Newsletter AIP – 2 ottobre 2026
n. 39/2026

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-Bill Gates: "L'IA è una sfida inaudita. Non stiamo facendo abbastanza"
-La vitalità dell'Alzheimer Fest
-Un Caffè Alzheimer esemplare
-"Vado alla scuola infanzia per i grandi"
-Il seminario della Fondazione Maratona Alzheimer "Curare chi si prende cura"
-107.677 ultracentenari in Giappone…

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il consueto contributo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-I prossimi impegni della nostra Associazione

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
Senza commento riporto, con desolazione, la notizia che l'Italia si è astenuta, assieme agli Stati Uniti sul voto dell'ONU per il piano di solidarietà vaccinale che impegna la comunità internazionale a collaborare e a mostrare solidarietà nella prevenzione e nella risposta nei casi di emergenza sanitaria, come nelle pandemie.

-**In un'intervista ad Avvenire** del 25 settembre **Bill Gates ha dichiarato: "Il problema è che molti pensano a quest'ultima rivoluzione tecnologica come alle precedenti e credono che si aggiusterà tutto da sé. Ma non è così**. Trovo importante che il Papa intervenga ricordando i valori, perché non dice che tutto è terribile, ma che se non custodiamo certe cose potrebbe diventarlo". "L'IA è assai più dirompente di qualsiasi altra tecnologia emersa finora, comprese quelle sulle quali ho avuto la fortuna di lavorare, il personal computer e Internet. Per molti aspetti eguaglia o supera la cognizione umana. Sarà un test inaudito per l'umanità". Le affermazioni del fondatore di Microsoft ci obbligano a pensare…
[https://www.avvenire.it/mondo/bill-gates-non-stiamo-facendo-abbastanza-per-ridurre-i-danni-dellintelligenza-artificiale_113438]

-**In questi giorni siamo nel pieno svolgimento delle Alzheimer Fest nelle varie sedi. Sotto la regia di Michele Farina, e la generosa collaborazione di moltissimi volontari locali, si è già svolta in questa settimana anche a Milano, Pinzolo e a Como**. A quest'ultimo evento ho partecipato con soddisfazione per la qualità dell'organizzazione e la vivacità umana, culturale e assistenziale dell'evento. Grazie al professor Maresca e alla dottoressa Morichetti per il lavoro compiuto con molta cura.
Mancano ancora 9 tappe, in particolare quelle della Sicilia, dove l'AF atterra per la prima volta. Sarà

mio compito riferirne; sono particolarmente interessato al successo dell'AF nell'isola, perché diamo la dimostrazione, seppure con modestia, che in qualche occasione il mondo della medicina e della cura sono più avanti del mondo delle istituzioni.

-Filippo Bergamo ci ha inviato la descrizione dell'impegno del gruppo che dirige a Mestre, con grande intelligenza e successo. Particolarmente importante è la parte del testo nella quale la solitudine viene indicata come obiettivo primario dei Caffè Alzheimer. Ritengo che quanto scritto dal dottor Bergamo possa rappresentare importante materiale di lavoro e di confronto per molti Caffè Alzheimer. Mi permetto, a questo proposito, di ricordare che la Fondazione Maratona Alzheimer ha istituito un coordinamento nazionale, guidato dal dottor Stefano Boffelli. Tutti sono invitati a collegarsi; ciò non comporta alcuna rinuncia alla libertà operativa dei singoli Caffè, ma permette un coordinamento arricchente per tutti. Esprimo a questo proposito l'augurio che le realtà locali che in questi anni hanno espresso i moltissimi Caffè attivi con successo in tutta Italia possano migliorare progressivamente, attraverso scambi e indicazioni, l'efficacia del loro importante e originale lavoro.

Terzo appuntamento con il ciclo sui fattori di rischio delle demenze promosso da Caffè Alzheimer Serenissima del gruppo del progetto CAD di AIP: tema LA SOLITUDINE

"La solitudine nell'invecchiamento è una delle sfide sociali e sanitarie più complesse del nostro tempo. Spesso liquidata come una semplice inevitabilità dell'età anziana, si rivela invece un fenomeno articolato che richiede distinzioni concettuali chiare, analisi dei dati territoriali e interventi mirati incentrati sulla persona. Tematiche affrontate dai relatori dell'evento: la dott.ssa Giada Spolador, il prof. Rabih Chattat e il prof. Marco Trabucchi.

Uno degli errori più comuni nella programmazione dei servizi e nel dibattito pubblico è sovrapporre tre fenomeni distinti:

- *Vivere soli*: indica la condizione abitativa e anagrafica (es. famiglie unipersonali). È un dato oggettivo e misurabile che spesso rappresenta una scelta e un indicatore di autonomia, non necessariamente di fragilità.
- *Isolamento sociale:* rappresenta la condizione oggettiva caratterizzata da una rete relazionale ridotta, rare interazioni e scarsa partecipazione alla vita comunitaria.
- *Solitudine percepita:* è l'esperienza soggettiva di penuria di compagnia o supporto sociale. Si tratta della percezione della discrepanza tra le relazioni desiderate e quelle effettivamente vissute. Si può, infatti, provare una profonda solitudine pur vivendo all'interno di una famiglia.

L'anagrafe intercetta unicamente chi vive solo. Basare la programmazione dei servizi solo sui dati anagrafici porta a generare sia *falsi positivi* (anziani soli ma ben inseriti in reti sociali) sia *falsi negativi* (persone conviventi ma profondamente isolate, come i caregiver o le coppie con demenza). La *salute sociale* esprime la capacità dell'individuo di instaurare e mantenere relazioni significative, conservare un ruolo sociale attivo, partecipare alla comunità e riadattarsi alle sfide della vita e della malattia tenendo in considerazione i pilastri della salute sociale:

- *Relazioni significative:* quindi legami di qualità con familiari, amici e vicini.
- *Partecipazione e inclusione:* con il coinvolgimento attivo nel volontariato o in gruppi sociali.
- *Sostegno sociale e senso di appartenenza:* attivando reti di supporto pratico ed emotivo.
- *Ruolo e significato:* di conseguenza sentirsi utili e valorizzati nella società.

Questo il quadro dei dati nazionale e del Nord-Est:

- *Dati Censimento Istat:* Il 25,9% delle famiglie italiane è composto unicamente da persone di 65 anni e più. L'10,0% delle famiglie è costituito da una persona sola di 75 anni o più.
- *Reti di supporto:* Gli anziani soli mostrano una solida rete parentale (92,8%), ma una rete amicale più debole (58,9%). Nel Nord-Est, la disponibilità di amici (56,6%) e vicini (66,6%) su cui contare mostra le percentuali tra le più basse d'Italia. Quando la rete familiare viene

meno (per vedovanza o lontananza dei figli), manca un "secondo strato" relazionale di prossimità.

- *Il paradosso urbano:* In contrasto con il senso comune, l'isolamento è più accentuato nei contesti urbani densi (3,9% di over 75 privi di qualsiasi rete nelle città contro il 2,1% nelle zone rurali).
- *Proiezioni future:* Entro il 2050 gli over 75 soli aumenteranno significativamente, e il fenomeno riguarderà in larghissima parte donne in età molto avanzata. L'AULSS 3 Serenissima presenta una popolazione fortemente invecchiata (26,7% di over 65, con un rapporto di 2,5 anziani per ogni giovane sotto i 14 anni):
- *Distretto 1 (Venezia Centro Storico e Isole):* Caratterizzato da un invecchiamento estremo e da barriere architettoniche uniche (ponti, assenza di ascensori, trasporto acqueo). Oltre il 32% delle famiglie di soli anziani nel Nord-Est vive al secondo piano o superiore senza ascensore; a Venezia questo aspetto trasforma la fragilità motoria in isolamento forzato.
- *Distretto 2 (Venezia Terraferma, Marcon, Quarto d'Altino):* Contesto urbano denso in cui risalta la fragilità di chi vive solo senza abitazione di proprietà.
- *Distretto 3 (Mirano-Dolo) e Distretto 4 (Chioggia):* Realtà caratterizzate da dispersione territoriale, dipendenza dall'auto e necessità di rafforzare le reti di prossimità.

Esiste poi una *solitudine invisibile* rappresentata dai *caregiver e dalle persone con demenza*
Un capitolo centrale riguarda il binomio persona con demenza-caregiver. Da una parte la persona con demenza: Circa il 43% delle persone con demenza sperimenta solitudine. Le difficoltà di comunicazione, la perdita di ruoli, la paura di sbagliare e lo stigma portano progressivamente al ritiro sociale. E poi il caregiver familiare: Vivendo in coppia o in famiglia, il caregiver non risulta "solo" nei registri anagrafici. Tuttavia, il carico assistenziale (caregiver burden), la riduzione dell'attività sociale e l'isolamento aumentano vertiginosamente il rischio di depressione e burnout.
I *Caffè Alzheimer* rappresentano una risposta concreta a bassa soglia, capace di offrire accoglienza, supporto psicosociale e opportunità di socializzazione sia per i pazienti che per i loro familiari.
Inoltre per contrastare l'isolamento è necessario integrare risorse cliniche e di comunità:

- *Sviluppo del Social Prescribing:* Permette ai medici di medicina generale e ai servizi territoriali di "prescrivere" attività sociali, culturali e di volontariato attraverso figure di raccordo (link worker).
- *Valorizzazione dei servizi di prossimità:* Il Telesoccorso/Telecontrollo, le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) e la rete dei Servizi Assistenziali Domiciliari (SAD), intesi non solo come erogatori di prestazioni ma come vera e propria rete "sensoriale" sul territorio.
- *Approccio centrato sulla persona:* Promuovere quartieri e contesti age-friendly e dementia-friendly, valorizzando il ruolo attivo dell'anziano e la reciprocità delle relazioni.

"Invecchiare non fa paura"
La terza parte dell'incontro ha ripreso tutti i concetti prima elencati ed è stata focalizzata sulle parole esperte e colte del professor Trabucchi e del suo libro che esorta a comportamenti responsabili, di prevenzione, di solidarietà di fratellanza verso sé stessi e verso gli altri . Un monito ad essere protagonisti della salute e dell'invecchiamento proprio e altrui. Un richiamo ad essere attivi e partecipi fisicamente, culturalmente e socialmente in tutte le fasi della vita perché la solitudine non è semplicemente una condizione inevitabile della vecchiaia, ma il risultato del complesso intreccio tra risorse individuali, contesti abitativi e reti sociali. Non conta unicamente quanto a lungo viviamo, ma con chi, come e perché viviamo: restituire significato, relazioni e partecipazione alle persone anziane e alle persone con demenza o con fragilità è il vero indicatore di qualità di una comunità inclusiva.

-"Vado alla scuola infanzia per grandi": è il titolo di un articolo di giornale inviatomi da Daniela Leotta, validissima e generosa collega **che ha diretto una neurologia ospedaliera a Torino e che oggi dedica la sua competenza e la sua cultura agli anziani che hanno bisogno di cure.**

«Quando usciamo di casa dico sorridendo ai vicini: "Vado alla scuola dell'infanzia dei grandi!"». Maria ha 90 anni, un'ironia contagiosa e le mani segnate dal tempo. È una delle prime «alunne» del Centro aggregativo di Mirafiori, la struttura pensata per contrastare l'isolamento degli anziani e lavorare sulle prime forme di decadimento cognitivo.

Una bocciofila 2.0 contro l'isolamento

Basta varcare la soglia per capire il motivo di quel soprannome affettuoso: all'ingresso c'è un armadietto con gli scomparti per lasciare borse e scarpe, alle pareti sono appesi i lavori di gruppo realizzati nei laboratori, mentre nelle varie sale si alternano momenti di lettura, workshop e il pranzo condiviso. «Se resta isolato a casa, nell'anziano si innesca un meccanismo pericoloso: apatia, malnutrizione e un rapido peggioramento delle patologie della memoria» spiega Tommaso Varaldo, presidente della Fondazione Aief, associazione che ha dato vita al centro aggregativo. «I nostri non sono utenti gravi già presi in carico dal sistema sanitario, ma persone sole, con reddito medio-basso, che iniziano ad avere i primi problemi fisici o cognitivi. Qui non offriamo solo assistenza, facciamo prevenzione. È una bocciofila 2.0 dove si possono passare intere giornate facendo stimolazione ed esercizio con professionisti» prosegue.

Senza imbarazzi per ritrovare energia positiva

Mentre nell'aula centrale una decina di ospiti gioca "all'impiccato dei proverbi" sotto la guida degli operatori socio-sanitari Laura, 88 anni, alza la mano orgogliosa: «Io ho indovinato la prima frase!». Poi si ferma e racconta la sua storia con franchezza: «Stando a casa da sola non mangiavo più. Quando sono venuta qui la prima volta mi sono trovata bene subito. Avevo scelto di venire tre giorni a settimana, ma poi mi sono trovata ancora meglio e ho detto a mio figlio che volevo fare i cinque giorni. Ho 88 anni, porto il pannolone e ho perso i capelli, ma qui non mi vergogno di nulla. Non sento alcun disagio: ho trovato la mia quinta giovinezza. Faccio le gite, mangio di nuovo e sto in compagnia».

Un sostegno anche per le famiglie

L'impatto del centro non si limita solo ai frequentatori: per le famiglie rappresenta un sollievo. «Mia mamma ha ritrovato un ritmo e una motivazione che pensavamo perduti - racconta sui social dell'associazione Gisella, la figlia di uno degli ospiti -. La sera torna a casa raccontandomi le attività svolte e quello che ha imparato nei laboratori cognitivi». Le fa eco Tiziana, anche sua mamma frequenta il centro: «Per noi caregiver è importante sapere che i nostri cari sono al sicuro e si divertono».

Quali sono le attività del centro

Le attività, tutte strutturate con la consulenza di una neurologa, sono studiate per stimolare, nulla è improvvisato. Alcuni hanno trovato la struttura grazie a un volantino nella buca delle lettere ad altri lo han suggerito i figli dopo aver visto un video sui social. Per accedervi serve la tessera associativa e ognuno sceglie quanti e quali giorni frequentare prenotandosi ai vari laboratori. Per chi non ha modo di muoversi in autonomia, il centro mette a disposizione anche un servizio di trasporto dedicato.

Proprio durante le attività entra una signora accompagnata dalla figlia per un colloquio informativo. «Possiamo mettervi la copertura alle scarpe?» chiede con cura l'Oss prima di mostrare gli spazi. La donna si sfoga a bassa voce: «Sono sola, mi manca mio marito e alla fine non faccio più nulla tutta la giornata». Gli operatori la rassicurano: «Qui potrà fare attività con persone che condividono le sue stesse difficoltà e la stessa solitudine». Laura la sente, la guarda negli occhi e la incoraggia: «Vieni qui, vedrai che starai benissimo!».

Una svolta nel quartiere più anziano

«Mirafiori è il quartiere più anziano di Torino, per questo abbiamo aperto qua ma a novembre ci estenderemo anche al castello di Lucento per coprire Torino nord» continua Varaldo. In un solo anno il centro ha raggiunto il limite massimo di capienza, arrivando a seguire 30 persone costantemente. «L'obiettivo è ampliare anche Mirafiori per accogliere altre 10 persone. Se questo tipo di servizio venisse istituzionalizzato, si lavorerebbe davvero sulla prevenzione, non solo su chi è abbastanza grave da essere preso in cura ma anche chi è solo con "piccole" difficoltà. Si abbatterebbero le spese sanitarie future offrendo un sostegno concreto a tutte quelle famiglie che oggi sono lasciate sole a sostenere il peso dell'assistenza» conclude il presidente.
Il contributo dei volontari
Tra i tavoli ci sono anche i volontari, come Fiamma, 15 anni, che ha deciso di trascorrere le sue vacanze estive qui, seduta accanto a Luigi, 67 anni (il più giovane del gruppo), che ha una prima sintomatologia di malattie della memoria. Uno scambio generazionale e di supporto di cui parla anche Daniela Leotta, volontaria e neurologa, ex direttrice di neurologia all'ospedale Martini: «Persone sole o affette da iniziali sviluppi cognitivi necessitano di interventi di tipo stimolante e socializzante che nell'ambiente domestico non è facile svolgere. Potendo stare qua tutto il giorno per le famiglie si alleggerisce sia il carico economico sia mentale. Io per quarant'anni sono stata in ospedale e ho notato che gli anziani una volta fuori dal sistema sanitario diventano una responsabilità di nessuno da un punto di vista di cure, soprattutto per mancanza di possibilità, questo li porta inevitabilmente a peggiorare. Ho deciso di fare la volontaria qui perché è quello che ho fatto per tutta la vita, so cosa vivono le famiglie che non hanno appoggi o mezzi, bisogna parlare dei problemi dei caregiver e delle persone non auto sufficienti sole». Poi la neurologa evidenzia: «Questo è un problema in crescita, ignorarlo peggiora solo le condizioni dei pazienti, delle famiglie e pesa sul sistema sanitario. Lavorare sulla prevenzione è possibile».

-**Pubblichiamo una sintesi dell'incontro organizzato dalla Fondazione Maratona Alzheimer il 20 agosto per via telematica.** Il webinar ha raggiunto un notevole ascolto (in estate, quando altri legami si allentano e la solitudine è la cattiva compagna di chi assiste, il bisogno di informazioni da parte dei caregiver non diminuisce, anzi molto spesso cresce!): **"Curare chi si prende cura: l'attenzione al caregiver"**. La tematica è in linea con l'attenzione che AIP dà al ruolo di chi si dedica alla cura delle persone fragili,
Introduzione e inquadramento del problema: la figura centrale del caregiver
Il tema centrale dell'incontro è la condizione del caregiver – familiare, nella maggior parte dei casi, ma anche professionale – di persone affette da demenza. Chi assiste sopporta un carico fisico, emotivo ed economico rilevante, e per questo necessita sia di formazione sia di un sostegno concreto e strutturato. Nella maggioranza dei casi il caregiver è un familiare che non sceglie questo ruolo per professione, ma vi si trova «per amore o per necessità», mettendo a disposizione tutte le proprie energie psicofisiche ed economiche.
Stefano Boffelli apre il suo intervento citando un articolo autobiografico pubblicato sul New England Journal of Medicine, che racconta la storia di un medico in pensione che continua a correre per il fratello malato e per gli amici che invecchiano, finché un problema cardiaco non lo ferma. La vicenda diventa una metafora della condizione del caregiver: una persona sottoposta a uno sforzo prolungato che ne mina la salute e le fa perdere il senso del valore delle piccole cose della vita quotidiana. Un valore che va reimparato, anche per conservare la lucidità e la serenità necessarie al compito assistenziale: il caregiver, insomma, non deve dimenticare né annullare sé stesso.
Negli ultimi decenni l'aumento dei casi di demenza ha trasformato la cura dei caregiver da problema individuale a emergenza epidemiologica. Nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) l'approccio si è evoluto di conseguenza: se un tempo la risposta alla diagnosi era delegata al singolo familiare, oggi la visita medica deve ascoltare e prendere in carico, in modo integrato, sia la persona malata sia il suo caregiver.
Pensare al benessere del caregiver: undici consigli

Nel corso del suo intervento Stefano Boffelli ha presentato un decalogo, in undici punti, sviluppato per i Caffè Alzheimer e orientato a promuovere il benessere di chi assiste:

1. **Fatti aiutare da subito** nella gestione della cura.
2. **Informati** sulla malattia e sulle modalità assistenziali.
3. **Esegui regolarmente esami del sangue e visite mediche** di controllo.
4. **Assumi regolarmente** i tuoi farmaci.
5. **Nutriti e idratati** in modo corretto.
6. **Pratica attività fisica** e abbi cura del tuo corpo.
7. **Mantieniti in contatto con amici e familiari**, contrastando solitudine e tristezza.
8. **Sospendi il fumo** e limita l'alcol.
9. **Controlla** il peso corporeo.
10. **Coltiva** la tua spiritualità.
11. **Riconosci precocemente** i segnali di burnout, prima di arrivare al punto di esplosione o crollo.

