



WHITEPAPER · DOCUMENTO TECNICO-SCIENTIFICO

L'invisibilità della solitudine

Dati epidemiologici, evidenze scientifiche e prospettive di intervento sulla condizione degli anziani soli nel sistema socio-sanitario italiano.

Premessa

L'Italia è uno dei Paesi più longevi d'Europa, ma anche tra quelli con la più alta concentrazione di anziani in condizione di isolamento sociale. Questa condizione non rappresenta un fenomeno sociologico marginale: la letteratura medica internazionale degli ultimi vent'anni ha consolidato l'evidenza che la solitudine cronica costituisce un fattore di rischio paragonabile al fumo di sigaretta e all'obesità per la mortalità precoce, ed è correlata a un aumento significativo del rischio di malattie cardiovascolari, declino cognitivo e depressione.

Nel maggio 2025, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato la prima risoluzione globale sul tema, riconoscendo formalmente la connessione sociale come priorità di salute pubblica internazionale. A giugno 2025, la WHO Commission on Social Connection ha pubblicato il rapporto *"From loneliness to social connection — charting a path to healthier societies"*, che pone le basi per le strategie di intervento dei prossimi decenni.

Questo documento espone in quattro sezioni la dimensione del problema in Italia, i meccanismi attraverso cui la solitudine danneggia la salute fisica e mentale dell'anziano, e introduce la proposta di **Angy Care** come strumento di supporto integrativo per strutture sanitarie, residenziali e socio-assistenziali.

1. La solitudine degli anziani in Italia: dimensione del fenomeno

1.1 Il quadro epidemiologico nazionale

L'Italia presenta una delle più alte concentrazioni demografiche di popolazione anziana in Europa: gli over 65 rappresentano circa il **24% della popolazione totale** (Istat, 2023), una percentuale destinata a crescere nei prossimi decenni in conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della contemporanea riduzione del tasso di natalità.

A questa transizione demografica si accompagna un fenomeno di crescente isolamento sociale. I dati della sorveglianza nazionale **Passi d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2023-2024)** indicano che:

- Il **14% degli over 65** in Italia vive in condizione di isolamento sociale, ovvero non ha alcun tipo di contatto con altre persone nell'arco di una settimana standard;
- Tra gli **ultra 85enni**, la quota di soggetti isolati raggiunge il **32%**;
- Il **73% degli anziani** non frequenta alcun luogo di aggregazione sociale (centri anziani, parrocchie, associazioni culturali);
- L'isolamento è più frequente tra chi ha bassa scolarità (23%), tra chi vive difficoltà economiche (27%) e nelle regioni meridionali (19% al Sud vs 10% al Nord).

L'incidenza è ulteriormente confermata dai dati Istat (2021), secondo cui il **38,5% degli over 75** dichiara di sentirsi solo, percentuale che sale al **47% tra chi vive in nuclei monopersonali**.

1.2 La dimensione strutturale: l'Italia nel confronto europeo

Il quadro italiano risulta particolarmente critico nel confronto con la media europea. Secondo i dati Eurostat:

- Il **14% degli anziani italiani** dichiara di non avere nessuno a cui chiedere aiuto, contro una media europea del **6,1%** (Eurostat, 2024);
- Il **12% non ha nessuno con cui confidarsi** — anche in questo caso valore quasi doppio rispetto al benchmark continentale.

A livello strutturale, secondo le ultime rilevazioni Istat (2023), il **30% degli over 65 vive da solo**, percentuale che supera il **40% tra gli over 75**, con una netta prevalenza femminile (circa il 70% di chi vive solo in questa fascia di età è donna). In termini assoluti, in Italia vivono **quasi 5 milioni di over 60 in nuclei monopersonali**, ma solo **l'8,5%** di essi può contare sulla presenza continuativa di una figura di supporto domiciliare (badante o assistente familiare).

