosto che negli altri servizi sociosanitari», la denuncia. Una convinzione che deriva dall'esperienza: era già successo nel 2022, quando Azienda Zero mise a bando 253 posti.

I numeri

La fragilità è illustrata dai numeri riferiti ai corsi di formazione per oss in Veneto: a fron-

te di 1.770 posti disponibili nel 2025, i partecipanti effettivi sono stati 1.291, con una copertura inferiore al 73%. Il 46% dei partecipanti ha più di quarant'anni e, tra questi, il 20,76% ha superato i cinquant'anni, mentre soltanto il 33,08% ha meno di trent'anni. «Sono dati che non mettono certamente in discussione il valore e le capacità delle persone che scelgono questo percorso professionale, ma che descrivono un bacino formativo quantitativamente insufficiente e sempre meno in grado di rispondere, da solo, alle necessità congiunte del sistema sanitario e sociosanitario regionale», puntualizza Volpe. Uripa ha cercato una soluzione con missioni in Brasile e in Repubblica Dominicana al fine di reclutare nuovi oss: ad oggi i visti di ingresso sono 150, con l'intera spesa a carico dei Centri di Servizi, senza un sostegno pubblico. E questo, naturalmente, significa una ripercussione sui costi e quindi



Una operatrice sociosanitaria con un'anziana in Rsa

sulle rette.

Una via d'uscita

Le Rsa, di fronte alla penuria di oss, hanno fatto "economia" affidando a personale ausiliario mansioni come la pulizia dei locali, il ritiro e la distribuzione della biancheria, il rifacimento dei letti, il riordino delle camere, la collaborazione nella preparazione e distribuzione dei pasti e le altre commissioni che non comportino

interventi diretti sull'ospite. Volpe propone di estendere tale esperienza: «Ha ancora senso impiegare in modo così esteso, anche in ambito ospedaliero, una professionalità oggi rara e indispensabile come quella dell'oss per attività che potrebbero essere affidate a personale ausiliario adeguatamente formato?». E infine: dopo i molti tavoli, servono «decisioni e interventi concreti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Newsletter AIP – 11 settembre 2026
n. 36/2026

Lancet del 27 agosto pubblica l'editoriale allegato: "Russian medics reported to be complicit in torture". L'abbiamo letto con dolore, perché mai avremmo pensato che la medicina fosse offesa nella sua stessa struttura culturale e operativa da parte di ignobili colleghi. Ma anche con rabbia, perché il mondo medico non ha ancora avuto il coraggio di reagire apertamente alla violenza contro le persone deboli. Infine, l'abbiamo letto con la determinazione di appoggiare la nazione Ucraina nel suo impegno per la libertà. Nessuna scusa può essere accettata da chi è violento e sadico, indipendentemente dal suo ruolo. Peraltro, il ricordo dello sterminio per fame del '32 e '33 (holodomor) ci fa riflettere da che parte stanno gli assassini e da che parte le vittime. Noi stiamo con queste, in Ucraina così come in Siria, Sudan e Gaza.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)01765-4/abstract?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)01765-4/abstract?rss=yes)]

In questi giorni è tornato attuale dopo l'approvazione della legge della Regione Veneta il dibattito sul diritto al suicidio medicalmente assistito. Su questo argomento delicatissimo invito i lettori a studiare la sentenza n. 152 del luglio 2026 della Corte Costituzionale e ad inviarci eventuali commenti, con la delicatezza richiesta dalla tematica.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Benetollo. La signora Maria: "Non mi ricordavo che mi piaceva così tanto venire qui"
- Stefano Serenthà torna sul tema della prevenzione delle demenze
- Osvaldo Scarpino sulla morte volontaria assistita
- CDCD: un incontro istruttivo
- Maria Elena Abati: il dovere di ripensare le RSA

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA

- Presentazione di una nuova sezione della newsletter dedicata alle residenze per anziani
- Silvia De Rizzo: "OSS Senior"
- Adelaide Biondaro: "Il comitato etico: uno spazio per prendersi cura delle decisioni"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- L'elenco degli impegni delle prossime settimane

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-La frase della Signora Maria riferita dall'amico Benetollo testimonia il significato umano, oltre che assistenziale, di alcuni servizi, nel nostro caso il caffè Alzheimer.

"Non mi ricordavo che mi piaceva così tanto venire qui. Questo è stato il commento della signora Maria uscendo dal Caffè Alzheimer di Monticello Conte Otto, riaperto oggi dopo la sospensione di luglio-agosto. La signora Maria ha una demenza iniziale, una sindrome miofasciale, grave ipovisus, deambula con girello ed assistenza, e vive con il marito di 94 anni, affetto da demenza moderata, ipoacusia grave, sarcopenia con elevato rischio di cadute; da un anno frequentano assieme, una volta alla settimana questo Caffè, e questa mattina ci hanno messo due ore per prepararsi, laboriosamente e faticosamente, ad essere accompagnati fuori di casa.

Mi è sembrata una frase bellissima, densa di significati, fra cui brilla un momento di gioia, possibile e piena anche in una vita oggettivamente difficile e dolorosa, ma non per questo meno degna di essere vissuta.

Ho pensato di condividerla con i lettori della Newsletter AIP, come grande ringraziamento ed incoraggiamento per tutti i volontari che in questi giorni stanno riprendendo il loro impegno in mille luoghi del nostro Paese: è davvero un lavoro prezioso, di cui neanche un'ora va perduta".

-Il dottor Stefano Serenthà commenta la problematica riguardante la prevenzione delle demenze, argomento sul quale ci siamo spesso soffermati criticamente.

"Mi permetto di ringraziarla per la preziosa chiarezza riguardo alla fantomatica *possibilità di prevenzione del 45% delle demenze* su cui negli ultimi anni sono stati costruiti 'biscioni' e teoremi di ogni tipo. Confesso di avere provato non poco disagio a vedere come sia stata sbandierata come una conquista acquisita e scientificamente provata la possibilità di prevenire quasi la metà delle forme di demenza, partendo da analisi di singoli studi autonomi, ciascuno pur valido e a suo modo significativo.

Nella diffusione dei dati delle analisi mi è sembrato di cogliere tante leggerezze.

-Sono stati (arbitrariamente?) uniti fattori fisici, psicologici e ambientali che oltretutto avrebbero meccanismi d'azione non paragonabili (mi pare che qualcuno potrebbe essere considerato realmente *causale*, qualcuno solo *facilitante*, qualcun altro ancora solo *slatentizzante* di alterazioni già indipendentemente presenti) come se fossero da considerare tutti sullo stesso piano.

-Sono stati uniti interventi sui singoli e interventi che inevitabilmente richiedono approcci politico-comunitari, sempre sommandoli indifferenziatamente come equiparabili.

-Anche sui calcoli delle probabilità di riduzione del rischio non ho capito bene come ci si sia arrivati. Mi è parso (ma non sono competente al riguardo, per cui chiedo scusa se entro in un campo non mio, pronto ad uscirne immediatamente) che ci siano state un po' di ottimistiche ingenuità. Per arrivare a quel fantomatico 45% sembrerebbero essere state sommate in modo forse statisticamente da verificare le percentuali di riduzione di rischio dei singoli fattori: ammesso (e non concesso) anche che i vari fattori siano del tutto indipendenti e senza interazioni uno con l'altro, cosa peraltro ben lontana dall'essere probabile e comunque non verificata, mi pare di capire che si siano sommati linearmente le percentuali di riduzione del rischio dei singoli fattori (5% della bassa scolarità + 7% della perdita di udito...), mentre forse sarebbe stato più corretto calcolare il vero rischio residuo considerando anche l'impatto statistico degli altri fattori: $(1 - 0.05) \times (1 - 0.07)$.

Con una somma lineare, oltre a gonfiare in modo smisurato la percentuale totale, aggiungendo di volta in volta altri fattori che potranno essere scoperti avremmo addirittura la possibilità di arrivare a dire che possiamo prevenire... oltre il 100% delle demenze (???).

Capisco che quanto diffuso possa fare più colpo sull'opinione pubblica e creare sensibilizzazione, ma non corrisponde a verità sull'effettiva possibilità di incidenza sui singoli e sulle popolazioni quanto ad effettiva riduzione del rischio (ripeto, magari da clinico non esperto di ricerca e di statistica, sono io che non ho capito: ne approfitto allora per chiedere anche a lei e agli altri soci ulteriori chiarimenti che possono aiutare tutti).

Senza volerlo, con la diffusione poco controllata di questi dati, spesso presentati con buona volontà da persone inesperte, si è anche indirettamente e involontariamente *diffusa l'idea che, se a qualcuno viene la malattia di Alzheimer, in un caso su due c'è qualcuno che ha sbagliato qualcosa* ("si poteva prevenire...!"), creando oltretutto un'idea di colpevolizzazione a pazienti, familiari e magari anche operatori, là dove di tutto c'è bisogno tranne che di aggiungere ulteriori fardelli.

Purtroppo, come avviene nella smania diventata di moda di trovare rapidamente diagnosi precoci e terapie efficaci, *in un sistema tanto complesso le semplificazioni non solo non aiutano, ma possono nuocere.*

L'attenzione alla prevenzione è e dovrà essere sempre di più un perno su cui fare riferimento, anche perché è vero che si stanno aprendo molte prospettive di prevenzione che anni fa non c'erano e che abbiamo il dovere di studiare, comprendere e diffondere, ma perché lo diventi è necessaria anche molta onestà nel riconoscere di volta in volta a che punto siamo effettivamente e il peso che quanto conosciamo possa avere sulle persone reali.

Dieci anni fa parlavamo dei "5 pilastri" della prevenzione come di qualcosa di rivoluzionario (e poi vedevamo che erano sempre gli stessi che aiutano a invecchiare bene e a prevenire le altre malattie...), poi sono diventati 10, 12, poi forse 11, poi 14... e ce ne sono tanti ancora in attesa di essere riconosciuti. Siamo in un tempo di ricerca, non ci certezze, e ci è chiesta la serietà e la responsabilità che questo tempo richiede.

E' bello che anche l'AIP ci stia aiutando a *tenere i piedi per terra*, con tanta attenzione al nuovo che avanza, ma *senza mitizzare i risultati e rispettando la complessità dei temi*. È meno gratificante ma più serio e più utile.

-Osvaldo Scarpino ha inviato un commento alle recenti discussioni sul suicidio assistito.

La morte volontaria assistita dopo la sentenza n. 152 del 2026 della Corte costituzionale. Tra tutela della vita, autodeterminazione della persona e responsabilità del legislatore.

"La sentenza n. 152 del 24 luglio 2026 della Corte costituzionale trae origine dalla questione di legittimità costituzionale sollevata dal GIP del Tribunale di Bologna e si inserisce nel percorso ormai lungo che, a partire dalla sentenza n. 242 del 2019, ha progressivamente definito i limiti entro i quali l'aiuto al suicidio può non essere punibile nel nostro ordinamento.

Per comprendere la portata della decisione è sufficiente partire da una domanda semplice: può una persona affetta da una patologia irreversibile, sottoposta a sofferenze che ritiene intollerabili e pienamente capace di assumere decisioni libere e consapevoli, chiedere di essere aiutata a morire anche quando non è mantenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale?

La Corte ha risposto che, allo stato dell'attuale disciplina costituzionalmente necessaria, la risposta è negativa. Ha infatti ritenuto non fondate le questioni di legittimità costituzionale che miravano a eliminare il requisito dei trattamenti di sostegno vitale, confermando così il limite già individuato nella precedente giurisprudenza.

La decisione non significa, tuttavia, che la Corte consideri costituzionalmente vietata ogni possibile disciplina più ampia della morte volontaria assistita. Significa, piuttosto, che una simile scelta non spetta alla Corte, ma al legislatore. È il Parlamento, infatti, che può stabilire se e a quali condizioni estendere la possibilità di accedere a una procedura di morte volontaria assistita, predisponendo le necessarie garanzie a tutela della persona e della sua effettiva libertà di scelta.

Ed è proprio questo l'aspetto che rende la sentenza particolarmente significativa.

A sette anni dalla sentenza n. 242 del 2019, il Parlamento non è ancora riuscito ad approvare una disciplina organica della materia. Una questione che coinvolge direttamente la vita, la sofferenza, l'autodeterminazione della persona e la responsabilità dei professionisti sanitari rimane così affidata, in larga misura, all'intervento della giurisprudenza e a soluzioni territoriali differenziate (vedi Toscana, Sardegna ed Emilia-Romagna).

È una situazione che difficilmente può essere considerata soddisfacente.

Per il medico e per gli altri professionisti della salute, infatti, il problema non è teorico. La malattia grave e irreversibile, la perdita progressiva dell'autonomia, la sofferenza fisica e psichica, il rapporto con la famiglia e la richiesta di scegliere il momento e le modalità della propria morte appartengono alla realtà concreta dell'assistenza. Il medico, nello stesso tempo, è chiamato a proteggere la vita, a curare quando è possibile, lenire la sofferenza quando non è possibile guarire e accompagnare la persona fino alla fine.

Occorre però evitare un equivoco. Le cure palliative comprendono una pluralità di interventi, adattati alle condizioni cliniche, ai bisogni e alle preferenze della persona, e possono accompagnare il malato nelle diverse fasi della sua malattia. Soprattutto, non dovrebbero essere trasformate in un passaggio obbligatorio o in una condizione preliminare per poter prendere in considerazione una richiesta di morte volontaria assistita.

Offrire concretamente le cure palliative è un dovere del sistema sanitario e un diritto della persona. La loro funzione dovrebbe essere quella di rendere più libera e consapevole la scelta della persona, non quella di condizionarla. Anche il rifiuto di una determinata modalità di trattamento palliativo, quando provenga da una persona capace e adeguatamente informata, appartiene infatti alla dimensione dell'autodeterminazione del paziente.

La mancata approvazione di una legge ha finito per trasformare questo problema in uno scontro prevalentemente politico e ideologico. Da una parte la destra, dall'altra la sinistra; da una parte le posizioni confessionali, dall'altra quelle laiche. Una contrapposizione che, proprio per la natura del problema, appare riduttiva e, in definitiva, irragionevole.

Le diverse concezioni della vita e della morte meritano certamente rispetto. Nessuno dovrebbe essere costretto a rinunciare alle proprie convinzioni morali o religiose. Ma una legge destinata a disciplinare una materia che riguarda tutti i cittadini non può essere costruita sulla pretesa che una particolare concezione etica debba necessariamente prevalere sulle altre.

Il compito del legislatore è diverso: trovare un punto di equilibrio che consenta di tutelare la vita senza ignorare la libertà e la dignità della persona, e di riconoscere l'autodeterminazione senza trasformarla in un principio assoluto.

Una disciplina della morte volontaria assistita dovrebbe pertanto essere rigorosa nelle garanzie e, nello stesso tempo, rispettosa della persona. Dovrebbe innanzitutto assicurare che ogni paziente possa conoscere e concretamente usufruire delle cure palliative e della terapia del dolore, così da non essere indotto a chiedere la morte per l'insufficienza dell'assistenza, per la solitudine o per la mancata disponibilità di adeguati strumenti di controllo della sofferenza. Dovrebbe poi prevedere procedure capaci di verificare con particolare attenzione la capacità della persona, la libertà e la stabilità della sua decisione, l'irreversibilità della patologia, l'intollerabilità della sofferenza e l'assenza di condizionamenti indebiti.

In questo modo la tutela della vita e il rispetto dell'autodeterminazione potrebbero cessare di essere rappresentati come valori necessariamente incompatibili.

La sentenza n. 152 del 2026, proprio perché ha lasciato al legislatore la responsabilità di compiere le scelte che la Corte non può compiere, dovrebbe essere considerata anche come un invito a uscire dall'inerzia e dalla contrapposizione.

La morte volontaria assistita non è una questione sulla quale sia necessario che una parte "vinca" e l'altra "perda". È una questione nella quale il diritto deve cercare di proteggere soprattutto chi è più fragile, senza dimenticare che anche la libertà della persona gravemente malata fa parte della sua dignità. L'auspicio è dunque che il confronto possa finalmente superare le contrapposizioni politiche, ideologiche e confessionali e che il legislatore sappia assumersi la responsabilità di una scelta difficile, ma ormai non più eludibile.

La tutela della vita e la tutela della persona non dovrebbero essere poste l'una contro l'altra. Il vero obiettivo dovrebbe essere quello di costruire un sistema nel quale *nessuno sia indotto a chiedere di*

morire perché è stato lasciato solo e nessuno sia costretto a vivere contro la propria volontà quando, nelle condizioni rigorosamente definite dalla legge, quella volontà rappresenti l'espressione libera e consapevole della propria dignità.

È probabilmente questo il punto di equilibrio che ancora manca e che il legislatore è chiamato a ricercare."

- Ho incontrato ad un seminario sull'organizzazione dei servizi alle persone ammalate di demenza e alle loro famiglie due colleghi che lavorano in un poliambulatorio privato, dove si rivolgono sempre più frequentemente, a pagamento, cittadini che non trovano nei CDCD ufficiali adeguate risposte ai loro bisogni, sia per le liste d'attesa lunghissime sia perché lo scopo è solo diagnostico, sia perché non si è seguiti sempre dallo stesso specialista, ma cambia in base a chi è di turno, sia perché manca un progetto di gestione del malato, di una strutturata presa in carico non farmacologica, con stimolazione cognitiva e/o attività fisica adattata, e di supporto alle famiglie. I colleghi mi hanno comunicato la struttura operativa del team, composto da geriatra, neurologo, psicologo e all'occorrenza fisioterapista, logopedista..., in grado di impostare un progetto di cura che, oltre alla diagnosi, segue il paziente nel tempo, con interventi frequenti di supporto alle famiglie, di stimolazione cognitiva, di attenzione alle eventuali patologie somatiche.... Il cittadino paga le prestazioni, con la disponibilità di appoggiarsi senza liste d'attesa agli specialisti necessari, che può scegliere e che restano costanti nel tempo, ma soprattutto si sente all'interno di un piano concordato e condiviso che offre garanzie di serietà e interventi adeguati alla reale condizione di salute del malato, senza trascurare i bisogni di conoscenza e di supporto di chi li assiste ogni giorno, a casa. **Il colloquio con i due colleghi** mi ha particolarmente colpito e, soprattutto, **mi ha convinto che il nuovo piano demenze deve avere come obiettivo primario quello di aumentare il numero dei CDCD pubblici.** Inoltre, deve assolutamente impostare una formazione multidisciplinare degli operatori, perché il cittadino possa trovare nei CDCD luoghi di appoggio e di cura, oltre la mera prescrizione farmacologica, senza interruzione per i lunghi anni della sua malattia e della sofferenza della famiglia".

