

## Newsletter AIP – 30 luglio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

inizio in modo irriuale augurando a chi in agosto va in vacanza alcuni momenti di riposo. Noi continuiamo con la newsletter settimanale, sperando che possa costituire un momento per pensare, senza però dover interrompere il riposo, ma, anzi, eventualmente arricchendolo!

Linda Laura Sabbadini, direttore centrale dell'Istat, scrive sempre pezzi significativi, unendo la notevolissima conoscenza qualiquantitativa dei fenomeni sociali a una grande conoscenza dell'umano. Il 26 luglio ha scritto su *La Stampa*: "Vito, Odette, Mirko hanno in comune l'aver raggiunto un traguardo fantastico alle olimpiadi. Aver vinto una medaglia. Ma hanno un'altra cosa in comune: aver **dedicato la loro vittoria ai nonni**". Aggiungo che secondo me è stata la migliore dimostrazione della possibilità che giovani e anziani procedano insieme sulle strade della vita, condividendo la gioia e le fatiche del percorso. È anche il mio augurio concreto per le prossime vacanze, quando nonni e nipoti possono avere maggiori possibilità di incontro e di colloquio. Anche tra gli operatori sanitari vi sono molti nonni; sono certo che sanno trasmettere ai loro nipoti la bellezza di un lavoro che, aiutando gli altri, permette di costruire una vita significativa per se stessi e per le famiglie.

Dopo queste osservazioni positive, mi permetto **un ricordo triste e grato al dottor Giuseppe De Donno, ex primario dell'ospedale di Mantova, sostenitore nel corso del primo lockdown della cura del Covid-19 con il plasma iperimmune**. Avevo avuto un breve incontro con De Donno, ricavandone l'impressione di una persona seria, informata, generosa. Si è tolto la vita per motivi non noti, anche se è facile ipotizzare la delusione profonda provata da un medico perché la sua proposta di cura non è stata confermata da studi svolti in tutto il mondo. È l'ennesima vittima recente appartenente al mondo sanitario; abbiamo visto infatti molti soccombere a causa della malattia in modo diretto. Un particolare onore a De Donno, perché non ha potuto sopportare il fallimento della sua idea generosa per curare gli ammalati di Covid-19. Un sogno non realizzato, di fronte al quale dobbiamo inchinarci, con gratitudine e commozione.

*Jama Internal Medicine* del 23 luglio pubblica un editoriale intitolato: "**Nove lezioni imparate dalla pandemia di Covid-19 per migliorare l'assistenza ospedaliera e l'assistenza sanitaria**". Riporto i diversi punti sottolineati nell'articolo: 1. Essere pronti per una possibile inaspettata domanda di aumento dei servizi; 2. Mantenere costantemente l'osservazione del paziente; 3. Attenzione alla qualità dell'aria; 4. Supporto emotivo agli operatori sanitari; 5. Indossare sempre le maschere; 6. Usare la tecnologia per connettere le famiglie vicine e lontane; 7. Conservare adeguate riserve di materiale, diversificando le catene di rifornimento; 8. Ridurre il carico di documentazioni non necessarie; 9. Considerare le disparità razziali ed etniche in sanità. È interessante la modalità degli autori di considerare i vari aspetti con grande realismo; penso sia un efficace stile operativo, che dobbiamo imparare dal mondo anglosassone. Alla fine, ci rendiamo conto che non manca niente per prepararci efficacemente ad affrontare un futuro incerto; occorre prudenza, pensiero aperto,

capacità di visione (...anche soldi, che però non sono l'ostacolo maggiore alla possibile realizzazione dei 9 punti!).

*New England Journal of Medicine* dell'8 luglio pubblica un **editoriale sui 50 anni della TAC** ("Continuity and Change"). "Nel 1971 la prima TAC ha permesso di rilevare un tumore del lobo frontale in una donna di 41 anni. Lo scan fu effettuato in una città meglio conosciuta per l'annuale torneo di tennis (Wimbledon) e la macchina era stata costruita da una industria maggiormente conosciuta per i suoi dischi (EMI)". L'articolo fa pensare, perché parte dall'entusiasmo iniziale per concludere in modo critico sull'odierna eccessiva utilizzazione degli strumenti tecnologici nella pratica clinica.

Un lavoro pubblicato recentemente da *Jama Network* riferisce i **vantaggi molto elevati rispetto alla prevenzione del suicidio ottenibili nelle persone anziane affette da depressione attraverso un trattamento convulsivo**. So bene quanto sia ancora ampia e diffusa la critica verso questo approccio terapeutico; ritengo però doveroso presentare agli interessati dati su un atto di cura in grado di ottenere risultati positivi in situazioni cliniche spesso di grande complessità e difficoltà. Ogni medico deve comportarsi in scienza e coscienza; nello scenario decisionale non può però trascurare i dati di letteratura. Osservo che il lavoro è stato pubblicato su una rivista medica generalista e non su una psichiatrica, a testimoniare la valenza ampia e del rilievo clinico dei dati riportati.

Ricevo da Mauro Colombo, collega e amico, che sempre con grande intelligenza e generosità collabora alle nostre iniziative editoriali, il testo accluso, riguardante la **discussa approvazione da parte della FDA dell'Aducanumab**. È un contributo estremamente serio, che penso sia utile ai lettori per approfondire alcuni aspetti del dibattito, che ha coinvolto molti ambienti. La posizione di AIP sull'argomento è stata resa nota e pubblicata su questa newsletter; ci auguriamo che l'evoluzione degli eventi possa svolgersi in senso positivo; certamente, non dobbiamo suscitare false speranze, però dovremmo anche guardarci dall'assumere atteggiamenti aprioristici che tolgono qualsiasi speranza!