1.3 La frattura intergenerazionale

Un fattore aggravante è la trasformazione del modello familiare italiano. Mentre negli anni '80 circa il 30% delle famiglie italiane era composto da nuclei plurigenerazionali (con anziani conviventi con figli o nipoti), oggi tale percentuale è scesa al **15%** (Istat). Questa frammentazione, dovuta alla riduzione dei tassi di natalità, alla mobilità lavorativa dei figli e all'urbanizzazione, ha lasciato milioni di anziani in una condizione di **isolamento strutturale prolungato**, in cui il contatto familiare avviene perlopiù per via telefonica e con cadenza non quotidiana.

1.4 Il ruolo della presenza costante

La letteratura scientifica converge nell'identificare la **frequenza e regolarità delle interazioni sociali** come variabile critica, più ancora della loro quantità complessiva. Holt-Lunstad e collaboratori (2015), nella loro meta-analisi su 70 studi longitudinali per un totale di oltre 3,4 milioni di partecipanti, hanno dimostrato che **non è il numero di relazioni a determinare l'effetto protettivo, ma la loro qualità e continuità nel tempo**.

Una telefonata settimanale ai familiari, per quanto significativa, non compensa la mancanza di interazioni quotidiane regolari. È proprio in questo **gap di presenza** — le ore della giornata in cui l'anziano è solo, fra una visita del familiare e l'altra, fra una telefonata e la successiva — che si insinua la condizione di isolamento cronico con i suoi effetti deleteri.

2. La depressione silenziosa: una sofferenza spesso non riconosciuta

2.1 L'epidemiologia in Italia

Secondo i dati della sorveglianza **Passi d'Argento dell'ISS**, il **21% degli ultra 64enni italiani riferisce sintomi depressivi** e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 18 giorni nel mese precedente l'intervista (contro 3 giorni di chi non riferisce sintomi). La prevalenza aumenta significativamente con l'età, l'isolamento e le condizioni socio-economiche:

- **25% dopo i 75 anni;**
- **26% nelle donne** (vs 14% negli uomini);
- **41% tra chi ha gravi difficoltà economiche;**
- **59% tra gli anziani disabili** non autonomi in una o più attività della vita quotidiana.

Lo studio europeo **ESEMED (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders)** ha inoltre stimato che, nella popolazione italiana over 65, la prevalenza dei disturbi depressivi diagnosticabili secondo criteri clinici si attesta intorno al **4,5%**, valore superiore a quello rilevato in altre fasce di età.

2.2 La "depressione mascherata" senile

Una specificità clinica della depressione nell'anziano è la sua **manifestazione atipica**, definita in letteratura come **"depressione mascherata"** o **"depressione senza tristezza"**. Diversamente dalle altre fasce di età — in cui i sintomi prevalenti sono l'umore depresso e l'anedonia — nell'anziano la sofferenza psichica tende a esprimersi attraverso **sintomi somatici e cognitivi** apparentemente scollegati da un quadro depressivo.

Tipicamente, l'anziano depresso non riferisce di sentirsi triste, ma lamenta:

- Disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia);
- Sintomi gastrointestinali e dolori somatici diffusi;
- Affaticamento, calo dell'energia;
- Difficoltà di memoria e concentrazione;
- Riduzione dell'appetito e calo ponderale;
- Perdita d'interesse per attività precedentemente piacevoli, ma senza esplicitarla come "tristezza";
- Comportamenti di ritiro sociale e progressiva chiusura.

Secondo dati clinici italiani, **oltre il 10% degli anziani soffre di una forma marcata di depressione e circa il 40% manifesta sintomi di depressione lieve**, condizione spesso non riconosciuta né dai familiari né dal medico di base.

2.3 Il problema del "non chiedere aiuto"

Un dato ulteriormente preoccupante emerge sempre dalla sorveglianza Passi d'Argento: il **21% degli anziani con sintomi depressivi non chiede aiuto a nessuno**, né al medico, né ai familiari, né a operatori dei servizi sociali. La reticenza è dovuta a una pluralità di fattori culturali e generazionali:

- La percezione della sofferenza psichica come stigma sociale;
- La convinzione che la tristezza sia una conseguenza naturale dell'età;
- Il timore di "essere un peso" per i familiari;
- L'assenza di figure di prossimità con cui condividere il proprio stato.