- **Ricevo dalla dottoressa Abati**, medico delle RSA OASI di San Pellegrino, **la mail allegata nella quale esprime un interessante parere sul futuro delle RSA.**

"Non sono più medico della grande RSA, ma sono il Direttore Sanitario di una piccola RSA della Valle Seriana (lavoro anche in una Casa di Comunità, per cercare di dare il mio contributo al Sistema Sanitario Nazionale!). Ho lavorato anche 13 anni in ospedale. Sono infine rientrata nel mondo delle "Case" per anziani, ma dalla porta di servizio, cioè ripartendo dal piccolo. Ho voluto così. Tornando nel mondo da cui ero partita, ho però avuto emozioni nuove, che non mi aspettavo, certamente complici l'età e l'esperienza ospedaliera. La prima cosa che ho percepito (non è solo "vedere" ma è sentire cioè percepire con tutti i sensi!) è che le RSA, anche piccole, sono diventate (le abbiamo fatte diventare??) la brutta copia dell'ospedale!!! Anzi mentre gli ospedali cercavano e cercano (almeno nell'aspetto, vedi il progetto di Humanitas Gavazzeni "L'arte e la cura", copiato da molti altri nosocomi) di umanizzarsi le RSA, con i loro muri bianchi, le testiere dei letti di tipo ospedaliero, gli orari dei pasti ravvicinati, trasudano una spersonalizzazione che mi ha angosciato e mi angoscia ancora dopo oltre un anno di direzione sanitaria!! In ospedale, quando si ha la sfortuna di essere ricoverati ci stai 5-10-15 giorni, nella "Casa di Riposo", invece, VIVI per anni...è la CASA non la corsia. Non posso non vivere questo "transfert" con chi vi risiede, è la mia età e soprattutto la mia consapevolezza emotiva, che me lo fa vivere visto che 7 dei 44 ospiti, sono più giovani di me... E io vorrei per loro il calore della casa, il calore dell'ambiente e delle persone...Da questo transfert ho perciò iniziato la mia piccola rivoluzione su più fronti, ma essenzialmente su due: sulla gentilezza nell'assistenza e quindi sulla "formazione sul maltrattamento"(organizzando, a fine 2025, un corso con il Prof. Fazzi per tutti operatori, dirigenti e volontari) e sul miglioramento dell'ambiente ottenendo

la climatizzazione di alcune stanze e la decorazione delle pareti , progetto ,questo, che ha coinvolto alcune classi dell'Accademia d'arte Fantoni di Bergamo, per creare una vicinanza fra giovani e non. Ma ora ho bisogno del suo aiuto, delle sue idee, della sua freschezza per andare avanti, rifacendomi agli ultimi suoi " scritti del venerdì" sul maltrattamento in RSA e sull'uso inappropriato della Tv nei "mitici saloni polifunzionali" delle RSA. Le espongo alcune mie idee. Come prima cosa da fare ho intenzione di riprendere la formazione sul maltrattamento poiché sono le forme più "striscianti" quelle che persistono: vestire male i pazienti, non pulire loro il viso o le mani, collocarli per ore in angoli o in saloni senza tempo e senza contenuti, ignorare i loro richiami...questo comportamento assistenziale continua. Per tale motivo mi chiedo, basta la formazione?? Gli operatori sono sempre più persone che arrivano a questo lavoro perché allontanati da altri lavori, senza altre opportunità o per avere uno stipendio...dubito che la "cultura" possa fare breccia in queste vite. Ho seguito il dibattito sui sistemi di sorveglianza, che ritengo soluzioni estreme, specialmente nelle camere degli ospiti, in evidente violazione della privacy ...ma è nei momenti dell'igiene, dell'alzata dal letto, del ritorno a letto che avvengono tali episodi di violenza "sommersa" e inoltre taciuta, per paura da parte degli ospiti e per l'omertà degli operatori. Per me tutto ciò evidenzia una mancanza di empatia sulla quale non so cosa possa fare breccia. Cito un "grandissimo": "Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te" ...magari!

Ha un suggerimento da darmi? So che continuerò con caparbia su questa strada, ma so anche che userò la strada della punizione per chi persisterà nel ripetere questi comportamenti, esattamente come viene punito chi compie volontariamente dei danni in altri contesti lavorativi. Lo stiamo già facendo con richiami scritti! E poiché considero una forma di "maltrattamento" ambientale la vita post-prandium nel salone polivalente con la Tv accesa sui programmi che avete citato, proverò a cambiare, spegnendo la Tv e mettendo musica classica... "

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo discute la problematica delle protesi acustiche.

"Una pubblicità che ha imperversato per parecchie estati ribadiva con insistenza, in inglese maccheronico, che 'due gusti sono meglio che uno' [§]. Questo rimando sciocco mi è venuto in mente quando mi sono imbattuto in un articolo originale [1] e relativo editoriale [2], pubblicati in rete il 27 agosto su *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, a proposito del confronto fra protesi acustiche bi-aurali e mono-aurali, per trattare difetti uditivi neurosensoriali da lievi a moderati. A fronte di un problema pressoché universale, la cui frequenza e severità cresce con l'avanzare dell'età, in sintesi [1] conclude che – in 275 soggetti di età media $70,9 \pm 7,9$ anni (53,8 % femmine), metà dei quali laureati - gli apparecchi acustici bilaterali hanno prodotto maggiori benefici auto-riferiti rispetto agli apparecchi acustici unilaterali negli anziani con ipoacusia, a distanza di 3 mesi. Gli apparecchi acustici bilaterali sono stati inoltre associati a una minore difficoltà di utilizzo, e a punteggi più elevati in un indice di soddisfazione adoperato anche in pratiche commerciali. È fondamentale sottolineare che entrambe le dotazioni hanno prodotto un miglioramento clinicamente significativo a livello individuale. Ma, se è vero che la protesizzazione bilaterale offre maggiori benefici rispetto a quella monolaterale, la questione se la differenza di beneficio tra i gruppi raggiunga una soglia clinicamente significativa merita ulteriori ricerche, per definire quale sia la soluzione ottimale. L'editoriale [2] mette a fuoco, a mio avviso, passaggi salienti, a partire dalla constatazione che, in questo studio randomizzato rivolto ad ultra50enni di ambo i sessi con presbiacusia da lieve a moderata (perlopiù lieve), un solo apparecchio acustico è comunque nettamente meglio di niente. A livello metodologico, lo strumento di valutazione adottato per la analisi primaria {il punteggio allo Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit [APHAB (Profilo abbreviato dei benefici relativi agli apparecchi acustici)]} riflette la frequenza con cui i pazienti segnalano difficoltà in specifici scenari di comunicazione, come ad esempio in presenza di riverbero o rumore di fondo. Il beneficio è calcolato come la differenza nel punteggio globale tra prima e dopo l'applicazione dell'apparecchio

acustico; il beneficio riflette problemi di comunicazione verbale meno frequenti: a maggiori differenze corrispondono benefici più netti. I miglioramenti allo APHAB si misurano abitualmente in 14 – 18 punti, mentre la minima differenza clinicamente significativa [Minimal Clinically Important Difference (MCID)] dipende dal livello di difficoltà uditiva in assenza di protesi, collocandosi fra 6 e 12,5 punti, dove per chi presenta punteggi APHAB-globale di base più bassi è sufficiente conseguire un minore beneficio per ottenere un cambiamento significativo.

In termini di risultati, gli incrementi in APHAB-globale in [1] sono stati dell'ordine di 14,41 punti per il gruppo con protesi unilaterale e 19,74 per il gruppo con protesi bilaterale: ne risultano miglioramenti medi relativi rispettivamente di 1,4 e 2 MCID. In media, quindi, entrambi i gruppi hanno mostrato miglioramenti clinicamente significativi ($>$ MCID) misurati a 3 mesi dalla protesizzazione. Ma la differenza media tra queste due medie (5,29 punti APHAB, con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 1,8 e 8,79), in unità MCID, è di 0,6, non un MCID completo. Pertanto, non è chiaro se il vantaggio osservato dell'applicazione bilaterale di apparecchi acustici sul punteggio APHAB-globale rappresenti una differenza significativa rispetto a quella monolaterale. Va però precisato che i valori MCID sono pensati per essere applicati a dati individuali piuttosto che a dati di gruppo, per cui è del tutto possibile che per molti singoli anziani ipoacusici l'essere stato assegnato ad una protesizzazione bilaterale piuttosto che monolaterale abbia comportato una giovevole (clinicamente significativa) differenza in benefici auto-percepiti.

Quanto agli obiettivi secondari, quelli più importanti riferiti nell'articolo originale [1] sono stati individuati in miglioramenti di 25 e di 15 punti APHAB. I partecipanti che avevano ricevuto una protesizzazione bi-aurale raggiungevano quasi il doppio di probabilità di cogliere tali risultati rispetto a quelli cui era stata assegnata una protesi mono-aurale.

Ulteriori considerazioni in [2] aiutano a contestualizzare meglio i risultati di [1], tenendo conto che la protesizzazione bilaterale costituisce lo standard attuale di cura, per due motivi. Il primo (a) è che tale forma di protesizzazione facilita l'individuazione spaziale della sorgente dei suoni, e migliora il rapporto segnale/rumore del suono in ingresso per la comunicazione vocale in contesti rumorosi, contribuendo alla consapevolezza ambientale ed alla sicurezza. La seconda ragione può essere ricondotta all'osservazione che l'orecchio non trattato dei pazienti con ipoacusia bilaterale mostra spesso nel tempo un calo misurabile delle prestazioni di comprensione del parlato. Questo fenomeno – chiamato tecnicamente “deprivazione uditiva” – è tipico delle forme moderate e severe di presbiacusia (b).

E qui si collocano due rilievi. Riguardo ad (a), la fonte delle parole e dei rumori in [1] era collocata di fronte ai partecipanti, attenuando il maggior beneficio potenziale offerto da una protesizzazione bi-aurale rispetto ad una mono-aurale. Quanto al punto (b), i soggetti investigati in [1] erano caratterizzati da una presbiacusia prevalentemente di livello lieve. Rispetto poi alla “deprivazione uditiva”, sarebbe utile un esame condotto su ciascun orecchio separatamente, a distanza di tempo. Comunque, l'importanza di [1] è che lo studio è stato condotto in condizioni simili a quelle di un normale acquisto di apparecchi acustici e alla ricezione di servizi professionali. Seguendo un approccio pragmatico, i partecipanti sono stati reclutati e randomizzati in condizioni di copertura sanitaria e di spesa diretta più realistiche rispetto a quelle praticate nella maggior parte degli studi precedenti. Fatta salva la necessità di documentare una deprivazione sensoriale sulla lunga distanza, i risultati [“ecologici” (n.d.r.)] di [1] forniscono indicazioni su due piani operativi. Per pazienti e medici, [1] fornisce un supporto più solido al processo decisionale congiunto nel confronto tra i pro e i contro degli apparecchi acustici bilaterali e unilaterali. Per gli enti pagatori e per i responsabili delle politiche sanitarie, i risultati supportano la considerazione degli apparecchi acustici unilaterali come beneficio minimo basato sulle prove, fornendo al contempo dati clinici aggiornati che favoriscono l'ampliamento dell'accesso a prezzi accessibili agli apparecchi acustici bilaterali, per ottenere ulteriori vantaggi.

L'editoriale [2] raccomanda anche di inquadrare [1] in una prospettiva più ampia, al di là dei benefici

a breve termine (3 mesi). È noto che il deficit uditivo costituisce un fattore di rischio severo ma almeno parzialmente modificabile nei confronti di declino cognitivo, isolamento sociale, cadute, ed altre problematiche correlate all'età. Tra gli altri, lo studio "ACHIEVE" (Aging and Cognitive Health Evaluation in Elders) - più volte richiamato in "angoli" precedenti – ci ha mostrato che gli effetti della protesizzazione acustica sul declino cognitivo variavano a seconda dello stato di salute basale dei partecipanti [se ne avvantaggiavano di più i portatori di maggiori rischi cardiovascolari (n.d.r.)]; in analisi secondarie, chi era stato avviato alla protesizzazione andava incontro a minori occorrenze di cadute ed isolamento sociale rispetto al gruppo di "controllo attivo" [3]. In questo senso, [1] pone le basi – in vista di chiarimenti futuri - per una domanda clinicamente ancor più utile, riguardante il grado di beneficio aggiuntivo fornito da due apparecchi acustici in un'ampia gamma di ambiti, per chi e a quale costo.

La conclusione di [2] mi sembra salomonica: alla domanda 'quindi, due apparecchi acustici sono davvero meglio di uno?' [§], la risposta più equa è probabilmente il proverbiale 'dipende'. Provvisoriamente, si può sostenere che un apparecchio acustico è meglio di niente, e due possono offrire ulteriori vantaggi per molte persone.

[§] Nota personale: la stesura di questo 'angolo' mi ha costretto ad un bagno di umiltà. Confesso che mi ero approcciato ad [1] e [2] col sussiego di chi, avendo pubblicato sull'argomento [4], si sente 'saputo'. Ed invece, proseguendo nella lettura, mi sono imbattuto in un livello di problematicità che mi ha fatto 'abbassare la cresta'.

[1] Smith, S. L., Ricketts, T. A., Kilpatrick, K. W., North, R., Bettger, J. P., Coles, T., Eberts, S., Peskoe, S. B., Francis, H. W., Toth, H., Dillon, W., Thompson, L., Branscome, K., Walker, A., & Rockhold, F. W. (2026). Unilateral and Bilateral Hearing Aids for Age-Related Hearing Loss: A Randomized Clinical Trial. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, e262401. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2026.2401>

[2] Arnold, M. L., & Humes, L. E. (2026). Whether Two Hearing Aids Really Are Better Than One- New Evidence for a Long-Standing Clinical Question. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, 10.1001/jamaoto.2026.2440. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2026.2440>

[3] Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman, D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., Sanchez, V., ... ACHIEVE Collaborative Research Group (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 402(10404), 786–797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)

[4] Vaccaro, R., Zaccaria, D., Colombo, M., Abbondanza, S., & Guaita, A. (2019). Adverse effect of self-reported hearing disability in elderly Italians: Results from the InveCe.Ab study. *Maturitas*, 121, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.009>

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA

Da questo numero della nostra newsletter **iniziamo la pubblicazione quindicinale di una sezione dedicata alle residenze per anziani. Responsabili della pubblicazione sono la dottoressa Adelaide Biondaro di Padova e la dottoressa Silvia De Rizzo di Valdagno.**

Ovviamente vorremmo che a loro si aggregassero altre colleghe e colleghi; la redazione di questa sezione è aperta a chiunque ritiene di dedicare qualche ora al miglioramento della qualità fornita nelle residenze per anziani.

Perché abbiamo ritenuto di prendere questa decisione? I motivi sono di seguito schematicamente riassunti.

1. **È importante moltiplicare le sedi di dibattito sul tema delle residenze.** Sono ambienti che devono essere al centro dell'interesse delle nostre comunità, perché ne costituiscono la parte più importante e più nobile.
2. **In questi anni si è ampiamente discusso sul ruolo delle residenze nell'ambito dei servizi per gli anziani,** non sempre con serenità. Vorremmo apportare un contributo realistico, fondato, per quanto possibile, su dati oggettivi, improntato al rispetto degli aspetti tecnici sul piano clinico-assistenziale. Non vogliamo difendere nessuno e nessuna categoria di operatori, ma solo riconoscere il grandissimo lavoro compiuto ogni giorno, anche nelle condizioni più disagiate, dagli amministratori, da chi ha responsabilità di governo della struttura, dai medici, dagli infermieri, dagli Operatori Socio Sanitari, dagli psicologici, dai fisioterapisti, dai logopedisti, dagli educatori, dagli assistenti sociali e da tutte le professionalità che operano nelle residenze.
3. **Le residenze sono il luogo delicato dove vivono le persone più fragili delle comunità, che hanno bisogno di competenze tecniche, senso di responsabilità, attenzione alle condizioni di salute e psicologiche.** In questa prospettiva è centrale la funzione formativa, in grado di creare collaborazioni di gruppo, di migliorare le competenze, di delineare un senso dell'azione di cura che coinvolga tutti gli operatori. Una struttura non può funzionare se non dedica un'attenzione specifica e continua alla formazione.
4. **La prospettiva nella quale ci muoviamo è quella di un'attenzione senza soste e senza critiche aprioristiche, all'innovazione tecnologica.** Siamo consci che la tecnologia nelle residenze assumerà progressivamente un ruolo sempre più importante; dovrà però essere al servizio, senza prevaricazioni, di operatori che hanno chiara la prospettiva del loro lavoro. Una tecnologa per migliorare la cura, non per renderla più asettica! Allo stesso tempo dobbiamo dedicare grande spazio all'innovazione culturale, all'andamento dei costumi, al cambiamento dei gusti dei nostri concittadini. Le residenze vivono in questo tempo, segnato dall'evoluzione culturale, dal progresso tecnologico, dalle speranze e dei dolori di chi vive con noi nella città e quindi anche nel luogo cittadino dove risiede specificamente chi ha un particolare bisogno di assistenza.
5. **Infine,** con questo piccolo contributo **aspiriamo a far capire ai nostri concittadini che chi lavora nelle residenze per anziani è la componente più nobile della nostra cittadinanza.** Quella che non ha orari, che non soccombe alla fatica, che è generosa in ogni circostanza ed ha chiaro il senso del proprio impegno: supportare la vita di chi nelle residenze esercita il proprio diritto di cittadinanza.

-Silvia De Rizzo: OSS Senior

"In RSA siamo esperti di invecchiamento, ma solo di quello dei nostri ospiti! Come affrontare nelle RSA l'invecchiamento delle persone che lavorano? Come fare in modo che si riesca a mantenere il benessere lavorativo, fisico e psicologico, di lavoratrici e lavoratori fino a tarda età? È possibile, a 67 anni, affrontare il lavoro a turni, movimentare le persone, sostenere lo stress relazionale? Sono interrogativi assai attuali e per i quali è necessario trovare risposte e soluzioni per garantire dignità e valore al lavoro se vogliamo assicurare la continuità delle nostre organizzazioni.