I bisogni inespressi, il linguaggio del corpo e i "pezzi di vita liberi"

La lettura dei silenzi e della comunicazione non verbale

Citando Eugenio Borgna (Il silenzio), Stefano Boffelli sottolinea come il silenzio della persona con demenza non sia un vuoto privo di significato, ma possa esprimere stupore, gioia, timidezza, ansia o incapacità di trovare le parole. Il caregiver deve perciò essere formato a leggere il linguaggio del corpo, lo sguardo, i gesti e le variazioni comportamentali: cambiamenti improvvisi nel comportamento abituale – ad esempio una persona solitamente agitata che diventa improvvisamente apatica – sono campanelli d'allarme di sofferenze fisiche o di patologie acute, come infezioni o eventi cardiaci.

Il bisogno di respiro

Riprendendo le riflessioni di Emmanuel Carrère, l'intervento evidenzia la necessità per il caregiver di ritagliarsi "*pezzi di vita liberi*": momenti in cui non fare né pensare a nulla, ma semplicemente fermarsi, stare con sé stessi èrespirare". Molti caregiver vivono infatti in una condizione costante di apnea emotiva e fisica.

La ricerca sui profili dei caregiver (Progetto PROCAD)

La ricerca mostra due tipologie prevalenti di caregiver presenti nei Caffè Alzheimer, con modalità di coping e bisogni differenti:

- Caregiver anziani (spesso coniugi): bassa scolarità, spaventati, con ridotte capacità organizzative e difficoltà di relazione con i servizi.
- Caregiver più giovani (figlie o nuore): in età lavorativa, attive, con dinamiche relazionali diverse.

Stefano Boffelli chiude il proprio intervento richiamando il concetto espresso dal giornalista Davide Ferrario: l'assistenza, le diagnosi e i servizi per le demenze devono essere riconosciuti come diritti dei caregiver, e non concessi come un favore dall'alto.

Il ruolo dei Caffè Alzheimer come luogo e risposta strutturata di incontro con persone che vivono con la demenza e con i caregiver.

Nella seconda parte del webinar, la dott.ssa Federica Gottardi ha approfondito la natura e l'efficacia dei Caffè Alzheimer, definendoli nello specifico luoghi gratuiti, aperti, accoglienti e "non giudicanti": uno spazio pensato non come sostituto della rete sanitaria formale, ma come suo complemento naturale, capace di intercettare bisogni – relazionali, informativi, emotivi – che la sola visita clinica non riesce spesso a cogliere.

La gratuità e l'assenza di giudizio non sono dettagli organizzativi, ma condizioni abilitanti: è proprio la percezione di un contesto informale, privo della cornice "medicalizzata" tipica dell'ambulatorio, a permettere alle persone di sentirsi in un luogo sicuro, di raccontarsi con maggiore libertà e riconoscersi in vissuti che, altrove, tendono a restare taciuti per vergogna o per timore del giudizio altrui.

All'interno di questa cornice, la dott.ssa Gottardi ha illustrato le principali tipologie di intervento dedicate ai caregiver messe in atto nei Caffè Alzheimer:

- **Gruppi di supporto psicologico e Auto-Mutuo-Aiuto (AMA):** spazi condotti da professionisti o gestiti direttamente dai familiari (facilitatori di gruppi AMA), in cui condividere vissuti, paure, rabbia e strategie di gestione quotidiana. La condivisione permette di normalizzare le emozioni e di ridurre il senso di solitudine - «anche io mi sento così» - trasformando un'esperienza vissuta come isolante in un'esperienza riconosciuta e condivisa.
- **Interventi di psicoeducazione e formazione**: incontri informativi per comprendere la malattia, i suoi sintomi cognitivi e non cognitivi e i comportamenti della persona con demenza. Momenti che hanno l'obiettivo di fornire strumenti pratici per vivere e affrontare le sfide quotidiane e aumentare il senso di competenza e la percezione di controllo del caregiver sulla propria situazione.
- **Affiancamento sul campo**: momenti di formazione esperienziale durante i quali gli operatori e i volontari formati affiancano i caregiver nelle attività con le persone con demenza e fungono da modello relazione nell'approccio ai sintomi cognitivi e non.

La dottoressa Gottardi racconta che i dati oggi a nostra disposizione dimostrano che la partecipazione costante ai Caffè Alzheimer riduce lo stress percepito, aumenta la conoscenza della patologia, riduce il senso di vergogna e rafforza la rete di sostegno percepita dal caregiver.
Inoltre il Caffè Alzheimer risponde ad un bisogno fondamentale dei caregiver: operatori e volontari assumono un "*ruolo ponte*" così come il Caffè all'interno della rete dei servizi del territorio: l'équipe del Caffè accompagna la famiglia lungo l'evoluzione della patologia, orientandola progressivamente verso i servizi del territorio, con una funzione di raccordo che nessuno dei due poli - rete informale e rete formale - riuscirebbe a garantire da solo.
Come sottolineato nell'intervento, questi stessi contenuti potrebbero in teoria essere veicolati anche attraverso corsi strutturati in forma più tradizionale; tuttavia è proprio l'atmosfera sociale che si sviluppa nei Caffè Alzheimer - conviviale, spontanea, "non scolastica" - a creare le sinergie relazionali che rendono l'apprendimento più leggero, più efficace e più duraturo nel tempo.

I Caffè: un supporto per il carico assistenziale (burden) e le dinamiche familiari

Le attività dedicate ai caregiver nell'ambito dei Caffè Alzheimer hanno l'obiettivo di rispondere ai molteplici bisogni, in particolare quelli emotivi, formativi e informativi, e di accompagnamento, ma soprattutto di alleggerire attraverso l'ascolto, l'accoglienza, la condivisione, il carico (burden) che i caregiver portano troppo spesso da soli. La dott.ssa Gottardi, a tal proposito, ha ripreso e sviluppato la distinzione, centrale nella letteratura sul caregiving, tra **carico oggettivo** e **carico soggettivo**.
Il carico oggettivo riguarda il tempo materialmente impiegato (nella cura dell'igiene, nella somministrazione dei farmaci, nella sorveglianza, nella gestione di visite e burocrazia) ed è, per sua natura, quantificabile. Il carico soggettivo riguarda invece il vissuto emotivo: la stanchezza percepita, il senso di costrizione, la sensazione di perdere il proprio tempo, il proprio pezzo di vita libero, e sé stessi. Un principio metodologico chiave, ribadito con forza, è che ogni vissuto soggettivo è legittimo e valido indipendentemente dalla gravità oggettiva del quadro clinico della persona assistita: due caregiver di fronte alla "stessa" situazione clinica possono vivere carichi soggettivi molto diversi, ed entrambi meritano ascolto.
Da questo carico assistenziale possono derivare, per strade distinte, burnout e depressione, due costrutti spesso utilizzati erroneamente come sinonimi. Per burnout si intende l'esaurimento di energie legato in modo specifico e situazionale al ruolo assistenziale: può beneficiare della riorganizzazione dei compiti, di aiuti pratici e di spazi di sollievo, ed è quindi in larga parte reversibile intervenendo sul contesto. La depressione, diversamente, è una condizione clinica dell'umore che va oltre il contesto assistenziale specifico, potrebbe però essere la conseguenza di un carico portato per troppo tempo, e richiede una vera e propria presa in carico specialistica: la distinzione non è nominalistica, ma orienta concretamente il tipo di risposta, organizzativa nel primo caso, clinica nel secondo, da offrire al caregiver.
Un ulteriore livello di analisi portato all'attenzione dei partecipanti in merito alle sfide che i caregiver vivono, riguarda le dinamiche interne alla famiglia. Il caregiver che partecipa alla vita dei Caffè Alzheimer è in genere il caregiver principale, ossia colui che sostiene quotidianamente il peso dell'assistenza; nelle famiglie si distingue tuttavia anche, spesso, la figura del caregiver periferico,

coinvolto solo in decisioni puntuali o saltuarie. Questo divario di coinvolgimento genera spesso conflitti e incomprensioni, perché il carico, sia oggettivo sia soggettivo, tende a concentrarsi in modo asimmetrico su una sola persona. I Caffè Alzheimer, in questo senso, non lavorano solo sul singolo caregiver ma possono aiutare la famiglia a migliorare la comunicazione intra-familiare e facilitare la capacità della famiglia di ripartire i compiti tra i vari membri della rete di cura e a riconoscere i vissuti reciproci.

Discussione

Nella discussione moderata da Stefano Govoni sono emerse due domande che la dott.ssa Gottardi ha ritenuto particolarmente rilevanti da riportare: se la carenza di supporto ai caregiver da parte del sistema sanitario dipenda più da una mancata formazione degli operatori o da una non adeguata organizzazione dei servizi; e quale sia l'importanza specifica della copresenza di pazienti e caregiver all'interno dei Caffè Alzheimer, rispetto a modelli che li tengono separati.

Su questo secondo punto, per Federica Gottardi la compresenza è un criterio fondante del modello dei Caffè Alzheimer, definito sin dal 2012. Le attività ricreative e socializzanti svolte insieme abbattono lo stigma e a tal proposito riporta la frase della nipote adolescente di una persona con demenza che frequenta un Caffè Alzheimer bresciano: «quando siamo seduti a bere il caffè faccio fatica a riconoscere chi è malato e chi non lo è». Le attività in copresenza donano leggerezza all'esperienza e offrono ai familiari un modello relazionale ed empatico da poter poi replicare a casa. Allo stesso tempo, la separazione temporanea prevista permette al caregiver di accedere al gruppo di supporto e di parlare liberamente, mentre la persona con demenza svolge attività stimolanti dedicate: un'articolazione che tiene insieme il bisogno di condivisione familiare e il bisogno, altrettanto reale, di uno spazio proprio per il caregiver. Il ricongiungimento finale avviene così in un clima più sereno e alleggerito rispetto a quello con cui le attività erano iniziate.

Secondo Stefano Boffelli, tornando invece alla prima domanda, entrambi i fattori - formazione e organizzazione dei servizi - sono determinanti e si rinforzano a vicenda. Manca una cultura geriatrica strutturata nei percorsi universitari e lavorativi, e la burocrazia dei servizi ostacola ulteriormente l'accesso alle risposte disponibili. I Caffè Alzheimer e le reti territoriali svolgono qui un ruolo fondamentale nel raccordare la rete informale con le strutture formali (CDCD, medici di medicina generale, consultori). Di norma la permanenza nei Caffè, dove il caregiver viene accompagnato, dura circa 1,5-2 anni: un tempo che consente di sostenere la famiglia in una fase di transizione, che supporta l'idea del Caffè come contesto *ponte*, prima che i bisogni evolvano e richiedano altre forme di risposta.

Conclusioni

Il webinar si chiude ribadendo che prendersi cura di chi si prende cura non è un elemento opzionale o secondario, ma parte integrante e fondamentale della terapia e della gestione delle demenze. Promuovere spazi di respiro, *momenti di vita liberi*, formazione e condivisione come i Caffè Alzheimer restituisce dignità, salute e diritti sia ai pazienti sia ai loro caregiver.

-**In Giappone gli ultracentenari sono 107.677. Al di là dei necessari studi per comprendere le ragioni che stanno alla base di una popolazione così longeva, il numero pone una serie di interrogativi importanti (e drammatici!) anche per noi.** Inoltre, come riporta un documento della polizia giapponese, 76.941 cittadini sono morti "in solitudine". Una prospettiva preoccupante; se non si interviene con forti azioni a livello organizzativo e psicologico vi è un rischio elevato che questo sia anche il nostro poco felice futuro. Peraltro, non abbiamo la controprova sperimentale che specifici interventi possano modificare la drammaticità di una condizione che ha moltissime cause. Ancora una volta, però, ripetiamo che il pessimismo nel guardare al futuro non porta alcun vantaggio concreto. Si alimentano solo ansia e incertezza, che bloccano qualsiasi comportamento attivo.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-**Mauro Colombo presenta un angolo dedicato ad un argomento tanto interessante quanto originale**.

Mauro, a nome dei nostri lettori ti esprimo ancora una volta gratitudine per la capacità di essere sempre originale nella scelta degli argomenti! Leggerti può talvolta essere complesso, però è sempre di grandissimo interesse; riconosco che se qualche volta faccio fatica a capire i tuoi testi è colpa mia… solo della mia scarsa cultura!

"Per il primo "angolo" di ottobre, faccio riferimento ad un articolo di *JAMA Ophtalmology* [1], liberamente accessibile in rete dall'11 giugno 2026.

Bioingegneri, oftalmologi e neurologi statunitensi – tra Seattle e Saint Louis – hanno voluto determinare se i biomarcatori retinici, coroideali e della coriocapillare, basati sull'angiografia mediante tomografia a coerenza ottica (OCTA), differiscano in base allo stato cognitivo e se tali biomarcatori siano in grado di distinguere tra funzione cognitiva normale, deterioramento cognitivo lieve (MCI) e demenza da malattia di Alzheimer (AD). Allo scopo, hanno condotto una valutazione approfondita dei biomarcatori di retina, coroide e coriocapillare lungo l'intero spettro del deterioramento cognitivo, utilizzando l'imaging standardizzato SS-OCTA (swept-source OCTA). La tecnologia SS-OCTA [$] offre una maggiore profondità di penetrazione e una migliore visualizzazione della coriocapillare e della coroide rispetto alla tecnologia spectral-domain [£], consentendo una valutazione più affidabile della vascolarizzazione retinica più profonda.

Gli obiettivi specifici della ricerca erano: (1) chiarire i risultati contrastanti relativi alle alterazioni strutturali e di perfusione retinica nel deterioramento cognitivo, (2) caratterizzare le alterazioni della coroide e della coriocapillare – aspetti ancora poco indagati – all'interno di un'unica coorte ben fenotipizzata, e (3) determinare se combinazioni di biomarcatori multilivello migliorino la capacità di distinguere tra individui cognitivamente normali, soggetti con MCI e pazienti con demenza da AD.

I motivi per impegnarsi in uno studio simile sono numerosi, e partono dalla premessa per cui la retina offre una finestra unica sulle patologie neurodegenerative: in quanto estensione embriologica del sistema nervoso centrale (SNC), condivide con il cervello caratteristiche strutturali, metaboliche e microvascolari. In particolare, la coriocapillare svolge un ruolo fondamentale nel sostenere la retina esterna ed è considerata uno degli indicatori più sensibili dello stato di salute del microcircolo sistemico.

La tomografia a coerenza ottica (OCT) e l'angiografia OCT (OCTA) sfruttano questa peculiarità anatomica per fornire immagini tridimensionali rapide e ad alta risoluzione delle strutture e della perfusione della retina, della coroide e della coriocapillare. I sistemi OCT/OCTA sono ampiamente disponibili presso le cliniche oftalmologiche, richiedono infrastrutture specialistiche molto meno complesse – rispetto ad altre metodiche di indagine delle malattie neurodegenerative - e mostrano un'eccellente ripetibilità, il che li rende candidati promettenti per una valutazione cognitiva scalabile, per lo screening a livello di popolazione o per il monitoraggio longitudinale ripetuto.

Tuttavia, nonostante la crescita nell'interesse per l'argomento, i risultati – secondo una bibliografia che parte dal 2001 – sono stati contrastanti, riguardo a parametri quali lo spessore dello strato delle fibre nervose retiniche (RNFL), del complesso ganglionare cellulare (GCC), e dello strato retinico esterno (ORL), la densità dell'area vascolare (VAD) e dello scheletro vascolare (VSD), il flusso, l'area della zona avascolare foveale (FAZ), il deficit di flusso della coriocapillare (CCFD), lo spessore coroidale medio (MCT) e l'indice di vascolarità coroidale (CVI). Tali metriche sono state ricavate in [1] mediante algoritmi specifici.

I dati provenivano dal registro del centro di ricerca clinica sulla malattia di Alzheimer della università di Washington; lo studio ha seguito le linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): liberamente accessibili in rete, e pubblicate simultaneamente su 8 giornali.

Previa esclusione di (3) persone con demenza non-Alzheimer, la casistica – reclutata fra aprile 2022 e settembre 2024 - era composta da 49 partecipanti di controllo (cognitivamente integri, 30,6 % maschi), 29 MCI (79,3 % maschi) e 25 AD (60 % maschi); l'età media era 74,8 ± 6,7 anni.

In sintesi, i risultati dicono che:

il deficit di flusso della coriocapillare (CCFD) ha mostrato un andamento bifasico (più basso nel MCI, più alto nella demenza da AD)
un modello che combinava la densità dello scheletro vascolare (VSD), il CCFD e lo spessore del complesso delle cellule ganglionari (GCC) ha raggiunto un'area [#] sotto la curva ROC compresa tra 0,72 e 0,87 in un gruppo di 21 partecipanti non inclusi nella fase di addestramento (10 controlli, 6 MCI, 5 demenza da AD).
Più in dettaglio, e come illustrato nei grafici a colori:
rispetto ai marcatori retinici, i confronti a posteriori hanno evidenziato uno spessore medio corretto del GCC inferiore nei soggetti con demenza (63,31 µm) rispetto ai controlli (67,93 µm) (differenza: −4,62 µm; IC al 95%: da −8,92 a −0,31 µm; P = 0,03)
rispetto alle misure coroidali e coriocapillari, CCFD aggiustata dalle covariate differiva fra i 3 gruppi con elevata significatività statistica, secondo l'andamento difasico indicato sopra
[#] Tenendo conto che in generale si considera "accettabile" una area sotto la curva [Area Under the Curve (AUC)] compresa fra 0,7 e 0,8, e "ottimo" un test con AUC compresa fra 0,8 e 0,9, il modello multinomiale multivariabile testato su 21 partecipanti ha mostrato una buona capacità discriminativa per i controlli e i soggetti con MCI, e una capacità moderata per la demenza da AD, suggerendo che i biomarcatori OCTA possano rappresentare strumenti scalabili e accessibili per rilevare le alterazioni neurovascolari associate al declino cognitivo.
L'aggiunta dei biomarcatori OCTA al modello demografico e clinico di base ha mostrato un miglioramento numerico della capacità discriminativa (variazione dell'AUC: controlli vs soggetti con deficit = +0,16; demenza vs assenza di demenza = +0,11; controlli vs MCI = +0,05; MCI vs demenza = +0,24), sebbene tali stime debbano essere interpretate con cautela data la ridotta dimensione della base di dati.
il modello di regressione logistica multinomiale multivariabile ha conservato la significatività statistica predittiva sia verso MCI che verso AD per deficit di flusso della coriocapillare (CCFD) e per la densità dello scheletro vascolare (VSD), significatività che veniva persa invece – su entrambi i fronti – per lo spessore del complesso delle cellule ganglionari (GCC), che si può intendere come marcatore di perdita neuronale. Questi 3 parametri non sono stati caratterizzati da una forte collinearità, a riprova di una loro relativa indipendenza.
Nel caso del MCI, ogni riduzione di un punto percentuale della VSD è risultata associata a una probabilità superiore del 21%, e ogni riduzione di un punto percentuale della CCFD a una probabilità superiore del 34%. Per la demenza, ogni diminuzione di 1 punto percentuale della VSD è risultata associata a una probabilità superiore del 34%, mentre ogni aumento di 1 punto percentuale della CCFD è risultato associato a una probabilità superiore del 50%.
In discussione, veniva sottolineato come i parametri vascolari, nei parametri VSD e CCFD, sono risultati i più forti indicatori indipendenti dello stato cognitivo [in una casistica che escludeva le forme vascolari (n.d.r.)].
Un risultato fondamentale è stato la traiettoria non lineare della CCFD attraverso gli stadi cognitivi, come illustrato in una figura apposita. Ciò suggerisce una precoce risposta vasodilatatoria compensatoria nello MCI, che evolve in un deficit di perfusione e in una rarefazione vascolare con la progressione della malattia di Alzheimer. A questo andamento bifasico fa eco lo spessore coroideo medio, che ha mostrato una tendenza all'aumento nella MCI e alla riduzione nella demenza. Al contrario, la VSD ha evidenziato una diminuzione costante tra i gruppi, coerente con la progressiva e irreversibile perdita di capillari retinici. Anche lo spessore del GCC è diminuito progressivamente, ma le associazioni si sono attenuate una volta presi in considerazione i parametri vascolari. La traiettoria bifasica della CCFD è in linea con risultati provenienti sia dalle neuroimmagini sull'uomo sia dai modelli sperimentali del cervello umano.
A differenza del CCFD, il VSD ha mostrato un declino costante passando dai controlli al MCI fino alla demenza. Ciò è biologicamente plausibile data l'architettura ad arterie terminali del plesso capillare

retinico, privo di meccanismi di flusso compensatorio, il che rende la perdita di capillari cumulativa e progressiva. Per contro, la coriocapillare – caratterizzata da un'elevata anastomosi e da un flusso abbondante – è in grado di compensare le disfunzioni precoci attraverso la vasodilatazione e l'aumento del flusso nei segmenti capillari adiacenti, spiegando così il suo andamento non lineare.
A questo punto, mi corre l'obbligo di chiarire al lettore il duplice motivo per la scelta di questo articolo, che – oltre ai pregi metodologici, ed ai limiti dichiarati - vanta un primato nel suo ambito:

1) indicare un possibile strumento futuro come strumento clinico pratico per la diagnosi precoce e il monitoraggio del deterioramento cognitivo (anche se [1] non è stato progettato né dimensionato per stabilire soglie clinicamente utilizzabili o per generalizzare i risultati all'intera popolazione affetta da demenza; pertanto, tutti i risultati devono essere considerati preliminari).
2) a livello neurobiologico, portare un – ulteriore - esempio di tentativo di compensazione che il cervello cerca di mettere in atto durante la sua sofferenza: questione affascinante, che meriterebbe una adeguata trattazione

[$] La swept-source OCTA è una tecnologia angiografica avanzata e non invasiva per l'immagine oculare che utilizza una lunghezza d'onda laser a scansione rapida (in genere intorno ai 1.050 nm) per creare mappe tridimensionali ad alta risoluzione e con risoluzione in profondità del flusso sanguigno nella retina e nella coroide.
[£] La Spectral-Domain OCT (SD-OCT) utilizza onde luminose per produrre immagini trasversali ad altissima risoluzione delle strutture oculari, acquisendo i segnali di profondità in parallelo tramite uno spettrometro, senza parti meccaniche in movimento; Offre dettagli a livello micrometrico, permettendo di analizzare i singoli strati retinici, con una rapidità tale da ridurre i disturbi causati dai movimenti involontari del paziente.
Nota metodologica: l'indagine statistica di questa indagine trasversale – condotta fra febbraio 2025 e marzo 2026 - è partita dal confronto fra gruppi, mediante analisi della covarianza (dove le covariate erano età, sesso, istruzione, ipertensione, diabete, abitudine al fumo), corretta per il "tasso di false scoperte", ed integrata da confronti abbinati a posteriori secondo Tukey. Poi, per valutare, mediante una rappresentazione grafica, le prestazioni predittive del modello di regressione logistica multivariabile multinomiale [#], gli autori hanno specificato di avere calcolato gli intervalli di confidenza al 95 % della curva di funzionamento caratteristico del ricevitore (curva ROC) adottando una suddivisione 80/20 tra base di dati di addestramento e base di dati di test, in modo che l'80% dei dati venga utilizzato per addestrare un modello di apprendimento automatico e il restante 20% per testarne le prestazioni. Questo rapporto standard fornisce all'algoritmo un numero sufficiente di informazioni da cui apprendere, mantenendo al contempo una quantità sufficiente di dati non visti per verificare se funziona correttamente su nuovi campioni.
[1] Zhang, Y., Jiang, Y., Edalati, K., Duong, C., Henry, S., Gong, Z., Jayadev, S., Wu, Y., Lee, A. Y., Lee, C. S., & Wang, R. K. (2026). Quantitative Swept-Source Optical Coherence Tomography Angiography Indicators of Neurovascular Dysfunction in Alzheimer Disease. *JAMA ophthalmology*, *144*(8), 673–681. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2026.1986

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La sempre attenta e precisa dottoressa Camporese ha riassunto di seguito i **prossimi impegni della nostra Associazione**. Faccio notare, con grande soddisfazione!, la numerosità degli eventi e la loro diffusione a livello nazionale, segno del nostro sempre maggiore radicamento territoriale e della stima diffusa che circonda AIP.
- **In questi giorni, a Cagliari**, si sta tenendo **il Congresso congiunto di AIP Sardegna e Alto Adige**. Programma al link https://www.psicogeriatria.it/evento/la-metamorfosi-in-psicogeriatria-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.psicogeriatria.it/evento/la-complessita-dei-disturbi-neurocognitivi-nuove-prospettive-diagnostico-terapeutiche-e-modelli-di-presa-in-carico/
- **Il 9 ottobre ad Ancona** si terrà **il 16° Congresso AIP Marche dal titolo "I meccanismi dell'invecchiamento cerebrale normale e patologico"** https://www.psicogeriatria.it/evento/i-meccanismi-dellinvecchiamento-cerebrale-normale-e-patologico-se-ci-sta/
- **Il 10 ottobre a Palermo** ci sarà **il Congresso Regionale AIP dal titolo "Nuovi orizzonti in Psicogeriatria: 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.psicogeriatria.it/evento/nuovi-orizzonti-in-psicogeriatria/
https://www.psicogeriatria.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.psicogeriatria.it/evento/la-cura-plurale/
Iscrizione al link https://mcoformazione.com/event/457/showCard
- **Il 23 ottobre a Mantova** si svolgerà **il Convegno della sezione AIP Lombardia "Verbum et caro in senectute"** https://www.psicogeriatria.it/evento/verbum-et-caro-in-senectute-trentanni-dopo/

-**Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:
FB: https://www.facebook.com/psicogeriatria
Linkedin:https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di psicogeriatria/?viewAsMember=true
Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/
YouTube :https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatria

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

Buon lavoro ai nostri lettori, assieme all'invito a inviare contributi per la pubblicazione sia su aspetti clinico-assistenziali sia culturali e organizzativi

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

Newsletter AIP – 16 ottobre 2026
n. 41/2026

"Dammi, Signore, la forza di rendere il mio amore utile e fecondo.
Dammi la forza di non rinnegare mai il povero,
di non piegare mai le ginocchia di fronte all'insolenza dei potenti.
(Rabindranath Tagore (1861-1941)
Tutti possiamo pensare attono a questi versi, in tempi difficili. Bisogna soprattutto non avere paura e credere che proteggendo la nostra dignità proteggiamo anche quella dei più deboli.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-La cacciata di casa di Mariacarmen
-"Essere pronti per la prossima epidemia" (*Lancet*). Lo strano caso della ricercatrice morta in Russia
-Paolo Putzu e l'articolo su: "Il paesaggio e la salute"
-La nostra vita e le incertezze sulla sua durata
-Convegno "Alzheimer oggi: costruire insieme una nuova cultura di cura"

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il contributo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-Notizie da Palermo
-Prossimi appuntamenti AIP

Una grande soddisfazione: essere riuscito a costruire almeno in parte la newsletter, nonostante alcuni temporanei problemi di salute. Grazie a chi mi ha pensato, spero con un sorriso! Attendo i vostri contributi.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-**In Spagna la signora Mariacarmen di 87 anni è morta pochi giorni dopo essere stata allontanata dalla sua casa dalla polizia**. La reazione del paese, colpito da una grave crisi degli alloggi, ha visto un moltiplicarsi di manifestazioni nel segno "**Siamo tutti Mariacarmen**". Nemmeno in Italia si vede una seria politica di attenzione agli anziani che vengono sfattati dalle loro case nei centri storici per fare spazio agli investitori. I provvedimenti da attuare sono molti, ma il primo, facile da attuare a breve, sarebbe il blocco degli sfratti di persone anziane, collegandolo alle possibilità economiche e alla ricerca di una nuova soluzione abitativa messa in atto con successo dal

Comune. Mi sembra un progetto credibile e facile; evitando, però, all'anziano un periodo di ansia prolungata, prima che le pastoie burocratiche arrivino ad una decisione.

-**Una notizia dalla Siberia**. **Giovane ricercatrice sulla peste è stata colpita dalla malattia nel corso del proprio lavoro**. La diagnosi ufficiale formulata dalle autorità locali è quella di "polmonite di origine sconosciuta". La notizia è stata silenziata e non si è avuta adeguata notizia dell'accaduto; anche all'OMS non sono state date informazioni precise sul virus e sull'insieme della storia. Speriamo non accada come in Cina nel 2019 nella città di Wuhan! Ricordo ai lettori il pressante invito rivolto da *Lancet* ai governi di tutto il mondo, che abbiamo ripreso anche recentemente sulla newsletter, riguardo all'esigenza di prepararsi a future epidemie, provocata da cause non prevedibili e inattese, che colpiscono in particolare i più fragili. Il problema centrale è però quello della credibilità dei governi; in Cina e in Russia la trasparenza negli affari pubblici non è diffusa e così le difese debbono essere costruite su basi intuitive.

-**Riporto un articolo pubblicato su *La voce sarda* da Paolo Putzu riguardante "Il paesaggio e la salute".** Putzu è il fondatore e il conduttore per molti anni dell'AIP sarda e ha messo le basi per l'attuale vivacità della nostra sezione. **L'articolo fa riferimento al desiderio della popolazione dell'isola che l'ambiente non venga distrutto da grandi istallazioni per la produzione di energia**. In questi anni il progresso tecnologico è divenuto sempre più energivoro, con gravi alterazioni dell'ambiente. Le persone anziane sono tra quelle che soffrono di più; si apre a questo punto un dibattito sulla rovina dell'ambiente a causa delle nuove centrali. Una problematica drammatica, che richiede forte prudenza della politica, per evitare conflitti dolorosi e gravemente dannosi per la salute. Il governo regionale sardo deve resistere alle pressioni; la salvaguardia naturale della bellissima isola non può essere danneggiato da un progresso che alla fine non sembra riservato alla Sardegna (e al benessere dei suoi anziani dei quali conosciamo la longevità in salute).
Recentemente un'indagine di Only Numbers del 7-9 ottobre ha dimostrato che quota di case popolari sul totale in Italia è del 3.8%, in Francia del 16.8% e nei Paesi Bassi del 37%. Inoltre, da noi molte sono in condizioni inagibili, non vengono curate dalle amministrazioni e non vengono difese dall'aggressività di acquirenti che vogliono investire in immobili decadenti, ma non di rado in luoghi di pregio e quindi destinati ad aumentare rapidamente di prezzo.

-**Il signor Emilio di 86 anni, un atleta generoso e di successo** (aveva vinto numerosi premi della sua categoria), **è deceduto perché investito da una bicicletta**. I suoi amici hanno commentato che Emilio non correva solo con le gambe e con una forza di volontà senza limiti. Era sempre accompagnato, infatti, da una comunità di amici che lo assistevano sul piano psicologico e delle esigenze pratiche. Predisposizione genetica, allenamento, orgoglio, un cervello che non accettava di arrendersi: sono le logiche vincenti di un successo fisico senza età.
Poi la vita ha le sue strade, che ci lasciano sgomenti…. Ho pensato all'incertezza della vita leggendo l'intervista del grande musicista Giovanni Allevi, in ricordo della sorella morta nel tempo della sua malattia, pubblicata dal *Corriere della Sera* del 13 ottobre.

-**In questi giorni si è tenuto a Roma presso la Camera dei Deputati un convegno di grande importanza presieduto da Manuela Berardinelli Presidente di Alzheimer Uniti Italia.**
Di seguito una Sua breve presentazione dell'evento.
"L'Alzheimer non è soltanto una malattia: è una sfida che coinvolge persone, famiglie, istituzioni e comunità, è questo il messaggio emerso dall'incontro "Alzheimer Oggi: Costruire insieme una nuova cultura della cura" organizzato da Alzheimer Uniti Italia con il patrocinio della Camera dei Deputati e dell'Istituto Superiore di Sanità che si è svolto il 13 ottobre.

È stata un'emozione autentica vedere la Sala della Regina della Camera dei Deputati così partecipata, con persone arrivate da ogni parte d'Italia per condividere poco più di un'ora di confronto sul tema dell'Alzheimer. Un tempo relativamente breve, ma capace di generare un'attenzione straordinaria e di dimostrare quanto sia forte il bisogno di affrontare insieme una delle grandi sfide del nostro tempo: costruire una nuova cultura della cura.
Il convegno è iniziato con il video messaggio di saluto del Presidente della Camera Lorenzo Fontana, poi Nicola Vanacore, Responsabile dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, ha illustrato il quadro epidemiologico e le prospettive future orientate alla prevenzione, mentre Giorgio Pavan Direttore Generale Enea Treviso ha approfondito il tema della presa in carico lungo tutto il percorso della malattia.
Nel suo intervento, Manuela Berardinelli, Presidente di Alzheimer Uniti Italia ODV, ha sottolineato l'urgenza di passare dall'emergenza alla programmazione, chiedendo sia il finanziamento del Piano Nazionale Demenze che una posta stabile in bilancio per il Fondo Alzheimer e demenze, per garantire la costruzione di una rete integrata di servizi in grado di dare equità territoriale e continuità assistenziale anche mettendo a sistema esperienze di successo nella presa in cura come ad esempio la realtà di Enea Treviso.
Ha inoltre richiamato l'importanza delle Comunità Amiche della Persona con Demenza come modello concreto di inclusione e partecipazione sociale.
I relatori hanno evidenziato come la risposta alle demenze non possa essere affidata solamente ai servizi sanitari, ma debba coinvolgere l'intera comunità e non possa fare la differenza nella presa in cura il territorio dove si vive perché nel nostro Paese i servizi sono a macchia di leopardo e variano anche da provincia a provincia.
La costruzione di reti territoriali, l'alleanza tra istituzioni, mondo scientifico, associazionismo e volontariato, insieme alla lotta contro stigma e isolamento, rappresentano elementi fondamentali per affrontare le sfide presenti e future legate all'Alzheimer.
Una società più giusta e inclusiva si misura infatti dalla capacità di prendersi cura delle persone più vulnerabili.
Ha moderato e introdotto i lavori Barbara Capponi Giornalista e Conduttrice TG1 RAI.
Per chi volesse rivedere l'evento https://youtu.be/s-Z-R37TFdY

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di Mauro Colombo, che ringraziamo per l'impegno e la costanza.

"**Questa volta mi dedico ad un argomento apertamente clinico, vista la elevata prevalenza della stenosi carotidea severa** (> 70 %): **fino al 3 % dei maschi ultra80enni**.
Al di là del rischio di ictus, la stenosi carotidea severa e nello stesso asintomatica comporta anche un rischio - documentato pure negli animali - di disturbo cognitivo, fino alla demenza: il rischio è dovuto ad ipo-perfusione cerebrale cronica, ad ischemie da trombosi e/o embolizzazioni della placca, e dalla condivisione di fattori di rischio vascolare che contribuiscono alla malattia dei piccoli vasi cerebrali e ad altri processi neurodegenerativi. Se l'aspettativa che la correzione della stenosi debba comportare un miglioramento cognitivo è plausibile, i risultati di alcuni studi osservativi sono stati contraddittori; e comunque la questione non è mai stata sinora valutata mediante un'indagine clinica randomizzata.
Due articoli originali [1,2] ed un editoriale [3] pubblicati in rete il 16 settembre 2026 da *JAMA* affrontano l'argomento, rifacendosi allo studio "CREST-2" (Carotid Revascularization and Medical Management for Asymptomatic Carotid Stenosis Trials), che consisteva in due studi paralleli su pazienti con stenosi monolaterale asintomatica di grado elevato dell'arteria carotide, confrontando due differenze tra due schemi di trattamento: (1) tra la sola terapia medica intensiva (IMM) e lo stenting carotideo associato a IMM (CAS + IMM), e (2) tra la sola IMM e l'endoarteriectomia carotidea associata a IMM (CEA + IMM). L'obiettivo primario di CREST-2 mirava agli ictus, ma l'obiettivo

secondario pre-definito – sia di CAS che di CEA - era valutare gli effetti della rivascolarizzazione sulle prestazioni cognitive, a distanza di 4 anni.
In [1], Autori tutti operativi lungo la costa atlantica statunitense hanno seguito, per un periodo di durata media di 2,24 ± 1,1 anni, 2.165 persone di età media 70,1 ± 7,7 anni, 2/5 femmine. Sono stati somministrati telefonicamente (in circa 25') 5 test cognitivi che valutavano apprendimento, memoria, funzioni esecutive, attenzione e velocità di elaborazione. Si è tenuto conto dei loro punteggi standardizzati ("z") sia cumulativi – obiettivo primario della ricerca [1] - che singoli, compreso il loro andamento alle ri-valutazioni annuali (come obiettivo secondario). Per eseguire la standardizzazione facendo riferimento ad una popolazione di riferimento, per ciascuno dei 5 test cognitivi, dal punteggio medio della popolazione esterna relativo a quel test è stato sottratto il punteggio grezzo corrispondente; poi tale valore è stato diviso per la deviazione standard della popolazione esterna, ottenendo così un "punteggio z". Una differenza di 0,5 DS (metà deviazione standard) tra i gruppi di trattamento è stata considerata la minima differenza clinicamente significativa, sulla base di studi precedenti.
Dopo la randomizzazione dei primi 1000 pazienti nello studio CREST-2, un'analisi del punteggio composito basale relativo ai 5 domini cognitivi ha evidenziato prestazioni statisticamente inferiori in tali partecipanti rispetto ai valori della popolazione di riferimento, assunti come normativi; pur non raggiungendo la soglia di un deficit cognitivo conclamato, questi risultati avvalorano l'ipotesi che la rivascolarizzazione, nell'ambito di una sperimentazione clinica, possa migliorare la funzione cognitiva. Ma i risultati hanno smentito tale esito: la rivascolarizzazione – comunque compiuta - non ha comportato benefici cognitivi per i pazienti con stenosi monolaterale grave e asintomatica dell'arteria carotide. Difatti, non sono state riscontrate differenze significative nella funzione cognitiva a 4 anni di distanza tra i gruppi di trattamento. Gli z-score cognitivi compositi aggiustati per i gruppi sottoposti a rivascolarizzazione rispetto a quelli trattati con sola terapia medica intensiva sono risultati pari a 0,22 contro 0,18 per lo studio CAS e a 0,25 contro 0,23 per lo studio CEA.
Nella discussione di quello che si pone come il più ampio studio sugli effetti cognitivi delle rivascolarizzazioni carotidee, viene rimarcato per confronto che le indagini precedenti hanno utilizzato strumenti di screening privi di sensibilità, con un breve periodo di osservazione, ed erano privi di gruppi di controllo adeguati, o si basavano su campioni di dimensioni ridotte. A conferma di quanto rilevato in [1] nella osservazione preliminare sui primi 1000 partecipanti, anche precedenti studi trasversali avevano riportato deficit in attenzione, velocità di processazione, funzioni esecutive e memoria di lavoro. In [1], la batteria cognitiva adoperata era molto simile a quella impiegata nello studio "Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS)", che era stata in grado di cogliere associazioni con un'ampia gamma di fattori di rischio cardiovascolare. La batteria di test messa in campo in [1] è stata inoltre sufficientemente ampia da dimostrare che la prova della serie di cifre era preservata, mentre il compito di rievocazione di liste di parole ha registrato le prestazioni peggiori; ciò indica che il deficit di memoria non poteva essere attribuito a disattenzione. Una spiegazione plausibile propone che l'intensa terapia medica somministrata a tutti i pazienti dello studio CREST-2 abbia attenuato il declino cognitivo grazie al controllo dei fattori di rischio vascolare noti per influenzare la cognizione, sebbene la neuroprotezione finalizzata a prevenire tale declino non costituisse un'ipotesi predefinita dello studio.
Un'altra questione affrontata in ambito CREST-2 ha riguardato la possibilità di un beneficio selettivo, da parte di un miglioramento emodinamico, per le persone con disturbo cognitivo. Vi si è dedicato, in [2], il sotto-studio di CREST-2 "Carotid Revascularization and Medical Management for Asymptomatic Carotid Stenosis Hemodynamics (CREST-H) study", con l'intento di dimostrare se una sottopopolazione di CREST-2 con ridotte capacità cognitive al basale avrebbe ottenuto risultati cognitivi migliori a un anno dalla rivascolarizzazione rispetto alla sola terapia medica ottimale, in funzione del grado di compromissione emodinamica al basale. In altre parole, maggiore era la