Aspetti negativi nel merito:

- tipo ed entità del miglioramento: biologico in entrambi gli studi ("ENGAGE" [NCT02477800] e "EMERGE" [NCT02484547]), ma solo in uno ("EMERGE") di tipo clinico, di entità modesta, in termini di rallentamento del declino cognitivo, raggiunto nel sottogruppo ad alto dosaggio. Nei pazienti così trattati, il declino cognitivo a 78 settimane è stato di 1,35 punti alla CDR "sum of boxes", contro 1.74 nel gruppo placebo ( $p < 0,01$ ): differenza assoluta di 0,39 punti, contro una "differenza minima clinicamente significativa" di 1–2 punti, su un totale di 18<sup>a,b</sup>;
- considerata la numerosità degli studi similari precedenti con risultato negativo, un approccio bayesiano smentisce – sulla base di una analisi retrospettiva basata su un singolo esito surrogato – la opportunità di approvare il farmaco, onde non incorrere in un "errore di tipo 1" [sostenere un risultato inverosimile]: 3 consulenti della Food & Drug Administration si sono dimessi<sup>a,c</sup>;
- per le agenzie regolatorie europee [Regno Unito compreso] la approvazione va basata su risultati congiunti cognitivi e funzionali<sup>c</sup>;
- la approvazione in USA è stata assegnata a prescindere dallo stadio della malattia, mentre la sperimentazione punta a fasi precoci<sup>c</sup>;
- problematica dei costi e della rimborsabilità: 43.000 €/anno cadauno per il solo trattamento [endovenoso, di durata indefinita], cui vanno aggiunti i costi dello screening per la PET amiloidea, ed i controlli periodici in risonanza magnetica nucleare per la sicurezza [effetti collaterali cerebrali in 2 soggetti trattati su 5; sintomi severi 1%]<sup>a,c</sup>;

- non vi è documentazione che i costi potrebbero venire controbilanciati da guadagni in qualità di vita, od in speranza per pazienti/familiari [rischio di creare un “precedente pericoloso” in falsa speranza] <sup>b,c</sup>;
- a fronte di spese ritenute “irragionevoli e non necessarie”, lo studio in fase 4 fornirà risultati verosimilmente nel 2030: nel frattempo – anche immaginando che solo il 10% del pazienti USA vengano trattati – l’esborso annuale sarà maggiore che per qualsiasi altro precedente singolo farmaco <sup>b</sup>;
- i fondi per altri tipi di intervento verrebbero detratti, e dirottati verso il farmaco <sup>c</sup>.

Aspetti negativi nel metodo:

- ❖ la significatività effettiva va ricalcolata al ribasso ( $p = 0,021$ );
- ❖ in studi futuri di nuovi farmaci, al gruppo di controllo dovrà venire assegnato il placebo o l’Aducanumab?;
- ❖ il livello di collaborazione nella analisi statistica tra sponsor e FDA, inusitatamente forte fin dalle prime fasi di sperimentazione, è stato criticato, mettendo in dubbio la autonomia della FDA;
- ❖ anche ammettendo che lo studio sull’Aducanumab possa porsi come una “prova di concetto” rispetto alla teoria sulla genesi amiloidea della demenza \* [di Alzheimer (ndr)] le analisi “a posteriori” – in termini epistemologici – hanno valore per generare ipotesi, non per confermarle <sup>a,c</sup>.

<sup>a</sup> Alexander, G. C., Emerson, S., & Kesselheim, A. S. (2021). Evaluation of Aducanumab for Alzheimer Disease: Scientific Evidence and Regulatory Review Involving Efficacy, Safety, and Futility. *JAMA*, 325(17), 1717–1718. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3854>

<sup>b</sup> Schulman, K. A., Greicius, M. D., & Richman, B. (2021). Will CMS Find Aducanumab Reasonable and Necessary for Alzheimer Disease After FDA Approval?. *JAMA*, 10.1001/jama.2021.11768. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.11768>

<sup>c</sup> Walsh, S., Merrick, R., Milne, R., & Brayne, C. (2021). Aducanumab for Alzheimer's disease?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n1682. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1682>

Infine, i consueti inviti.

Ricordo che è sempre possibile **isciversi o rinnovare l’iscrizione all’AIP**. Tutti i dettagli sono riportati sul sito [www.psicogeriatra.it](http://www.psicogeriatra.it) ; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all’indirizzo email: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it) .

È attiva la linea HELPLINE “**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell’anziano**”, alla quale può accedere gratuitamente, al numero **800 699741**, chiunque avesse l’esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l’informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Come ripetutamente ricordato, il 10-12 settembre si svolgerà l’**Alzheimer Fest** a Cesenatico. L’AIP, partner scientifico e clinico dell’evento, è **alla ricerca di volontari medici per coprire i turni del servizio “Medici senza camici”** (dizione che di per sé testimonia il ruolo che siamo chiamati a svolgere: quello di tecnici della prevenzione e della cura in un’atmosfera di rispetto reciproco e di aiuto non paludato!).

Infine, allego il Save-the-date del prossimo **22° Congresso nazionale AIP** dal titolo “Dopo la Pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età”, in programma a Firenze dal 23 al 26 marzo 2022 (evento ibrido).