La sensibilizzazione generalizzata e continua sul mantenimento della propria salute rimane il primo strumento efficace, una *conditio sine qua non* che comunque non costituisce una strategia sufficiente, per diverse ragioni. 'Il secolo delle generazioni', citando la bella definizione di Isabella Pierantoni, vede presenti nei contesti persone di diverse età, di generazioni molto distanti tra loro

(non solo anagraficamente), e anche di culture differenti. La carenza di persone e di professionalità nel mercato del lavoro spesso non permette di **selezionare** in ingresso le risorse, incrementando sensibilmente i doveri formativi delle organizzazioni e, purtroppo, di soprassedere su alcune skills, in passato valutate come fondamentali. Al netto di questa condizione, cosa possiamo mettere in campo per i nostri colleghi e per il noi stessi? La discussione è aperta.

L'investimento in tecnologia è imprescindibile e ciò si riscontra in molte RSA: sollevatori a soffitto, teli di scivolamento, carrelli leggeri, percorsi brevi, calzature idonee... il rispetto della normativa sulla sicurezza sul lavoro funge da irrinunciabile aiuto. Le soluzioni digitali possono costituire un valido sostegno per la tranquillità della lavoratrice e del lavoratore, quando sono pensate per consentire loro di conoscere in tempo reale le condizioni delle persone, anticipare gli eventi negativi, avere la certezza della corretta somministrazione della terapia, avere a disposizione alert e memo che garantiscano minore stress e maggiore serenità. Su questo fronte le novità sono molte.

La strategia da sperimentare riguarda la flessibilità organizzativa, non solo in termini di assegnazione della persona senior ad una diversa unità di offerta, possibile solo nei contesti medio/grandi e multiservizi, ma anche all'interno delle unità organizzative, nel singolo nucleo, mettendo in gioco tutto il gruppo. In questa epoca di forte turn over di residenti, dove l'assistenza diventa ogni giorno più hard, i piani di lavoro stanno diventando sempre più flessibili, al fine di garantire la personalizzazione degli interventi e per adattarsi quotidianamente alle dinamiche del nucleo. Assimilare questo tipo di modalità gestionale può essere un valido ausilio per la programmazione delle attività da assegnare a persone senior, per poter fare in modo che l'arrivo al momento della pensione non sia un percorso troppo difficile da sostenere. Nel nostro contesto abbiamo rilevato recentemente come in alcune lavoratrici, che si trovano a pochi anni o mesi dalla pensione, si siano manifestate situazioni di disagio, sia fisico che psicologico, che ha messo a repentaglio e rovinato l'ultimo periodo di una bella esperienza lavorativa. Anticipare questi fenomeni con adeguate strategie organizzative, partendo dallo sportello psicologico e arrivando all'assegnazione di azioni assistenziali sostenibili, è un dovere, metterle a sistema è un modo per garantire a tutti un sereno percorso professionale.

-Adelaide Biondaro: Il comitato etico

Il Comitato Etico: uno spazio per prendersi cura delle decisioni. Quando prendersi cura significa anche interrogarsi su quale sia la scelta più giusta per la persona.

Nelle nostre RSA, sappiamo tutti, la cura non è fatta soltanto di prestazioni sanitarie e assistenziali. Ci sono momenti nei quali operatori, familiari e professionisti si trovano davanti a domande per le quali non esiste una risposta semplicemente 'tecnica': fino a che punto un trattamento rappresenta ancora un beneficio? Come rispettare la volontà di una persona che fatica a esprimerla? Come conciliare protezione, sicurezza e libertà? Quale peso attribuire alle indicazioni della famiglia? E come comportarsi quando valori, responsabilità professionali e desideri della persona sembrano entrare in conflitto?

È proprio in questo spazio, quello delle scelte difficili e più delicate, che trova la sua ragion d'essere il Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona di AltaVita IRA, istituito nel 2016, per volontà del Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

Lo Statuto del Comitato Etico, lo definisce come un organismo indipendente e come uno spazio di riflessione etica «autonoma e interdisciplinare», finalizzato a promuovere la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza. Al centro sono posti il benessere della persona, l'umanizzazione della cura e lo sviluppo di una cultura e di una prassi capaci di partire dalle necessità e dalle esigenze di chi viene assistito. Non si tratta quindi di un 'tribunale' chiamato a stabilire chi abbia ragione o torto. Il Comitato non svolge funzioni disciplinari, non risolve controversie legali e, soprattutto, non si sostituisce a chi deve assumere le decisioni: professionisti, direzione, residenti, familiari, tutori e amministratori di sostegno mantengono pienamente le proprie responsabilità. Il suo compito è diverso: aiutare a vedere meglio il problema, mettere a confronto valori e punti di vista, far emergere

le ragioni delle diverse posizioni e offrire elementi utili per arrivare a una decisione il più possibile rispettosa della persona.

Tra le sue attività vi sono l'analisi etica dei casi clinici, l'elaborazione di raccomandazioni e indirizzi, la valutazione etica di procedure organizzative, la formazione in materia di bioetica e la sensibilizzazione di operatori, familiari, curacari e cittadini. Un altro compito, particolarmente attuale, del Comitato Etico è anche quello di contribuire alla riflessione sull'allocazione e sull'impiego delle risorse, compito assai utile in un contesto sempre più carente e sempre più investito dall'aumento dei costi.

La forza del Comitato Etico sta anche nella pluralità degli sguardi. Infatti, è composto da quindici persone provenienti da diversi ambiti disciplinari e professionali – clinico, sociale, amministrativo, assistenziale, del volontariato e della bioetica – e almeno un terzo dei componenti deve essere esterno ad AltaVita IRA, proprio per garantirne autonomia e indipendenza.

L'aspetto più caratterizzante è che il Comitato non è uno strumento riservato agli specialisti. Possono accedervi ospiti, familiari, curacari, tutori e amministratori di sostegno, oltre ai professionisti e agli operatori di AltaVita IRA, agli organi dell'Ente e anche a enti, istituzioni e associazioni. Questa apertura dice molto del significato attribuito all'etica della cura. Non qualcosa di astratto, ma una pratica quotidiana. Perché dietro ogni decisione assistenziale c'è una persona con la propria storia, i propri valori, le proprie relazioni e la propria idea di dignità.

In una RSA moderna, infatti, non basta chiedersi che cosa possiamo fare. Dobbiamo avere anche un luogo nel quale chiederci, insieme, che cosa sia giusto fare per quella persona, in quel momento della sua vita.

È questo, forse, il significato più profondo del Comitato Etico: non fornire risposte preconfezionate, ma aiutare tutta la comunità di cura a formulare meglio le domande.

Perché anche questo significa prendersi cura.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Riporto di seguito, senza traduzione, l'elenco che Medscape ha recentemente stilato riguardante i libri che i medici dovrebbero leggere almeno una volta in vita. Con soddisfazione ho notato che molti dei libri citati sono gli stessi che abbiamo letto negli anni, tra i quali cito per conoscenza diretta Oliver Sacks, Atul Gawande, Leo Tolstoj, Oliver Sachs, Abraham Verghese, il nostro grande Gino Strada.

10 Books Doctors Should Read at Least Once

Beyond the library of textbooks runs another shelf of medicine — one made up of novels, essays, and memoirs that explore the field not through knowledge, but through lived experience. These are books about care when cure is no longer possible, about error and accountability, about bodies that fail and minds that endure, about limits and the many ways people push against them.

For many physicians, these works prove more formative than entire courses. Here, we've gathered 10 titles every doctor should read at least once — the first installment of a two-part summer reading list. This edition features the 10 essential reads; the second will turn to lighter, more ironic selections, because even in medicine, humor has its place.

Here are the 10 Books That Belong on Every Doctor's Shelf

1. When Breath Becomes Air — Paul Kalanithi, 2016

[A young neurosurgeon discovers](#) he has an incurable cancer and switches sides in the doctor-patient relationship: from caregiver to patient. Perhaps the most important book of recent years on the theme of a doctor's professional identity.

Why read it: It teaches what it means to care when a cure is not possible.

Dive Deeper

How do narrative medicine programs affect physician empathy?

Which books improve end-of-life communication skills?

How does patient storytelling influence diagnostic accuracy?

2. *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* — Oliver Sacks, 2001

[*Every patient is a person first*](#) and foremost, even before being a medical case.

Why read it: Medicine without humanity becomes nothing more than classification. For many, it will serve as a reminder of the reasons behind their choice of this profession.

3. *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End* — Atul Gawande, 2016

[*One of the most important*](#) works on the relationship between modern medicine and its limits.

Why read it: The success of medicine isn't always about prolonging life but about helping a person live according to their own values.

4. *Do No Harm: Stories of Life, Death, and Brain Surgery* — Henry Marsh, 2014

A neurosurgeon reflects on the mistakes, uncertainties, and difficult decisions that shape his work, offering a powerful lesson in humility.

Why read it: [*A doctor is not someone*](#) who never makes mistakes but someone who recognizes the weight of their own choices.

5. *The Death of Ivan Ilyich* — Leo Tolstoy, 2014

[*In this short novel*](#) by the great Russian writer, published in 1886, the description of the progression of illness becomes a tool for exploring the fear of death and the human need to find meaning in existence.

Why read it: Many doctors consider it more instructive than numerous textbooks.

6. *A Leg to Stand On* — Oliver Sacks, 1991

[*A serious accident forces*](#) Sacks to confront the temporary loss of the use of one leg and, above all, the experience of becoming a patient.

Why read it: It is an extraordinary reflection on the relationship between doctor and patient, on vulnerability, and on the perception of one's own body.

7. *The Covenant of Water* — Abraham Verghese, 2023

[*A great family saga*](#) in which medicine weaves through the story of several generations, amid illness, treatment, and social change.

Why read it: Because Verghese, a physician at Stanford School of Medicine as well as a writer, succeeds in transforming illness and the practice of medicine into narrative, recounting with great sensitivity the relationship between the body, family, and destiny.

8. *What Patients Say, What Doctors Hear* — Danielle Ofri, 2017

[*An essential book*](#) on clinical communication.

Why read it: It makes it clear that listening is a medical skill.

9. *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*, 2011

[*A history of cancer written*](#) like a historical novel.

Why read it: Medical research is made up of insights, failures, and people.

10. *Green Parrots: A War Surgeon's Diary* — Gino Strada, 2015

The account of Strada's experience as a war surgeon, through the wounded he encountered in Afghanistan, Pakistan, Rwanda, and other conflict zones.

Why read it: Because it brings medicine to the heart of war, showing the patients' pain, the doctor's responsibility, and the relationship between care, violence, and human dignity.

[<https://www.medscape.com/viewarticle/10-books-doctors-should-read-least-once-2026a1000tb0?form=fpf>]

-Prossimi appuntamenti AIP

Il **16 settembre** si terrà a **Firenze** un incontro dal titolo "**Disturbo neurocognitivo lieve: diagnosi e possibili trattamenti**". Programma ed info al

link <https://www.psicogeriatría.it/evento/disturboneurocognitivo-lievediagnosi-e-possibilitatrimentati/>

Il **19 settembre** a **Noto** ci sarà il convegno "**Oltre la diagnosi: il paziente con disturbi cognitivi nei diversi ambienti di cura**" <https://www.psicogeriatría.it/evento/oltre-la-diagnosi/>

Il **2 e 3 ottobre** a **Cagliari** si svolgerà il **Congresso congiunto di AIP Sardegna e Alto Adige**. Programma al link <https://www.psicogeriatría.it/evento/la-metamorfosi-in-psicogeriatría-tra-cura-e-prevenzione/>

Il **7 ottobre** a **Treviso** si svolgerà il **XVII Convegno AIP Triveneto** dal titolo "**La complessità dei Disturbi Neurocognitivi**" <https://www.psicogeriatría.it/evento/la-complessita-dei-disturbi-neurocognitivi-nuove-prospettive-diagnostico-terapeutiche-e-modelli-di-presa-in-carico/>

Il **10 ottobre** a **Palermo** ci sarà il **Congresso Regionale AIP** dal titolo "**Nuovi orizzonti in Psicogeriatría: Fragilità, dignità della persona e della società nella medicina di precisione del declino cognitivo**" preceduto il 9 ottobre dalla tappa dell'Alzheimer Fest. Info e programmi ai seguenti link:

<https://www.psicogeriatría.it/evento/nuovi-orizzonti-in-psicogeriatría/>

<https://www.psicogeriatría.it/tipologia-evento/alzheimer-fest/>

Il **16 ottobre** a **Ferrara** si terrà il **Congresso regionale di AIP Emilia Romagna** dal titolo "**La cura plurale: continuità e integrazione nei percorsi di cura**". Programma al link

<https://www.psicogeriatría.it/evento/la-cura-plurale/>

Iscrizione al link <https://mcoformazione.com/event/457/showCard>

Il **23 ottobre** a **Mantova** ci sarà il **Convegno della sezione Lombardia di AIP "Verbum et caro in senectute"** <https://www.psicogeriatría.it/evento/verbum-et-caroin-senectute-trentanni-dopo/>

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

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

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

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

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

-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 Psicogeriatría

Newsletter AIP – 4 settembre 2026
n. 35/2026

In questi giorni abbiamo ricevuto la notizia che per la prima volta un drone ha colpito il bersaglio senza la guida di un umano, ma per decisione autonoma dell'intelligenza artificiale della quale era dotato.

Era atteso che ciò sarebbe avvenuto a breve, ma la gravità della notizia non ha uguali. In questa sede mi interessa la valutazione delle conseguenze in ambito bellico di una guida delle operazioni completamente slegata da fattori umani (se mai nella guerra vi è spazio per l'umano!), ma soprattutto mi preoccupa l'autonomia che l'intelligenza artificiale ha acquisito e che certamente a breve verrà estesa anche agli atti clinici. Sarà possibile evitare che l'IA utilizzi la propria libertà di decidere diagnosi e cure senza l'intervento umano? Oggi si possono bloccare le scelte dell'IA, ma presto assumerà la guida dei propri atti e quindi anche delle operazioni di cura. Sarà allora ipotizzabile una mediazione umana? Molti sostengono che sarà impossibile. Ma a quel punto avremo davanti due sole opzioni: il ritorno all'età della pietra (o quasi), cioè ad una medicina pretecnologica e disconnessa da ogni fonte, o l'affidamento dei processi di cura a realtà che non hanno più bisogno del contributo umano e delle quali non possiamo prevedere le scelte.

Prospettive in ogni caso drammatiche. Fortunatamente qualcuno non accetta a priori la sconfitta: Leone XIV con la sua Magnifica Humanitas e Bill Gates, che cerca di coinvolgere Xi nelle problematiche indotte dall'IA sul mercato del lavoro.

Ma la politica è assente, quando dovrebbe essere la prima interprete della costruzione di futuro per le nostre comunità.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La cultura dell'AIP. Lo sguardo sul futuro di Fabrizio Ascoli, Federica Falzone e Tiziano Vecchiato
- Il Presidente Volpe scrive a Parolin chiedendo rispetto per il ruolo umano, civile e clinico-assistenziale delle RSA
- L'importante contributo di Filippo Bergamo sugli immigrati anziani
- Giovanna Baraldi: la sanità digitale non basta
- Nicola Vanacore ci invita ad un impegno corale per far approvare dal Parlamento il finanziamento del nuovo Piano Nazionale Demenze
- Cremona: il nubifragio in RSA
- Il corpo e san Francesco

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo: la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia
- JAGS: un articolo fondamentale su anziani e intelligenza artificiale

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-13 settembre: l'Alzheimer Fest di Brescia e Padova

-19 settembre, Noto: convegno "oltre la diagnosi: il paziente con disturbi cognitivi nei diversi ambienti di cura"

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-In una delle precedenti newsletter **avevo chiesto ai nostri lettori di contribuire al dibattito sulle basi culturali dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría.**

Di seguito **riporto le prime indicazioni**, sperando che possano indurre anche molti altre colleghe e colleghi a partecipare al dibattito.

-Fabrizio Asiola scrive:

"Rifletto a distanza di 23 anni sulle motivazioni che mi hanno spinto a frequentare l'AIP, la prima è senz'altro quella che deriva dall' essermi trovato di fronte a professionisti di diverse discipline accomunati dall'interesse condiviso di affrontare le difficoltà che la demenza propone. Sia dal punto di vista della perdurante imperscrutabilità delle sue cause, che delle complessità assistenziali, della mancanza di farmaci in grado di contrastarla, del peso psicologico che la malattia propone non solo ai pazienti, soprattutto nelle prime fasi della malattia, ma anche ai famigliari e a coloro che si occupano del malato. La MULTIPROFESSIONALITÀ dei partecipanti all'impresa (geriatri, neurologi, psichiatri e, in anni successivi anche psicologi) ha funzionato come motivo di forte attrazione. Questo dato è un particolare tutt'altro che trascurabile per me perché, fino a quel momento della mia vita, ero stato riluttante ad 'iscrivermi' a qualsiasi altra associazione professionale, psichiatrica o non. Non solo per un certo istinto a fare il 'lupo solitario' (i geni non mentono: anche mio nonno paterno era persona refrattaria ai greggi di ogni tipo, insomma un orso), ma anche perché tutte le associazioni *mono-professionali* prima o poi, in differenti misure, finiscono per assumere connotati fortemente sindacali, con la prevalente caratteristica di *difesa corporativa*. La FIMMG, che riunisce i Medici di medicina generale italiani, ne è l'esempio più clamoroso. Il livello ideale e culturale originario di molte associazioni professionali tende a scemare e a lasciare spazio esclusivamente alla difesa degli interessi della categoria, un fenomeno che riguarda in tempi più recenti anche un'altra associazione, quella degli infermieri, che ha corso e corre questo rischio.

Oltre alla presenza multi professionale di colleghi, fra l'altro – sono portato a credere non casualmente - molto qualificati, un secondo motivo. La mia esperienza lavorativa mi ha messo di fronte alla necessità di occuparmi di pazienti psichiatrici, soprattutto gravi, che costituiscono l'utenza tipica di un Servizio psichiatrico pubblico. Questo fatto mi ha molto sollecitato a formare gruppi di lavoro composti da operatori con professionalità diverse in grado, secondo le loro differenti competenze, di affrontare i molti (e diversi) problemi dei pazienti psichiatrici: clinici, famigliari, sociali, economici, etc. Riscontro quindi molte analogie con la *molteplicità delle necessità assistenziali* dei pazienti dementi che, con il progredire della malattia, subiscono continui cambiamenti e un incremento dei loro bisogni di assistenza. Per me si trattava di ri-frequentare, con una certa 'famigliarità', il tema della *complessità*: sia della malattia che dei tentativi di risposta ad essa. Sono consapevole che su di me hanno sempre esercitato un grande fascino tutte le situazioni, purtroppo non così frequenti, in cui culture diverse riescono a trovare una intenzionalità comune. Questa era la mia precisa sensazione dentro l'AIP.