compromissione emodinamica basale, maggiore sarebbe stato l'impatto cognitivo della rivascolarizzazione rispetto alla sola IMM.
Gli Autori di [2], affiliati ad istituzioni maggiormente sparse negli USA, si sono concentrati su una sottopopolazione di 51 partecipanti asintomatici, con uno z-score cognitivo basale composito inferiore o uguale a 1 deviazione standard al di sotto della media della popolazione di provenienza, supposti come i candidati che più avrebbero beneficiato da un miglioramento emodinamico carotideo. Anche in questo sottogruppo, una differenza di 0,5 DS (metà deviazione standard) tra i gruppi di trattamento – chirurgico e medico - è stata considerata la minima differenza clinicamente significativa, sulla base di studi precedenti. La stenosi della carotide interna veniva classificata come severa (≥ 70 %) se la velocità di picco alla ultrasonografia era ≥ 230 cm/secondo. La severità della stenosi carotidea veniva misurata mediante differenza di TTP (dTTP) [dove TTP ("time to peack": tempo al picco) rappresenta il tempo, espresso in secondi, impiegato dal mezzo di contrasto per raggiungere la corteccia del lato affetto da stenosi carotidea rispetto alla corteccia controlaterale]. Un dTTP maggiore indica una condizione emodinamica peggiore, mentre la norma è una differenza di ritardo pari a zero secondi.
Sia [1] che [2] hanno seguito le linee guida per la rendicontazione CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).
Le principali caratteristiche dei 51 partecipanti erano: sesso maschile prevalente, età circa 70 anni, ipertensione arteriosa quasi pervasiva, con diabete mellito e coronaropatia presenti in circa metà di loro. L'analisi statistica ha impiegato un modello lineare misto, con interazione a 3 vie fra gruppo di trattamento (medico vs chirurgico), dTTP (misurata come variabile continua), e tempo (condizione basale vs rivalutazione a distanza di 1 anno).
Tra i 51 partecipanti con funzione cognitiva ridotta al basale non è emerso alcun effetto differenziale significativo della rivascolarizzazione (25 pazienti) rispetto alla terapia medica (26 pazienti) sulla funzione cognitiva nell'arco di un anno, in base allo stato del flusso emodinamico cerebrale.
I punteggi z cognitivi medi (DS) sono risultati pari a −1,36 (0,51) al basale e a −1,17 (0,47) a un anno nel gruppo sottoposto a rivascolarizzazione, e a −1,34 (0,83) al basale e a −1,01 (0,97) a un anno nel gruppo trattato con sola IMM. L'analisi primaria non ha evidenziato differenze nella funzione cognitiva tra i gruppi di trattamento nell'arco di un anno, dopo correzione per l'interazione tra gruppo di trattamento e stato emodinamico, e tenendo conto di altre covariate [differenza corretta nel punteggio z cognitivo: −0,15 DS (IC al 95%: da −0,54 a 0,24)]. L'interazione tra il gruppo di trattamento (rivascolarizzazione vs trattamento medico) e lo stato emodinamico al basale non sono risultati predittori significativi della variazione cognitiva a un anno; ciò porta a rifiutare l'ipotesi principale secondo cui la rivascolarizzazione avrebbe determinato un maggiore miglioramento cognitivo nei pazienti con una compromissione emodinamica più grave dovuta a stenosi carotidea al basale.
Il deficit cognitivo relativo nei pazienti con stenosi carotidea rispetto alla popolazione di riferimento è stato comunque dichiarato. Peraltro è stato osservato che il ritardo del TTP è correlato ad un assottigliamento corticale relativo nell'emisfero ipsilaterale alla carotide interna stenotica tra i primi 110 partecipanti a CREST-H, suggerendo che il danno strutturale possa essere associato ad un'alterata emodinamica.
La discussione chiude dichiarando che la ragione dei risultati nulli non è chiara: è possibile che la reversibilità del deficit cognitivo mediante rivascolarizzazione sia limitata nel tempo. Tale reversibilità della disfunzione cognitiva correlata al flusso sanguigno è stata dimostrata nell'ictus acuto e subacuto, nonché nel contesto iperacuto delle occlusioni carotidee di prova mediante palloncino.
I due editorialisti – da Calgary [Alberta (Canada)] - propongono valide puntualizzazioni, a partire dalla sottolineatura di un sia pur modesto miglioramento cognitivo ottenuto in entrambi i gruppi di trattamento, dovuto verosimilmente ad effetto di pratica e di apprendimento: fenomeno che si osserva comunemente negli studi longitudinali sugli anziani. Peraltro tali miglioramenti erano

comunque inferiori a quelli ottenuti nei principali trials di intervento multi-dominio, quali "FINGER" (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) e "POINTER" (US Study to Protect Brain Health Through Lifestyle Intervention to Reduce Risk). Questi miglioramenti – indipendenti da fasce d'età, sesso e gradi di stenosi stimati mediante la velocità sistolica di picco all'ecografia – si situavano comunque ben al di sotto della differenza di 0,5 DS prestabilita dai ricercatori come clinicamente significativa.
Va poi aggiunto che il flusso carotideo è stato misurato solo prima della rivascolarizzazione, per cui non si può escludere del tutto un beneficio cognitivo derivante da una rivascolarizzazione effettivamente riuscita. È però più plausibile che i meccanismi di autoregolazione cerebrale e di circolo collaterale siano sufficientemente robusti da preservare la perfusione corticale nonostante una grave stenosi dell'arteria carotide interna, anche grazie al flusso collaterale proveniente dal circolo posteriore o da quello della carotide esterna.
Ancora, escludendo i partecipanti che hanno subito un ictus durante il follow-up, i ricercatori hanno intenzionalmente stimato gli effetti cognitivi della rivascolarizzazione indipendentemente dalla prevenzione dell'ictus. Di conseguenza, lo studio non ha quantificato i benefici cognitivi derivanti dalla prevenzione dell'ictus stesso, i quali potrebbero rappresentare il principale vantaggio cognitivo offerto da questa procedura. Peraltro, la preservazione della funzione cognitiva è fortemente avvalorata dai pazienti e dalle loro famiglie. I fattori di rischio vascolare contribuiscono in misura significativa al rischio di demenza potenzialmente modificabile; inoltre, i pazienti affetti da patologie vascolari — tra cui cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca e ictus — presentano un rischio maggiore di declino cognitivo in età avanzata. In quest'ottica, il declino cognitivo può essere ragionevolmente considerato un ulteriore importante esito cardiovascolare avverso.
A questo punto, arriva la conclusione della discussione dell'editoriale, che ne rende conto del titolo, e soprattutto ci consegna un messaggio finale concreto, per la pratica quotidiana. Eccolo in traduzione quasi letterale, come merita: "I risultati dello studio CREST-2 indicano che i medici non dovrebbero prospettare ai pazienti un miglioramento delle funzioni cognitive come esito della rivascolarizzazione per stenosi carotidea asintomatica. Le discussioni sui benefici dovrebbero invece incentrarsi sulla prevenzione dell'ictus, un aspetto che riveste un'importanza fondamentale. L'ictus rappresenta un importante fattore di rischio per il declino cognitivo e la demenza; anche ictus di entità relativamente lieve possono comportare conseguenze cognitive significative a lungo termine. La prevenzione dell'ictus rimane una delle strategie più efficaci per preservare la salute cognitiva."
[1] Lazar, R. M., Meschia, J. F., Edwards, L. J., Lal, B. K., Howard, G., Storm, E., Heck, D., Mena-Hurtado, C., Howard, V. J., Voeks, J., Wadley, V. G., Marshall, R. S., & Brott, T. G. (2026). Revascularization of Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: Cognitive Results of the CREST-2 Randomized Trials. *JAMA*, e2614703. Advance online publication. https://doi.org/10.1001/jama.2026.14703
[2] Marshall, R. S., Lazar, R. M., Meschia, J. F., Huston, J., Edwards, L. J., Brott, T. G., Lal, B. K., Howard, G., Mena-Hurtado, C., Heck, D., Sangha, N., Lanzino, G., Kashyap, V. S., Aronow, H. D., Sharafuddin, M., Voeks, J., Zhang, Y., Slane, K., & Liebeskind, D. S. (2026). Revascularization in Asymptomatic Carotid Artery Stenosis With Hemodynamic Impairment and Cognitive Outcomes: The CREST-H Substudy of the CREST-2 Randomized Clinical Trial. *JAMA*, e2613384. Advance online publication. https://doi.org/10.1001/jama.2026.13384
[3] Smith, E. E., & Ganesh, A. (2026). Asymptomatic Carotid Revascularization May Be Justified, But Not to Improve Cognition. *JAMA*, 10.1001/jama.2026.14839. Advance online publication. https://doi.org/10.1001/jama.2026.14839

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Debbo premettere che qualche altra volta ho dovuto rinunciare ad impegni già presi in ambito AIP, ma mai mi era dispiaciuto come questa: per il mio affetto per Laura e i suoi

collaboratori della sezione, per l'amore che provo per la Sicilia (luogo di vacanze ma soprattutto di impegno sociale e civile).
Di seguito due righe molto significative della dottoressa Vernuccio.
"Buonasera professore, il 9 è il 10 ottobre sono state due giornate molto piene! Il 9 ha celebrato per la prima volta un tempo di festa in onore dei nostri pazienti fragili ' Non so se sia stato un trionfo, ma sicuramente è stato un punto di ri-inizio per la cura delle persone che convivono con il declino cognitivo e la demenza. Michele Farina è una persona "rara", una forza della natura!! Caro professore, la sua mancanza si è sentita, ma sicuramente le Sue orecchie avranno fischiato tutta l'intera giornata perché con Michele la abbiamo nominata più volte! La conclusione a Palazzo Comitini è stata arricchita da una cornice Antica e prestigiosa e ricca di affluenza di persone, studenti, amici, pazienti, familiari e politici. Speriamo che tutto ciò abbia rappresentato realmente un nuovo inizio per la nostra terra siciliana che, come ci ha ricordato Vanacore nella tavola rotonda, ha ancora tanto da fare! Spero che lei si sia ripreso completamente così da poterla incontrare presto!

- Si tiene **oggi, 16 ottobre, a Ferrara il Congresso regionale di AIP Emilia Romagna dal titolo "La cura plurale: continuità e integrazione nei percorsi di cura"**. Programma al link https://www.psicogeriatria.it/evento/la-cura-plurale/

- **Il 23 ottobre a Mantova** si svolgerà **il Convegno della sezione AIP Lombardia "Verbum et caro in senectute"** https://www.psicogeriatria.it/evento/verbum-et-caro-in-senectute-trentanni-dopo/

- **Il 20 novembre a Pistoia** si terrà il **Congresso regionale di AIP Toscana dal titolo "Il valore della Psicogeriatria".** Programma e link per le iscrizioni alla pagina https://www.psicogeriatria.it/evento/il-valore-della-psicogeriatria/

-**Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:
FB: https://www.facebook.com/psicogeriatria
Linkedin:https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di psicogeriatria/?viewAsMember=true
Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/
YouTube :https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatria

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

Un carissimo saluto con l'augurio che il nostro percorso assieme possa continuare con la consueta intelligenza e generosità

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP – 23 ottobre 2026
n. 42/2026

Sto riprendendo la vita normale, lentamente, ma spero senza interruzioni.
Ringrazio le molte colleghe e colleghi che, in tutta Italia, hanno avuto problemi a causa della mia forzata assenza dalle attività da loro organizzate. Tutti sono stati cortesissimi nell'alleggerire la mia frustrazione. Grazie.
Ringrazio chi si è preoccupato per la mia salute. Alcuni di loro -peraltro amici colti ed esperti- mi hanno telefonato ogni giorno. Grazie
Prima del ricovero, ho sperimentato personalmente le fatiche del caregiving famigliare. Da oggi, quando affronterò questo argomento nei miei interventi, oltre all'importantissimo approccio tecnico, organizzativo ed economico, non dimenticherò di "celebrare" la fatica fisica e psicologica dell'assistenza.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-Papa Leone e l'attenzione per i piccoli nelle crisi
-Ancora una volta: violenza nelle RSA
-La mobilità degli anziani nella città
-Anna Della Moretta: "C'è sempre una luce dietro le nuvole"
-Le liste d'attesa tra bugie, illusioni, fallimenti

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il contributo di Mauro Colombo

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA
-Il contributo di Adelaide Biondaro
-Alcune considerazioni sul futuro (*Avvenire*, 17 ottobre)

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-Prossimi appuntamenti AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-**L'intervento di Papa Leone nei riguardi di Putin ci ha ricordato che le guerre sono una faccenda per grandi.** Però sono costituite anche di interventi limitati, che possono migliorare la qualità della vita dei più piccoli. L'intervento di Papa Leone si colloca in questa prospettiva. Una delle persone più potenti del mondo si occupa del dolore dei piccoli.

- **Sono molto addolorato per dover commentare ancora una volta casi di violenza nelle**

RSA, come quello avvenuto recentemente nel milanese.
Molte cose abbiamo già scritto per commentare questi eventi. **Ripetiamo ancora una volta che l'unica prevenzione è la capacità di guida da parte dei responsabili:** "non abbiamo mai visto il direttore nei nuclei!". Il direttore non è il responsabile amministrativo, ma del benessere degli ospiti. Inoltre, la formazione a tutti i livelli deve essere lo strumento fondamentale per la qualità delle cure. Lo stesso trovarsi insieme con una guida per approfondire tematiche specifiche è un modo per identificare aree di disagio tra il personale; però, se ciò non avviene i responsabili non hanno a diposizione lo strumento di governo principale, cioè la conoscenza degli operatori, delle loro motivazioni, stanchezze, frustrazioni, violenze più o meno nascoste. Non possiamo lasciare nelle mani dei benemeriti NAS il controllo dei comportamenti… ma allora a chi? Il ripetersi di questi atti delittuosi sottolinea che sono necessari interventi forti. Non dobbiamo permettere di aver ragione a chi nega il ruolo importante di queste strutture nella nostra società.
Ci riusciremo, grazie al nostro impegno e alle nostre scelte! Nemmeno l'avvicinarsi sempre più rapido di crisi economiche gravi e complesse riuscirà a farci mettere in secondo piano queste problematiche umane e assistenziali. Il nostro è un tempo drammatico: dobbiamo però avere la forza di non rinunciare alla difesa degli ospiti delle RSA, come fossero ospiti delle proprie case.

-**Per diversi motivi sono stato a visitare alcuni anziani nella periferia milanese. Finiti gli incontri cercavo un taxi per tornare a casa.** Una volta ho atteso 30', un'altra 20' e una terza 45'. **Quando ci occuperemo di costruire una "città amica degli anziani" è doveroso anche affrontare il problema dei trasporti**. Accesso ai servizi in generale, accesso ai servizi sanitari, mobilità per mantenere rapporti sociali, ecc. sono tutti aspetti che dipendono dell'autonomia della persona. Vediamo se nei programmi per le elezioni del Comune di Milano vi sarà almeno una riga sulla mobilità degli anziani (non dimenticando allo stesso tempo che la tematica sulla restrizione delle patenti è sempre viva).

-Recentemente **ho letto un libro di Anna Della Moretta dal titolo:" C'è sempre una luce dietro le nuvole. I primi 25 anni di AIL Brescia".** Nella quarta di copertina è riportata una frase del professor Franco Mandelli, il fondatore della lotta alle leucemie in Italia: "Senza il volontariato, senza i volontari, nulla di quanto ho fatto, di quanto abbiamo fatto, sarebbe stato possibile". Per quale motivo cito e commento il bel volume di Della Moretta? La risposta è un passaggio dell'autrice: "Il libro è uno stimolo a guardare avanti, a porci obiettivi sempre più ambiziosi e a continuare a lavorare assieme perché nessun paziente ematologico debba mai sentirsi solo nel corso della malattia". Ovviamente le problematiche degli anziani fragili sono molto diverse; queste righe però valorizzano il volontariato come punto di riferimento per il benessere degli ammalati cronici. Il testo di Della Moretta offre indicazioni importanti in questa direzione, con stile elegante e profonda capacità di introspezione. D'altra parte, la Corte dei Conti nella relazione del 19 ottobre critica pesantemente la realtà e nega che il processo di normalizzazione sia realmente avvenuto. "Liste d'attesa: aggiungere fondi non basta, manca una vera regia"

-**Ho cercato di prenotare in un ospedale pubblico una visita specialistica, in particolare per verificare come funzionano le liste d'attesa. La risposta alla mia richiesta per un certo esame è stata che l'attesa sarebbe stata di 11 mesi.** Ho provveduto a trasmettere al direttore generale dell'azienda la documentazione di una realtà così lontana dalle dichiarazioni governative. La risposta del responsabile dell'ospedale è stata la peggiore. Se avesse saputo di questa mia esigenza avrebbe provveduto a garantirmi una via preferenziale… Non aveva capito nulla!

Non mi interessano i privilegi, ma capire quanto un cittadino avrebbe dovuto attendere perché fosse rispettato un suo diritto civile.

DALLA LETTERTURA INTERNAZIONALE

-Il contributo di Mauro Colombo

In questi giorni, quando ho avuto dubbi sulla mia capacità di predisporre la newsletter, la certezza che Mauro avrebbe puntualmente predisposto il suo testo è stata per me motivo di tranquillità. Grazie carissimo Mauro!