Con viva cordialità e il rinnovato augurio per le prossime vacanze

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro  
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)  
per affrontare insieme  
la sofferenza psicologica dell'anziano  
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE  
800 699741**

*Servizio gratuito*

Un gruppo di professionisti  
*(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)*  
risponde al telefono  
**dal lunedì al venerdì  
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani



22

CONGRESSO  
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/26 marzo 2022

Palazzo dei Congressi



Dopo la Pandemia:  
La sfida per una Medicina  
a misura della terza Età





## INFORMAZIONI GENERALI

Il congresso si terrà in modalità ibrida; la partecipazione è prevista in presenza a numero chiuso e in collegamento via web). Sarà attivata FaD ECM Asincrona

### DATE IMPORTANTI

**20 settembre 2021**

Apertura iscrizioni  
Call for abstract

**1 dicembre 2021**

Scadenza invio abstract

**20 dicembre 2021**

Scadenza iscrizioni quota early bird

Le aziende interessate a partecipare possono scrivere a:

[florence@mci-group.com](mailto:florence@mci-group.com)

### SEGRETERIA SCIENTIFICA



Angelo Bianchetti, Alice Negretti  
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia  
Tel. +39 030 3757538  
[aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it)

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MCI Italy | Florence office  
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze  
Tel. +39 055 0986411  
[florence@mci-group.com](mailto:florence@mci-group.com)

## Temi Identitari

- COVID19: riflessioni per una ripresa
- Demenza
- Malattia di Alzheimer
- Depressione
- Delirium
- Psicosi
- Ansia e disturbi del sonno
- Disturbi di memoria
- Fragilità somatiche e psichiche
- Fragilità psicosociale, solitudine e disagio
- Telemedicine and digital therapeutics

## Tematiche Disease Centered

- Epilessia
- Disturbi del movimento e dell'andatura
- Dolore e cefalea
- Neuropatie e miopatie
- Demenze Atipiche (LATE; PART; NPH)
- Malattie cerebrovascolari
- Encefaliti immunomediate
- Le disautonomie (ipotensione ortostatica, Incontinenza urinaria)
- Le insufficienze d'organo e la fragilità
- Malattia psichiatrica e invecchiamento cerebrale
- Diabete e decadimento

## Tematiche Brain Health and Wealth

- Lifestyle and active prevention
- Nutrition for Brain Health and Disease
- Nutraceutica e Fitoterapia
- ICT and Digital Medicine
- Social Medicine

## Newsletter AIP – 23 luglio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

scrive Michela Marzano, filosofa e scrittrice, nota nel nostro ambiente per aver pubblicato il volume “Idda”, che narra le vicende di una persona ammalata di Alzheimer, che **l’obbligo vaccinale “libera chiunque è prigioniero dei pregiudizi, dell’ignoranza e, a volte, della follia”**. L’affermazione molto forte è stata fatta alla fine di un articolo (*La Stampa* del 18 luglio), nel quale, tra l’altro, cita John Stuart Mill, secondo il quale nessuno può invocare il principio di libertà per giustificare azioni che privano gli altri della propria libertà. Mi permetto di aggiungere, anche se sono completamente incompetente, che l’articolo 32 della nostra Costituzione recita che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. Perciò allo Stato compete anche il dovere di garantire la collettività ed è su questo che si fonda l’eventuale possibilità di rendere obbligatoria con legge la vaccinazione. Intanto, purtroppo, l’epidemia continua, con il rischio che a breve porti anche ad una pressione sui servizi sanitari; i giovani sono i più colpiti, mentre la frequenza delle vaccinazioni si sta fortemente riducendo.

**Continua ad essere molto vivace la discussione sul ruolo delle RSA**; mi pare però di capire che le posizioni tendono a smussarsi, anche se resta il grave problema dell’assenza di queste realtà dal PNrr, se non per un aspetto marginale. Sembrerebbe impossibile dimenticarsi, come invece sta avvenendo, che molti anziani fragili possono vivere solo perché qualcuno si prende cura di loro in modo stabile, coordinato, mettendo in campo competenze adeguate. In nessun altro settore della vita civile italiana, infatti, esistono servizi in grado di proteggere le fragilità come le RSA; quasi 300.000 nostri concittadini vivono perché curati in questi ambienti.

Oggi in una RSA l’età degli ospiti (o, meglio, dei residenti) è attorno agli 87.5 anni, le funzioni cognitive sono compromesse in circa nel 70%, oltre tre quarti soffre per una rilevante riduzione dell’autosufficienza, che impedisce lo svolgimento delle attività quotidiane di base. Nel complesso la condizione di salute è fortemente instabile, a causa della presenza contemporanea di più malattie, che determinano un quadro complesso, che può variare rapidamente nel giro di poco tempo. Inoltre, circa un terzo dei residenti sperimentava una condizione di solitudine nella precedente realtà vitale. Si tratta quindi di nostri concittadini che vivono un’esperienza individuale e familiare di disagio, che chiedono alla collettività risposte con vari livelli di intensività, mai, però, semplici o che si possono improvvisare.

Una società giusta non deve rinunciare al lavoro protettivo esercitato dalle RSA, che può essere riassunto nella funzione di “ricomposizione” delle varie situazioni di dolore somatico e di sofferenza psichica, che hanno frammentato la vita della persona anziana. **La RSA, quando realizza queste caratteristiche del suo impegno, è “un mondo vitale”**, dove le persone sono immerse in esperienze complesse, sempre più ricche di quanto avveniva nel periodo precedente l’ingresso, quando la crisi aveva posto in dubbio la possibilità di continuare a vivere nel domicilio storico. Il personale delle RSA agisce nella direzione del servizio, immettendo una componente di spontaneità e di generosità diversa dal rispetto formale di regole e linee guida e intensa; i famigliari sentono di appartenere ad



una comunità, talvolta difficile e apparentemente sorda, ma che nel profondo permette di esprimere vitalità in un legame tra persone che nella casa originaria non poteva esprimersi, a causa delle crisi provocate dall'inadeguato supporto al bisogno, dagli stessi residenti, che percepiscono, anche se spesso inconsciamente, di appartenere ad una realtà viva, dove si cerca di allontanare la solitudine e di ridurne l'effetto sulla qualità della vita.

Le RSA sono mondi vitali. La coscienza di questa realtà deve essere alla base sia della loro organizzazione che delle modalità con le quali le comunità accompagnano la loro presenza nel territorio in una prospettiva di elevate capacità tecniche, competenze professionali, generosità, sensibilità per le umane difficoltà.