C'è un altro motivo che ha esercitato un forte potere attrattivo: riguarda il *clima* caratterizzante questo incontro fra professionisti appartenenti a varie specialità: aperto, rispettoso delle diversità dei punti di vista (sia personali, che delle specialità di appartenenza) ma anche critico. Questo clima, per scendere sul concreto, ogni volta che mi cimentavo a preparare una relazione o un intervento per i nostri Convegni, mi costringeva ad avere una grande accuratezza nella disamina delle questioni che mi proponevo di affrontare, a tenere presente prospettive di lettura e di indagine non solo psicologico-psichiatriche, e infine mi richiedeva una attenta consultazione della letteratura con una preparazione intensa e 'peggiore' di quella necessaria per superare certi esami universitari, i più ostici. Insomma una situazione impegnativa e, perciò, molto stimolante.

Una seconda ragione della fatale attrazione verso AIP è stato quello dell'ATTENZIONE, costante e

oserei dire assoluta, AL PAZIENTE, ai suoi bisogni, ai suoi famigliari. Una specie di *radice vocazionale* al *servizio* di chi soffre a causa di una malattia, con l'attenzione rivolta non solo al corpo malato ma anche alla persona sofferente. Alla cura e al prendersi cura, come due compiti inseparabili. A parte gli aspetti, se si vuole, un po' romantici di questa sottolineatura, la ri-scoperta di un modo di fare la Medicina e il medico diversa da come oggi, e da tempo, la Medicina viene intesa (dall'Amministrazione ma anche da molti colleghi) quale mestiere in cui – come accade in tutti i mestieri – è la prestazione che conta, con una valorizzazione del suo aspetto formale, in quanto più 'misurabile' e non l'*intenzione* dei gesti che vengono compiuti a favore di chi soffre, accompagnandoli alla migliore tecnica disponibile. Un medico bravo non è tale solo per *ciò* che conosce, ma per *come* usa ciò che conosce. Insomma, secondo il lontano insegnamento di Ippocrate, la cura è atto umano, ancor prima che tecnico.

La Medicina tecnologica contemporanea, con la sua indubbia potenza diagnostica e terapeutica (che però, come nel caso della demenza e di molte malattie croniche, manifesta importanti lacune) esaspera in modo drammatico la tensione fra sapere e limite, fra protocollo e giudizio, tra efficacia e umanità. In questa visione la tecnica rischia in continuazione di diventare verità assoluta e la Medicina rischia di smarrire la propria vocazione perché è sempre più efficace ma sempre più distante dalla *esperienza di malattia*, correndo in continuazione il rischio di perdere il senso del limite e dei limiti. Lo statuto specifico della Medicina non è quello di una scienza esatta né di una tecnica meccanica, ma quello di un sapere che opera nel dominio del probabile, del contingente, del singolare. Perciò un sapere che richiede prudenza, misura, responsabilità. La conoscenza autentica non elimina il limite. Lo sa riconoscere. Non elimina l'incertezza. Tenta di governarla. Non elimina la fragilità dell'uomo. La assume come dato fondativo del suo agire. Ebbene, l'aria che si respirava (e si respira) in AIP si basa sulla concezione di un 'tipo' di Medicina diversa. Una vera boccata di ossigeno per chi si trovava, come me, a disagio dentro la cultura dominante nella nostra professione. Sempre a proposito di clima, un'ultima ragione di fascino dell'AIP riguarda proprio il CLIMA, in questo caso quello RELAZIONALE, fra i fortunati partecipanti di questa Associazione. Collaborativo, rispettoso delle diversità, con una assoluta mancanza di desiderio di predominanza sugli altri e di competizione per il potere. Fenomeno, questo, sempre presente in tutte le altre Associazioni professionali con cui mi sono imbattuto, a volte in modo strisciante, in altri casi molto evidente. E condizionante.

Sono convinto che una conseguenza addebitabile alle caratteristiche che ho provato qui sopra a descrivere sia quella della peculiarità distintiva propria delle discussioni e dei confronti fra i suoi soci: con un 'taglio' antiideologico (inteso nella accezione negativa del termine "ideologia", quello di scarsa concretezza e 'fumosità'), documentato, concreto, attento ai bisogni reali dei pazienti. A questa particolarità si deve – ne sono convinto – la capacità di sfuggire sia alle utopie da quattro soldi che ogni tanto circolano sui temi di cui ci occupiamo e alla loro conseguente impalpabilità (dietro alle quali ai malpensanti viene da sospettare la presenza di una certa dose di vanità in chi le propone). O, in altri casi, al semplicismo e alla mediocrità delle idee e delle proposte che caratterizzano gli approcci ai temi e alle situazioni così complesse a cui ci dedichiamo.

Infine - ancora una volta non credo sia un caso - le relazioni di amicizia sincera che si sono sviluppate fra i partecipanti all'impresa sulla base di una stima reciproca.

Tutte queste caratteristiche continuano ad attrarre e attirano in AIP molte persone, compresi i più giovani, che contribuiscono con la loro presenza alla vivacità della Associazione Italiana di Psicogeriatria e alla sua crescita. Numerica e qualitativa".

-Federica Falzone scrive:

"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."

-Tiziano Vecchiato scrive:

"Le persistenti criticità che caratterizzano il nostro welfare hanno radici lontane, nelle crescenti disuguaglianze nell'accesso e nei modi di intendere gli approcci professionali e gestionali. Non sono problemi nuovi: il Consiglio Superiore di Sanità li ha affrontati nel corso degli anni, a partire dal Dlgs n. 229/1999. Ripercorrendo il suo percorso culturale, un punto di partenza è stato lo sforzo di cosa intendere per linee guida e quali sono i soggetti interessati a predisporle. Non sono pochi, gestionali, professionali, persone bisognose di cure, ognuno esposto a conflitti di interesse, che possono inquinare le proposte e compromettere la loro sostenibilità. Le società scientifiche sono chiamate a evitare questi rischi proponendo soluzioni affidabili.

Nel caso delle persone anziane, dei loro diritti alle cure, delle risposte appropriate ai loro bisogni, l'ostacolo principale è il livello culturale del dibattito. Negli ultimi anni hanno prevalso i dibattiti sulla riconfigurazione del 'sistema non autosufficienza', non della clinica efficace. Ma già il fatto di definirlo con 'non' può suonare come l'iscrizione sulla porta dell'inferno: 'lasciate ogni speranza voi che entrate'. Le categorie residue, infatti, sono quelle che iniziano con un 'non', che esprime la difficoltà culturale di affrontare linguisticamente e scientificamente i problemi.

'Non autosufficiente' significa incapace, povero di capacità, quindi gestibile solo con approcci prestazionistici e assistenzialistici. Si afferma così una doppia incapacità: nei confronti di chi ha bisogno di convivere attivamente con la persistenza dei problemi (in gergo "cronicità") e nei confronti di chi professionalmente è chiamato a dare il meglio senza accontentarsi del 'compatibilmente con le risorse disponibili'.

Non è difficile sostenere che le derive lessicali e culturali possono legittimare la sottovalutazione dei potenziali a disposizione. Chi chiede aiuto e chi offre aiuto, potranno così venire confinati nel 'terzo pilastro', un'area di welfare incapace di darsi un ruolo costruttivo ma soltanto riparativo. Il risultato inevitabile sarà un doppio costo associabile a due lungodegenze parallele, quelle umane e quelle professionali. Sono criticità che nelle pratiche sociosanitarie più avanzate, vengono affrontate con soluzioni lungimiranti.

Ma, sospendendo il discorso, quelle esemplificate prima sono considerazioni che descrivono una possibile discussione all'interno di AIP, in chiave scientifica, clinica e metodologica, proponendo soluzioni per ripensare il welfare attuale, renderlo più sostenibile e più efficace. Tre direzioni sono praticabili: abbandonare le categorie residue e classificare le condizioni in base alle capacità e non solo alle mancanze; predisporre linee guida che dichiarino i conflitti di interesse di chi le elabora; valutare gli esiti delle cure e non soltanto le prestazioni erogate. Su ciascuna di queste direzioni una società scientifica può proporre ciò che manca: metodo, evidenze, concorso di capacità. Sono tre

direzioni praticabili sin d'ora evitando le categorie residue e riconoscendo le capacità non solo i bisogni; produrre linee guida basate su evidenze scientifiche; misurare gli indici di costo/efficacia. Per iniziare, un'area promettente è il sociosanitario, perché al suo interno convergono molte criticità sanitarie e sociali”.

-Allego la lettera, particolarmente documentata e precisa, **che Roberto Volpe**, presidente di URIPA, **ha inviato al Cardinale Paolin in difesa delle residenze per anziani**, con particolare attenzione a quanto viene fatto per la salute, il benessere, la dignità e la libertà degli anziani ospiti. Ripeto la nostra posizione: riteniamo le residenze per anziani la parte più importante e più nobile delle nostre comunità. Meritano la stima, la vicinanza e la gratitudine di tutti i cittadini. Nessuno nega, tantomeno la nostra newsletter, che vi possano essere anche alcune negatività (scarsa attenzione alla qualità della vita di tutti i giorni, ridotta attenzione agli aspetti clinici, rapporti scorretti con gli ospiti fino all'uso della violenza, ecc.); però gli aspetti critici non cancellano la qualità dell'assistenza prestata a nostri concittadini molto malati, non autosufficienti, che nelle loro case non ricevevano un'assistenza adeguata).

“Eminenza Reverendissima,

mi permetto di rivolgermi a Lei con grande rispetto, ma anche con una preoccupazione che negli ultimi anni è progressivamente cresciuta e che sento oggi il dovere di doverLe rappresentare apertamente.

Lo faccio non soltanto nella mia responsabilità di Presidente di URIPA, ma soprattutto sentendomi chiamato a difendere la dignità delle decine di migliaia di persone che ogni giorno, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, nelle Case di Riposo e nei Centri di Servizio, assistono persone anziane non autosufficienti accompagnandole nella stagione più fragile e spesso più difficile della loro vita.

La ragione di questa lettera è costituita dalle ripetute dichiarazioni pubbliche di Mons. Vincenzo Paglia riguardo al sistema dell'assistenza residenziale agli anziani. Non siamo infatti di fronte ad una singola espressione infelice o ad una critica occasionale.

Già il 18 marzo 2021 mons. Paglia descriveva le strutture residenziali come luoghi nei quali sarebbero concentrati anziani *«espulsi dal tessuto sociale, familiare e domestico»*, arrivando ad utilizzare la durissima espressione di *«una sorta di inferno, di anticamera dei senza ritorno»*.

Negli anni successivi sono seguite ulteriori Sue dichiarazioni nelle quali le RSA sono state associate alla reclusione, all'isolamento e ad un modello assistenziale sostanzialmente da superare, mentre la domiciliarità è stata progressivamente rappresentata come la soluzione da privilegiare.

L'ultima intervista pubblicata da La Stampa il 15 luglio scorso, con il titolo *«Non servono letti in comunità, riportiamo le cure a domicilio»*, sembra riproporre ancora una volta questa impostazione. Eminenza, su un punto desidero essere assolutamente chiaro. Nessuno di noi è contrario alla domiciliarità.

Al contrario, siamo convinti che ogni persona anziana debba poter rimanere nella propria casa quanto più a lungo possibile, quando questo corrisponda alla sua volontà e quando le condizioni cliniche, familiari, sociali ed economiche consentano di garantirle sicurezza, assistenza e dignità.

Da anni, inoltre, le RSA offrono la propria disponibilità a mettere competenze e professionalità anche al servizio dell'assistenza domiciliare, proprio per favorire la permanenza dell'anziano nella propria casa il più a lungo possibile. Un modello integrato che consentirebbe alla persona anziana assistita di conoscere progressivamente operatori e servizi, passando, se necessario, dall'assistenza a domicilio alla frequenza di un centro diurno fino all'eventuale accoglienza residenziale, evitando così un passaggio traumatico tra estranei.

Questa integrazione rappresenterebbe anche un'importante opportunità per valorizzare il personale più esperto che, con l'avanzare dell'età, può incontrare maggiori difficoltà nelle attività fisicamente più gravose proprie della residenzialità. L'attività domiciliare potrebbe consentire di mettere a frutto esperienza, competenza e capacità relazionale maturate negli anni, favorendo al tempo stesso una conoscenza precoce e continuativa della persona anziana e della sua famiglia.

Il punto è un altro.

La domiciliarità non può diventare un dogma e non può essere contrapposta ideologicamente alla

residenzialità.

Una società che invecchia sempre più rapidamente avrà bisogno di molte risposte diverse e integrate fra loro: domicilio, servizi di prossimità, centri diurni, assistenza semiresidenziale, cohousing, residenzialità sociosanitaria.

Non esiste una soluzione unica.

Esistono persone diverse, bisogni diversi, famiglie diverse e differenti livelli di non autosufficienza. La stessa legge n. 33 del 2023 e la successiva normativa attuativa, nate anche dal lavoro della Commissione presieduta da mons. Paglia, hanno costruito un sistema nel quale domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità devono trovare una loro collocazione all'interno di una rete integrata.

Ed è forse proprio questo uno degli aspetti sui quali sarebbe necessario oggi interrogarsi con maggiore concretezza: a distanza di anni, quella riforma ha davvero risolto i problemi delle famiglie italiane che convivono quotidianamente con la non autosufficienza?

Credo che la risposta non possa essere affidata agli slogan di Mons. Paglia.

La popolazione italiana sta invecchiando con una velocità senza precedenti. Crescono gli ultraottantenni, crescono le persone che vivono sole, diminuisce la dimensione delle famiglie e aumenta il numero delle persone affette da demenze, Alzheimer, pluripatologie e gravi limitazioni dell'autonomia.

In questo scenario affermare semplicemente «*curiamoli tutti a casa*» significa lasciare senza risposta alcune domande fondamentali.

Chi assiste a domicilio una persona gravemente non autosufficiente per ventiquattro ore al giorno, sette giorni alla settimana, 365 gg all'anno?

Chi garantisce le notti, i riposi, le ferie, le malattie e le sostituzioni?

Chi interviene quando servono contemporaneamente competenze infermieristiche, assistenziali, riabilitative e mediche?

E soprattutto: chi è il caregiver familiare che immaginiamo sempre disponibile?

Un figlio o una figlia che lavorano? Una donna che deve rinunciare alla propria occupazione? Una famiglia con figli ancora piccoli? Persone che vivono a centinaia di chilometri di distanza? Un coniuge a sua volta ottantenne e fragile?

Garantire una presenza assistenziale continuativa per 24 ore ogni giorno dell'anno non significa semplicemente trasferire a casa un operatore. Significa organizzare più persone, turnazioni, riposi, sostituzioni e professionalità differenti.

Se questa organizzazione non viene garantita dal sistema pubblico, il rischio è evidente: trasferire silenziosamente il peso della non autosufficienza sulle famiglie e, ancora una volta, prevalentemente sulle donne.

Anche il domicilio, può diventare un luogo di solitudine. Anche dentro un appartamento si può essere abbandonati.

Anche a casa si può morire senza che nessuno se ne accorga per giorni.

Eminenza, come sicuramente avrà avuto modo di leggere le cronache ci raccontano purtroppo di anziani trovati morti soli nelle proprie abitazioni e persino di tragedie familiari nelle quali caregiver ormai esausti, dopo anni di assistenza ad un coniuge affetto da demenza o Alzheimer, arrivano a gesti estremi.

Questa è una realtà della quale dobbiamo avere il coraggio di parlare.

Per questo le RSA non possono essere **"la"** risposta, ma sono certamente e inevitabilmente **"una delle"** risposte di cui una società responsabile deve disporre.

E vorrei aggiungere un'ulteriore considerazione che, rivolgendomi alle più alte Autorità della Chiesa, ritengo particolarmente significativa.

Una parte importante della storia dell'assistenza agli anziani nel nostro Paese è stata scritta proprio dalla Chiesa. Congregazioni religiose, fondazioni di ispirazione cristiana, istituti ecclesiastici, sacerdoti, religiose e religiosi hanno costruito e ancora oggi gestiscono numerosissime case di riposo, RSA, hospice e servizi sociosanitari.

Lo fanno spesso da decenni, talvolta da più di un secolo, con una concezione dell'assistenza nella quale la cura della persona fragile rappresenta una vera e propria missione.

Di fronte ad una rappresentazione delle strutture residenziali come luoghi di reclusione, di espulsione dalla società o addirittura come afferma Mons. Paglia «*anticamera dei senza ritorno*», è inevitabile allora domandarsi: come devono sentirsi le tante religiose e i tanti religiosi che hanno dedicato e continuano a dedicare la propria vita alla cura degli anziani?

Dovremmo forse considerare anch'essi custodi di luoghi di segregazione?

Dovremmo immaginare le suore e i sacerdoti che ogni giorno assistono, accompagnano, consolano e pregano accanto ad una persona anziana come una sorta di "carcerieri"?

Credo che la sola formulazione di queste domande renda evidente quanto sia ingiusto generalizzare.

La storia stessa della Chiesa dimostra che **accogliere una persona fragile in una comunità residenziale può essere una forma altissima di cura e di prossimità**, non il suo contrario.

Eminenza, mi permetto poi di affidare queste considerazioni anche alla Sua sensibilità personale, facendo riferimento ad una circostanza che richiamo con il massimo rispetto e senza alcuna intenzione di invadere la sfera di un dolore che appartiene anzitutto a Lei e alla Sua famiglia.

La Sua stessa amata mamma, negli ultimi tempi della sua lunga vita, è stata accolta in un Centro di Servizio (RSA) di Bassano del Grappa, un'opera nella quale la presenza religiosa e l'assistenza sociosanitaria alla persona fragile convivono quotidianamente.

Non richiamo questa circostanza per utilizzarla come argomento di una polemica – sarebbe profondamente irrispettoso – ma perché penso che Ella possa comprendere, forse meglio di molti altri, ciò che stiamo cercando di dire.

Affidare in un determinato momento della vita una mamma o un papà ad una struttura capace di garantire assistenza continua non significa espellerli dalla famiglia.

Non significa abbandonarli. Non significa amarli meno.

Talvolta significa esattamente il contrario: continuare ad amarli avendo l'umiltà e la responsabilità di riconoscere che, da soli, non siamo più nelle condizioni di garantire loro tutte le cure, la protezione e l'assistenza di cui hanno bisogno.

È questa dimensione umana che rischia di scomparire quando il dibattito viene ridotto alla contrapposizione tra "casa buona" e "RSA cattiva".