In questo contesto, **il riconoscimento precoce dei segnali è il principale ostacolo clinico**. La depressione silenziosa progredisce nell'ombra, mascherata da disturbi somatici, fino a manifestarsi in forme conclamate spesso troppo tarde per un intervento efficace.

3. Solitudine e depressione: l'impatto sulla salute fisica generale

3.1 Il fattore di rischio paragonabile al fumo

La meta-analisi seminale di **Julianne Holt-Lunstad e collaboratori (2015)**, pubblicata su *Perspectives on Psychological Science*, ha quantificato con precisione l'impatto della solitudine sulla mortalità. Combinando i dati di **70 studi longitudinali su 3,4 milioni di partecipanti**, gli autori hanno concluso che la solitudine cronica e l'isolamento sociale aumentano il rischio di mortalità precoce in misura **paragonabile al fumo di 15 sigarette al giorno e superiore all'obesità**.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, riprendendo questi e altri dati nel rapporto **"From loneliness to social connection"** (giugno 2025), ha riconosciuto formalmente che la mancanza di connessione sociale comporta un rischio di morte precoce equivalente o superiore ad altri fattori di rischio ben noti, come fumo, consumo eccessivo di alcol, inattività fisica, obesità e inquinamento dell'aria.

3.2 I meccanismi biologici

Le ricerche di **John Cacioppo** dell'Università di Chicago, considerate fondative del campo della "neuroscienza sociale", hanno identificato i meccanismi biologici attraverso cui la solitudine cronica danneggia l'organismo:

- **Aumento del cortisolo:** la solitudine produce uno stato di stress cronico, con elevazione persistente dei livelli dell'ormone dello stress;
- **Alterazione del sistema immunitario:** gli studi sui leucociti hanno mostrato un'attività alterata a favore di geni pro-infiammatori e contro i geni della difesa antivirale, configurando uno **stato pro-infiammatorio sistemico** che predispone a numerose patologie croniche;
- **Disregolazione cardiovascolare:** aumento della pressione arteriosa, alterazioni del ritmo cardiaco;
- **Compromissione del sonno:** ridotta qualità ed efficienza del riposo notturno.

3.3 Le conseguenze cliniche documentate

La letteratura ha identificato un'ampia gamma di esiti clinici associati alla solitudine cronica negli anziani:

- **Ictus:** uno studio di Harvard (**Soh et al., 2024**) ha mostrato che la solitudine persistente negli over 50 aumenta del **56% il rischio di ictus**;
- **Demenza:** la meta-analisi sistematica di **Penninkilampi et al. (2018)**, pubblicata sul *Journal of Alzheimer's Disease*, ha confermato l'associazione tra ridotto engagement sociale, solitudine percepita e maggiore rischio di sviluppare demenza;
- **Diabete tipo 2:** una ricerca della Western Norway University of Applied Sciences ha documentato l'aumento del rischio di diabete in soggetti che riferiscono solitudine cronica, ipotizzando un meccanismo mediato dal cortisolo e dalla ridotta sensibilità all'insulina;
- **Malattie cardiovascolari:** una meta-analisi dell'**Università di York su 23 studi longitudinali per 180.000 partecipanti** ha quantificato l'aumento dei rischi cardiovascolari, dei deficit cognitivi,

dell'obesità e dell'indebolimento immunitario nei soggetti socialmente isolati.

3.4 Il circolo vizioso negli anziani fragili

In ambito geriatrico, la solitudine non agisce come fattore di rischio isolato, ma innesca un **circolo vizioso** particolarmente pericoloso. Una revisione sistematica della letteratura infermieristica condotta presso l'Università di Padova (Gaiani, 2021) ha sintetizzato gli effetti convergenti:

"Gli effetti negativi della solitudine sull'anziano fragile sono numerosi e possono porre ulteriormente a rischio la sua salute. Questi sono ad esempio gli squilibri ormonali, l'accelerazione del decadimento cognitivo, l'aggravamento delle preesistenti comorbidità, una maggiore esposizione all'ansia ed alla depressione: tali conseguenze negative perpetuano il circolo vizioso che si innesca tra solitudine, isolamento, peggioramento della salute psico-fisica e della qualità di vita."