Nell'intervista pubblicata sul *Corriere della Sera* del 20 luglio, concludo le mie dichiarazioni con l'affermazione: "Le RSA devono essere luoghi dove si gestisce una vita: contenitori di vita, non di fallimenti". Quindi non possono mai essere neutrali di fronte al compito di ridare vita a chi è stato colpito da vicende dolorose, che sembrerebbero averne limitato la voglia di vivere.

Riporto di seguito **alcune osservazioni su lavori recentemente pubblicati riguardanti farmaci in sperimentazione e le condizioni di cliniche di persone affette da Covid-19**. Non abbiamo certo l'intenzione di offrire un'informazione completa, ma solo alcuni spunti su tematiche particolarmente delicate, in modo da stimolare persone attente a quanto si muove nel mondo della clinica in questi momenti particolarmente critici. Mi sembra che lo scenario sia nel complesso confuso; sarebbe opportuno che i centri di ricerca più importanti al mondo si assumessero la responsabilità di una revisione critica della letteratura, evitando allo studioso "normale", come siamo noi, di subire lo stress di notizie confermate e smentite in poco tempo. Chi ha la responsabilità di comunicare con le persone che soffrono non può sembrare né dogmatico, né incerto; ha quindi bisogno di essere aiutato a comprendere l'evoluzione delle conoscenze.

*Lancet* del 17 luglio riporta uno studio condotto su un numero elevato di pazienti ricoverati in ospedale per Covid-19. Il dato originale è rappresentato dal fatto che **le complicazioni e gli outcome funzionali negativi sono stati numerosi anche nei giovani, precedentemente in buona salute**. Gli autori inglesi concludono con preoccupazione sulle conseguenze a lungo termine del Covid-19, che potrebbero causare un rilevante aumento dell'impegno dell'organizzazione sanitaria e sociale dei prossimi anni.

Un altro lavoro di particolare interesse è stato pubblicato su *JAMA Network Open* del 15 luglio, nel quale è presentato uno **studio decisamente negativo sugli effetti del Remdesivir sulla sopravvivenza e sulla durata dell'ospedalizzazione** in persone ricoverate con il Covid-19. Anche a proposito di questo farmaco vale quanto affermato prima; la medicina si trova davanti a messaggi inconcludenti o contraddittori, con conseguenze negative sulla pratica clinica, ma anche sul benessere psicologico degli operatori.

*Nature* del 7 giugno presenta lo **studio molecolare più completo fino ad oggi realizzato sul tessuto cerebrale prelevato da persone morte per Covid-19**, con l'indiscutibile evidenza di profonde modificazioni molecolari, sebbene non sia stata rilevata la presenza del virus nel cervello.

**La mancanza di vitamina D è associata con un maggior rischio di ospedalizzazione provocata da Covid-19?** Uno studio pubblicato su *J Clinical Endocrinology and Metabolism* del 17 giugno conferma questa ipotesi in un'indagine condotta su 80.000 persone, nella quale si dimostra un aumento da 2.3 a 3.6 volte del rischio di ospedalizzazione quando il livello 25(OH)D scende sotto le 50nmol/L. Però non si è rilevato un aumento della mortalità. Un ennesimo dato interessante, che però dovrà essere inserito in un quadro completo della storia naturale del Covid-19; siamo, però, ancora ben lontani dal poterne disporre.

Ricevo dal Prof. De Leo, Presidente Eletto di AIP, la nota che segue, riguardante il **vivace dibattito a livello internazionale sul concetto di "malattia legata all'invecchiamento"**. L'argomento è di notevole interesse teorico e pratico e ritengo potrà essere argomento di discussione all'interno dell'AIP. Le righe di De Leo che seguono riassumono lo stato della questione:

"A livello internazionale è in corso un dibattito su temi importanti come la discriminazione legata all'età e i diritti delle persone anziane. Il 14 luglio scorso, per esempio, la World Psychiatric Association ha contestato la scelta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di proporre tra i criteri di causalità il codice di estensione "Ageing-related" (XT9T) nell'ICD-11. Nonostante la dichiarata intenzione di portare a una maggiore attenzione sull'invecchiamento biologico nelle politiche sanitarie globali, fornendo opportunità per lo sviluppo di nuove terapie, l'inclusione di tale codice può aumentare il rischio di discriminazione e stigma, cioè di ageismo.

L'ageismo è diffuso ovunque. Danneggia la dignità e la salute degli individui, negandone i diritti umani e la capacità di raggiungere il loro pieno potenziale. Identificare i disturbi come legati all'età può far supporre che tutte le persone anziane siano vulnerabili, prive di valore o un peso per la società. La categorizzazione delle persone anziane come un gruppo omogeneo non tiene conto della grande variabilità che esiste in età avanzata. Inoltre, la rappresentazione delle persone anziane come vulnerabili favorisce il consolidarsi di un pensiero dicotomico che identifica gli anziani come deboli e bisognosi di protezione e i giovani come liberi dalle malattie. Come ha sottolineato la World Psychiatric Association, ciò ha anche portato le generazioni a scontrarsi l'una contro l'altra. Concettualizzare l'invecchiamento come fattore causale di una malattia finisce per negare il contributo positivo in termini di saggezza, produttività e resilienza fornito dalle persone anziane. L'ageismo favorisce molti fenomeni negativi, dall'invisibilità sociale al rischio di trattamenti terapeutici inadeguati. La pandemia tuttora in corso ha evidenziato fin troppo bene come le persone anziane siano spesso lasciate indietro ed escluse in modo sproporzionato dalla protezione sociale e dal sostegno alla sopravvivenza. Garantire che le persone anziane non siano discriminate in base alla loro età deve rappresentare un imperativo categorico da parte di tutta la società civile".

Ricordo che è **sempre attivo il numero verde SoloLine**, organizzato da AIP per dare risposte ai mille problemi che la solitudine ci carica sulle spalle. Un gruppo di psicologi e di medici è disponibile secondo quanto indicato nella locandina in allegato.