Non posso inoltre nascondere una certa amarezza per l'orientamento assunto in questi anni dalle politiche nazionali. Il PNRR ha investito molto sul rafforzamento della domiciliarità e sui percorsi di deistituzionalizzazione. Obiettivi certamente condivisibili.

Ma la residenzialità sociosanitaria, mentre affrontava contemporaneamente gli effetti devastanti della pandemia, la carenza di personale, l'aumento dei costi energetici, l'inflazione e una crescente complessità assistenziale, non ha ricevuto quella stessa attenzione strategica anzi, siamo stati totalmente dimenticati nel silenzio totale di tutte le Istituzioni Pubbliche e non meno da quelle Religiose.

Oggi le RSA italiane devono affrontare una difficoltà enorme nel reperimento di infermieri e operatori sociosanitari, costi gestionali crescenti, rette sempre più difficili da sostenere per le famiglie e, da ultimo, un contenzioso giudiziario che rischia di mettere in discussione la stessa sostenibilità economica di molti enti.

È legittimo discutere di come le RSA debbano cambiare. Anzi, è necessario farlo.

È legittimo chiedere strutture più piccole, più aperte alla comunità, più integrate con il territorio, più domestiche e maggiormente capaci di mantenere i rapporti familiari e sociali.

È altrettanto doveroso denunciare e perseguire senza esitazioni le strutture nelle quali gli anziani vengono trattati senza rispetto.

Non è mio intendimento difendere l'indifendibile e concordo sul fatto che esista qualche realtà inadeguata con gestioni che non meritano di occuparsi delle persone fragili.

Per queste ho sempre chiesto e continuerò a chiedere controlli rigorosi e, quando necessario, sanzioni severe finanche disponendone la chiusura. Ma una cosa è individuare e colpire chi sbaglia. Altra cosa è trasformare le responsabilità di alcuni nella condanna morale di un intero sistema.

Le RSA che funzionano – e sono la grandissima parte – non sono luoghi di morte. **Sono luoghi di vita dentro la fragilità.**

Sono luoghi nei quali un anziano viene solo alzato dal letto ogni mattina, lavato, vestito, alimentato, ma luoghi nei quali si curano le malattie, si riabilita, si festeggiano compleanni e anniversari, entrano

figli e nipoti, si celebrano le Sante Messe, si ascolta musica, si organizzano attività ludiche e ricreative, e certamente **dove si accompagna una persona all'ultimo tratto della propria esistenza terrena.**

E quando tutto questo non è più sufficiente, sono luoghi nei quali il nostro personale rimane accanto ad una persona fino alla fine e, talvolta, le tiene semplicemente una mano quando quella mano non avrebbe più nessun altro a cui aggrapparsi.

Dietro a tutto questo vi sono decine di migliaia di operatrici e operatori socio sanitari, migliaia di infermiere e infermieri, centinaia di educatori e di professionisti. Persone che si alzano all'alba, lavorano di notte, la domenica, a Natale e a Pasqua, il giorno del loro compleanno o quello dei loro figli, mariti e/o genitori. Operatori sociosanitari, infermieri, medici, fisioterapisti, educatori, psicologi, assistenti sociali, personale di cucina, di pulizia e amministrativo.

Sono loro, prima ancora delle organizzazioni che rappresento, che sento il dovere di difendere.

Perché ascoltare per anni il luogo nel quale svolgono con professionalità e amore il proprio lavoro descritto da Mons. Paglia come un "*inferno*", una "*reclusione*" o un modello del quale liberarsi inevitabilmente delegittima ma soprattutto ferisce loro e ritengo che questo non sia giusto.

Per queste ragioni, Eminenza Reverendissima, mi rivolgo a Lei e, a S.E. Mons. Pegoraro che mi legge per opportuna conoscenza, con un appello rispettoso ma estremamente fermo.

Non chiedo che mons. Paglia taccia. Chiedo che senta fino in fondo la responsabilità delle proprie parole che dal 2021 al 2026 si susseguono con espressioni quali:

«inferno»;

«anticamera dei senza ritorno»;

«istituzionalizzazione» associata all'avvicinamento alla morte;

«terminale drammatico»;

«nuovi inferni»;

«moltiplicare i posti letto non serve»;

«non servono letti in comunità»;

«la vecchiaia non si affronta costruendo edifici».

Chi ha ricoperto incarichi così autorevoli nella Chiesa, ha presieduto la Pontificia Accademia per la Vita e ha svolto un ruolo nell'elaborazione della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani ha una responsabilità particolare. Le sue parole non sono quelle di un comune commentatore.

Hanno un peso!

Possono denunciare ciò che non funziona e contribuire a migliorarlo ma non possono anche, quando diventano generalizzazioni, ferire persone, delegittimare professionalità e alimentare nell'opinione pubblica una rappresentazione profondamente ingiusta di un intero mondo.

Vorrei infine fosse chiaro che questa lettera non vuole rappresentare un attacco personale a Mons. Paglia, ma un appello a ricondurre il confronto ad una responsabilità comune. **Abbiamo bisogno non di alimentare contrapposizioni, ma di costruire alleanze,** perché la complessità della non autosufficienza non può essere affrontata attraverso la delegittimazione reciproca o peggio, la demonizzazione delle RSA.

C'è poi una responsabilità ancora più grande verso il futuro: **dobbiamo tornare a costruire, soprattutto tra i giovani, una cultura della cura e dell'assistenza.** In una società nella quale i social propongono spesso modelli di successo immediato e di realizzazione personale lontani dalla quotidianità, abbiamo bisogno di restituire valore e orgoglio anche alla scelta di prendersi cura di una persona fragile. **Se continuiamo a rappresentare le RSA come luoghi dai quali fuggire,** sarà sempre più difficile convincere un giovane a scegliere queste professioni, proprio mentre una società che invecchia avrà sempre più bisogno di persone preparate e motivate a dedicarsi agli altri. Per questo Vi chiedo un autorevole intervento affinché il confronto sul futuro della non autosufficienza torni ad essere improntato alla misura, all'equilibrio, al rispetto e soprattutto alla realtà delle persone e delle famiglie.

Non chiedo indulgenza verso le RSA.

Non chiedo di conservare un modello immutabile. Non chiedo di anteporre le strutture al domicilio.

Chiedo semplicemente di riconoscere che domicilio e residenzialità non sono nemici, ma parti diverse

di una stessa rete di protezione.

Chiedo che ad ogni anziano e alla sua famiglia possa essere garantita la risposta più appropriata alle sue condizioni, alla sua volontà e alla sua storia personale.

E chiedo questo soprattutto per il doveroso rispetto che dobbiamo alle migliaia di donne e uomini – laici e religiosi – che ogni giorno scelgono di stare accanto alle persone più fragili della nostra società. Perché anche questo, Eminenza, significa **prendersi cura della vita**.

Confidando nella Sua sensibilità e nell'attenzione che vorrà riservare a questo mio appello, porgo a Lei e a Mons. Pegoraro i più deferenti saluti anche a nome dei Componenti del nostro Consiglio di Amministrazione."

-Il dottor Filippo Bergamo, collega da anni impegnato in prima fila nell'organizzazione di servizi per anziani, **ha steso il testo che segue riguardante** un argomento delicatissimo, **la condizione di salute dei nostri concittadini di origine straniera che sono invecchiati in Italia e che presentano le stesse difficoltà per la salute dei nostri concittadini nati in Italia**.

Solitudine, minoranze e modelli di cura in un momento di migrazioni anche dovute alle attuali tensioni tra Paesi.

Affronto questo tema sempre con un certo trasporto ed interesse perché colpito dalle numerose immagini di sofferenza causate dalle situazioni determinate dalle attuali guerre e mi permetto di partire da una considerazione che forse è ovvia ma sempre cruciale: *"La demenza non colpisce solo la memoria e le funzioni cognitive: incide profondamente sulle relazioni umane"*. Quando si parla di patologie neurodegenerative, la solitudine rappresenta sia un fattore di rischio sia una diretta conseguenza della malattia, capace di accelerare il decadimento cognitivo e di gravare pesantemente anche sulla salute psicofisica dei *caregiver*. Tuttavia, esiste una dimensione in cui questo isolamento diventa ancora più marcato e complesso: quella vissuta dalle minoranze etniche e dai cittadini migranti. Il migrare odierno è dovuto a molteplici fattori, ma sicuramente uno di questi è determinato dalle situazioni di conflitto che vi sono in più parti del mondo per le quali serve una politica nuova (*H. Nababan et al. "Strengthening participatory migration health research in a changing political environment" LANCET 2026*)

Per gli anziani appartenenti a minoranze etniche o con un vissuto di migrazione, la diagnosi di demenza si inserisce in un contesto già caratterizzato da fragilità socio-culturali. Si potrebbe parlare in questo caso forse di una vera e propria doppia vulnerabilità:

- Barriere linguistiche e "ritorno alla lingua madre": Con l'avanzare della demenza, le persone bilingui tendono gradualmente a perdere la seconda lingua acquisita, ritornando esclusivamente alla lingua nativa. Ciò rende drammaticamente difficile la comunicazione con i servizi socio-sanitari e con il contesto sociale circostante. (*A.F. Rirash "Barriers and facilitators to recruitment, engagement, and retention of underrepresented populations in dementia prevention research: a scoping review" JPAD 2026*)
- Stigma e tabù culturali: In molte comunità migranti, il decadimento cognitivo viene ancora interpretato come una colpa, un motivo di vergogna o semplicemente come un inevitabile effetto del naturale invecchiamento, ritardando la ricerca di una diagnosi tempestiva.
- Sottodiagnosi e diagnosi tardive: I test neuropsicologici standardizzati sono spesso tarati su modelli culturali e linguistici occidentali. Senza strumenti "culturalmente equi" (*culture-fair*), il rischio di stime errate o ritardi diagnostici è estremamente elevato.

Il risultato è una sorta di isolamento moltiplicato: la persona che vive con demenza e la sua famiglia si ritrovano tagliate fuori non solo dalla rete dei servizi formali, ma talvolta persino dalla propria comunità di appartenenza.

Bisognerebbe dare voce ed equità alla cura, ma dire a questo si rischia di cadere in una retorica sterile. Tuttavia per affrontare questa sfida in risposta ai mutamenti demografici del nostro Paese abbiamo il Progetto IMMIDEM (IMMIgration and DEMentia). Promosso per analizzare e comprendere l'impatto della demenza tra le popolazioni di origine straniera residenti in Italia, IMMIDEM si pone obiettivi fondamentali per l'equità della cura:

- Mappare il fenomeno: Stimare la prevalenza del decadimento cognitivo nelle popolazioni migranti.

- Standardizzare strumenti di valutazione: Adattare i test neuropsicologici tenendo conto del livello di scolarizzazione, delle variabili linguistiche e del background socio-culturale.
- Promuovere la mediazione culturale: Formare gli operatori sanitari all'accoglienza interculturale e favorire l'integrazione dei mediatori linguistici nei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA).

Progetti come IMMIDEM dimostrano che per contrastare la solitudine non basta offrire un servizio: occorre rendere quel servizio accessibile, comprensibile e dignitoso per chiunque, indipendentemente dall'origine o dalla lingua parlata.

Ma se questa può essere una risposta del sistema sanitario quale possono essere le risposte di comunità? Si perché considerato che gli studi di Immidem riportano un sistema non ancora pronto per far fronte a queste sfide c'è bisogno di rispondere anche con cultura di comunità! Comunità Amiche della demenza (Dementia FRIENDLY COMMUNITY) o Caffè Alzheimer è questa la Risposta di Comunità contro la solitudine?

Se la ricerca e la clinica pongono le basi per diagnosi e prese in carico eque, la risposta sociale e relazionale trova linfa vitale nei modelli di prossimità territoriali, tra cui spiccano i le Dementia Friendly Community e i Caffè Alzheimer. Due risposte che hanno dentro di sé due denominatori comuni essenziali: inclusione e gratuità. In questi periodi di forte crisi e bisogno diventano due pilastri di un sistema provato da anni di difficoltà a riprogrammare modelli di efficacia ed efficienza nella gestione delle persone anziane con decadimento cognitivo.

Un ponte interculturale e inclusivo quale il Caffè Alzheimer si rivela un intervento a bassa soglia sostenibile straordinario proprio nel punto d'incontro tra minoranze etniche e lotta all'isolamento:

- Linguaggio non verbale e attività espressive: Attraverso la musica, l'arte, la stimolazione sensoriale e il movimento, si superano i confini della lingua verbale, permettendo anche a persone di origini diverse di interagire e sentirsi accolte.

- Sostegno ai *caregiver* anche stranieri e familiari: Offre uno spazio protetto di ascolto e condivisione d'esperienze, riducendo il carico assistenziale e la sensazione di sentirsi "soli contro il problema".

- Integrazione di comunità: Favorisce l'incontro tra famiglie autoctone e straniere, trasformando la diversità culturale in un'occasione di arricchimento reciproco e coesione sociale.

Credo ci sia la necessità di andare verso un Ecosystem di cura inclusivo. La solitudine nella demenza non è un destino ineluttabile, ma una conseguenza della mancanza di reti adeguate. Unire la prospettiva scientifica e metodologica di iniziative come il Progetto IMMIDEM alla concretezza umana e sociale del Caffè Alzheimer Diffuso traccia una possibile strada per il futuro della cura. La possibile costruzione di un modello in cui nessuno viene lasciato indietro per barriere linguistiche, culturali o sociali, e dove la comunità torna ad essere il primo luogo di protezione, inclusione e dignità per ogni persona.

-Giovanna Baraldi ha inviato un importante contributo intitolato:

"La sanità digitale non basta. Serve un modello organizzativo"

L'articolo propone un confronto particolarmente interessante tra due modelli di innovazione sanitaria basati sulla possibilità di trasferire online molte parti dell'assistenza: l'Internet Hospital cinese e il Virtual Hospital di matrice anglosassone. Due esperienze che utilizzano entrambe le tecnologie digitali, ma con finalità organizzative diverse. Dobbiamo anche sottolineare che riguardano Paesi con sistemi politici, storia e cultura completamente diversi.

Il modello cinese porta sostanzialmente il cittadino dentro l'ospedale attraverso un unico accesso digitale. L'ospedale rimane il centro del sistema, ma diventa più accessibile.

Il Virtual Hospital anglosassone compie invece un passaggio ulteriore: è l'ospedale che, attraverso un'organizzazione integrata, arriva a casa del paziente.

Dal modello cinese potremmo imparare soprattutto la semplicità e l'unitarietà dell'accesso: il cittadino non dovrebbe essere costretto a orientarsi tra molteplici piattaforme, servizi e interlocutori, ma dovrebbe poter accedere, attraverso un unico punto, al proprio percorso assistenziale.

Dal Virtual Hospital potremmo invece assumere il principio della presa in carico continuativa: non basta mettere un paziente in tele-monitoraggio, ma occorre definire chi ne ha la responsabilità

clinica, quale équipe lo segue, quali parametri controllare, quali soglie di allarme adottare e chi interviene quando le condizioni cambiano.

In Italia disponiamo di molti degli strumenti normativi, strutturali e tecnologici necessari, ma continuiamo a incontrare grandi difficoltà nel trasformarli in un nuovo 'modello organizzativo'.

Per quanto riguarda una medicina territoriale moderna, abbiamo le norme, le strutture previste e gli investimenti tecnologici. Con il DM 77 e con il PNRR abbiamo disegnato e, in molti territori anche realizzato, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare e telemedicina. Abbiamo quindi, almeno formalmente, molti degli elementi necessari per costruire un'assistenza adeguata. Anche le COT potrebbero rappresentare più di un semplice strumento di coordinamento ma diventare il vero snodo della continuità assistenziale tra ospedale, medicina generale, specialistica, infermieri e domicilio.

Tuttavia, dobbiamo riconoscere che la medicina generale rimane troppo spesso organizzata intorno al singolo professionista; ospedale e territorio continuano ad avere organizzazioni e responsabilità separate; l'assistenza domiciliare è ancora insufficiente e le Case della Comunità rischiano, in alcune realtà, di diventare contenitori di prestazioni, anziché luoghi di 'gestione integrata della cronicità'. Inoltre, dobbiamo affermare che tali aspetti sono distribuiti in modo assolutamente disomogeneo nel territorio nazionale, con differenze anche profondamente significative tra le Regioni.

Come diciamo ormai da alcuni decenni, di fronte all'invecchiamento della popolazione, alla multi-morbilità e alla cronicità, continuare a concentrare la risposta sanitaria sull'ospedale e sulla singola prestazione significa mantenere un modello costruito per fabbisogni ormai profondamente cambiati. Il rischio è quello di costruire nuove strutture, acquistare tecnologie e attivare piattaforme di tele-monitoraggio lasciando sostanzialmente invariati 'processi assistenziali, ruoli e responsabilità professionali'. La vera innovazione non consiste infatti nell'aggiungere tecnologia all'organizzazione esistente, ma nell'utilizzarla per la realizzazione di una rete di cura, un sistema organizzato e continuativo di presa in carico.

Nel nostro Paese, quello che continua a mancare in modo sorprendente è soprattutto la capacità di trasformare questi elementi in un nuovo modello di presa in carico del paziente, sia a livello ospedaliero sia territoriale.

La vera innovazione non consiste infatti nell'aggiungere tecnologia all'organizzazione esistente, ma nell'utilizzarla per cambiarla.

Le esperienze degli altri Paesi ci suggeriscono che la tecnologia può rendere possibile questo cambiamento, ma non può sostituirlo.

Negli anni 90 e primo decennio del 2000 i nostri esempi e riferimenti internazionali erano paesi occidentali come il Canada che hanno un servizio sanitario pubblico e universalistico con cultura quasi europea. Il caso virtuoso dell'Oregon di cui Piero Micossi parlava spesso era comunque in USA. Leggere e addirittura imparare qualcosa da un paese asiatico come la Cina e non democratico mi colpisce profondamente. Rifletto sul fatto che le non democrazie possano garantire diritti e risposte efficaci ed efficienti basate su innovazione.

Anche sul governo della IA mi sconcerta che la Cina governi questo aspetto mentre noi ancora in Italia non sappiamo chi deve governarla. E siamo vittime di imprenditori e imprese private multinazionali.

Come se la Cina insomma possa tutelare i cittadini di più dei nostri Paesi europei. Cioè un paese non democratico che garantisce ai cittadini dei diritti prioritari come quelli di servizi assistenziali innovativi e quindi efficienti.

E ancora ho letto che la Cina ha realizzato un sistema industriale simile a quello italiano dei distretti che noi invece abbiamo dismesso.