La presenza di patologie croniche raddoppia inoltre la probabilità di sviluppare sintomi depressivi (OR 2,2; IC 95%: 2,0-2,6), secondo il sistema di sorveglianza PASSI dell'ISS — generando una **bidirezionalità causale** in cui malattie e depressione si rinforzano reciprocamente.

4. L'importanza dell'allenamento mentale e della stimolazione cognitiva continua

4.1 Il declino cognitivo: una condizione modificabile

Il **declino cognitivo lieve (MCI — Mild Cognitive Impairment)** rappresenta una zona grigia tra l'invecchiamento normale e la demenza conclamata. Lo **studio italiano IPREA** ha rilevato che tra il **28% e il 45% degli anziani tra i 65 e gli 84 anni**, anche in assenza di diagnosi di demenza, manifesta qualche forma di difficoltà cognitiva (memoria, concentrazione, orientamento spazio-temporale).

La buona notizia è che **il declino cognitivo non è una condanna irreversibile**. Numerosi studi hanno documentato che il cervello mantiene capacità di plasticità neuronale anche in età avanzata: opportune stimolazioni possono indurre **proliferazione dendritica e formazione di nuove sinapsi** (Hosseini et al., 2014; Fagherazzi et al., 2009).

4.2 La Stimolazione Cognitiva: efficacia documentata

La **Cognitive Stimulation Therapy (CST)**, sviluppata da Spector e colleghi, è oggi l'intervento non farmacologico con il maggior livello di evidenza scientifica nella prevenzione e nel trattamento delle demenze lievi e moderate. Numerosi studi randomizzati controllati (Spector et al., 2006; Aguirre et al., 2013) hanno dimostrato che la CST produce:

- Miglioramento del **funzionamento cognitivo globale**;
- Aumento della **qualità della vita percepita** (Woods et al., 2012);
- Riduzione dei **sintomi comportamentali e psicologici** (Woods et al., 2006);
- Effetti positivi specifici sul **linguaggio** (Chapman et al., 2004; Spector et al., 2010).

Uno studio italiano del Dipartimento di Psicologia Generale dell'**Università di Padova** (Borella et al., pubblicato su *The Journals of Gerontology — Psychological Sciences*) ha confermato l'efficacia della CST anche a lungo termine in pazienti italiani con demenza lieve e moderata, evidenziando la **stabilizzazione delle capacità mnemoniche e dell'orientamento spazio-temporale** nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

Pubblicazioni più recenti (*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023) hanno esteso le evidenze anche ad **anziani senza diagnosi di demenza** ma con lievi difficoltà cognitive, mostrando miglioramenti significativi in memoria a breve termine, linguaggio e orientamento spaziale.

4.3 Il principio: "usalo o lo perdi"

La metafora più utilizzata nella letteratura geriatrica è efficace nella sua semplicità: **il cervello, come i muscoli, risponde positivamente all'esercizio**. La mancanza di stimoli quotidiani — conversazioni significative, attivazione della memoria, problem-solving, esposizione a nuove informazioni — accelera processi degenerativi che, al contrario, possono essere significativamente rallentati con stimolazione regolare.

In particolare, gli anziani che partecipano regolarmente ad **attività cognitive e sociali**:

- Mostrano un **rischio ridotto di sviluppare demenza**;
- Presentano **livelli più alti di autostima e umore stabile**;
- Mantengono più a lungo **autonomia funzionale** nelle attività della vita quotidiana.

4.4 Cosa serve davvero

Le evidenze convergono su quattro caratteristiche che rendono la stimolazione efficace:

- **Quotidianità**: gli interventi sporadici hanno effetti limitati. La regolarità è la chiave;
- **Personalizzazione**: la stimolazione deve essere calibrata sulle capacità residue e sugli interessi dell'individuo;
- **Componente sociale**: lo stimolo cognitivo isolato è meno efficace di quello inserito in un contesto relazionale;
- **Variabilità**: alternare aree cognitive diverse (memoria, linguaggio, ragionamento, orientamento) produce benefici più ampi.