Allego alla newsletter il programma preliminare della **IV Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano** "Il dolore psichico e la solitudine. L'attenzione personale e della comunità per lenire la sofferenza della mente", in programma a Padova il prossimo 15 novembre (evento ibrido).

Vi informo inoltre che sul sito AIP è disponibile in libera consultazione l'**articolo del Dr. Rozzini e Colleghi** dal titolo "La trasformazione dell'ospedale durante il Covid e la tutela organizzata delle fragilità", che verrà poi raccolto nel nr. 2-2021 della rivista Psicogeriatría.

Infine, il **consueto invito a chi ci conosce perché si iscriva all'AIP**, società scientifica che vive sostanzialmente sull'impegno dei propri soci. Sul sito AIP [www.psicogeriatría.it](http://www.psicogeriatría.it) sono presenti tutte le indicazioni pratiche per il versamento; la segreteria è disponibile all'indirizzo [aipsegreteria@grgbs.it](mailto:aipsegreteria@grgbs.it) per qualsiasi necessità.

Un cordiale saluto a chi ci segue. Colgo l'occasione per ringraziare chi mi fa giungere segnali di apprezzamento per questo impegno settimanale, il cui scopo è collegare su contenuti professionali, clinici ed umani la grande e articolata famiglia dell'AIP.

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro  
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)  
per affrontare insieme  
la sofferenza psicologica dell'anziano  
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE  
800 699741**

*Servizio gratuito*

Un gruppo di professionisti  
*(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)*  
risponde al telefono  
**dal lunedì al venerdì**  
**dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

IV GIORNATA  
NAZIONALE  
CONTRO  
LA SOLITUDINE  
DELL'ANZIANO

# IL DOLORE PSICHICO E LA SOLITUDINE

L'attenzione personale  
e della comunità  
per lenire la sofferenza  
della mente

**Padova**, 15 novembre 2021  
Fornace Carotta - Via Siracusa, 61

**EVENTO IBRIDO**



**09.30**

Salute delle Autorità comunali  
e dell'USL Euganea

**10.00**

La sofferenza della mente  
e i suoi significati

**10.30**

La sofferenza della mente e la speranza

**11.00**

Le dinamiche della sofferenza  
della mente

**11.30**

Il dolore psichico e il suicidio

**12.00**

Il dolore psichico nel fine vita

**12.30**

Il dolore della mente e la salute  
del corpo

**13.00**

Pausa

**14.00**

Il covid-19 ha amplificato la solitudine?

**14.30**

Le risposte per evitare la crescente  
sofferenza dell'individuale

**15.00**

L'attenzione tra le persone per lenire  
la sofferenza

**15.30**

La comunità in supporto alla sofferenza  
individuale

**16.00**

Discussione generale

**16.30**

Conclusioni: uno sguardo al futuro



## INFORMAZIONI GENERALI

### SEDE

Fornace Carotta  
Via Siracusa, 61 - Padova

### ISCRIZIONI

La partecipazione è a titolo gratuito.

È necessario iscriversi sia per la partecipazione in sede, sia per la diretta web.

La segreteria invierà conferma di avvenuta iscrizione.

Sarà possibile iscriversi unicamente **online dal 10 settembre 2021**.

### Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti  
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia  
Tel. +39 030 3757538 - [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it)

### Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office  
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze  
Tel. +39 055 0986411 - [florence@mci-group.com](mailto:florence@mci-group.com)



## Newsletter AIP – 9 luglio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

**continua l'azione per screditare le RSA.** Abbiamo nuovamente risentito l'affermazione, da parte di persone che nulla sanno della vita in queste strutture, che il 70% degli ospiti sarebbe malnutrito. Quelli che non hanno pregiudizi sanno bene che non è vero; tutto serve, però, per diffondere nelle comunità l'idea di strutture che trattano così male gli ospiti che nemmeno danno loro un'adeguata nutrizione. Allego a questa newsletter la mail ricevuta da una collega responsabile di RSA che spiega la falsità dei dati sulla malnutrizione; chi insiste in questa logica del "tanto peggio, tanto meglio" compie un atto incivile e irrispettoso della realtà.

Un articolo pubblicato su *JAMA* del 3 luglio discute gli **effetti preventivi dell'immunoterapia passiva attuata attraverso Bamlanivimab rispetto a Covid-19**. L'articolo è accompagnato da un interessante editoriale che discute la storia di questo approccio fin da Emil von Behring, che vinse il premio Nobel nel 1901 sull'uso di un antisiero per trattare la difterite. Bamlanivimab è stato somministrato in un migliaio di residenti e di operatori di case di riposo; dopo un mese è stata controllata l'incidenza di Covid-19, che è stata del 15.2% nei controlli e del 8.5% nei trattati, con un'odds ratio di 0.43. Un dato significativo che apre la strada ad altri studi, anche per analizzare la resistenza al trattamento da parte di possibili varianti.

Un altro approccio che ritengo interessante è la **terapia con antagonisti del recettore IL-6, in pazienti ospedalizzati per Covid-19**, pubblicata da *JAMA* il 6 luglio. I dati non sono risolutivi, anche perché l'effetto sulla mortalità è modesto. Ritengo però che questo insieme di studi porterà ad un progressivo affinamento delle terapie; vi è la realistica possibilità di arrivare entro breve tempo a delineare farmaci (o cocktail degli stessi) in grado di agire positivamente nelle varie fasi della malattia che, come è stato da tempo intuito, richiedono approcci profondamente diversi.