Penso a cosa l'Italia come SSN possa insegnare al mondo. Per un po' l'833 è stato un modello, forse può dare ancora esempi nel caso emiliano o veneto, ma non sul SSN come sistema del paese. Ma anche le regioni forti, da residente in Emilia faccio fatica a pensare che la mia regione sia ancora un riferimento".

-Allego la mail che Nicola Vanacore ha ampiamente diffuso perché vi sia un impegno corale dei cittadini a sostenere l'approvazione da parte del Parlamento nella prossima legge di

bilancio di un adeguato finanziamento perché anche l'Italia disponga, come altri paesi europei, della possibilità di migliorare i servizi per la cura di un numero sempre più rilevante di persona ammalate. Desidero, in premessa, esprimere a Nicola, e ai suoi collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità, la gratitudine di tutta l'AIP per il lavoro svolto in questi anni con intelligente determinazione per migliorare la qualità e la qualità dei servizi a favore delle persone ammalate di demenza e delle loro famiglie.

"Volevo condividere un sogno che abbiamo dall'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità: il Parlamento italiano approva nella prossima Legge di Bilancio. un emendamento di 500 milioni di euro per finanziare il nuovo Piano Nazionale delle Demenze (PND). Il Tavolo Nazionale permanente sulle demenze ha in discussione questo documento e si ritiene di portarlo in Conferenza Unificata alla fine di settembre per l'approvazione istituzionale. E' un documento redatto in accordo alle strategie dell'OMS che porrà l'Italia all'avanguardia nelle policy sul tema della demenza. E' un momento decisivo per la nostra comunità: nel 2014 viene approvato un PND senza alcun finanziamento poi nel 2020 viene istituito un Fondo Alzheimer e Demenze (2021-23) di 15 milioni di euro per realizzare progetti di sanità pubblica rinnovato successivamente per 35 milioni di euro (Fondo Alzheimer e Demenze 2024-26).

Per un tema che riguarda ormai il 10% della popolazione italiana tra persone affette e i loro familiari con un impatto economico pari a 23 miliardi di euro l'anno è un momento cruciale, un vero cambio di paradigma,

Finanziare il nuovo PND con risorse economiche strutturali del Fondo Sanitario Nazionale significa, per la prima volta nel ns Paese, poter investire in un salto di qualità del ns SSN pubblico. In queste settimane si stanno sensibilizzando tutti i politici, di ogni schieramento, su questo importante appuntamento.

Per realizzare i sogni è necessario che ognuno faccia la sua parte.

Noi dell'Osservatorio Demenze dell'ISS andremo in decine di eventi pubblici a parlare del nuovo PND nei prossimi 4 mesi: il 21 settembre al Ministero della Salute, il 13 ottobre alla Camera dei Deputati e nelle numerose tappe dell'Alzheimer Fest nonché ai convegni delle società scientifiche e delle associazioni dei familiari. Ecco l'auspicio è che tutte le entità del Tavolo (Regioni, Province Autonome, Società scientifiche, associazioni di familiari) chiedano con una voce unica alla Politica di finanziare il nuovo PND.

I tecnici negli ultimi venti anni hanno prodotto tanti e tanti dati, ora il testimone passa alla Politica. Spero per le persone con demenza e i loro familiari che questo sogno si realizzi, lo spero tanto, credimi... Guardo al passato e vedo da dove siamo partiti sul questo tema... tanti saperi si sono acquisiti e consolidati, ora è necessario un passaggio di sistema.

Il 31 dicembre vedremo se questo sogno sarà una realtà".

-Ho chiesto alla dottoressa Simona Gentile, direttore sanitario di Cremona Solidale, una nota sui gravi eventi atmosferici che hanno colpito la struttura da lei diretta. Sottolineo il comportamento altamente professionale e generoso del personale.

"Sono nel mio studio a Cremona Solidale e sto cercando di concludere molte cose prima di partire per le ferie che quest'anno arrivano a fine estate. C'è però qualcosa di strano, mi sento strana e non ci sono cause apparenti. Improvvisamente la stanza si rabbuia, strano una nuvola in una giornata molto soleggiata come le altre di questa estate. Esco in corridoio e incontro una signora su una carrozzina con la figlia "Sto rientrando perché il cielo è nero. Ci sono diverse persone fuori in giardino (abbiamo un chioschetto con gelati e bevande). Ma io non mi fido". Ci incamminiamo insieme nel corridoio e nel giro di dieci passi siamo davanti alla vetrata che dà sul giardino interno, qualcosa di violento sta accadendo. Non si vede più il grande albero in mezzo al giardino, incominciano a cadere dal cielo pezzi di ghiaccio grandi come mandarini con una forza che sembrano proiettili (scopriremo poi che erano raffiche intorno ai 100 Km ora). I corridoi sono ora pieni di parenti, molte carrozzine

persone che si spostano da un lato all'altro, alcuni ospiti e parenti bagnati. Le porte a vetri si aprono e chiudono facendo entrare foglie e grandine. Qualcuno si ferma a riprendere, molti si chiedono cosa sta succedendo alla propria macchina e cosa sta succedendo a casa. C'è un clima "elettrico". Intanto dall'alto continuano a scendere violente raffiche di grandine e alcuni lucernari nei corridoi si rompono, ci sono vetri ed entra acqua, l'acqua è sulle scale proveniente dalle porte finestre, bisogna mettere tutto in sicurezza, nessuno si deve far male. Vedo il mio personale muoversi coordinato, la coordinatrice già cambiata che stava uscendo, dare indicazioni, facendo e facendo fare cose mai provate, ma tutte corrette. Si transennano pezzi di corridoio con poltroncine e sedie, si allontanavano gli ospiti dal lato della sala dove le raffiche sono meno intense, si tolgono i pezzi rotti e si asciuga rapidamente tutto. Entro nel nucleo Alzheimer, un'amica mi ha telefonato per dirmi di dire al padre, ultra ottantenne in visita alla moglie, di non spaventarsi e di aspettarla che sta arrivando ma in città ci sono alberi abbattuti su tutta la strada e tutto è bloccato. Mi aspetto di trovare confusione, invece le persone sono tranquille. Mamma e papà della mia amica sono seduti su un divanetto e lei lo accarezza tranquilla. Sto un po' con loro e mi guardo intorno. Qualcuno del personale anche qui asciuga in terra, altri parlano con gli ospiti. Anche qui tutto misteriosamente coordinato. Esco dal nucleo, ha smesso di grandinare da un po', incontro la nostra assistente sanitaria e RSPP, Alessandra, sta facendo il giro delle cinque palazzine della nostra struttura, ovunque vetri rotti acqua in giro, pezzi di lamiera nei viali, tutti i tergicristalli delle auto rotte, alberi caduti, uno su un'auto, uno su una balconata. In ogni palazzina però la stessa situazione, si mette in ordine e si dà tranquillità agli ospiti. La cucina ha solo qualche infiltrazione e la cena è arrivata in orario. La farmacia ha un dito d'acqua ma il soffitto non cola quasi più. I tecnici che stanno passando dicono che verranno a controllare anche domani, verrà anche la farmacista. Per uscire rifacciamo il viale che è pieno di foglie che fanno un tappeto scivoloso ma bello da vedersi, abbiamo già sentito il servizio di pulizia che domani farà quello per prima, purtroppo arrivate al parcheggio anche il parabrezza dell'auto di Alessandra è costellato di una ragnatela di colpi di grandine ma fotografiamo l'arcobaleno. Arrivo a casa con grande difficoltà le strade sono per lo più chiuse e ci sono molte macchine sfondate dagli alberi. Sono molto provata ma anche molto tranquilla, so di lavorare in un luogo dove si sa che il nostro primo compito è difendere chi non può più farlo da solo. "

Grazie carissima Simona!



Mercoledì 2 settembre
2026

ANNO LIX n° 205
1,50 €
San'Alberto
di Pontida
diante

Edizione chiusa
alle ore 23

GOLDSTAR



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La fine di un'illusione di pace

GLI INTERESSI NON BASTANO PIÙ

LUIGINO BRUNI

Nelle ultime pagine della sua *Teoria Generale* (1936), il libro di economia più influente del XX secolo, John M. Keynes così scriveva: «Le tendenze umane più pericolose possono essere indirizzate verso sbocchi relativamente innocui grazie all'esistenza di opportunità per far denaro... È preferibile che un uomo eserciti la sua tirannia nei confronti del proprio conto corrente bancario piuttosto che verso i suoi concittadini». Una frase che esprime con grande efficacia l'essenza di una delle rivoluzioni culturali più radicali ed importanti, quando si iniziò a pensare che grazie allo sviluppo dei mercati, le passioni umane, i tratti più impulsivi e irrazionali degli uomini, sarebbero state sostituite dagli interessi economici.

Nel mondo pre-moderno, infatti, erano le passioni, non gli interessi, a governare la gran parte delle azioni. E le passioni – l'orgoglio, la vendetta, l'onore – erano e sono spesso distruttive, producono grandi danni e costi, e pochissimi benefici. «Dimmi sentiva di aver perso l'onore, niente gli importa adesso» (F. Dostoevskij, *Idioti e Karamazovi*). L'Europa di antico regime aveva pensato di reprimere e gestire le passioni con la forza e con la paura delle punizioni (terrene e celesti). Ad un certo punto, però, emerse progressivamente una idea nuova e senz'altro geniale: prima Machiavelli, poi Vico e infine i primi economisti illuministi pensarono che per scongiurare il disordine delle passioni, sarebbe stato sufficiente orientare le energie profonde degli uomini verso gli interessi, così i «vizi privati» sarebbero diventati «pubbliche virtù» (Mandeville), la «mano invisibile» (Smith) o «la suprema mano» (Graham) del mercato avrebbe trasformato gli interessi privati in Bene comune, e l'«astuzia della ragione» (Hegel) avrebbe vinto.

continua a pagina 14

Editoriale

Invecchiare, ammalarsi, restare persone

IL CORPO COME LUOGO DI VITA

MARCO TRABUCCHI

L'irresistibile, bellissimo articolo di Paola Müller pubblicato da *Avvenire* sull'evoluzione dell'atteggiamento di san Francesco rispetto al proprio corpo, e alcune notizie degli ultimi giorni su seri problemi di salute accusati da noti personaggi pubblici, suggeriscono alcuni pensieri sul senso attribuito al corpo da parte di chi invecchia oggi nel nostro mondo.

Troppo spesso socialmente si tende a svalutare il corpo che invecchia, mentre si esaltano le funzioni mentali, creando fratture che non hanno significato umano. Al contrario, in alcune condizioni cliniche, ad esempio la malattia di Alzheimer, si valorizza un corpo che fino a un certo livello di gravità conserva la capacità di funzionare, nonostante la progressiva perdita della mente. La vita si esprime nel tempo sempre in maniera unitaria, senza fratture: la donna e l'uomo di 80 anni sono un corpo e una mente separati? Nella vita di ogni giorno si vivono momenti di crisi verso il proprio corpo, ritenuto inadeguato, ma alla fine – come san Francesco – è possibile riconoscere che il danzino non appartiene alla nostra vita.

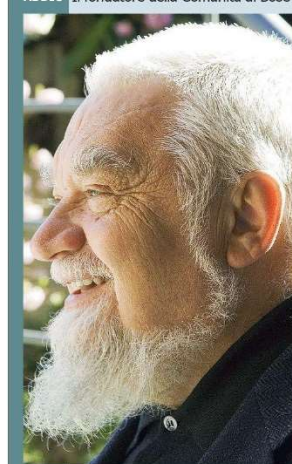
Le domande sono molte e difficili, soprattutto per chi ha il compito di curare la persona nelle sue dimensioni complesse. L'anziano può vivere il proprio corpo come fratello, secondo l'insegnamento di san Francesco? Lo ama come un fratello o, al contrario, lo ama come un peso rispetto al suo personalissimo desiderio di libertà? La professoressa Müller propone con efficacia di vivere il corpo come realtà che ha una dignità propria, che si accoglie con gratitudine.

IL FATTO Il vertice Nato e i leader Ue rispondono compatti. Escalation tra Usa e Iran sul fronte mediorientale

Provocazioni russe

Berlino accusa il Cremlino per il drone esplosivo trovato all'aeroporto di Lipsia, pure l'Italia nel mirino di Mosca per la nomina di Fedorov alla Difesa. Intanto nuovi raid sull'Ucraina

ADDIO Il fondatore della Comunità di Bose



LA GIORNATA
L'appello del Papa:
per ritornare
alla cura del Creato
«Non è troppo tardi»
AGNESE PALMUCCI

«Dalla contemplazione del Creato e dall'incontro con il Creatore» deve nascere la coesione «della nostra responsabilità personale e collettiva nella custodia dell'armonia originale», ha sottolineato il Papa durante l'omelia della Messa che ha presieduto ieri pomeriggio, nell'undicesima Giornata mondiale di preghiera per la cura del Creato. «Non è ancora troppo tardi» per proteggere l'ambiente.

Primopiano
a pagina 5

La Germania non ha dubbi: c'è Mosca dietro al tentato attacco con un drone-bomba all'aeroporto di Lipsia il 4 agosto scorso. Altri ordigni esplosivi sono stati trovati proprio ieri vicino a una linea elettrica nel Brandeburgo, intanto i droni sconfitti nella notte nei cieli estoni hanno fatto alzare in volo i jet alleati. Mentre sull'Ucraina continuano i raid, nel mirino delle provocazioni russe c'è anche l'Italia, con il Cremlino che dice: «Ridicola la nomina dell'ucraino Fedorov» come consulente del ministero della Difesa italiano». Vertici Nato e Ue compatti, con il segretario generale della Nato Rutte che chiama il cancelliere tedesco «i tentativi di Mosca di intimidirci falliranno». Sul fronte mediorientale nuova offensiva Usa: «Se l'Iran reagisce, lo annienteremo», dice Trump.

Servizi alle pagine 2 e 12

I nostri temi

I DRAMMI DI ROMA

Una bomba chiamata solitudine

ROBERTA D'ANGELO

La solitudine dell'estate romana bomba che deflagra in sordina. Nessuno a Roma l'ha colta tra le mura di Luca, Valentin e della piccola Bianca, o nella testa del ragazzo che ha ucciso la mamma, a botte.

Ferraro a pagina 11

FAMIGLIA NEL BOSCO

Cinque lezioni per un percorso ad altezza bimbi

VIVIANA DALOISO

Sarebbe un errore, guardare solo al bicchiere mezzo vuoto della decisione che il Tribunale per i minorenni dell'Aquila ha preso sulla cosiddetta «famiglia nel bosco».

Ceredani a pagina 7

RIFORMA Emendamenti chiusi, toccherà all'Aula del Senato sciogliere i nodi più spinosi

Legge elettorale, palla lunga su ballottaggio e quote rosa

Del ballottaggio si parlava direttamente in Aula al Senato, non in Commissione. Questa la scelta del centrodestra, che dunque prende tempo sul cosiddetto lodo-Pera, che prevede un secondo turno se almeno due coalizioni superano il 38% ma non arrivano al 48. Una proposta che vede i partiti di maggioranza dividersi tra contrari, scettici e aperturisti, ma che viene tenuta in campo come uscita d'emergenza dalle

insidie portate da Vannucci. Il costituzionalista Cuccinelli: «È il modo migliore per garantire coalizioni coese». Il centrodestra ci riproverà inoltre sulle tre preferenze, ma non introduce un equilibrio di genere tra i capilista, ovvero tra coloro che avranno la quasi certezza di essere eletti. Sul tema c'è una proposta unitaria del centrosinistra, che stavolta provi a non giocare solo sulla difensiva.

BIOETICA

Fine vita, sulla via del Veneto la «carta» delle cure palliative

Oggi la Regione Veneto si aggiungerà a Toscana, Sardegna ed Emilia-Romagna approvando la legge che organizza il suicidio assistito come servizio a cura della sanità territoriale, prima Regione guidata dal centrodestra a farlo. Decisiva la divisione nella maggioranza, con il presidente leghista Alberto Stefani che ha promesso di presentare una legge anche sulle cure palliative.

Binetti, Dal Mas e Rondini
a pagina 4

L'ITALIA
DEI TERRITORI

Aree interne, la Chiesa lancia la sua «équipe»

Calvi e Musco a pagina 6

L'OMBRA DEI PIROMANI

Sicilia in fiamme, morta un 26enne

Puglisi a pagina 10

ATLANTE AFFETTIVO

Il coraggio nasce anche dal desiderio

Luigi Ballerini a pagina 14

IL CORPO COME LUOGO DI VITA

Questo accade «anche quando è ammalato, lento, ferito, invecchiato, perché un fratello lo si ama così com'è, non per ciò che offre». La frase mi ha particolarmente colpito come medico: ho cercato di ricordare quante volte nella mia pratica clinica ho incontrato persone che amavano «frate corpo» o invece lo ritenevano una realtà ingombrante, che non permette di camminare, di incontrare gli altri, di fare le mille cose che in una giornata si vorrebbero fare. Ho cercato sempre di capire, con molta fatica, incertezza e soprattutto grande preoccupazione, se tra i consigli da dare alla persona anziana e ammalata si possono inserire suggerimenti secondo i quali il «fratello» deve essere amato e rispettato, indipendentemente dalla sua funzione.

ne più o meno conservata, dall'obbedienza che riserva alle richieste della parte non fisica della realtà personale. Mi pongo la domanda su come rispondere a chi si rivolge al medico per avere indicazioni sull'amare il proprio corpo, anche se fortemente invalidato dopo un ictus, a causa di una malattia di Parkinson o limitato in conseguenza di un intervento chirurgico in seguito a una patologia oncologica o, ancora, limitato nei movimenti dalle conseguenze di un diabete non compensato. Oppure posso forse suggerire di amare «frate corpo», quando si rifiuta di rispondere positivamente, come si vorrebbe, a un intervento riabilitativo sul quale si sono riposte attese e aspettative per un domani più libero? Come si può accompagnare l'amma-

lato cronico di qualsiasi età perché non disprezzi «frate asino» quando non riesce a liberarsi dal dolore fisico, dalla sofferenza indotta dal confronto con chi lo circonda, dal senso di fallimento rispetto alle speranze di una normalità ormai impossibile? Non vorrei che questi interrogativi fossero interpretati come una chiusura davanti alla splendida indicazione di san Francesco di riconoscere frate corpo. Sono, invece, certo che quanto indicato nell'articolo di Paola Müller suscita nel lettore, come ha suscitato in me, lo stimolo a pensare la medicina come un luogo che recupera il corpo da intendere non come un campo di battaglia contro la malattia ma come un fratello, nel quale l'alleanza tra chi cura e chi soffre si svolge con speranza. Queste valutazioni mi sono tornate in mente in questi giorni – come accennavo all'inizio – di fronte alle malattie di due personaggi pubblici, Dario Franchini e Stefano Di Battista. Ambedue stanno di-

mostrando di aver fiducia nel proprio corpo, al quale chiedono di essere fratello per continuare a svolgere il servizio alla comunità. Spero con grande determinazione di essere capaci di farsi accompagnare da «frate asino»: indispensabile compagno di accelerazione dell'intelligenza artificiale, che costruisce le proprie indicazioni in base alle dinamiche del passato. Se non si interviene con indicazioni corbe e innovative vi è il forte rischio di perpetuare una visione negativa del corpo, come luogo di interventi tecnici più o meno efficaci, e come luogo di vita.