La **discontinuità** è invece il principale ostacolo nei contesti reali. Strutture residenziali e servizi territoriali, anche quando dotati di programmi di stimolazione cognitiva strutturati, faticano a garantire la frequenza quotidiana necessaria a causa di carenza di personale, dispersione del territorio assistito e priorità cliniche concorrenti.

5. La proposta Angy Care: una voce in più nel percorso di cura

Le quattro sezioni precedenti delineano un quadro convergente:

- **Milioni di anziani italiani** vivono in condizione di isolamento sociale strutturale;
- **Una quota significativa** sviluppa sintomi depressivi spesso non riconosciuti;
- **La solitudine cronica** è un fattore di rischio sanitario di primo piano, con impatti documentati su mortalità, malattie cardiovascolari, demenza, depressione;
- **La stimolazione cognitiva quotidiana** ha evidenza scientifica solida nella prevenzione del declino, ma è di difficile applicazione nei contesti operativi reali per limiti di personale.

In questo contesto, **Angy Care** è una soluzione tecnologica di supporto a strutture sanitarie, residenziali, socio-assistenziali e associazioni che si occupano di anziani. **Non è un sostituto del personale umano**, ma uno **strumento integrativo** che permette di colmare il *gap di presenza* attraverso una voce empatica, programmabile e disponibile 24/7.

5.1 Cosa fa Angy Care

Angy Care è un sistema di **assistente vocale conversazionale basato su intelligenza artificiale**, attivo telefonicamente, che intrattiene con l'anziano conversazioni quotidiane personalizzate. Le funzionalità principali sono:

- **Telefonate giornaliere programmate**: una chiamata al mattino e/o alla sera, gestita dall'assistente vocale "Giulia", per verificare lo stato dell'anziano e mantenere un contatto regolare;
- **Conversazioni di qualità**: dialoghi naturali su temi di interesse, ricordi, attualità, eventi familiari — non risposte automatiche;
- **Stimolazione cognitiva strutturata**: integrazione opzionale di esercizi leggeri di memoria, orientamento e ragionamento logico nel flusso conversazionale;
- **Monitoraggio dell'umore e segnalazione di anomalie**: l'assistente rileva variazioni significative del tono, dell'attività, della coerenza dei contenuti e produce report periodici per gli operatori sanitari della struttura;
- **Disponibilità 24/7 per chiamate in entrata**: l'anziano può chiamare il numero dedicato in qualsiasi momento, anche di notte, ricevendo una risposta empatica immediata;
- **Promemoria personalizzati**: assunzione di terapie, visite mediche, appuntamenti significativi;
- **Reportistica per la struttura**: dashboard di sintesi a disposizione dei coordinatori clinici, con segnali da approfondire.

5.2 Il valore per la struttura

L'integrazione di Angy Care nei percorsi di cura territoriali o residenziali offre alle strutture diversi vantaggi misurabili:

- **Ampliamento della copertura assistenziale** nelle ore in cui il personale non è presente o è ridotto (sera, notte, weekend, festività);

- **Riduzione delle chiamate ai familiari** legate a momenti di crisi notturna o solitudine acuta;
- **Identificazione precoce** di variazioni significative nello stato dell'anziano, attraverso il monitoraggio continuo;
- **Sostegno al personale**, che riceve segnalazioni qualificate e può concentrare il proprio intervento sulle situazioni effettivamente critiche;
- **Documentazione delle interazioni**, utile per il follow-up clinico e la valutazione multidimensionale.

5.3 Il modello di servizio

Angy Care si propone come servizio **white-label** o co-branded per:

- **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e case di riposo**;
- **Cooperative sociali** del settore anziani;
- **ASL e distretti socio-sanitari** nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- **Associazioni di volontariato** dedicate agli anziani (Auser, Federazione Alzheimer Italia, AIMA, AGE);
- **Comuni** per progetti di telesoccorso evoluto e supporto socio-assistenziale.

Il servizio si configura come **strumento di supporto non-clinico**, complementare e mai sostitutivo del personale sanitario e dei caregiver familiari.