Anche se non riguardano l'anziano, mi hanno fatto molta impressione i dati pubblicati dall'Istat sulla mortalità infantile nel 2018, che nel Mezzogiorno e nelle isole è stata rispettivamente del 3.6 e del 3 per mille, mentre nel Nord Est e nel Nord Ovest è stata rispettivamente del 2.3 e del 2 per mille. Non sono un esperto e quindi non mi permetto di fare commenti specifici, ma **mi preoccupa la condizione dei sistemi sanitari in alcune regioni, perché sono coinvolti anche gli anziani**. Invece non vedo alcun impegno specifico da parte del governo nazionale, nemmeno nel PNrr, per cercare di ridurre differenze così gravi. Sarebbe necessario un duplice intervento: uno economico, per finanziare nuovi servizi ove inadeguati o assenti, l'altro per formare gli operatori all'adozione senza incertezze o trascuratezze di specifiche linee guida per i vari problemi di salute. Ad esempio, non nascondo una certa preoccupazione per il funzionamento in alcune Regioni dei servizi territoriali e delle RSA, come giustamente indicato dal PNrr.

**Il Papa Francesco è stato ricoverato al Policlinico Gemelli per un intervento chirurgico al colon.** È una persona di 84 anni, con una storia clinica complessa, con problemi polmonari, una sciatica molto fastidiosa. Inoltre, deve avere dei problemi podologici, come si capisce analizzando la sua andatura. Dicono che il paziente sia molto poco “paziente”, non ascolta i consigli a muoversi e a ridurre il peso. Attualmente è curato dal nostro collega Roberto Bernabei, che è stato presidente della SIGG subito dopo di me; a lui facciamo un caloroso augurio pensando al suo non facile “paziente”. Ma il punto sul quale vorrei soffermarmi in particolare è il coraggio del Papa, che continua senza pace a lavorare, nonostante gravi limitazioni. È l’ennesima dimostrazione di quanto conta la forza della mente, anche in presenza di una debolezza del corpo. Peraltro, queste considerazioni non tengono conto dello... Spirito Santo, che molti ritengono responsabile del coraggio di Francesco nel superare i limiti imposti da un corpo fragile.

**L’osservatorio Tendercapital-Censis ha pubblicato alcune valutazioni sulla condizione anziana dopo la pandemia,** dalle quali si intuisce che i nostri vecchi hanno affrontato con minori difficoltà il tempo del dolore che ha caratterizzato gli ultimi mesi. Un aspetto delicato dello studio è la messa in luce della frattura che si è aperta con le nuove generazioni. I giovani ritengono infatti che lo stato spenda troppo per le fasce più anziane della popolazione, trascurando invece le loro giuste rivendicazioni. Al di là dello studio che è di grande valore, non è possibile nasconderci **che il conflitto tra le generazioni rischia di diventare sempre più delicato.** Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche porteranno ad un aumento del numero degli anziani e dei loro bisogni (anche a causa della sopravvivenza di persone con problemi di salute): come gestire queste dinamiche, senza ulteriormente approfondire il contrasto con i giovani? I governi nazionali dovranno seriamente affrontare questa problematica, impostando una seria riforma della scuola e dell’università, collegata con una profonda riforma del mercato del lavoro. Un esempio quantitativamente limitato, ma istruttivo, è l’incapacità mostrata in questi anni da parte dell’università di allargare in modo incisivo gli accessi alle professioni sanitarie. Si procede con una prudenza senza senso, con duplice danno: da una parte si privano i medici e gli altri giovani operatori di sbocchi professionali di alta qualità e di soddisfazione sul piano soggettivo, dall’altra si privano i cittadini di giovani formati, in grado di rispondere ai problemi di salute e assistenziali degli anziani. AIP segue con attenzione questo tema, perché la popolazione anziana è per natura pacifica e non vuole essere responsabile di tensioni sociali che danneggerebbero ogni prospettiva di crescita equilibrata.

Ricordo che è **sempre attivo il numero verde SoloLine**, organizzato da AIP per dare risposte ai mille problemi che la solitudine ci carica sulle spalle. Un gruppo di psicologi e di medici è disponibile secondo quanto indicato nell’allegata locandina.

Infine, il **consueto invito a chi ci conosce perché si iscriva all’AIP**, società scientifica che vive sostanzialmente sull’impegno dei propri soci. Sul sito AIP [www.psicogeriatría.it](http://www.psicogeriatría.it) sono presenti tutte le indicazioni pratiche per il versamento; la segreteria è disponibile all’indirizzo [aipsegreteria@grgbs.it](mailto:aipsegreteria@grgbs.it) per qualsiasi necessità.

Si avvicina il tempo del riposo; alle Colleghe e ai Colleghi che hanno preso qualche giorno di ferie un augurio di serenità. A tutti noi, invece, il consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro  
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)  
per affrontare insieme  
la sofferenza psicologica dell'anziano  
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE  
800 699741**

*Servizio gratuito*

Un gruppo di professionisti  
*(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)*  
risponde al telefono  
**dal lunedì al venerdì**  
**dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

Carissimo professore,

usare il termine “denutrizione” suggerisce subdolamente l’idea che si voglia risparmiare sulla spesa che riguarda gli approvvigionamenti ed il confezionamento dei pasti della giornata alimentare che, nelle voci di bilancio, incide per una percentuale minima compresa tra il 3,90 ed il 4,50%. Se voglio risparmiare agirò su spese più consistenti, quali quelle del personale, pari a circa il 70-75% delle nostre uscite. (Intervenire su quest’ultimo parametro, sia chiaro, non significa diminuire gli standard del personale, ma cercare di ottimizzarne l’organizzazione!).

Per quanto riguarda il peso degli ospiti, già quando lavoravo in casa di riposo avevamo dei fogli in cui, almeno quattro volte l’anno, venivano annotati i pesi, parimenti a quanto si faceva per controllare la regolarità dell’alvo.

Ho lasciato quel lavoro nel 2002!

Attualmente, secondo quanto previsto dal percorso per la qualità dell’ISO 9001, che abbiamo adottato anni or sono per migliorare le prestazioni al nostro interno, il peso viene controllato e scritto in cartella mensilmente o, con maggiore frequenza, a seconda delle indicazioni date dal medico, ad esempio nello scompenso cardiaco o nel post Covid.