Marco Trabucchi
© GIOVANNI DI NUNZIO

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo di Mauro Colombo è dedicato ai possibili interventi per combattere l'insonnia.

Un grazie particolare a Mauro perché riesce sempre a trattare argomenti allo stesso tempo originali e di grande rilevanza pratica.

"L'eminente scienziato tedesco Max Planck – 'padre' della fisica quantistica [£] - sosteneva che la meraviglia per i miracoli della natura è all'origine di ogni pensiero scientifico [#]. Nel mio piccolo, rimango sempre stupefatto quando mi imbatto nell'intreccio profondo tra la vita quotidiana e le tracce che essa imprime nel substrato biologico. Si pensi per esempio alla associazione negativa riscontrata fra il livello di istruzione e l'età biologica stimata mediante la metilazione del DNA calcolata tramite l'orologio epigenetico di Horvath e Hannum, un biomarcatore predittivo dell'invecchiamento biologico che riflette lo stato di salute generale [1].

Nel caso specifico di questo 'angolo', mi rifaccio ad un articolo apparso in rete su *Lancet Healthy Longevity* ad opera di Autori tutti affiliati alla Università della California a Los Angeles, salvo uno affiliato alla facoltà medica di St. Louis, nel Missouri. Il titolo, tradotto, recita "Terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia e invecchiamento epigenetico: analisi secondaria di uno studio clinico randomizzato controllato" [2]. Lo studio – madre di riferimento, pubblicato nel 2019 su *JAMA Psychiatry* [3], ad opera dei medesimi Autori, riferisce che il trattamento dell'insonnia con la terapia cognitivo-comportamentale [Cognitive Behavioural Therapy for insomnia (CBT-I)] apporta un beneficio complessivo nella prevenzione dell'insorgenza e della recidiva della depressione maggiore negli anziani affetti da disturbo d'insonnia.

L'oggetto di [2] merita attenzione: circa la metà degli adulti di età superiore ai 65 anni riferisce disturbi del sonno, e circa il 10-25% soffre di insonnia clinica più grave. L'insonnia negli anziani è associata a un aumento del rischio di esiti negativi per la salute legati all'età, tra cui fragilità, malattie cardiovascolari, progressione del cancro e mortalità, oltre a disfunzioni cognitive.

Ma, almeno fino a metà giugno 2025 – epoca in cui è stato condotto [2] - non sono stati pubblicati studi clinici randomizzati che abbiano valutato gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia sugli esiti dell'invecchiamento biologico. La CBT-I è attualmente il trattamento raccomandato per l'insonnia clinica secondo l'American Academy of Sleep Medicine. Perciò gli Autori di [2] si sono dedicati per primi ad investigare questo argomento.

Lo studio costituisce una analisi secondaria derivata da una ricerca interventistica [3] condotta fra il 2012 ed il 2015, su ultra60enni afferenti alla Università di Los Angeles per insonnia codificata secondo i criteri del IV Manuale Statistico e Diagnostico (DSM IV), scevri da depressione maggiore, gravi condizioni mediche o uso regolare di farmaci specifici. Ristrettezze economiche (!!!) – combinate ad altre 'perdite' di partecipanti - hanno imposto di restringere il campione finale per [3] a 92 soggetti. 47 (età media $69,5 \pm 7$ anni) sono stati indirizzati casualmente alla CBT-I, consistente in cinque componenti: terapia cognitiva, controllo degli stimoli, restrizione del sonno, igiene del sonno e rilassamento. 45 (età media $69,4 \pm 5,1$ anni) invece sono stati assegnati ad un "controllo attivo" sotto forma di "terapia di educazione al sonno" [Sleep Educational Therapy (SET)], che comprendeva quattro componenti educative: igiene del sonno, biologia del sonno, caratteristiche del sonno sano e non sano e stress, biologia e suoi effetti sul sonno.

Cellule mononucleate del sangue periferico sono state raccolte al momento dell'arruolamento e successivamente, limitando la presente osservazione ai controlli del 30° mese. L'età biologica è stata stimata mediante tre metodiche: DunedinPACE [marcatore di invecchiamento epigenetico, sviluppato utilizzando dati di coorte longitudinali per misurare i cambiamenti nei marcatori di invecchiamento a livello di sistema nel tempo (ad esempio, infiammazione, glucosio) nello stesso individuo], GrimAge [addestrata per riflettere molteplici marcatori circolanti dell'invecchiamento (inclusi quelli metabolici e infiammatori), ma anche per essere predittiva del tempo di morte], e la

versione della componente principale (PC) di PhenoAge [PCPhenoAge (che riflette la durata della salute, il declino funzionale e la morbidità, su periodi prolungati)].

I partecipanti che hanno ricevuto la CBT-I avevano maggiori probabilità di raggiungere la remissione completa dopo il trattamento rispetto a quelli che hanno ricevuto la SET [34% (16 su 47) contro 13% (sei su 45)]. Ma, al di là degli effetti favorevoli sul sonno, la terapia cognitivo- comportamentale per l'insonnia (CBT-I) ha indicato di poter offrire ulteriori benefici rallentando il processo di invecchiamento, misurato tramite indicatori epigenetici. I partecipanti sottoposti a CBT-I hanno mostrato un ritmo di invecchiamento epigenetico più lento rispetto al gruppo di controllo, come stimato, attraverso i coefficienti di modelli lineari ad effetti misti, da DunedinPACE [$-0,02$, IC 95% da $-0,04$ a $-0,01$, p corretto per il tasso di falsa scoperta (FDR) = $0,03$]. Gli andamenti opposti in DunedinPACE del gruppo CBT-I e SET sono ben visibili in una figura.

Gli altri due estimatori di invecchiamento epigenetico non hanno dato luogo a risultati statisticamente significativi, come plausibile da un punto di vista tecnico: DunedinPACE fornisce un indicatore più sensibile di questi cambiamenti biologici a breve termine.

Le analisi di sensibilità non hanno modificato sostanzialmente i risultati.

Le analisi esplorative sulla remissione dell'insonnia all'interno di ciascun gruppo di trattamento hanno indicato che gli individui con insonnia persistente (nessuna remissione) nel gruppo SET hanno mostrato il maggiore aumento del DunedinPACE nel tempo, mentre i partecipanti che avevano ottenuto la remissione dell'insonnia o che erano stati sottoposti a trattamento CBT-I hanno tratto qualche beneficio dal loro ritmo di invecchiamento.

Inoltre, i partecipanti sottoposti a CBT-I nei quali è stata osservata la remissione dell'insonnia hanno mostrato la maggiore riduzione dell'espressione di p16INK4a: una proteina che inibisce la replicazione cellulare, proposta dagli Autori di [2] come biomarcatore dell'invecchiamento umano, poiché viene espressa nelle cellule senescenti [4].

In discussione, gli Autori di [2] sottolineano come precedenti ricerche - anche da parte loro - hanno dimostrato che il trattamento dell'insonnia può ridurre i marcatori clinici del rischio di malattie cardiovascolari [5] e la senescenza cellulare. Pur nella dichiarata necessità di conferme dei risultati mediante studi disegnati appositamente - e finanziati adeguatamente ... - la dimostrata modificabilità delle traiettorie di [2] costituisce un chiaro esempio di come l'invecchiamento biologico sia un importante obiettivo traslazionale della gerontologia. L'obiettivo generale della 'Geroscienza' è migliorare la durata della vita in salute e la durata della vita.

£ Max Planck vinse il premio Nobel nel 1918: l'ultimo anno della 'inutile carneficina'

esempio - tra i tanti possibili - di smentita della contrapposizione fra cultura scientifica ed umanistica - a vantaggio necessariamente di quest'ultima -, magari in nome di una 'rivelazione incompiuta' ...

[1] Ryan, J., Wrigglesworth, J., Loong, J., Fransquet, P. D., & Woods, R. L. (2020). A Systematic Review and Meta-analysis of Environmental, Lifestyle, and Health Factors Associated With DNA Methylation Age. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 75(3), 481–494. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz099>

[2] Carroll, J. E., Kusters, C. D., Taha, H. B., Olmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2026). Cognitive behavioural therapy for insomnia and epigenetic ageing: secondary analysis from a randomised controlled trial. *The lancet. Healthy longevity*, 7(7), 100861. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100861>

[3] Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C., & Olmstead, R. (2022). Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults With Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 33–41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3422>

[4] Carroll, J. E., Olmstead, R., Cole, S. W., Breen, E. C., Arevalo, J. M., & Irwin, M. R. (2023). Remission of insomnia in older adults treated with cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) reduces p16^{INK4a} gene expression in peripheral blood: secondary outcome analysis from a randomized clinical trial. *GeroScience*, 45(4), 2325–2335. <https://doi.org/10.1007/s11357-023-00741-5>

[5] Carroll, J. E., Seeman, T. E., Olmstead, R., Melendez, G., Sadakane, R., Bootzin, R., Nicassio, P., & Irwin, M. R. (2015). Improved sleep quality in older adults with insomnia reduces biomarkers of disease risk: pilot results from a randomized controlled comparative efficacy trial. *Psychoneuroendocrinology*, 55, 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.02.010>

-JAGS di luglio pubblica uno speciale articolo dal titolo: "Artificial Intelligence and Health Care for Older Adults, a Future for All of Us". L'articolo afferma che l'IA può giocare un ruolo importante per preparare gli individui, sia sul piano psicologico che somatico, ad un invecchiamento in salute. In particolare, in un momento di crisi provocato dal continuo invecchiamento della popolazione, e dalla contemporanea riduzione della disponibilità di caregiver familiari e professionali, l'IA potrebbe fornire un aiuto adeguato in diversi ambiti, da quello amministrativo al supporto pratico nella gestione di alcuni servizi. È però importante garantire ai pazienti che queste tecnologie sono parte delle risposte possibili, non l'unica risposta ai bisogni. La gente ha bisogno di un'interfaccia umana nella cura; l'intelligenza artificiale non è destinata a sostituire questo rapporto, ma a migliorarne le modalità e l'efficacia. È importante, infine, dedicare attenzione al titolo dell'articolo, dove è scritto che il supporto dell'IA alla cura delle persone anziane sarà un modello di rilievo per il futuro di tutti noi. Ancora una volta, la vita è una sola!
[\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70007\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.70007)

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-In allegato anche **i programmi delle Alzheimer Fest che si terranno a Padova e Brescia il 13 settembre**, due città con una grande tradizione di attenzione alle problematiche cognitive.

-Ricordiamo il tradizionale evento settembrino della Fondazione Maratona Alzheimer: 5° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer. La valorizzazione del ruolo dei Caffè Alzheimer è un compito rilevante, allo scopo di offrire ai cittadini un servizio sempre più efficiente ed efficace, in grado di integrarsi con l'insieme degli interventi clinico-assistenziali.

-Il 19 settembre a Noto si svolgerà il **convegno "Oltre la diagnosi: il paziente con disturbi cognitivi nei diversi ambienti di cura"**, **in allegato il programma.**

- 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.

I consueti auguri di buon lavoro.

Si riprende dopo le ferie con l'ottimismo della volontà, quella dei nostri concittadini che sperano di costruire un mondo migliore per le persone fragili e sofferenti.

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatricia

ALZHEIMER FEST



13/09/2026

Domenica, 09:30 - 18:30

Museo Mille Miglia – Brescia

Viale della Bornata, 123
25135 Sant'Eufemia della Fonte



BRESCIA
CITTÀ AMICA
DELLA PERSONA
CON DEMENZA

Comune di Brescia - ASST Spedali Civili - IRCCS Fatebenefratelli
Fondazioni Casa di Industria, Brescia Solidale, Casa di Dio
AIMFT - Sindacati Pensionati Brescia CGIL, CISL, UIL

CON IL SOSTEGNO DI



**ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
SANTAGIULIA**



**SISTEMA
BIBLIOTECARIO
URBANO**

il programma nella mattinata

9.30 - @RitmoDiJazz+DanzeGentili & inizio GentilAllenamento

- Con Quartetto Anemos degli studenti del Liceo musicale Gambara
- e Associazione sportiva Dancing Mind
- ed amiche&amici di gruppi sportivi di runners

10.00 - Un anno di ZoneGentili per rendere BresciaAmica

- Il racconto di un anno nelle 5 Zone della Città con un'Infermiera di Famiglia e Comunità e un'Assistente Sociale del Comune, un Medico di Medicina Generale, un Volontario e un Caregiver.
- Conclude Marco Fenaroli, Assessore Servizi Sociali del Comune

10.30 – GinnasticaDolce & arrivo di GentilAllenamento

- Con Massimo Medaglia insegnante di ginnastica e caregiver
- mentre arrivano i partecipanti del GentilAllenamento

10.50 - CuraCari a Casa: MiPrendoCuraDiTe

- Come si sono svolti i corsi per caregiver nelle Zone e quali emozioni e risorse hanno evocato
- Come l'esperienza continua nelle Zone
- Come utilizzare anche in futuro la piattaforma MiPrendoCuraDiTe
- E con un messaggio del Vescovo di Brescia

11.20 - TangoAmico

- Storie in cammino con il metodo Riabilitango

11.40 - BibliotecAmiche

- Racconto di come le biblioteche diventano luogo di incontro, di aiuto e sede di incontri tra caregiver.
- Dialogo con Giacomina Carla Maffezzoni, caregiver e autrice del libro autobiografico "Tra vigne e nebbie di oblio"

12.10 - MusiCura: @RitmoDiDanza1

- Con gli studenti del Liceo Musicale Gambara

12.30 - RicordatiTuCheAncoraPuoì

- Lettura e commento a più voci dei messaggi che cittadini hanno liberamente lasciato nelle 5 Zone della Città sui totem "RicordatiTuCheAncoraPuoì"

13.00 - PausaPranzo con LieVita

il programma nel pomeriggio

Ore 14.00 - MusiCura: @RitmOstinato

- Con gli studenti del Liceo musicale Gambara

14.30 - RicercaCure&Cura

- Orazio Zanetti, Geriatra, e Germano Bettoncelli, Presidente dell'Ordine dei Medici di Brescia, dialogano con i professori:
- Marco Trabucchi
- Alessandro Padovani
- Alessandra Marengoni

15.10 - CaregiverSuona&Canta

- Una caregiver del corso MIPrendoCuraDiTe accompagna al piano una sua amica cantante lirica

Ore 15.20 - CuraCari & CareCure

Salti mortali di equilibristi caregiver, tra piccole gioie quotidiane e annosi problemi (anche economici).

*Ragionare sui soldi oggi
per non impoverire (anche) il domani.*

- Annamaria Della Moretta, giornalista, ne parla con:
- Marco Annichiarico, caregiver e autore di "I curacari"
- Gianbattista Guerrini, presidente UPIA

16.00 - CoroUgolini

- Coro della società escursionisti di Brescia, con più di 20 coristi... molti di età avanzata: quindi anche una proposta di partecipazione e invecchiamento attivo

16.20 - PoesiaSonante

*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 Giusi Quarenghi, Massimo Migliorati, Alberto Zacchi

17.20 - MusiCura: @RitmoDiDanza2

- Con gli studenti del Liceo Musicale Gambara

Ore 17.40 - Chi sono io, lo sai tu

- Proposta del Centro Universitario Teatrale "La Stanza" sull'identità e la memoria di fronte alla demenza e all'Alzheimer

LieVita - Nell'intera giornata

Bevande, caffè e prodotti artigianali di forneria e pasticceria unite all'inclusione lavorativa e sociale di persone con disabilità

LaScatolaDeiRicordiBresciani - ore 9,30-11,00

Viaggio nei ricordi attraverso oggetti, immagini e profumi del territorio, per stimolare memoria e condividere esperienze e emozioni

ColoriAmo - ore 15.00-17.30

Laboratorio di acquarello con l'Associazione Balestrieri

SartoriaMultiEtnica - 15.00-17.00

Integrazione, autonomia, interscambio nel lavoro manuale

Lecture&Giochi - ore 9.30-12.00 e ore 15.00-17.30

A cura del Sistema Bibliotecario Urbano

RicordaProfumiColorati - ore 9.30-12.00 e 15.00-18.00

Laboratorio di un fotografo caregiver

AlzheimerInLab - ore 9.30-13.00

Un'esperienza virtuale nella vita delle persone con demenza

CatturarePresenteQuandoPassatoSfuma - Nell'intera giornata

Mostra fotografica con didascalie esplicative

@CicloContinuo - Nell'intera giornata

Documentari, brevi film, corti di animazione

EntraFacileAlleMilleMiglia - Nell'intera giornata

Ingresso al Museo Mille Miglia a "Prezzo Alzheimer Fest"

CinqueZone

Racconto del percorso fatto in ciascuna Zona e nei suoi Quartieri con presentazione di locandine, materiali, foto, oggetti, mappa dei servizi, ... e tanto altro

MiPrendoCuraDiTe

I caregiver presentano i corsi ai quali hanno partecipato e la piattaforma web www.MiPrendoCuraDiTe.org

AssociazioniAmiche

Per mostrare le diverse forme di sostegno: Alzheimer Cafè; AMA - Associazione Mutuo Aiuto; AIMFT - Associazione Italiana Malattia Fronto-Temporale; Associazione Alzheimer Brescia "Antonia Biosa"