"Confesso di avere faticato un po' a recuperare un articolo – e la diapositiva che ne avevo ricavato ad uso didattico / congressuale – che avevo archiviato 16 anni fa [1], stimolato dal titolo del lavoro che desidero presentare in questo "angolo" [2]. Allora – come adesso – mi aveva stimolato il contrasto di circostanze quando si apre il ventaglio di condizioni discordanti tra dati oggettivi e percezioni soggettive. Questo atteggiamento generale di curiosità, allora – come adesso – era focalizzato sul **rischio di caduta, confrontando le capacità concrete di equilibrio e la relativa percezione, presso persone anziane**. Nel 2010, Kim Delbaere – insieme a collaboratori di grande rilievo – pubblicarono una ricerca su 500 anziani australiani di età compresa fra 70 e 90 residenti al domicilio (età media 77,9 ± 4,6 anni; 54 % femmine). Il rischio fisiologico di caduta veniva stimato mediante il "physiological risk assessment" (a), mentre il rischio percepito tramite la "fall efficacy scale" # ["FES" (b)]. Adoperando soglie specifiche per le combinazioni delle due scale, il campione è stato diviso in quattro gruppi: 144 "vigorosi" [basso rischio sia fisiologico per (a) che soggettivo per (b): 29 % del totale], 54 "ansiosi" [valori sopra soglia per (a) ma acuta percezione di rischio secondo (b): 11 % del totale], 100 "stoici" [alto rischio fisiologico (a) ma bassa percezione (b): 20 % del totale], 202 "consapevoli" [rischio elevato sia oggettivo (a) che soggettivo (b): 40 % del totale]. La congruenza valeva quindi per i 144 "vigorosi" ed i 202 "consapevoli", mentre la discordanza si applicava ai 54 "ansiosi" ed ai 100 "stoici". La correlazione fra le due scale (a) e (b) è risultata statisticamente significativa, ma di fatto debole (r = 0,19). Seguendo i partecipanti mensilmente per 1 anno, le analisi di regressione logistica multivariata hanno mostrato che il rischio di caduta percepito e quello fisiologico costituivano entrambi predittori indipendenti di cadute future. In ordine decrescente di occorrenza, le cadute sono avvenute nel 41 % dei "consapevoli", nel 39 % degli "ansiosi", nel 34 % degli "stoici" e nel 20 % dei "vigorosi": quindi, nel 38 % dei casi ad alto rischio fisiologico (a), contro il 25 % dei soggetti a basso rischio oggettivo (a). Negli "ansiosi", la percezione – discordante rispetto alla misura oggettiva – di alto rischio di caduta era collegata a sintomatologia depressiva, tratto neurotico di personalità e ridotta funzione esecutiva. La discordanza in senso opposto degli "stoici" – relativamente protettiva nei confronti delle cadute - era collegata invece ad una visione positiva della vita, ed al mantenimento di attività fisica e partecipazione sociale.

Soltanto dopo avere finalmente ritrovato il materiale di Kim Delbaere & C. [1], sono andato a controllare sul lavoro di cui desidero parlare [2], e lo ho trovato citato in bibliografia (voce 16). Anche i 5 autori cinesi di [2] si sono interessati della discordanza tra misure oggettive e soggettive per il rischio di caduta, ma con alcune differenze rispetto ad [1], tra cui: l'età dei partecipanti (compresa fra 60 e 79 anni, anche in questo caso residenti al domicilio, di ambo i sessi); lo strumento di valutazione della mobilità: qui il diffusissimo "Timed Up and Go test" (TUGt), con soglia di 12 secondi a distinguere tra soggetti "veloci" e "lenti"; la preoccupazione di cadere – nella analisi primaria – era codificata come presente / assente in base ad una semplice domanda dicotomica. Anche qui sono stati creati 4 gruppi di partecipanti, derivati dalla combinazione delle categorie di TUGt e di risposta alla domanda dicotomica: 1.222 "fn" [fast (veloci) / no concern (non preoccupazione)]; 497 "sn" [slow (lenti) / no concern (non preoccupazione)]: gruppo di riferimento; 468 "fc" [fast (veloci) / concern (presenza di preoccupazione)]; 258 "sc" [slow (lenti) / concern (presenza di preoccupazione)]. Nelle analisi di sensibilità, la soglia TUGt è stata spostata a 15" (secondo le "Linee guida mondiali per la prevenzione e la gestione delle cadute negli anziani") ed è stata presa in considerazione la FES #, le cui 16 voci possono portare ad un punteggio compreso tra 16 (assenza di preoccupazione) e 64 (massima preoccupazione), con soglia ≥ 28 per indicare un livello elevato di timore.

2.420 su 2.445 partecipanti sono stati seguiti per un periodo di durata mediana 386 giorni, assommando ad un totale di 2.463 persone-anno in questo studio "pragmatico". 70,3 % di loro riferivano di non avvertire un rischio di caduta, alla domanda diretta; 69,1 % impiegavano meno di 12" al TUGt; ma ben il 55 % dei "fn" e 64 % degli "sn" hanno presentato una FES ≥ 28.
Le stime dei risultati sono state effettuate adoperando il rapporto di rischio [Hazard Ratio (HR)] con intervallo di confidenza (IC) al 95 %, corretto per numerose covariate [fasce di età (60 – 69 / 70 – 79 anni), sesso, area di residenza (urbana / rurale), anamnesi di caduta durante i 12 mesi precedenti (sì / no), multimorbosità (0, 1 o ≥ 2 condizioni croniche)]. La presenza di preoccupazioni (valutata tramite una singola domanda diretta) (HR aggiustato 1,60; IC al 95% 1,23–2,09) e una scarsa prestazione al TUGt (HR 1,46; IC al 95% 1,10–1,92) sono risultate associate indipendentemente al verificarsi di cadute. Assumendo come riferimento diretto il gruppo caratterizzato da una scarsa prestazione al TUG e assenza di preoccupazioni ("sn"), il gruppo con buona prestazione al TUG e presenza di preoccupazioni ("fc") non ha mostrato differenze significative (HR 1,08; IC al 95% 0,72–1,63), così come il gruppo "vigoroso" ("fn": HR 0,85; IC al 95 % 0,52-1,4), mentre il gruppo con scarsa prestazione al TUG e presenza di preoccupazioni ("sc") ha presentato un rischio maggiore (HR 1,96; IC al 95% 1,29–2,97). Nelle analisi di sensibilità, i gruppi discordanti non differivano nemmeno dopo aver escluso i soggetti che avevano già subito cadute prima dell'inizio dello studio (HR 0,97, IC 95% 0,62–1,52) o dopo aver applicato la soglia TUG >15 secondi (HR 0,87, IC 95% 0,46–1,63).
In discussione è stato sottolineato come la proporzione (9,5 %) di partecipanti caduti durante il periodo di osservazione è vicina a quella di coloro con anamnesi positiva di caduta (11,5 %), ma fortemente distante dal 29 % di cadute annuali riportate negli ultra65enni riportate in letteratura [3]. Tale vistosa differenza può almeno in parte rispecchiare i criteri di eleggibilità di [2], che hanno selezionato una coorte relativamente (più) giovane (60–79 anni) e capace di muoversi autonomamente, e limitano la generalizzabilità agli adulti di età pari o superiore a 80 anni o a soggetti con fragilità significativa. Ciò nonostante, l'associazione indipendente tra la misura della preoccupazione basata su una singola domanda e l'insorgenza di cadute è risultata coerente con esperienze precedenti. Per esempio, una recente meta-analisi che ha incluso 53 studi e oltre 75.000 partecipanti [4], ha riportato un rapporto di probabilità ("odds ratio") aggregato di 1,60 per le misurazioni basate su una singola voce relative al timore di cadere.
Nella discussione di [2], i risultati nel loro insieme indicano che le preoccupazioni relative alle cadute e la mobilità funzionale forniscono informazioni complementari, ma non stabiliscono se uno dei due profili discordanti comporti un rischio di caduta maggiore rispetto all'altro. Queste associazioni distinte confermano che sia la dimensione fisica che quella psicologica contengono informazioni rilevanti, ma non determinano come il rischio sia distribuito quando le due dimensioni risultano discordanti. Allo stesso tempo, il rischio più elevato nel gruppo "sc" suggerisce che la coesistenza di preoccupazioni e mobilità compromessa possa identificare un sottogruppo più vulnerabile, senza tuttavia stabilire un'interazione sinergica. Al contrario, per confronto, in [1] il gruppo discordante degli "stoici" – caratterizzati da rischio fisiologico elevato ma poco percepito – appariva relativamente protetto dalle cadute. Gli autori di [2] propongono che gli individui "preoccupati" assumano un atteggiamento di cautela che si traduce in comportamenti di evitamento delle attività, e di ridotta esposizione al movimento quotidiano, col rischio conseguente di decondizionamento e/o fragilità [5,6]. Viceversa, "gli anziani con mobilità ridotta ma scarsa preoccupazione al riguardo potrebbero differire per quanto concerne le loro attività abituali e l'esposizione al rischio di cadute, il che potrebbe modificare le probabilità che essi vadano incontro a una caduta." A sostegno di questa ultima affermazione – riportata tradotta letteralmente – viene indicata una bibliografia [7] che però – analizzando il testo originale – mostra come, rifacendosi esplicitamente ai 4 gruppi di Delbaere & Coll., non solo gli "stoici" ma anche i "consapevoli" percorrevano mediamente circa 1.500 passi in meno rispetto ai "vigorosi", mentre la differenza (non statisticamente significativa) per gli "ansiosi" si limitava a – 500 passi, contati mediante un sensore digitale di mobilità.
A fine discussione, gli autori di [2] rimarcano come i partecipanti "lenti" con TUGt > 15" comprendessero solo 87 "sn" e 59 "sc", così che gli intervalli di confidenza ne risultavano ampliati. Ma soprattutto invitano a non interpretare come equivalenti i due gruppi discordanti, nonostante la

mancata netta differenziazione a seguito della analisi statistica, compiuta mediante regressione a rischi proporzionali di Cox.
Il messaggio finale che chiude le conclusioni di [2] esorta a "prendere in considerazione le preoccupazioni soggettive accanto alla mobilità funzionale nella valutazione del rischio di cadute".
[#] I medesimi Autori di [1] avevano provveduto, in una pubblicazione del 2010 [8], a validare la FES in uno studio longitudinale

[1] Delbaere, K., Close, J. C., Brodaty, H., Sachdev, P., & Lord, S. R. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, *341*, c4165. https://doi.org/10.1136/bmj.
[2] Fei, F., Zhong, J., Guo, L., You, L., & Zhao, M. (2026). Incident Falls Across Concordant and Discordant Profiles of Concerns About Falling and Functional Mobility in Older Adults: A Prospective Cohort Study. *Clinical interventions in aging*, *21*, 620118. https://doi.org/10.2147/CIA.S620118
[3] Ganz, D. A., & Latham, N. K. (2020). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. *The New England journal of medicine*, *382*(8), 734–743. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1903252
[4] Ellmers, T. J., Ventre, J. P., Freiberger, E., Hauer, K., Hogan, D. B., Lim, M. L., McGarrigle, L., Nyman, S. R., Todd, C. J., Li, Y., & Delbaere, K. (2025). Does concern about falling predict future falls in older adults? A systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, *54*(4), afaf089. https://doi.org/10.1093/ageing/afaf089
[5] Türkmen Keskin, S., Sönmez Sari, E., Canbulat, Ş., & Öztürk, F. Ö. (2025). Fear of Falling Avoidance Behavior on Daily Living Activities and Physical Activity in Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Nursing & health sciences*, *27*(1), e70060. https://doi.org/10.1111/nhs.70060
[6] Baek, W., Min, A., Ji, Y., Park, C. G., & Kang, M. (2024). Impact of activity limitations due to fear of falling on changes in frailty in Korean older adults: a longitudinal study. *Scientific reports*, *14*(1), 19121. https://doi.org/10.1038/s41598-024-69930-2
[7] Jansen, C. P., Klenk, J., Nerz, C., Todd, C., Labudek, S., Kramer-Gmeiner, F., Becker, C., & Schwenk, M. (2021). Association between everyday walking activity, objective and perceived risk of falling in older adults. *Age and ageing*, *50*(5), 1586–1592. https://doi.org/10.1093/ageing/afab037
[8] Delbaere, K., Close, J. C., Mikolaizak, A. S., Sachdev, P. S., Brodaty, H., & Lord, S. R. (2010). The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. *Age and ageing*, *39*(2), 210–216. https://doi.org/10.1093/ageing/afp225

DAL MONDO DELLE RSA

- Come i lettori sanno, **da qualche tempo abbiamo riservato parte della nostra newsletter al contributo di gestori delle RSA. In questo numero pubblichiamo il testo ricevuto da Adelaide Biondaro, Direttore Generale AltaVita IRA di Padova.**

"Il tema sul quale si discute, ormai quotidianamente, è la rivoluzione che l'intelligenza artificiale sta apportando alle comunità e alle loro organizzazioni.
In RSA sono molteplici le proposte che arrivano sul tavolo della direzione per l'acquisto di software super efficienti che raccolgono migliaia di dati, li misurano e li leggono, semplificando notevolmente anche le varie attività amministrative e burocratiche.
C'è una domanda che eticamente dovremmo porci: fino a dove vogliamo che arrivi la macchina?
La risposta, almeno per chi ogni giorno vive e lavora accanto alle persone anziane, dovrebbe essere abbastanza semplice: non fino al punto di sostituire la relazione.
Una persona anziana fragile non ha bisogno soltanto che qualcuno sappia interpretare correttamente i suoi parametri, prevedere un rischio o ricordare l'orario di una terapia: ha bisogno di essere guardata, ascoltata, riconosciuta; che qualcuno comprenda un silenzio, percepisca una paura, sappia distinguere una richiesta da un bisogno che non riesce più a essere espresso.
Un algoritmo è straordinariamente efficace nel riconoscere una variazione del comportamento, ma se pur potrebbe essere in grado di riconoscere la tristezza di una solitudine, ciò non significa che possa essere in grado di consolarla.

L'intelligenza artificiale può segnalare un aumento del rischio di caduta, ma non può sostituire il braccio dell'operatore che accompagna con pazienza una persona insicura lungo un corridoio, magari con una conversazione accogliente.
Con la tecnologia si possono elaborare migliaia di informazioni sulla storia di un residente, ma dubito che possa interpretare quella storia condivisa fatta di piccoli gesti, abitudini, ricordi, fiducia ed emozioni.
Tuttavia, sarebbe un errore respingere l'intelligenza artificiale dalle RSA, perché paradossalmente, proprio questa potrebbe aiutarci a rendere le nostre strutture più umane.
Pensiamo, ad esempio, a quanto tempo professionisti e operatori dedicano ogni giorno ad attività che circondano la cura senza essere direttamente cura: compilare documenti, ricercare informazioni, predisporre relazioni (intese come resoconti), organizzare turni, controllare scadenze, elaborare dati, produrre report, gestire procedure amministrative, verificare consumi, programmare manutenzioni, rispondere a comunicazioni ripetitive.
È soprattutto in questo enorme territorio della cura indiretta che l'intelligenza artificiale può diventare un alleato formidabile. Può aiutare a costruire turni più equilibrati, analizzare carichi assistenziali, individuare anomalie nei consumi, prevedere fabbisogni, supportare la formazione, sintetizzare documentazione, rendere più accessibili le informazioni, migliorare la comunicazione con le famiglie, facilitare il controllo di gestione e aiutare le direzioni a leggere fenomeni che, dentro migliaia di dati, rischierebbero altrimenti di rimanere invisibili.
E può fare qualcosa di ancora più importante: restituire tempo.
Se un Infermiere impiega meno tempo nelle attività burocratiche, quel tempo può tornare al residente. Se un Coordinatore dispone rapidamente delle informazioni necessarie per organizzare il servizio, può dedicarsi maggiormente alla propria équipe.
Se una direzione riesce a leggere tempestivamente i dati della propria organizzazione, può governarla meglio e avere il tempo per formulare strategie migliorative per le persone anziane e per la sua organizzazione.
La questione, allora, non è chiedersi se l'intelligenza artificiale entrerà nelle RSA: nelle realtà più virtuose è già entrata e il dibattito ora si deve incentrare sulla decisione di quale spazio vogliamo affidarle.
Personalmente, non voglio immaginare una RSA nella quale la tecnologia progressivamente occupi lo spazio della relazione, trasformando la persona in una sequenza di dati da sorvegliare, ma vorrei costruire una RSA nella quale la tecnologia prende in carico una parte crescente della complessità organizzativa, amministrativa e informativa, affinché alle persone che vi lavorano resti più tempo per occuparsi delle persone che vi abitano.
La RSA del futuro non deve essere quella con meno operatori perché dispone di più intelligenza artificiale, ma deve essere quella nella quale Medici, Coordinatori, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Psicologi, Fisioterapisti, Logopedisti ed Educatori, possono essere più presenti, perché liberati da una parte del lavoro che li ha progressivamente - nella ricerca di uniformare protocolli, di rispondere alle verifiche degli organismi di controllo, di aderire ai sistemi di gestione della qualità (sia chiaro, processi importantissimi) – li ha allontanati dalla relazione.
Alla fine, forse, il criterio per misurare il successo dell'AI nelle nostre strutture sarà definito non da quante attività sarà riuscita a fare al posto nostro, ma quanto tempo ci avrà restituito per sederci accanto a una persona anziana, ascoltarla e, quando serve, tenerle la mano."

-**Sulla linea della nostra attenzione alla vita delle RSA, riporto un pezzo pubblicato su Avvenire del 17 ottobre***.* Ringrazio il giornale per l'ampia attenzione ad un aspetto sempre più delicato per l'equilibrio delle nostre comunità.

ANALISI L'invecchiamento della popolazione impone di ripensare l'assistenza agli anziani fragili, superando le incertezze

Tenerezza, formazione e legami Le Rsa come veri «luoghi di vita»

Nelle strutture occorre guardare ai volti segnati dagli anni con vicinanza, carezze e ascolto Senza dimenticare i familiari che condividono le sofferenze e il personale che si prende cura di loro



MARCO **TRABUCCHI**

Con questo contributo prende il via una serie di articoli sulle sfide dell'assistenza residenziale agli anziani a cura del geriatra Marco Trabucchi.

«La realtà delle strutture residenziali per anziani è il simbolo della nostra epoca di incertezze culturali e organizzative. Nelle aree di cerniera, dove sono impossibili risposte semplici e univoche, le nostre capacità di rispondere correttamente ai bisogni mostrano gravi limiti». Sono le prime righe di un volumetto di Rozzini, Carabellese e Trabucchi, scritto nel 1992 sull'assistenza nelle residenze per anziani. Dopo qualche decennio potrebbero essere l'incipit anche di questa serie di articoli che verranno pubblicati su *Avvenire*; vorremo, però, che l'ospitalità del nostro giornale permettesse la crescita di nuove idee, adeguate al tempo che passa. Ci rendiamo conto che non si tratta di problematiche semplici; non vorremo, però, deludere i lettori colti e attenti di *Avvenire*.

Le problematiche relative alle residenze per anziani devono oggi considerare moltissime variabili, in continuo mutamento, che fanno di questo ambito uno dei più delicati nella vita di una comunità. Sono infatti presenti aspetti psicologici, clinici, antropologici, sociali, organizzativi, economici in una sovrapposizione complessa. Però è possibile guardare con occhio responsabile a questi cambiamenti senza paura e senza angoscia, purché si sia disposti a studiare, sperimentare, rischiare attorno a qualche innovazione. Gli articoli che seguiranno nelle prossime settimane hanno primariamente questo scopo: presentare con semplicità alcuni dei nodi più importanti nella vita delle residenze per anziani, indicando che non si tratta di realtà più grandi della capacità di gruppi di operatori e di cittadini, desiderosi di costruire, con prudente determinazione, un futuro diverso. Certo, un primo aspetto di certezza si forma attorno all'affermazione coraggiosa e realistica che nessun cittadino anziano bisognoso di assistenza, operatore, politico, programmatore) deve aver paura del futuro. Abbiamo avuto la fortuna di raggiungere in media una vita lunga come mai nella storia; questo dono (che può essere interpretato in chiave religiosa o meno) non po' assolutamente diventare un ostacolo ad una vita che produce frutti, sia per il singolo individuo sia per la sua comunità.