Inoltre la nostra cartella medica informatizzata presenta una voce per la rilevazione del peso e, se il dato non è presente, appare un avvertimento.

Questo per sottolineare quanto le variazioni del peso siano ritenute importanti.

Gli scostamenti vengono analizzati ogniqualvolta si fa la verifica del PAI: trimestralmente, oppure costituiscono essi stessi motivo per anticipare tale verifica.

Dirò di più: il peso è uno dei parametri da monitorare previsti nella nostra carta dei servizi che viene prodotta ad ogni visita per il rinnovo dell’accreditamento.

Per quanto concerne l’idratazione essa è contenuta nel piano di lavoro degli operatori con scadenze orarie precise. Anche il piano di lavoro è puntualmente verificato ad ogni visita per l’accreditamento.

## Newsletter AIP – 2 luglio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

sono stato da più parti criticato per il mio pessimismo sull'evoluzione della pandemia. Anche qualche amico che rispetto mi ha invitato a non mettermi sulla stessa posizione di una politica che eserciterebbe un potere poco rispettoso delle libertà. Non credo di appartenere a questa categoria, sia perché non faccio politica, sia perché credo profondamente nella libertà mia e dei miei concittadini. Chi ci segue in questa newsletter ha certamente compreso che l'unico nostro obiettivo è suscitare interesse e attenzione per i grandi problemi che ruotano intorno alla vita delle persone anziane. E poiché queste sono sempre di più, occupandocene diamo attenzione ai problemi più veri della vita individuale e collettiva.

Corbellini e Mingardi hanno recentemente scritto su *Linkiesta* che “conviene di gran lunga sbagliare una previsione pessimistica rispetto ad una ottimistica: in questo secondo caso ne va pesantemente della reputazione a fronte dei danni registrati, mentre nel primo la soddisfazione per i mancati danni cancella l'errore commesso”. È un calcolo che non ci appartiene e che ritengo miserando, anche se forse ha ispirato qualche pubblico comportamento!

In concreto io continuo a indossare la mascherina, non per timore riguardo alla mia salute, ma per ridurre il rischio di diffusione della malattia; infatti, nonostante tante discussioni, non è chiaro se chi è stato vaccinato possa essere un agente che trasmette la malattia.

A questo proposito sono rimasto favorevolmente impressionato per la velocità con la quale sono riuscito ad ottenere la mia green card. Un'operazione facilissima, nettamente in contrasto con le mie aspettative un po' scettiche. Soprattutto sono rimasto sorpreso dal fatto di aver trovato in rete le indicazioni, fornite dal Ministero della Salute, riguardanti le mie vaccinazioni, avvenute sotto la gestione della Regione Lazio. Un dialogo efficiente tra governo centrale e regioni che spero diventi una modalità normale per le relazioni tra i due livelli di governo, con grande vantaggio per i cittadini. Sono invece preoccupato per lo sviluppo di un [piano serio di vaccinazione nei paesi meno ricchi](#); speriamo che la promessa di un miliardo di dosi fatta durante il G7 venga mantenuta. Non solo per motivi etici e per un dovere planetario, ma anche, come abbiamo sostenuto in passato, perché non possiamo salvarci da soli. Se non blocchiamo la pandemia in paesi solo apparentemente lontani, non riusciamo a evitare la comparsa di nuove varianti, verso le quali dobbiamo continuare un'azione di inseguimento con i vaccini per proteggere i nostri cittadini. Speriamo abbia torto *Lancet* del 19-25 giugno, che scrive in copertina: “Covax era una buona idea, frutto di una visione solidaristica. Sfortunatamente non si è realizzata... I paesi ricchi continuano a comportarsi peggio del peggiore incubo che potremmo avere”.

Recentemente ho scritto su facebook una nota sul [lavoro degli infermieri nelle RSA e sul progressivo abbandono delle stesse](#), perché richiamati da altri servizi sanitari. Ho ricevuto moltissime risposte, che riassumo in poche parole: “fino a che continueremo ad essere pagati meno rispetto agli ospedali o ad altri settori del SSN la diaspora continuerà e quindi non si creeranno gruppi stabili di professionisti, che mettono a disposizione degli ospiti una cultura ed esperienze di

valore". Le principali lamentele riguardano i contratti, molti diversi, mentre sono ancora poche le RSA che applicano quello della sanità, più favorevole degli altri; anche le modalità di lavoro rientrano tra le lamentele più diffuse e pesanti. Non spetta a me giudicare queste affermazioni, se non constatare l'ovvio, che può essere così banalmente riassunto: nelle RSA si guadagna di meno e si lavora di più... Ma come rispondere a queste giustissime richieste, considerando le oggettive difficoltà gestionali che in questo momento devono affrontare le RSA? Il governo nazionale non dà segnali di interesse; anzi, il Ministero della Salute ha istituito una commissione che ha concentrato critiche spesso ingiuste sulle RSA. Inoltre, nel recente PNrr non vi sono realistici stanziamenti per le RSA; allo stesso tempo le Regioni affermano che non è di loro competenza provvedere in questo senso. Il risultato finale: **le RSA sono senza finanziamenti adeguati alla crisi di oggi e per affrontare un domani di ancor maggiore impegno, ma, soprattutto, sono senza guida politica**, quasi fossero un ambito sociale da nascondere. Per poi, invece, scoprire che alcune centinaia di migliaia di nostri concittadini non hanno potuto continuare a vivere nelle loro case per motivi di salute e per una scarsa protezione sociale: due fattori che, quando sono combinati, inducono alla scelta di una residenza. Dobbiamo avere il coraggio di dire che sono inutili le discussioni e le commissioni che propongono l'una o l'altra soluzione per il futuro delle RSA, senza però essere in grado di indicare la benché minima fonte di finanziamento. Se io fossi un gestore o un operatore mi sentirei davvero preso in giro; d'altra parte, ritengo che qualsiasi persona seria starebbe in silenzio se prima non sono chiare alcune concrete possibilità di finanziare qualsiasi spunto di innovazione! Senza pretendere un programma generale, come è indicato nel PNrr per altri settori dell'assistenza, ma almeno offrendo l'indicazione per programmi a lungo termine, ma con un preciso punto di inizio.