SindacatiAmici

Un supporto concreto per risolvere problemi amministrativi e burocratici

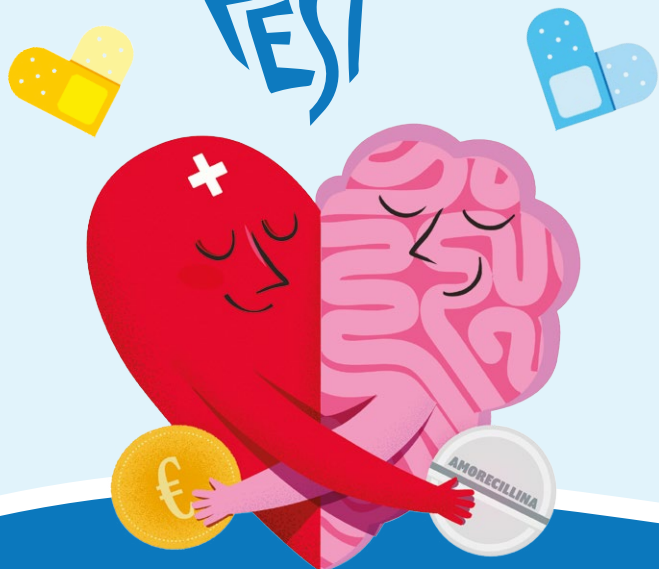
FateBeneFratelli

Le attività dell'Istituto per la cura ed il sostegno delle persone con demenza e dei loro familiari



**12-13 SETTEMBRE 2026
PADOVA**

ALZHEIMER FEST



*Carissimo
Alzheimer*

Curacari e carocure:

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

• ATTENZIONE •

***Siamo un po' smemorati e il programma potrebbe subire
delle variazioni: controllatelo fino all'ultimo giorno!***

La vigilia della festa
Teatro Torresino
Via Torresino, 2 - PADOVA

Sabato
12
SETTEMBRE

18.00

BUON COMPLEANNO ALZHEIMER FEST: 10 MA NE DIMOSTRA 100

Il **Benvenuto** con la proiezione del cortometraggio di **Flavio Pagano**.
Che ci racconta la piccola grande epopea di una parola entrata nei
vocabolari: **CuraCari**

18.30

L'OMBRA DI PETER

Spettacolo teatrale di **Gianluca Paradiso** che, assieme a **Caterina Riccomini**, in qualità di registi e interpreti, affrontano il tema dell'Alzheimer attraverso una rilettura della famosa fiaba di Peter Pan

19.30

UNA FIABA DA SFIAMMARE

I racconti dei CuraCari alla **Psicoterapeuta Francesca Scarparo**

Tutto un programma

Incontri al villaggio

Domenica

13

SETTEMBRE

Prato della Valle

08.30

RISVEGLIO MEGLIO

Movimento dolce per chi di solito si sposta soprattutto con la fantasia. Con i Fisioterapisti di Altavita, OIC e OPSA

09.30-10.30

IN ALTO I CUORI

La **Santa Messa** nell'Abbazia di S. Giustina, officiata dal Vescovo di Padova **Mons. Claudio Cipolla**

11.00-11.30

LA FANFARA DEGLI ABBRACCI

Il saluto della **Fanfara di Cavalleria** che uscendo dalla Caserma Salomone infiora l'aria

11.30-12.30

NON ABBIATE PAURA

Vivere con la demenza senza perdere la speranza.

Negli spazi
di *Dì Salute*

Ci accoglierà il **Coro del Centro Sollievo Associazione Alzheimer** Pieve di Sacco e dopo i saluti delle Autorità, **Marco Trabucchi, Diego De Leo, Adelaide Biondaro, Michela Rigon** e **Giovanni Campo** si confronteranno su come la paura ci fa arretrare, la conoscenza ci fa incontrare e l'Amore ci fa restare!

11.30-12.30

POESIA SONANTE

Versi antichi e nuovi di zecca: un conto (un racconto) sempre aperto, azioni e parole che prendono quota alla borsa del valore.

Lecture poetiche a cura di **Franca Grisoni**, che si unisce a **Pasquale di Palmo, Marco Munaro, Marco Molinari** e **Giusi Quarenghi**

12.45-13.30

CURACARI A QUATTRO ZAMPE

Storie di animali che aiutano a vivere meglio. Ne conosci qualcuno anche tu? A cura di **Flavio Pagano**, con **Adelaide Biondaro, Paola Benetti** e **Camilla Siliprandi**

13.30-14.30

IL SASSO DELL'ARTISTA

Scultore non vedente e molto facente (oltre che decano del Fest): **Felice Tagliaferri** racconta cos'è per lui la pietra. E ricorda quella volta che al primo Alzheimer Fest costruì un muro di mille mattoni per poi abbatterlo al grido di...

14.00-14.30

L'ATTIMO BELLO

Un percorso di poesia con gli anziani della Casa del Sole di Belluno. A cura di **Viviana De Pellegrini**

14.00-14.30	CITTÀ AMICA Negli spazi di <i>Dì Salute</i> Stefania Donegà presenta l'esperienza di "Rubano Città Amica delle persone con demenza"
14.30-15.15	A SPASSO CON DORY, LA CAMELLA DEL CORAGGIO Due libri illuminanti sulla cura, vissuti e raccontati dalle autrici: Gioliola Alvisi e Anna Lisa Catalano
14.30-15.30	LA COMMEDIA DELL'ARTE E DELLA CURA Uno spettacolo per grandi vecchi e bambini. Con Moreno Pigoni , che poi ci racconta la magia memoriosa dei burattini. A cura di Elisabetta Della Casa (associazione I Burattini della Commedia)
15.30-16.30	LA LEGGE DEI CURACARI: SE NON ORA, QUANDO? Tutele dei CuraCari, tra diritto al riconoscimento e rovesci della realtà. Con Paola Chinchero , Flavio Pagano , Leonardo Pompa (progetto di ricerca Cura, famiglia, lavoro), Alberto Cester e Silvia De Rizzo
16.15-16.45	RIACCORDI Negli spazi di <i>Dì Salute</i> Il Coro I Riaccordi del progetto di Musicoterapia, a cura di Simone Ormenese , ci allieterà con musiche tradizionali
16.30-17.30	IL SASSO DELL'ETÀ Generazioni, collisioni, collaborazioni: Gabriella Caramore (L'età grande) dialoga con Mauro Covacich (Lina e il Sasso). A cura di Michele Farina
16.45-17.30	GIARDINI TERAPEUTICI Negli spazi di <i>Dì Salute</i> Andrea Melendugno e Andrea Basso ci raccontano come il verde può diventare Terapia
17.30-18.00	IL PAPPAGALLO DELLA SILVER ECONOMY Dialogo semicomico tra una giunglista e una vecchia ciabatta. Con Paola Chinchero e Michele Farina
17.30-18.00	DANZA CREATIVA Negli spazi di <i>Dì Salute</i> Prima del round finale, riattiviamoci con il laboratorio di Danza Creativa a cura di Lucia Perin , un percorso di emozioni, creatività, immaginazione e ricordi attraverso la danza
18.00-18.30	ARRIVEDERCI CON LA ZUPPA DI SASSO Scaldate l'acqua e i cuori: pronti a preparare, con l'aiuto di un vecchio lupo, un piatto impossibile che diventa squisito? Dalla meravigliosa favola di Anaïs Vaugelade rivisitata da Mauro Covacich , una recita collettiva per ogni età, un inno alla vita per quanto indigesta talvolta possa sembrare
18.15-19.45	ARRIVEDERCI CON IL VERDE CHE CURA La passeggiata - organizzata da Dì Salute , con l' ULSS 6 Euganea - nel vicino Orto Botanico , tra giardino dei semplici e la nuova mostra dei rimedi botanici e spezieria. Ultima gemma dell'arrivederci: un piccolo spettacolo artistico di danza aerea con l'associazione Somacoltura

Sorprese senza orario

Domenica

13

SETTEMBRE

Prato della Valle

- **DAL SANTO AL VILLAGGIO L'È N'ATTIMO**

Il percorso che dalla Basilica di Sant'Antonio fa approdare al Villaggio dell'Alzheimer Fest

- **IO VOTO A**

A come Alzheimer, le foto di **Laila Pozzo**: anni e anni di ritratti in un mosaico di 18 metri quadrati

- **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'È DA RIDERE**

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

- **BEST: BIBLIOTECA ESSENZIALE ALZHEIMER FEST**

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

- **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?

- **OCCHIO, MALOCCHIO E (TANTE) FATTURE**

Noi strozzati dall'Alzheimer: ma che fortuna ci costano queste benedette cure.
Installazione a cura di **Paola Chinchero**

- **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 Curacari: le storie di **Marco Annicchiarico**, le visioni di **Andrea Ucini**

- **LE AVVENTURE DI ALZ E EIMER**

Una madre, una figlia. Il fumetto inventato da **Flavio Pagano**, con la giovane artista **Maria Margot**

- **TESSUTO SOCIALE**

Guido Morgavi e i girotondi Maria

Domenica

13

SETTEMBRE

Prato della Valle

Sorprese senza orario

- **LA SMEMORIA FA L'UNIONE**

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

- **IL VILLAGGIO DELLE RESIDENZE**

I Centri Servizi vi raccontano le belle esperienze di cura nelle RSA.
Con **AltaVita IRA**, **Opera Immacolata Concezione (OIC)**,
Opera della Provvidenza S. Antonio (OPSA), **Antonio Galvan**,
CRAUP, **Fondazione Santa Tecla**

- **MEDICI SENZA CAMICI**

Punto di ascolto e di informazione su malattie, prevenzione e assistenza.
Con i **Medici** delle RSA

- **NON POTEVANO MANCARE I CLOWN**

Con l'Associazione **Dr. Clown** di Padova e non solo...

- **LA RETE CHE CURA E CHE SALVA con:**

- » **RETE UTENTI per CASO**
- » **Ass.ne ALZHEIMER PIOVE di SACCO**
- » **AMAP – Associazione Malattia di Alzheimer – Padova**
- » **Ass.ne UN ABBRACCIO PER L'ALZHEIMER ODV**
- » **AVO Padova – Associazione Volontari Ospedalieri ODV**
- » **Ass.ne AGORÀ – Laboratorio Terza Età Protagonista**
- » **Ass.ne V.A.d.A. – Volontari Amici degli Anziani ODV**
- » **Ass.ne Culturale SALUS EUGANEA**
- » **Ass.ne I FIORI DE TESTA ODV**

Facciamoci un giro

- **ALLA BASILICA DEL SANTO**

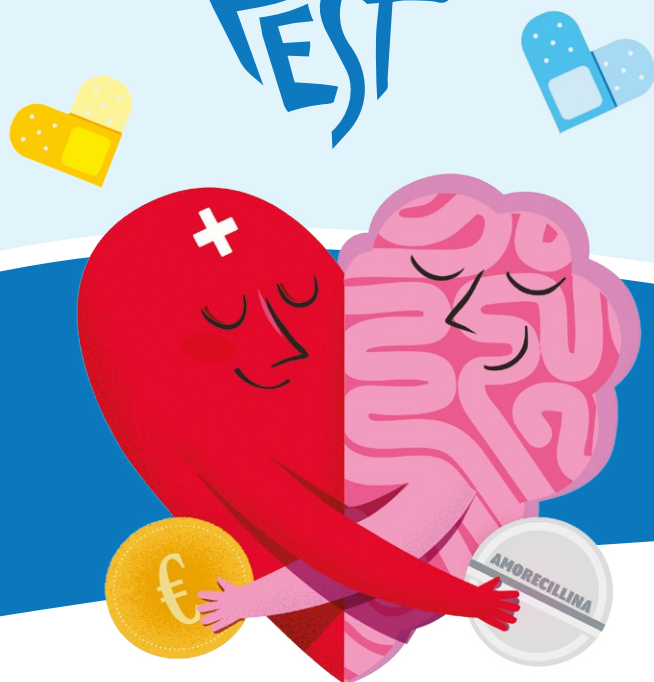
Una visita guidata alla **Basilica di Sant'Antonio**

- **AL MUSEO DEL PRECINEMA**

Un viaggio tra le lanterne magiche di **Laura Minici Zotti**

ALZHEIMER FEST

12-13
SETTEMBRE
2026
• PADOVA •



Con il patrocinio di:



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO



Comune di Padova

Partner scientifico:



Media partner:

CORRIERE DELLA SERA
La libertà delle idee

Con il sostegno di:



FONDAZIONE
MARATONA
ALZHEIMER



Evento organizzato da:



In collaborazione con:



RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dott. Andrea Crucitti

Geriatra Ospedale Trigona Noto - ASP 8 Siracusa

FACULTY

ABBATE SALVATORE - Modica (RG)

BARBAGALLO GIUSEPPE - Nicosia (EN)

BARBAGALLO MARIO - Palermo

BASILE GIORGIO - Messina

BONCORAGLIO ELISA - Ragusa

BORDONALI ALESSANDRO - Siracusa

CANNAVÒ DARIO - Catania

CIMINO ALFIO - Siracusa

CRUCITTI ANDREA - Noto (SR)

DE LEO DIEGO - Padova

DI STEFANO FABIO - Catania

DRAGO VALERIA - Augusta (SR)

FERRARA ELIANA - Siracusa

FICHERA GIUSEPPE - Catania

ITALIA SALVATORE - Avola (SR)

LANZA GIUSEPPE - Troina

MAUCERI FLAVIA - Noto

RINALDI EGLE - Noto

SARDELLA ALBERTO - Catania

TRABUCCHI MARCO - Brescia

TRIPI GABRIELE - Trapani

VERNUCCIO LAURA - Palermo

SEDE DEL CONVEGNO

Sala Gagliardi di Palazzo Trigona
Via Camillo Benso Conte di Cavour, 91
96017 Noto SR

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Kaleo Servizi srl – ID: 2711
Piazza Euripide 20 - 96100 Siracusa
Tel. 0931 69171
info@kaleo-servizi.com

INFORMAZIONI GENERALI

Il convegno è gratuito ed è rivolto a n. 70 partecipanti di tutte le professioni sanitarie. Per informazioni e iscrizioni contattare la segreteria organizzativa Kaleo Servizi entro il 14 settembre 2026 inviando una mail al seguente indirizzo: info@kaleo-servizi.com.

I partecipanti riceveranno l'attestato con l'attribuzione dei crediti dopo avere effettuato la totalità delle ore di cui il convegno si compone e dopo aver superato la verifica di apprendimento.



La Kaleo Servizi srl, provider accreditato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina con il numero di accreditamento 2711 ha inserito l'evento n. 489874 nel proprio piano formativo. Al convegno sono stati attribuiti n. 7,5 crediti formativi. L'attestazione dei crediti è subordinata alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo nella misura del 100% ed alla verifica dell'apprendimento.

OBIETTIVO FORMATIVO

Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali.



**OLTRE LA DIAGNOSI:
IL PAZIENTE CON DISTURBI
COGNITIVI NEI DIVERSI
AMBIENTI DI CURA**

Sala Gagliardi di Palazzo Trigona
Noto 19 Settembre 2026

RAZIONALE SCIENTIFICO

L'invecchiamento comporta un aumento del rischio di sviluppare deficit cognitivi e modifiche del comportamento che, come risultato della combinazione di fattori genetici, ambientali e legatissimo stile di vita, possono evolvere fino a una condizione di demenza con secondaria perdita della capacità di svolgere il proprio ruolo lavorativo, sociale e familiare.

In una popolazione che invecchia il riconoscimento precoce di tali disturbi è di fondamentale importanza al fine di preservare il più a lungo possibile le funzioni cognitive residue e, di conseguenza, l'autonomia nelle attività quotidiane.

Nelle varie fasi di malattia e nei differenti contesti assistenziali una presa in carico integrata e multidisciplinare del paziente con decadimento cognitivo risulta decisiva nel poter erogare le migliori cure possibili e, allo stesso tempo, fornire il supporto più adatto anche ai familiari che spesso sono coloro che soffrono maggiormente la malattia del loro caro, la cui cura comporta un enorme sovraccarico emotivo ma spesso anche fisico (non a caso l'impegno quotidiano che richiede è stato paragonato a quello di "una giornata di 36 ore").

Questo convegno ha l'obiettivo di affrontare tali tematiche con gli specialisti e gli operatori che hanno in cura i pazienti anziani con disturbi cognitivi e demenza, i più fragili tra i pazienti fragili, e condividere insieme percorsi di buone pratiche cliniche e assistenziali che, in un Sistema Sanitario Nazionale in continua evoluzione e con una popolazione generale che invecchia, possano favorire la sempre più auspicata e necessaria sinergia tra l'Ospedale e le cure territoriali.

8:30 Registrazione partecipanti

9:00 Apertura del convegno

Saluti di benvenuto
Andrea Crucitti

Laura Vernuccio
Presidente AIP Sicilia

Introduzione e saluti del Presidente AIP
Diego De Leo

Saluto delle autorità

LETTURE

Moderatore: Giuseppe Barbagallo

9:30 **Perdere la memoria non cancella la vita**
Marco Trabucchi

Moderatore: Laura Vernuccio

10:00 **Declino cognitivo e sarcopenia, un percorso bidirezionale**
Giorgio Basile

PRIMA SESSIONE CAPIRE PER PRENDERSI CURA

*Moderatori: Gabriele Tripi - Salvatore Italia
Egle Rinaldi - Fabio Di Stefano*

10:40 **Alterazioni cognitive e comportamentali: il valore prognostico di MCI e MBI**
Andrea Crucitti

11:00 **Depressione nell'anziano e rischio di demenza: implicazioni diagnostiche ed opzioni terapeutiche**
Giuseppe Lanza

11:20 **Il paziente con demenza e il CDCD: presente e prospettive future**
Eliana Ferrara

11:40 **Il ruolo dello psicologo clinico, dalla diagnosi alla riabilitazione cognitiva**
Alberto Sardella

12:00 Discussione

12:30 **LETTURA**
Moderatore: Giorgio Basile
Nuovi orientamenti nell'approccio alla fragilità cognitiva
Mario Barbagallo

13:00 Light Lunch

SECONDA SESSIONE PERCORSI GESTIONALI DEL PAZIENTE CON DECADIMENTO COGNITIVO, DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

*Moderatori: Giuseppe Fichera - Alfio Cimino
Salvatore Abbate - Valeria Drago*

13:40 **Dal domicilio all'arrivo in Pronto Soccorso**
Flavia Mauceri

14:00 **Le cure in un reparto per acuti. Il delirium e le sue sfide**
Alessandro Bordonali

14:20 **Disturbi neuropsichiatrici nelle demenze: valutazione multidimensionale e approccio terapeutico integrato**
Dario Cannavò

14:40 **Osservare, riconoscere, gestire: il decadimento cognitivo nella geriatria territoriale**
Elisa Boncoraglio

15:00 Discussione

15:20 **Saluti conclusivi**
Laura Vernuccio - Andrea Crucitti

Chiusura del convegno