Conclusioni

I dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'ISTAT, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla letteratura scientifica internazionale degli ultimi vent'anni convergono nel descrivere la solitudine degli anziani come una **sfida sanitaria di primo piano**, con conseguenze documentate su mortalità, salute fisica e mentale, declino cognitivo e qualità della vita.

L'Italia, per la sua particolare struttura demografica e per il livello di frammentazione del tessuto familiare, è tra i Paesi europei più esposti a questa emergenza.

Le strutture sanitarie e socio-assistenziali sono in prima linea nell'affrontare il problema, ma operano in condizioni di **risorse limitate e personale insufficiente** rispetto alla mole crescente di bisogni. La tecnologia non può sostituire il lavoro umano, ma può **amplificarne la portata e la continuità**, offrendo strumenti integrativi capaci di mantenere una presenza relazionale anche nelle ore e nei contesti in cui il personale non può essere fisicamente presente.

Angy Care si propone come uno di questi strumenti: una **voce in più** nel percorso di cura, costruita sul rispetto della dignità dell'anziano e sull'evidenza che, per stare bene, **nessuno dovrebbe mai sentirsi solo per troppe ore al giorno**.

Bibliografia e Fonti

Fonti istituzionali italiane

- **Istituto Superiore di Sanità — Sorveglianza Passi d'Argento (2023-2024)**. Isolamento sociale negli anziani. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/isolamento>
- **Istituto Superiore di Sanità — Sorveglianza Passi d'Argento**. Depressione negli anziani. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/depressione>
- **Istituto Superiore di Sanità — EpiCentro**. Salute mentale: epidemiologia in Italia. <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-italia>
- **Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)**, *Benessere soggettivo*, Rapporto BES 2021. Roma: ISTAT.
- **Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2023)**. Demografia e popolazione anziana in Italia.

Fonti istituzionali internazionali

- **World Health Organization (2023)**. *WHO launches commission to foster social connection*. <https://www.who.int/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>
- **WHO Commission on Social Connection (2025)**. *From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies* — Flagship Report. <https://www.who.int/activities/reducing-social-isolation-and-loneliness-among-older-people>
- **World Health Assembly (May 2025)**. Resolution on *Fostering social connection for global health: the essential role of social connection in combating loneliness, social isolation and inequities in health*.
- **Eurostat (2024)**. Indicators on social isolation among elderly in EU member states.

Pubblicazioni scientifiche internazionali

- **Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015)**. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
- **Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017)**. Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517-530.
- **Soh, Y. et al. (2024)**. Persistent loneliness and risk of stroke in adults aged 50 years and older. Harvard T.H. Chan School of Public Health.
- **Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014)**. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58-72.
- **Penninkilampi, R., Casey, A. N., Singh, M. F., & Brodaty, H. (2018)**. The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(4), 1619-1633.
- **European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)** — Studio europeo sull'epidemiologia dei disturbi mentali, con dati specifici sulla popolazione italiana over 65.

Pubblicazioni su stimolazione cognitiva

- **Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003)**. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- **Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013)**. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia — who benefits most? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 284-290.

- **Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012).** Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- **Borella, E. et al.** Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults With Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova.
- **Hosseini, S. M. H., Kramer, J. H., & Kesler, S. R. (2014).** Neural correlates of cognitive intervention in persons at risk of developing Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 231.
- **Studio IPREA** — Italian PRoject on Epidemiology of Alzheimer's disease.

Publicazioni divulgative scientifiche di riferimento

- **The Lancet Public Health (2025).** *Social health — the neglected third pillar.*
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00175-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00175-6/fulltext)
- **Quotidiano Sanità (2025).** *Anziani: il 29% rappresenta una risorsa per la famiglia ma il 14% vive in isolamento sociale.*
- **Università degli Studi di Padova — Tesi infermieristica.** Gaiani M. (2021). *L'anziano e la solitudine.*

© Angy Care 2026 — Documento a uso informativo per professionisti del settore socio-sanitario.

Per maggiori informazioni e per richiedere una demo del servizio:

info@angycare.com · www.angycare.com