Introduco questa serie di articoli su *Avvenire* riguardanti le residenze per anziani fragili con alcune premesse antropologico-culturali, perché sia chiara l'impostazione che intendo dare alle riflessioni successive. Allo stesso tempo, si deve considerare che *Avvenire* ha una presenza molto significativa in diversi ambiti della società. La mia prima "dichiarazione" è connessa con il principio della tenerezza. Alla base del mio essere medico, e in particolare medico degli anziani, vi è la scelta di accompagnare la vita delle persone guardando sempre alle loro difficoltà. Nulla dei lunghi anni di vita degli anziani fragili passa senza lasciare segnali che il corpo e il cervello non riescano a cogliere, stimolando atteggiamenti che non sono solo di comprensione, ma di intima tenerezza. Collocando questo sentire nell'ambito delle Rsa, tenerezza vuol dire entrare nelle strutture osservando i volti degli ospiti; talvolta sono volti che mostrano la pesantezza degli anni, ma no per questo dovrebbero essere oggetto di vicinanza, carezze, ascolto. La tenerezza si deve mostrare anche verso i parenti che non risiedono nelle strutture, ma spesso condividono le difficoltà, le crisi, le sofferenze degli ospiti. Cosa può indurre maggiore tenerezza che un parente che alla sera esce dalla struttura conservando nel proprio cuore memorie e sofferenze degli ospiti. Tenerezza che deve anche essere mostrata verso il personale che nel corso della giornata è stato in grado di mostrare a sua volta tenerezza verso gli ospiti, spesso afflitti da dolori, disagi, sofferenze psicologiche e somatiche. Chi offre loro un gesto di tenerezza? Fuori delle mura della Rsa chi è in grado di dimostrare gratitudine attraverso una carezza, un minimo di dialogo, il giusto compenso del lavoro senza soste per molte ore.

> Occorre superare la superficialità nell'analisi dei dati e dei cambiamenti in atto, approfondire le conoscenze e preparare operatori e dirigenti ad affrontare compiti complessi attraverso percorsi educativi adeguati

La seconda "dichiarazione" riguarda l'impegno a studiare, studiare, con serietà e impegno senza soste. In un ambito così delicato che riguarda la vita dei nostri concittadini anziani fragili non è ammessa alcuna superficialità, alcuna affermazione non fondata, la valutazione di dati quantativi non adeguatamente studiati. Purtroppo, invece, i dati sono spesso analizzati con superficialità; i cambiamenti antropologici, clinici, sociali, psicologici sono avvenuti con tale velocità che in molti ambienti se ne è preferita una lettura generica, talvolta con il solo scopo di confermare le proprie premesse ideologiche. Per molti anni gli studiosi Usa hanno costruito un punto di riferimento indiscutibile e anche in Italia ne abbiamo avuto gradi vantaggi. Oggi le scuole americane hanno perso parte del loro smalto; però non sono sorti in alternativa centri di adeguata serietà e innovatività. Mi permetto di dire che il grande investimento del Pnrr non sembra aver avuto in questo campo ricadute adeguate. Sfortunatamente, quindi molte delle problematiche sul futuro delle Rsa (diffusione, struttura, obiettivi, organizzazione) sono ancora affidate a discussioni vivaci, ma non apportatrici di idee per il domani. In questo momento il dibattito sull'organizzazione della città non si sono viste progettualità originali, sia rispetto alla collocazione nei quartieri sia nell'organizzazione interna. Varie discussioni sono in atto tra case per anziani, soluzioni intermedie, il cohousing . Chi avrà la capacità di suggerire soluzioni realistiche?

Una terza "dichiarazione" riguarda la formazione degli operatori, sia sul versante organizzativo sia su quello assistenziale. Oggi mancano migliaia di addetti di ogni livello. Continuiamo a "importare" (parola sconveniente!) operatori da altre nazioni, senza attenzione alla loro formazione, se non rapida e puramente tecnica. Dovrebbe essere chiaro che non basta dare indicazioni sui singoli comportamenti, ma è doveroso insegnare che la Rsa è una struttura complessa e delicata, dove muoversi in sintonia e determinazione. Ma questo atteggiamento si acquisisce sola all'interno di un progetto educativo. Un aspetto formativo deve coinvolgere anche le funzioni apicali, che devono essere in grado di dare l'impostazione del lavoro (occorrerebbero scuole di alto livello, per professionisti pagati in modo adeguato, che riescano quindi a mettere radici in un ambiente umano, tecnico, sociale). Il direttore deve essere formato a tenere rapporti solidi con le amministrazioni locali, ad di là degli aspetti formali o ancor peggio politici e di corrente.

Una quarta "dichiarazione" riguarda la collocazione delle Rsa nell'ambito delle cure dell'anziano. Fino a qualche anno fa non esisteva il concetto di rete e le Rsa erano vissute come luoghi dove trascorre le parti finali della vita, senza che queste realtà fossero collocate in una rete dove erano attive anche altre dinamiche. Erano luoghi separati l'uno d'altro, dove la persona anziana sceglie di vivere la parte finale della vita. Oggi in nessun Paese moderno le Rsa vivono da sole in una in propria autonomia senza un rapporto diretto con altre strutture. Purtroppo, anche in Italia sono sorte strutture in totale autonomia, in gran parte private; sono gravemente lesive della libertà dell'individuo: inoltre, spesso con le loro prassi incivili, provocano gravi colpi alla fiducia delle popolazioni. A questo proposito è doveroso che i servizi di sorveglianza adottino atteggiamenti molto severi a protezione dei cittadini e delle istituzioni serie. Infine, deve essere chiaro che le strutture per anziani sono luoghi privilegiati di cura attraverso la pratica di una medicina moderna, attenta all'innovazione, alla ricerca da una parte dell'equilibrio non facile tra una vita sana, che continua in dignità, da una parte e una vita che vorrebbe spegnersi. Anche in questa prospettiva le Rsa hanno grandissime responsabilità; gli studi sul piano clinico, organizzativo ed etico rappresentano un fondamento essenziale per costruire nelle Rsa veri luoghi di vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> Nessuna realtà può restare isolata: occorrono rapporti solidi con gli altri servizi, attenzione ai bisogni di ciascun anziano e relazioni che ne rispettino dignità e libertà. Perché gli ultimi anni siano vissuti nel modo migliore possibile



«Nessun cittadino anziano bisognoso di assistenza deve aver paura del futuro» / Foto Ica

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-I programmi di eventi della nostra Associazione:

-Si tiene oggi, **venerdì 23 ottobre**, il **Convegno della sezione AIP Lombardia** "Verbum et caro in senectute" https://www.psicogeriatria.it/evento/verbum-et-caro-in-senectute-trentanni-dopo/

- Il **14 novembre** si celebra **la 9° Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'Anziano**. Si terrà **a Padova** un Congresso ad ingresso libero https://www.psicogeriatria.it/evento/ix-giornata-nazionale-contro-la-solitudine-dellanziano/

- Il **20 novembre a Pistoia** si svolgerà il **Congresso regionale di AIP Toscana** dal titolo "Il valore della Psicogeriatria". Programma e link per le iscrizioni alla pagina https://www.psicogeriatria.it/evento/il-valore-della-psicogeriatria/

-**Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:
FB: https://www.facebook.com/psicogeriatria
Linkedin:https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di psicogeriatria/?viewAsMember=true
Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/
YouTube :https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatria

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

Un saluto cordiale

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

Newsletter AIP – 30 ottobre 2026
n. 43/2026

Forse mi illudo, ma una società in grado di dimostrare come vengono assistite le persone anziane è un luogo dove anche i giovani fragili si sentono inseriti e protetti. Una società giusta accompagna tutti: è un esempio di cura che toglie ansie per il futuro, in particolare quelle dei più giovani.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-La memoria non mi tradisce. A 90 anni giro due fiction
-Un medico assiste due fratelli in RSA
-SSN: sempre più un problema di razionalità (irraggiungibile?)
-La gentilezza: una parola del nostro tempo
-Gli anziani salvano il Brasile
-"La cura inquieta" nella prospettiva di Fabrizio Asioli

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA
-Il contributo di Mauro Colombo

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA
-Il contributo di Livio Dal Bosco

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
-Congresso regionale di AIP Lombardia: il contributo di Asioli

Amiche, amici,
ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE
-"**La memoria non mi tradisce. A 90 anni giro due fiction**". Abbiamo letto sui giornali queste **affermazioni coraggiose e sincere della grande Valeria Fabrizi**, donna formidabile che porta con onore i suoi anni. **Ma la memoria è una caratteristica innata di alcuni attori o è il frutto di un allenamento senza soste?** Sommariamente da non esperto posso commentare che la memoria dell'attore dipende dall'esercizio e dall'adozione di tecniche specifiche. Certamente giocano un ruolo alcune funzioni innate, come la sensibilità emotiva e la memoria visiva; però buona parte del risultato si ottiene con l'esercizio, che stimola la plasticità cerebrale, con la capacità di scomporre il testo in unità e di capire il significato del testo.

-Riporto il seguente articolo comparso su un quotidiano:
"Ex medico assiste due fratelli in RSA «Venduta la casa per pagare i costi»
È caregiver di sua sorella e suo fratello, assistiti in due diverse case di riposo della provincia. È un medico in pensione «dedito da sempre, anche quando lavorava, **alla loro assistenza»**, spiega, «visto il mio mestiere». Ammette: «Ci siamo venduti una casa per far fronte ai costi esorbitanti: a suon di badanti e rette da 3.300 euro senza contributi pubblici, ci metti poco

a depauperare, se ce l'hai, quello che hai da parte. Un immobile da 300-400mila euro lo mangi in fretta». Al di là del discorso economico «che comunque è il primo grande problema di tutti coloro che hanno da gestire un non-autosufficiente bisognoso di assistenza h24, l'altra emergenza è la totale mancanza di ruolo, di controllo, di intervento dei caregiver nelle strutture di ricovero. Noi familiari non veniamo considerati», si sfoga, «alcune RSA hanno un comitato interno, altre no, ognuno va in ordine sparso. Chiediamo di essere coinvolti nella gestione, siamo stakeholder, portatori di interesse soprattutto affettivo», sottolinea, «e dobbiamo avere voce. Non è una critica a nessuno, agli operatori, ai dirigenti che fanno con quel che hanno, ma al sistema in generale: se sento odore di pipì, se vedo il pavimento sporco, se colgo che manca la cura, se mi vietano di entrare in certi orari per carenza di personale o, addirittura, nel week end, io ho il diritto di dire "no". Non si chiede di dare umanità a questi pazienti, per quella ci siamo noi caregiver, ma di garantirci un ruolo attivo per provare a ridurre le criticità di realtà al collasso».
Le affermazioni del collega, cariche di sofferenza e fatica, stimolano la nostra personale solidarietà; non vorremmo più sentire critiche così pesanti da parte di una persona competente ed equilibrata. I famigliari sono importantissimi per creare un'atmosfera solidale nelle RSA, per controllare la qualità del servizio, per garantire un legame tra la comunità civile e la comunità della cura. Se da parte di molte RSA non vi sarà il superamento della frattura verso i famigliari, non possiamo certo sperare che aumenti il collegamento tra il dentro e il fuori, cioè tra chi "vive nella nuova casa" e chi vive nella comunità. Sarebbe l'obiettivo fondamentale del lavoro in RSA!

-**In questo momento delicato per la formulazione della finanziaria**, si percepiscono **sempre più** frequentemente **voci** che **sostengono l'importanza dell'ammontare del finanziamento del sisma sanitario, ma ancor più l'esigenza di una sua razionalizzazione**. Recentemente il ministro Giorgetti ha pronunciato parole chiare. Ma a chi spetta razionalizzare? L' impressione è che dall'interno la macchina sanitaria non sia più in grado di modificarsi razionalmente, come sarebbe necessario e che ci sia invece bisogno di interventi esterni, portatori di idee e processi nuovi. La burocrazia sanitaria continua a chiedere sempre maggiori fondi, senza essere in grado di controllare sprechi, sovrapposizioni, mancati interventi nelle aree più deboli per dare al sistema sanitario una forma moderna. Anche l'introduzione delle nuove tecnologie rischia di aggravare la situazione se viene considerata come una panacea, in grado di reindirizzare autonomamente il sistema. Se la burocrazia sanitaria non ha idee chiare su dove indirizzare le nuove tecnologie è bene si astenga da fare progetti in tal senso, perché si rischia solo una progressiva schiavitù: come potrà essere in grado di dirigere le macchine senza un progetto chiaro del loro utilizzo? Di fronte alla nostra debolezza le macchine assumeranno direttamente la guida del sistema sanitario: un'ipotesi che fa preoccupare!

-**Gentilezza, una parola del nostro tempo.**
Alcuni appunti su un **tema che è sempre più all'attenzione di chi si preoccupa di garantire un buon funzionamento dei nostri servizi, in particolare quelli più delicati.**
I giornali hanno riportato la poesia scritta con grande maestria da una persona impressionata perché trattata con gentilezza dalla cassiera del supermercato. Ovviamente il testo è piacevole, così come la descrizione di un servizio reso con lievità, attenzione, premura. Ma perché tanta meraviglia? Forse che la gentilezza non è diffusa come spereremmo nelle nostre relazioni sociali? È davvero una "parola dell'altro mondo"?
La gentilezza permette di superare le barriere, i silenzi, i rifiuti. Quante volte nel rapporto con chi soffre ci si trova davanti ad un rifiuto, una barriera innalzata da chi ritiene che la cura sia inefficace, inutile, quasi un'interferenza nel mondo privato di chi prova dolore. Solo un tratto gentile, una vicinanza paziente, il tono della voce sereno e dolce riescono a superare i rifiuti, le lontananze, riescono cioè a rendere possibile un atto di cura utile a chi lo riceve. La gentilezza diviene progressivamente sempre più importante con il complicarsi dei gesti clinici, ad esempio quando la presenza della tecnologia diviene sempre più pressante e incisiva. Chi soffre può averne fiducia, se opportunamente presentata, ma solo una mediazione gentile è in grado di superare le barriere. Si pensi alle persone meno istruite, ai poveri, a chi dispone di una ridotta funzione cognitiva; sono le persone che hanno ancor più bisogno di capire, con i limitati strumenti interpretativi a disposizione,

che l'atto di cura nelle sue varie espressioni è amico, vicino. In particolare, che non è un sopruso di chi ha potere verso chi è fragile e dipendente. La gentilezza non è mai noiosa, ripetitiva, pesante, ma sempre leggera, senza perdere di serietà e credibilità; è un'arte, quindi, a disposizione di tutti quelli che vogliono essere efficaci nell'aiutare la persona fragile; si pensi, in particolare, al medico di famiglia, che è per lunghi tempi vicino al suo paziente, ma deve conservare la capacità di gentilezza senza essere fastidioso, sempre lieve, anche quando le condizioni indurrebbero ad un insistenza che confina con la pressione indebita. Non è davvero facile, oggi, il compito del medico di famiglia che voglia conservare l'efficacia del suo gesto.
La gentilezza ha alcuni luoghi nel mondo delle cure dove fa fatica ad abitare, ma è ancora più importante, utile e gradita. Si pensi al pronto soccorso degli ospedali, dove oggi sembrerebbe quasi impossibile conservare la serenità e, sconfiggendo la fatica, essere gentili. Eppure, in ambienti che troppo spesso assomigliano a gironi infernali, è indispensabile conservare un tratto gentile, ancora più benefico perché così difforme dall'atmosfera dell'ambiente. Non vorrei però che questa possibile "parola del nostro mondo" fosse interpretata come un invito all'acquiescenza di fronte alle gravissime mancanze organizzative di questo servizio. Anzi, chi combatte con maggior determinazione contro l'inaccettabile condizione dove la nostra sanità ci fa lavorare è anche chi meglio capisce il vissuto di chi è assistito, particolarmente faticoso e doloroso. Comprende, quindi, ancor di più l'importanza di un gesto che infrange l'atmosfera negativa di quell'ambiente di cura. Si pensi all'ospedale come altro luogo dove la gentilezza deve abitare, nonostante tutto. Spesso la fatica dei turni, le disfunzioni organizzative, la stessa difficoltà di rapporto con gli ammalati, le possibili tensioni all'interno dell'equipe di cura possono indurre a comportamenti meno gentili, talvolta bruschi, meno pazienti. Vi sono alcuni momenti del ricovero nei quali la gentilezza diventa fondamentale; in particolare, con riguardo alle dimissioni delle persone anziane che diventano un momento delicatissimo, perché il malato non è più in grado di vivere nella sua abitazione e mancano nel nostro sistema alternative possibili (mancano, infatti, per l'ignavia dei nostri governati a tutti i livelli, gli ospedali di comunità e i posti nelle residenze per anziani). Per i famigliari sono momenti di grandissima difficoltà, perché vedono buio nel loro futuro e quindi possono reagire in modo spiacevole. In queste circostanze il medico, e gli altri operatori coinvolti, devono conservare la massima serenità, condizione che permette di essere gentili anche quando l'atmosfera non favorirebbe questo stile. Però se l'operatore ha la sensibilità per comprendere la tragedia vissuta dal famigliare, che non vede una via di uscita nelle cure da prestare al proprio caro, allora trattiene anche atteggiamenti negativi per essere gentile, di una gentilezza non falsa e superficiale, ma dettata dal capire nel profondo la situazione dell'altro.
Un altro luogo della gentilezza nei rapporti di cura è rappresentato dalle residenze per anziani (RSA, centri servizi, ecc.); sono luoghi dove la convivenza richiede la gentilezza come mezzo per sopravvivere. Bisogna affermare senza incertezze che non vi sono alternative. Nelle RSA dove la gentilezza non domina nelle reciproche relazioni la vita è impossibile. Fortunatamente nella grande maggioranza dei casi, l'atmosfera gentile si incontra fin dall'ingresso; poi progressivamente si comprende che domina un'interazione virtuosa ospite-operatore, che porta alla serenità dell'ospite e alla sensazione per l'operatore dell'importanza e della nobiltà del proprio lavoro. Anche i famigliari sono coinvolti da un'atmosfera di gentilezza, traendone motivi di serenità.

-**Le recenti elezioni in Brasile sono state caratterizzate da un evento non previsto: la straordinaria partecipazione al voto degli anziani.** Secondo gli osservatori la grande affluenza ha significato un'assunzione di responsabilità degli ultrasettantenni verso tutta la popolazione. Di fronte al rischio di sfaldamento sociale e di poco rispetto per i poveri e la parte più fragile della popolazione, gli anziani hanno sentito il dovere di non astenersi, ottenendo così un risultato importante per tutto il paese. Un segnale politico anche per l'Italia: gli anziani sono attori di stabilità, di attenzione, di generosità.