Ma la crisi delle RSA non è la sola di questo nostro tempo che dovrebbe vedere uno slancio senza interruzione per migliorare tutto quello che è possibile nell'organizzazione dei servizi sanitari, sia in una prospettiva di lungo termine, sia per prepararci alle nuove possibili epidemie. Sono rimasto colpito da un titolo de *La Stampa* riguardante la sanità piemontese: "Terapie intensive, lavori infiniti. Il 90% dei posti è ancora da allestire". L'articolo spiega di conflitti tra livelli decisionali (Roma, Torino, diverse ASL), ma alla fine i cantieri previsti dal piano Arcuri per potenziare gli ospedali non decollano. È davvero una situazione drammatica; **gli uffici incaricati della progettazione e dell'esecuzione non sono in grado di affrontare celermente la crisi**. Dove andremo? Se l'amministrazione pubblica non verrà radicalmente migliorata a supporto della società civile, a cominciare dal mondo della sanità, entreremo a breve in una crisi irreversibile e scenderemo nel gruppo dei paesi con una sanità di livello scarso.

**La recente Conferenza nazionale sulla salute mentale ha presentato alcuni dati pesanti sulla salute dei cittadini**. Chi è entrato in contatto con il virus ha visto aumentata di 5 volte la possibilità di accusare sintomi depressivi, che si stima abbiano colpito 800 mila persone, più altre 150 mila che hanno subito le conseguenze delle circostanze, in particolare la crisi economica e la disoccupazione. Manca però ancora una percezione diffusa delle conseguenze della pandemia rispetto alla salute di molti nostri concittadini, sia per gli effetti diretti, sia per l'instaurarsi di una condizione di long covid; una quantità impressionante di persone che soffrono e che non si sentono comprese nel loro dolore.

**Mercoledì scorso si è tenuto l'ultimo dei webinar AIP** organizzati dallo scorso novembre. Adesso entriamo nella fase del riposo, per riprendere in settembre. Saremo lieti di poter ricevere da chi ci legge indicazioni su possibili argomenti. Speriamo, in ogni modo, di non dover riprendere, se non marginalmente, ad occuparci di Covid-19. In questi mesi chi ha interesse a seguire le nostre iniziative può contattarci su facebook; inoltre, la newsletter settimanale continuerà ad essere pubblicata, anche perché desideriamo metterci nelle condizioni di molti nostri lettori che non si possono concedere vacanze chilometriche.

Allego a questa newsletter un breve pezzo di Stefano Boffelli, coordinatore dei **Caffè Alzheimer della Lombardia orientale**, che indica il forte desiderio di ripresa delle attività di questo importante servizio.

Ricordo che è attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente, al numero **800 699741**, chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Infine, segnalo che è sempre possibile **isciversi o rinnovare l'iscrizione all'AIP**. Tutti i dettagli sono riportati sul sito [www.psicogeriatra.it](http://www.psicogeriatra.it) ; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all'indirizzo email: [aiipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aiipsegreteria@grg-bs.it) .

Un carissimo saluto ed un augurio a quelli che incominciano le loro vacanze.

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro  
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)  
per affrontare insieme  
la sofferenza psicologica dell'anziano  
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE  
800 699741**

*Servizio gratuito*

Un gruppo di professionisti  
*(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)*  
risponde al telefono  
**dal lunedì al venerdì**  
**dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani



## Incontro dei Caffè Alzheimer della Lombardia Orientale Resilience Webinar del 29 giugno 2021

Dove eravamo: a Febbraio 2020 attività in fermento (21 Caffè Alzheimer in rete, pubblicazioni scientifiche dei nostri risultati, il convegno AIP, la preparazione all'Alzheimer Fest). Poi, la sospensione fisica (sospesa l'attività in presenza) ma anche cognitiva (non più tempo per pensare, solo azione per la pandemia). Mantenuti sì i contatti coi familiari per via elettronica, abbiamo però perso nel frattempo molti malati e familiari, e molte attività, soprattutto quelle che richiedono la presenza fisica. Inoltre, per motivi organizzativi o economici, alcuni dei nostri Caffè rischiano di non riaprire più a settembre 2021, lasciando scoperte ampie aree di bisogno. Eppure sentiamo la necessità di riprendere, con fiducia, quel trust che contraddistingue le ripartenze dopo gli eventi catastrofici che si nutre di notizie positive, nuove opportunità di cura, di Humanism dopo la fase dell'Heroism, di rinnovate modalità di organizzazione, attente alle necessità di malati e familiari.

I nuovi farmaci per l'Alzheimer, la lotta allo stigma della malattia e all'agesimo, l'attenzione alle good piuttosto che alla bad news (guardate il sito Good News Network) sono il paradigma di una volontà di ricrescita forte. Peraltro, la realtà ci porta e vedere nuove e più numerose richieste di aiuto, da parte di familiari più poveri, più stanchi e stressati, di pazienti più gravi (nei sintomi cognitivi e comportamentali) e con maggiori necessità assistenziali.

E la realtà dei Caffè Alzheimer, per ora, è quella di impotenza di fronte alle richieste: mancano gli spazi, i volontari, talora i finanziamenti, e si può solo mantenere a distanza i contatti con le famiglie. Ripartire è un dovere: ma bisogna cambiare, non si può riprendere il cammino come in precedenza: bisogna cambiare spazi, programmi, e pensieri. Adattarsi ad una nuova era dei Caffè Alzheimer: più vicini, più attenti, ai nuovi poveri della malattia. Si riparte con AIP e con Alzheimer Fest. E ci si reinventa.