-Riporto di seguito la recensione preparata da Fabrizio Asioli del libro "La cura inquieta. Relazione e fragilità nell'era tecnologica"

Non stupisce che Marco Trabucchi abbia deciso di riutilizzare la parola "cura", che pure compare nel frontespizio di suoi libri precedenti, come titolo anche di questa sua ultima fatica editoriale. Non stupisce perché tutta la parabola esistenziale e l'impegno professionale dell'Autore sono fortemente caratterizzati dalla dedizione alla sofferenza degli altri. In questo volume, la parola cura viene accompagnata dall'aggettivo "inquieta". Mi pare di poter dire che questo aggettivo, oltre a definire le caratteristiche multiformi, dinamiche, inesauribili, pazienti della cura come viene descritta e a cui viene dedicato questo volume, possa riferirsi anche ad un sentimento che – non so quanto volontariamente – sottende e accompagna tutto lo scritto e cioè che la cura *reciproca* e *diffusa* sia considerata dall'autore una "condizione obbligata per la vita" (sono parole di papa Leone XIV), ma nella realtà costituisca un impegno molto, troppo, trascurato e "che molti non sono disposti ad accettare" (Introduzione pag.13). Che pertanto il libro e l'appello alla cura che vi si trova contenuto, costituiscano un invito "contro tempo" (ibidem pag.17). Non si può che concordare con Marco Trabucchi sul valore che la disponibilità individuale verso l'attenzione partecipe e la cura dei nostri simili avrebbe nel rendere qualitativamente diverse e migliori le relazioni fra gli uomini, e anche sulla constatazione che la disponibilità ad occuparsi di coloro che ci sono vicini, dei loro bisogni e, in particolare, delle loro sofferenze oggi sia un'attitudine in declino. Come lo è la nostra civiltà.

Non è un caso che molti antropologi, a partire da Margaret Mead, facciano risalire l'inizio della civiltà proprio al periodo in cui l'uomo ha cominciato a sviluppare attenzione verso i più deboli e a prendersi cura dei malati. Dal ritrovamento di fossili e di pitture rupestri sappiamo che comportamenti di tipo compassionevole, a partire dal Paleolitico venivano diffusamente praticati da *tutto* il gruppo sociale. Da un certo momento in poi, pur non essendoci note le ragioni, questo impegno della cura verso chi ne avesse necessità non viene più ritenuta una funzione sociale (cioè che riguardava tutti ed era svolta *diffusamente*), ma viene delegata a un singolo membro della comunità, lo sciamano, che assume questo compito in modo esclusivo e specifico. Per interpretare questa mutazione antropologica gli esperti sono in grado di avanzare solo ipotesi. Fra le più importanti viene menzionata l'utilità di "specializzare" l'atto e gli atti della cura affidandola a chi ne avesse disponibilità e caratteristiche individuali più adatte, sollevando da questa incombenza gli altri membri della comunità, in particolare coloro che non erano (o non si sentivano) in grado di svolgerla in modo adeguato. Da quando la cura delle infermità e della sofferenza del corpo è stata delegata ad un solo componente del gruppo sociale, essa viene anche - per così dire - *specializzata*. Inoltre, nello stesso momento in cui questa funzione viene affidata ad un individuo identificato come responsabile, automaticamente gli altri ne risultano sollevati e, forse, anche deresponsabilizzati. La cura non è più compito diffuso, di ogni appartenente alla comunità: è stata marginalizzata. Così come, progressivamente, anche quella forma di attenzione (più aspecifica, generalizzata e meno limitata al solo evento della malattia) che dovrebbe scaturire dalla compassione verso tutte le persone. Certo, l'interesse per gli altri, così come la vicinanza al loro dolore (fisico o mentale) sono un'esperienza feconda, ma che costa fatica. A volte, molta. La tentazione di allontanare da sé (o addirittura di espellere, o quantomeno tentare di farlo) le fonti dell'angoscia è una soluzione alla quale gli uomini hanno spesso mostrato di fare ricorso. Negli ultimi decenni, ad esempio, la questione della morte e del morire è stata espulsa dai suoi luoghi più naturali quali sono l'ambiente di vita e la casa. Oggi si muore (meglio sarebbe dire, si manda a morire) in Ospedale dove vengono ricoverate persone per le quali non esiste alcuna ragione terapeutica o speranza di cura, ma semplicemente per allontanare dalla vita di tutti i giorni lo "scandalo" della morte.

La storia dell'umanità è impastata della dialettica tra generosità ed egoismo con prevalenza, nel corso dei secoli, di un aspetto o dell'altro. Quella che sembrerebbe essere una contraddittorietà intrinseca dell'uomo è un aspetto ben colto dalle religioni e viene rappresentata attraverso la narrazione della lotta del bene contro il male. Di questa ambivalenza si è occupata anche la psicoanalisi che sostiene la presenza nell'uomo di due pulsioni contrastanti, che Freud chiama con termini forti (pulsione di vita e di morte) che descrivono la loro spinta ambigua e incerta: da una parte nella direzione dell'amore e la dedizione agli altri, dall'altra verso la aggressività e la distruttività (etero e auto).

La non-linearità e le incoerenze del comportamento umano sono dovute all'impulso contrastante di queste forze. Tutto questo ci rimanda una immagine dell'uomo come un individuo tutt'altro che forte, razionale e padrone di sé stesso, immagine che contrasta con quella nella quale a molti – in particolare oggi - piace credere o della quale altri sono irremovibilmente convinti. Al contrario, siamo invece esseri poco razionali, contradditori, in balìa delle nostre emozioni e delle nostre debolezze. Credo che questa visione spieghi molto del perché da una parte il lavoro di aiuto sia una "necessità antropologica" come sostengono Trabucchi (e Nahon in una sua citazione riportata nel volume) e fonte di gratificazione; ma anche perché, date le sue innate origini ambivalenti, possa risultare a volte così faticoso da risultare insopportabile.
L'auspicabile recupero della cura per gli altri nel senso più ampio in cui viene intesa in certe parti di questo volume, appare missione attualmente affidata quasi esclusivamente alla religione e alle religioni che, quasi tutte richiamano, seppur - mi pare di poter dire – con scarso successo, al valore della fratellanza e della vicinanza reciproca. Invece per la cura considerata come sostanziale componente dell'atto medico, questo volume si presenta come una sorta di manuale, anche molto dettagliato e minuzioso, sulle caratteristiche su cui deve fondarsi, sui tempi e sui modi con cui va offerta, sulle scorciatoie da evitare per non banalizzarla e anche sulle doti di cui deve essere dotato, o che è chiamato a sviluppare, chi la presta. Chi si assume, in quanto professionista o per disponibilità volontaria, la missione di vicinanza con i malati trova in questo libro indicazioni importanti su come affrontare un compito che oggi sembra essere così poco valorizzato nel nostro contesto sociale.
Ma forse è proprio attraverso l'esempio e la dedizione realizzati tutti i giorni dalle persone impegnate in questa missione che si può sperare in un contagio (come si auspica a pag. 110) tale che, in futuro, possano risultare coinvolte un numero sempre più numeroso di uomini e di donne alla incombenza umana della fraternità.



QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Di seguito **il consueto contributo di Mauro Colombo del quale apprezzo ancora una volta la sincerità intellettuale e la sempre confermata originalità dei contributi.**

Trafficando in PubMed per preparare il presente "angolo" ho notato con "disappunto" – eufemismo obbligato per il tenore della newsletter AIP – la dichiarazione che "Per Executive Order 14434" nelle agenzie federali USA è in corso di sostituzione il termine "intelligenza artificiale" con "superintelligenza". Un'altra vergognosa ma verosimilmente obbligata genuflessione – dopo quella dei CDCP (Centers for Disease Control & Prevention) – di una prestigiosa istituzione statunitense, preda dell'incrocio perverso fra smania incontrollata di "grandezza" (fasulla) e di denaro (sporco) con una grossolana e smisurata (quella sì) ignoranza del tracotante "chief & commander", che vuol far tornare grande l'America ma in realtà è zimbello di più accorti satrapi. Spero che continui a reggere il muro innalzato dal "NASEM" (National Academy of Science, Engineering & Medicine).

Chiudo questo appello – del tutto personale e per il cui contenuto mi assumo responsabilità - alla dignità civile ed alla correttezza scientifica, e lascio spazio al fascino che esercita la biologia, capace di aprire un ventaglio di sfaccettature, con le sue ricadute cliniche. Per l'occasione, mi rifaccio a due articoli a libero accesso di *JAMA*, di cui il primo [1], recentissimo, si colloca nel "flusso principale", mentre il secondo [2], pubblicato a marzo, se non naviga in "direzione ostinata e contraria" [§], almeno si piazza come uno scoglio che divide la corrente in più rivoli. **L'argomento di fondo riguarda la assunzione di carne – in varie modalità – ed alimenti "ultraprocessati" e gli effetti sul cervello.**

I numerosi Autori di [1] - tutti affiliati ad istituti canadesi – hanno reclutato 8.783 persone di entrambi i sessi, di età compresa fra 35 e 69 anni (57,7 ± 8,7), liberi da malattie cardiovascolari, arruolati nei due studi "Canadian Alliance for Healthy Hearts and Healthy Minds" (CAHHM), e "Prospective Urban and Rural Epidemiology-MIND" (PUREMIND). L'esposizione presa in considerazione era la assunzione di alimenti "ultraprocessati", secondo la classificazione "NOVA" [3]. Con questo termine, si intendono prodotti alimentari e bevande ultra-lavorate appartenenti al "gruppo 4 NOVA": formulazioni industriali con cinque o più ingredienti, tra cui spesso zucchero, oli, grassi, sale, antiossidanti, stabilizzanti e conservanti. Gli ingredienti presenti solo nei prodotti ultra-lavorati includono sostanze non comunemente utilizzate nelle preparazioni culinarie e additivi, il cui scopo è imitare le qualità sensoriali di alimenti "naturali" (animali o vegetali) o delle preparazioni culinarie di questi alimenti, o mascherare le qualità sensoriali indesiderate del prodotto finale. Lo scopo principale dell'ultra-lavorazione industriale è quello di creare prodotti pronti da mangiare, da bere o da riscaldare, in grado di sostituire gli alimenti non o solo minimamente trasformati.

Gli esiti ricercati – e le relative misure – erano: percentuale di grasso corporeo [Body Fat (BF)], quantificato mediante impedenziometria bioelettrica; volume del tessuto adiposo viscerale [Visceral Adipose Tissue (VAT)]; frazione di grasso epatico [Hepatic Fat Fraction (HFF)], ed il danno vascolare cerebrale [Vascular Brain Injury (VBI)], definita come infarti cerebrali silenti o elevata presenza di iperintensità della sostanza bianca [High White Matter Hyperintensities (HWMH)] [@] - rilevati mediante risonanza magnetica -, ed infine le prestazioni cognitive misurate tramite il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e il Digital Symbol Substitution Test (DSST).

Rispettando le aspettative, in questa indagine trasversale un maggiore consumo di alimenti ultra-processati è risultato associato a una percentuale più elevata di grasso corporeo e tessuto adiposo viscerale, nonché a una maggiore probabilità di lesioni cerebrali vascolari rilevate mediante risonanza magnetica. Meno scontato (mi) è parso l'esito cognitivo, visto che l'assunzione di alimenti ultra-processati non è risultata associata alle prestazioni cognitive, in contrasto per esempio con una precedente ricerca longitudinale su oltre 10.000 persone ugualmente distribuite per sesso, ma con un'età estesa fino ai 74 anni, residenti in 6 città brasiliane. Qui [4], un maggiore consumo di alimenti ultra-processati – riportati come quartili della proporzione rispetto alla assunzione calorica totale - è stato associato a un tasso più elevato di declino delle funzioni cognitive globali ed esecutive, dopo un periodo di osservazione mediano di 8 anni. Gli Autori [tutti "carioca" (più uno da Boston)] ne concludono che "Questi risultati avvalorano le attuali raccomandazioni di salute pubblica volte a limitare il consumo di alimenti ultra-trasformati, a causa dei loro potenziali effetti dannosi sulla

funzione cognitiva."
Riguardo a [2], lo introduco riportandone la traduzione letterale della prima frase delle conclusioni: "Il gruppo APOE34/44 ha mostrato il previsto maggiore rischio di declino cognitivo e di progressione verso la demenza rispetto ai partecipanti con altri genotipi, nel caso in cui il consumo di carne rientrasse nei livelli previsti dalle attuali linee guida alimentari. Tuttavia, tale associazione sfavorevole non è emersa in presenza di livelli di consumo più elevati, pari a oltre il doppio dell'obiettivo indicato."
Dopo questa partenza "col botto", ma dal fondo, risalgo a ritroso lungo i punti essenziali di [2]. Gli Autori – tra cui figura l'italiana Giulia Grande – sono tutti affiliati a vari dipartimenti del Karolinska Institutet di Stoccolma, e fanno riferimento agli oltre 15 anni di osservazione nell'ambito dello studio nazionale svedese sull'invecchiamento e l'assistenza a Kungsholmen, un quartiere urbano della capitale [Swedish National Study on Aging and Care–Kungsholmen (SNACK)]. Tra 2.157 anziani privi di demenza [(età media 71,2 ± 9,2 anni; 1337 donne (62,0%)], 1.680 partecipanti disponevano di dati longitudinali sulla funzione cognitiva e 569 partecipanti (26,4%) presentavano genotipi APOE34/44. Nel corso dell'osservazione, 296 partecipanti hanno sviluppato demenza e 690 sono deceduti senza aver sviluppato demenza. L'esposizione considerava il consumo totale di carne – in rapporto all'assunzione calorica complessiva – e di carne processata, definita come carne trasformata mediante salatura, stagionatura, fermentazione, affumicatura o altri processi. Come esito cognitivo, venivano tenuti sotto attenzione 4 domini: memoria episodica (rievocazione libera e riconoscimento), memoria semantica (vocabolario), fluenza verbale (animali e professioni) e velocità percettiva (cancellazione di cifre e confronto tra configurazioni). Venivano seguite le traiettorie dei punteggi standardizzati rispetto al rilievo basale, sia per i singoli domini che per il valore composito, lungo 10 anni, mediante regressione lineare, tenendo conto di numerose covariate selezionate secondo un principio di possibili causalità capace di influenzare i risultati. L'insorgenza di demenza è stata analizzata utilizzando i rapporti di rischio a sottodistribuzione [subdistribution hazard ratio (sHR)] di Fine e Gray, considerando il decesso per cause diverse dalla demenza come un rischio competitivo.
In sintesi, un maggiore consumo totale di carne è risultato associato ad un declino cognitivo sensibilmente più lento più lento [al confronto tra quintili: β = 0,32; intervallo di confidenza al 95 % (95%CI) = 0,07 – 0,56; *P* = 0,01] e ad un minor rischio di demenza (sHR = 1,14; 95%CI = 1,01 – 1,29; *P* = 0,04) negli anziani portatori dei genotipi APOE ε3/ε4 e ε4/ε4.
Rispetto alla carne processata, che costituiva circa un terzo di tutto l'apporto carneo in [2], un rapporto più elevato tra carne lavorata e carne totale è risultato associato a una peggiore traiettoria cognitiva esclusivamente nei soggetti con genotipo APOE 34/44, mentre l'associazione con lo sviluppo di demenza valeva a prescindere dal genotipo APOE.
Per quanto riguarda le traiettorie della cognizione globale e della memoria episodica, nelle analisi di sensibilità sono state osservate interazioni legate al genotipo APOE più forti per le donne, i più giovani, i portatori di livelli più elevati di emoglobina A1C (HbA1C) o di punteggi di rischio ≥ 6 al Cardiovascular Risk Factors, Aging, and Dementia (CAIDE), e per chi seguiva abitudini dietetiche poco salutari [misurate mediante lo "Alternative Healthy Eating Index" (AHEI)].
Analisi a posteriori hanno indicato un effetto protettivo sulla mortalità da tutte le cause da parte della assunzione di carne non processata, per i portatori dei genotipi APOE ε3/ε4 ed ε4/ε4.
Gli Autori di [2] si sono impegnati a misurare i livelli circolanti di vitamina B12, come possibili indicatori di assorbimento dei nutrienti. Ne è risultato che per i partecipanti con genotipo APOE 34/44, l'assorbimento è stato maggiore in caso di un più elevato consumo di carne, mentre per i portatori di APOE2 si è osservato il fenomeno opposto. Tenendo poi conto che il consumo totale di carne è risultato inversamente associato, in primo luogo, a cereali, latticini e frutta, le analisi di sostituzione relative a singoli gruppi alimentari hanno indicato associazioni cognitive più favorevoli nei genotipi APOE34/44 quando la carne sostituiva cereali, latticini, oli e legumi, mentre non è emersa alcuna associazione nel caso della sostituzione di uova, pesce o tuberi. Ancora, per i partecipanti con genotipi APOE 34/44, un maggiore consumo di carne è risultato associato a livelli più bassi di colesterolo nel sangue e a un rapporto più basso tra grassi saturi e polinsaturi nella dieta. Ciò è plausibile, dato che la carne non lavorata può contenere una quantità maggiore di grassi insaturi rispetto a quelli saturi.
Come interpretare i dati di questo studio originale, in controtendenza rispetto alla opinione corrente?

In chiave evolutiva, come premesso in introduzione nelle ipotesi di ricerca, pre-specificate in base a propri studi precedenti, e ad altre indagini – anche se le conclusioni di queste ultime non sembrano essere state rigorosamente consequenziali - e poi ribadito in discussione. In sintesi – e come illustrato in una figura – il genotipo APOE si sarebbe diversificato seguendo i cambiamenti nella dieta umana, a partire dalla variante ancestrale APOE4, comparsa fra 1 e 6 milioni di anni fa, seguita circa 200.000 anni fa dalla ε3/ε3 (*APOE33*) – la più diffusa, interessando oltre la metà delle persone, in qualunque etnia – e più recentemente dalla variante E2, per cui vengono supposte capacità adattative opposte ad APOE4. All'emergenza di quest'ultima corrispondeva una fase temporanea di dieta ipercarnivora, mentre l'APOE3 potrebbe avere conferito una maggiore flessibilità metabolica, consentendo potenzialmente un riadattamento evolutivo verso una dieta onnivora più basata su alimenti di origine vegetale. In effetti, una meta-analisi delle frequenze alleliche ha rilevato che l'E4 è raro nelle popolazioni con una lunga esposizione storica all'agricoltura.
Nello smantellare le congetture sull'argomento di Caleb Ellicott Finch – il biogerontologo londinese, emerito alla Università della California del Sud a Los Angeles: mio riferimento dai tempi della università … – gli Autori di [2] hanno posto importanti attenzioni a livello epistemologico: dall'escludere per quanto possibile il rischio di causalità inversa, fino a chiamare in causa le "lezioni dimenticate" di Sir Austin Bradford Hill sulle decisioni prese in base a dati osservazionali. Avverto un pizzico di malcelata ironia nel confronto con altre esposizioni associate sia alla demenza che al decesso possono dare luogo ad abbinamenti paradossali (ad esempio, il fumo potrebbe apparire come un fattore protettivo contro la demenza, riducendo però la durata della sopravvivenza); tuttavia, questa spiegazione appare improbabile nel caso di APOE34/44, dato che tale condizione è associata, al contempo, a una maggiore sopravvivenza.
Quali conclusioni possiamo trarre da tutto ciò? Per intenderlo, è utile partire dalla curiosa osservazione derivata dallo studio sulla salute delle infermiere statunitensi, nella cui coorte tra le portatrici di APOE4 le donne di età pari o superiore a 70 anni che consumavano 1 o più porzioni al giorno di carne rossa non lavorata – rispetto a chi ne consumava meno di 0,50 porzioni al giorno – presentavano un vantaggio cognitivo di entità pari allo svantaggio che si osserva tipicamente nei portatori di APOE4 rispetto ai non portatori (circa 3 anni di invecchiamento cognitivo). Ciò è in linea con le entità degli effetti osservate nella coorte svedese, in cui l'eccesso di rischio atteso nei partecipanti portatori dei genotipi APOE34/44 risultava assente nel quintile più elevato di consumo di carne, sia per quanto riguarda la cognizione globale e la memoria episodica (un tratto distintivo della patologia di Alzheimer), sia per quanto concerne l'insorgenza di demenza. Dato che tali genotipi sono responsabili di circa il 70% dei casi di demenza di Alzheimer nel Nord Europa ed in Nord America, il numero assoluto di casi potenzialmente prevenibili è considerevole.
§ sostenuta in "Smisurata preghiera" di Fabrizio de André ed Ivano Fossati: traccia finale dell'album *Anime salve* del 1996
@ aspetti neuropatologici, con relativa gliosi, che – se limitati per entità – una bravissima neuro-radiologa (Lisa Maria Farina) ha definito "rughe del cervello" durante una sessione formativa tenuta il 21 ottobre presso l'Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" ad Abbiategrasso
[1] de Souza, R. J., Schulze, K. M., Desai, D., Després, J. P., Dummer, T. J. B., Friedrich, M. G., Hicks, J., Ho, V., Lear, S. A., Lee, D. S., Mente, A., Miller, V., Poirier, P., Smith, E. E., Tardif, J. C., Teo, K. K., Vena, J. E., Yusuf, S., & Anand, S. S. (2026). Ultraprocessed Food Intake and Adiposity, Vascular Brain Injury, and Cognition in Middle-Aged Adults. *JAMA network open*, *9*(10), e2639118. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.39118
[2] Norgren, J., Carballo-Casla, A., Grande, G., Börjesson-Hanson, A., Xu, H., Eriksdotter, M., Laukka, E. J., & Garcia-Ptacek, S. (2026). Meat Consumption and Cognitive Health by APOE Genotype. JAMA network open, 9(3), e266489. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.6489
[3] Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R. B., Moubarac, J. C., Louzada, M. L., Rauber, F., Khandpur, N., Cediel, G., Neri, D., Martinez-Steele, E., Baraldi, L. G., & Jaime, P. C. (2019). Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public health nutrition*, *22*(5), 936–941. https://doi.org/10.1017/S1368980018003762
[4] Gomes Gonçalves, N., Vidal Ferreira, N., Khandpur, N., Martinez Steele, E., Bertazzi Levy, R., Andrade Lotufo, P., Bensenor, I. M., Caramelli, P., Alvim de Matos, S. M., Marchioni, D. M., &

Suemoto, C. K. (2023). Association Between Consumption of Ultraprocessed Foods and Cognitive Decline. *JAMA neurology*, *80*(2), 142–150. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4397

UNA SEZIONE DEDICATA ALLE RSA

-Il contributo di Livio da Bosco si colloca nell'ambito della scelta compiuta dalla newsletter di dedicare una sezione alla vita delle RSA per percorrere assieme strade innovative per il mondo della residenzialità.

RSA: UN NUOVO PARADIGMA PER IL FUTURO

Possiamo progettare le RSA del futuro con gli stessi paradigmi del passato? A Trento si sperimenta un cambio di paradigma, dove architettura, tecnologia e organizzazione si integrano nella progettazione e la gestione della residenzialità per anziani. Il punto di partenza è una constatazione: il modello tradizionale di RSA è stato costruito prevalentemente intorno alla logica del posto letto, dei corridoi, della serialità delle camere, della centralizzazione dei servizi e della standardizzazione dei processi. Un modello che oggi mostra limiti di fronte all'aumento della complessità assistenziale, alla cronicità, alla carenza di professionisti e alla necessità di conciliare qualità della cura e sostenibilità. Il progetto Human House 5.0, in fase di attuazione nella provincia autonoma di Trento, propone di superare questa impostazione attraverso un modello sociotecnico domestico umanistico, nel quale spazio fisico, tecnologie digitali e organizzazione del lavoro vengono progettati come parti di un unico sistema. Il primo elemento è l'architettura protesica. La struttura non è più un semplice contenitore delle attività assistenziali, ma diventa una componente attiva del sistema di cura. Il modello prevede micro-comunità di circa 8-12 abitanti, camere singole con bagno privato, spazi comuni di dimensione domestica e una distribuzione funzionale capace di favorire prossimità, orientamento, autonomia e relazione. Lo spazio assume anche una precisa funzione organizzativa: ridurre distanze e percorrenze significa diminuire il lavoro logistico (che arriva fino al 35% del tempo di un turno di lavoro e a percorrenze fino a dieci chilometri) e aumentare il tempo dedicato alla cura diretta.

Il secondo elemento è la tecnologia invisibile abilitante. Sensori, connettività, intelligenza artificiale, sistemi di monitoraggio non invasivo, automazione e robotica costituiscono un'infrastruttura tecnologica integrata nell'ambiente domestico. Il loro compito non è aumentare la sorveglianza, ma trasformare i dati in informazioni utili per prevenire eventi avversi, supportare le decisioni e ridurre il carico operativo. La tecnologia deve diminuire il lavoro improprio e aumentare il tempo umano per la relazione.

Il terzo elemento è l'organizzazione umanistica, con micro-team multi-professionali maggiormente autonomi e responsabilizzati sul funzionamento della propria micro-comunità. La leadership assume una funzione generativa: sviluppare competenze, autonomia, collaborazione e capacità decisionale, superando una gestione fondata esclusivamente sul controllo dei processi.

In questa prospettiva, la qualità assistenziale e la qualità del lavoro degli operatori sono inseparabili. Percorrenze, tempi logistici, interruzioni, carichi fisici e cognitivi e tempo effettivamente disponibile per la relazione diventano indicatori progettuali. L'obiettivo non è semplicemente fare meglio le stesse cose, ma riprogettare il sistema affinché siano necessarie meno attività improprie e sia possibile dedicare più tempo alla persona.

Cambia anche il modo di concepire chi vive nella struttura: non più soltanto paziente o ospite, ma abitante, rispettando la natura ontologica dell'essere umano. Non più posto letto, ma spazio di vita. Non più una struttura alla quale la persona deve adattarsi, ma una casa che "ascolta", capace di adattarsi alla persona.

Non si tratta di una RSA più tecnologica, e nemmeno di una semplice trasposizione del modello domestico. È una proposta di integrazione sistemica tra architettura, tecnologia e organizzazione, con l'obiettivo di costruire ambienti più abitabili e più umani garantendo i necessari livelli di cura assistenziale e sanitaria. Il futuro delle RSA …non è una RSA!

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La settimana scorsa si è tenuto a Mantova il congresso regionale AIP della Lombardia. Riporto il contributo:

Fabrizio Asioli ha presentato le diapositive allegate per la relazione sulla "nonnità" come funzione centrale della vecchiaia.

-**Ricordiamo le pagine social di AIP**, per rimanere sempre aggiornati su eventi ed iniziative:
FB: https://www.facebook.com/psicogeriatria
Linkedin:https://www.linkedin.com/company/aip-associazione-italiana-di psicogeriatria/?viewAsMember=true
Instagram: https://www.instagram.com/aip_psicogeriatria/
YouTube :https://www.youtube.com/@AIP-Psicogeriatria

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

Un caro saluto e un rinnovato ringraziamento a chi mi ha personalmente fatto sapere la sua vicinanza durante la polmonite (un pezzo di vita, anch'essa!)

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatria

Essere nonni, oggi



Fabrizio Asioli

Mantova 23 ottobre 2026

Tema complicato e un'unica certezza: grandi differenze fra ieri e oggi…

Le differenze interessano:

- sia il CONTESTO in cui viene espletata la nonnità (differenze ancora oggi esistenti fra Nord e Sud)
  - mutamenti sociali (cultura, servizi….)
  - modificazioni della famiglia (mononucleare, anche la donna lavora…)
  - cambiamenti demografici

- che gli ATTORI stessi che hanno **RUOLO** e **MODI DI ESSERE** diversi dei nonni ''di prima''

(S)PROPORZIONI

In Italia: i nonni (potenziali) sono 15 milioni di ultrasessantacinquenni, il 25% della popolazione:

- 5 milioni ammalati, non autosufficienti bisognosi assistenza (Ssn)
- 5-6 milioni affetti da malattie croniche ma compensati e attivi grazie a farmaci e procedure che il Ssn assicura
- 4-5 milioni senza malattie, in buona forma fisica e mentale.

Nuove nascite: 355.000 nel 2025

Ricaduta delle differenze demografiche nella mia famiglia

- Sono cresciuto con 1 nonna (†105 anni!), che aveva 7 nipoti che si relazionavano con lei. Ho fatto appena in tempo a conoscere gli altri 3 nonni [a quei tempi l'età media era di 55 anni]

- Enea, mio unico nipote, ha 4 nonni e 3 bisnonni che ''concentrano'' le loro relazioni su di lui

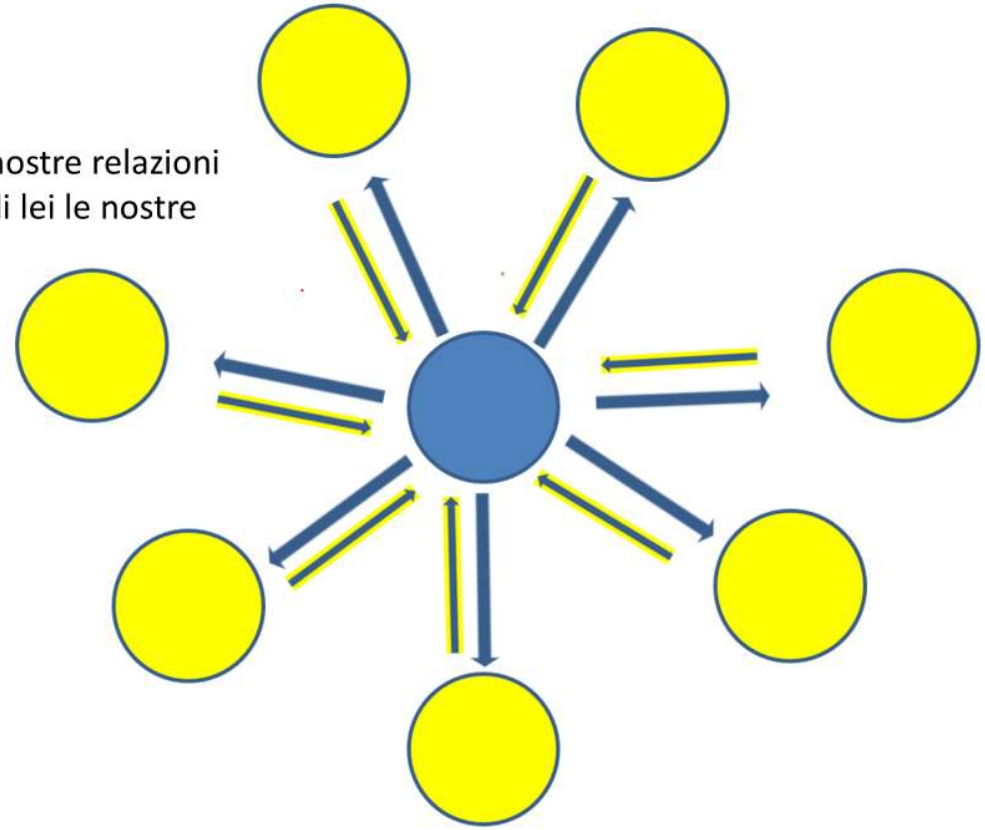
- Sono cambiati i rapporti numerici (i ''rapporti di forza'', ma anche – più concretamente - il **RUOLO** (quindi l'**IMPORTANZA**) attribuiti al nipote/figlio

→ Siamo passati da una situazione in cui il nipote costituiva la settima parte di una covata, all'essere l'unico erede al trono

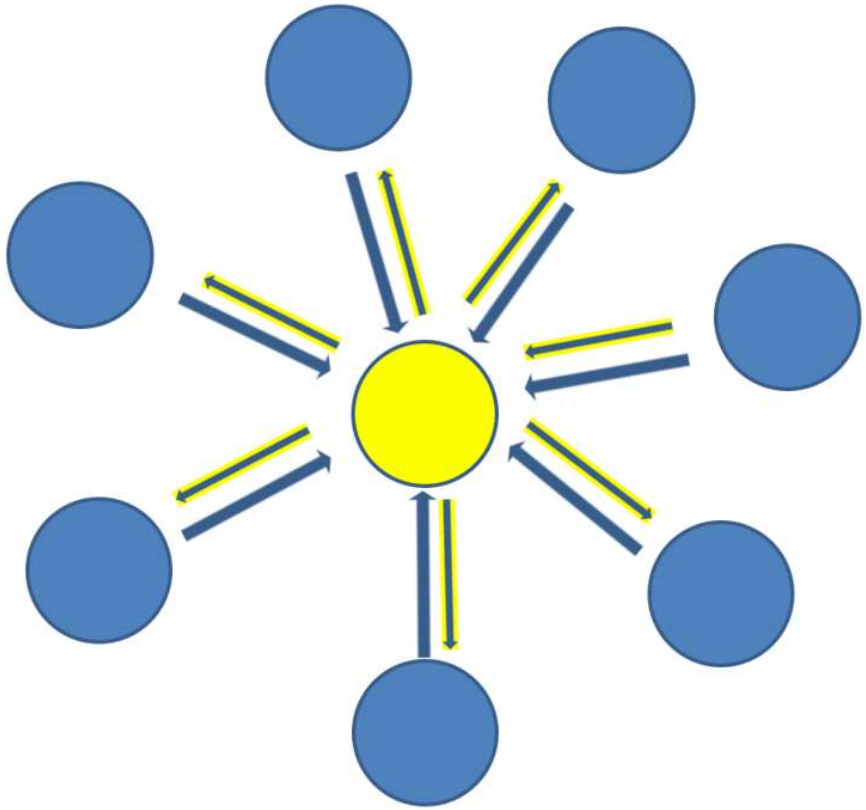
La situazione relazionale e affettiva di mia nonna

La nonna era al centro delle nostre relazioni
E noi **CONCENTRAVAMO** su di lei le nostre attenzioni

Lei **DIVIDEVA** relazioni
e attenzioni sui 7 nipoti



Oggi al centro di relazioni e attenzioni c’è lui!



IERI (alcune caratteristiche)

I nonni Asioli



anni 70

1. C'erano più figli (e quindi nipoti)
2. I nonni dedicavano più tempo (non c'erano asili o ne esistevano pochi). Spesso convivevano nello stesso nucleo famigliare dei nipoti
3. I nonni (quando c'erano ancora) erano più giovani, ma spesso malandati. Comunque meno ''tonici'' degli attuali.
   L'*energia* è un fattore importante, oggi sottovalutato, nella educazione (per la parte del ''dare regole e limiti'') della prole!
4. I genitori, quando necessario, aiutavano economicamente i nonni
5. I genitori non davano (e non si sognavano di dare!) regole di comportamento educativo ai nonni

OGGI



I nonni Asioli di oggi
anni 70

1. I figli sono (sempre più spesso) unici
2. Esistono più asili (soprattutto Nord): > socializzazione <''famigliarizzazione''
3. I genitori talvolta (spesso?) sono separati
4. I genitori sono piu' direttivi e normativi coi nonni (cioè i loro genitori!) che non col proprio figlio! (forse per rivalsa? Vedi poi..)
5. Alcuni nonni continuano a lavorare (molti anche a passare soldi ai figli perché sono più benestanti di loro)
6. I nonni sono più anziani ma spesso in buona salute o addirittura prestanti (!). Giocano coi nipoti (''sostituiscono'' i fratelli che non ci sono ma non hanno il loro stesso '''valore'' nel trasmettere messaggi capaci di limitare l'Ego!)

Alcune conseguenze

- Il figlio unico: è al centro del mondo (**IL** centro?)

  - Unicità dell'*investimento affettivo* (speranze, ambizioni, rivalse..) dei genitori

  - ma anche dei nonni che sono più anziani e, in genere, consapevoli della fase della vita che stanno vivendo, quindi ancor più necessitanti di proiezioni affettive che in qualche modo abbiano a che fare col futuro. Se non il loro, almeno di qualcuno che amano (A meno che non siano travolti dal fenomeno, piuttosto diffuso, del "giovanilismo")

→ Grande carico emotivo sul figlio/nipote

- Il figlio unico: ha una "sua **particolare** preziosità"

  - La pletora dei regali (inutilità): sia da genitori che da nonni

  - Attenzione maniacale a scongiurare qualsiasi rischio (giocattoli imbottiti, protezione agli spigoli, lamentele per compagno che ha alzato le mani, etc.)

  - Propensione a evitargli qualsiasi frustrazione (per incapacità a tollerarne il pianto)

  - Munificenza delle elargizioni (regali ma anche attenzioni), iperprotezione, etc.

Iperprotezione e suoi difetti

- Un rischio della iperprotezione è quello di non voler fare correre rischi (con la convinzione di poter essere in grado di farlo!)

- Oggi le fonti di preoccupazione sono davvero molto aumentate (inquinamento, deterioramento cibo, violenza diffusa…..) ma non si può vivere in un bunker!

- La storia della umanità ci insegna che per la sopravvivenza (della specie e individuale), pur con la necessaria cautela, è necessario (obbligatorio) affrontare i rischi.
- Si può imparare a farlo, affrontandoli (in modo guidato): per non sottovalutarli, e per non incorrere nel pericolo della ’’sindrome della invulnerabilità’’

Oggi una buona parte dell'educazione viene delegata

- Il tempo educativo dei genitori e dei nonni è complessivamente ridotto. Una quota importante della educazione viene "affidata"(ma in modo contradditorio!!) alla scuola. Infatti sono in costante aumento le richieste di tempo pieno!

- Però quanto poco valore abbia questo affidamento lo esplicitano:
  per la società gli stipendi che garantisce agli insegnanti;
  per i genitori, l'iper-criticismo verso scuola e insegnanti da parte loro (e, conseguentemente, dei figli/scolari mano a mano che crescono)

→ Il grande interrogativo: CHI dà regole (in modo credibile e coerentemente sostenuto?)

Come sono cambiati i compiti educativi dei nonni?

- **DA** (ieri): - (compito esplicito) **STARE** con i nipoti
  - (implicito) raccontare/si e tramandare ciò che era affidato alla memoria non scritta: storia/e di famiglia, tradizioni, esperienza, vissuti…
  (la funzione di CONSERVAZIONE DELLA MEMORIA degli eventi importanti oggettivamente e soggettivamente)

- **A** (oggi): - **FARE** per i nipoti: compiti molto pratici e espliciti (trasporti, occupare tempo, svago, giocare….)

?

→ Da un rapporto asimmetrico fra persone differenti (per età, storia, ruoli) a un rapporto più ''paritario''

Passato e Memoria sono soppiantate da social e presente (attuale)

Emozioni (differenti)

- I nipoti sono, in genere, fonte di **gioia** (i bimbi sono impegnativi, ma vitali).
  Più facilmente di **preoccupazione**, quando si ha salute precaria.
  Di **fastidio**, se si è molto impegnati

- I nipoti giungono in genere in un periodo della vita in cui si è portati a fare il bilancio della propria esistenza: le emozioni conseguenti ricadono su di loro

- Anche i nipoti, in modo *simile* ai figli, vengono percepiti come ''prolungamento della propria vita'': il possibile errore della ''predestinazione''

Per concludere:
’’non si sceglie di diventare nonni’’

- Ma è davvero così?
- Tutti gli studi ci dicono che i figli che sono stati figli felici hanno più voglia di mettere, a loro volta, al mondo dei figli
- Quindi con buona probabilità, i **buoni genitori**, nel senso inteso da D. Winnicott (sapere di non essere perfetti, capaci di accudire, proteggere, dare calore, consolare…) sono destinati a diventare anche nonni…
- Queste stesse caratteristiche sono richieste a chi si occupa di anziani. Quindi…..

Un’ultima raccomandazione ai più giovani

non dimenticate

che per avere nipoti

è necessario, prima, aver messo al mondo dei figli!!