

Newsletter AIP – 8 maggio 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

tra le tante problematiche che si aprono davanti a noi per i prossimi mesi, una ci riguarda molto da vicino come professionisti.

Come sarà la medicina del prossimo futuro?

Non lo sappiamo, ma certamente sarà molto diversa da quella... dell'anno scorso. Meno certezze sulla base scientifica della prassi clinica, meno certezze sul rapporto con il malato, meno certezze sul modo di ipotizzare (sperare) la guarigione.

Dobbiamo tornare a occuparci del tempo futuro, mentre nel recente passato ci siamo troppo dimenticati di guardare avanti. Dobbiamo costruire pensieri grandi e buoni, distinguendo ciò che è davvero utile da ciò che è solo immagine. Chi soffre ha bisogno di pensieri solidi, non di immagini... e la medicina è per definizione solida!

Ma come faremo a costruire il nuovo senza perdere il buono di prima, senza inseguire banalità e improvvisazioni? Su questi temi l'AIP si sente fortemente impegnata, perché anche gli interventi strutturali sull'organizzazione dei servizi, che doverosamente dovremo affrontare come cittadini e come operatori sanitari, non saranno fondati se non sono preceduti o accompagnati da quanto di nuovo e di solido saremo riusciti a elaborare culturalmente.

Il primo passo su questa strada sarà un **supplemento della nostra rivista Psico geriatria**, che è stato costruito in questi giorni, e che è **disponibile dalla prossima settimana** (riceverete tutte le opportune indicazioni); contiene 40 contributi di diversa impostazione, per offrire una lettura della complessità degli eventi, ma soprattutto per permettere a ciascuno di elaborare proprie visioni rispetto al futuro. Un secondo passo sarà stimolare le sezioni regionali ad affrontare, con i mezzi che saranno concessi dall'evoluzione dell'epidemia e dalle conseguenti disposizioni di legge, i temi riguardanti la medicina del futuro e le sue concrete espressioni, in modo da coinvolgere il maggior numero possibile di persone vicine all'AIP. Ugualmente il **congresso nazionale**, programmato per il **17-19 settembre, sarà dedicato anche all'elaborazione di un pensiero aperto sulla medicina di domani** (conserveremo però la struttura originale dell'evento, perché la vita continua, così come imposto dalle esigenze dei pazienti e dal nostro forte impegno per una preparazione clinica sempre più accurata).

In maniera schematica, ritengo che dovremo partire dalla lettura di quanto è avvenuto, rispondendo ad alcune domande. Per molte non avremo risposte; la stessa mancanza di queste ultime sarà un'indicazione che qualche cosa non ha ben funzionato nel nostro passato, quando ci siamo affidati acriticamente all'alveo di un processo di continuo miglioramento, per molti aspetti valido, ma del quale non siamo stati in grado di identificare i limiti e le incertezze.

Di seguito accenno ad alcuni punti, confidando sulla collaborazione degli iscritti all'AIP e di tutti quelli che ritengano di contribuire con le loro idee alla costruzione di un futuro possibile. Non affronto gli aspetti più ampiamente discussi in queste settimane, perché a nulla servono le critiche

se non sono accompagnate da proposte o quantomeno dall'individuazione di strade percorribili in futuro. La logica nella quale ci muoveremo è la ricerca di dati il più possibile fondati, consci della difficoltà di svolgere studi oggi in tempi così brevi studi controllati nei vari settori dove sarebbero necessari. Il nostro atteggiamento dovrà essere aperto ai possibili risultati delle ricerche, con una certa quantità di scetticismo popperiano, che però non arriverà mai a negare la possibilità di un futuro migliore, anche negli angoli più critici della medicina.

Perché le malattie infettive, dopo la parziale soluzione del problema AIDS, erano di fatto ai margini del nostro interesse, con la conseguente riduzione di studi e ricerche in ambito terapeutico? È stata forse eccessiva l'enfasi sull'AIDS (i reparti costruiti ad hoc e poi scarsamente utilizzati), senza averne compreso l'evoluzione? Abbiamo avuto una fiducia acritica sulle "sorti felici" del nostro mondo sviluppato, ritenendo che le malattie infettive sarebbero rimaste confinate nel lontano oriente o in Africa? La possibilità di trasmissione tra gli individui di patologie devastanti, senza la possibilità di un controllo umano, non era culturalmente accettabile da parte di un mondo proteso alla bellezza, all'aumento delle potenzialità fisiche e psichiche degli individui, alla ricerca della ricchezza. Non si tratta di dare un giudizio morale, che non ci compete, ma di leggere le radici profonde di comportamenti che vengono da lontano e che hanno determinato i modelli di vita degli ultimi decenni. Infine, quanto ha giocato nell'indurre i nostri comportamenti il mancato diffuso coraggio nell'opporsi alle posizioni no vax?

Perché la cultura medica ha trascurato -eccetto qualche interessante eccezione- da una parte le malattie croniche, in particolare quelle legate all'invecchiamento, dall'altra, le malattie infettive? Le prime ponevano troppo gravi anche sul piano pratico, oltre che teorico, le seconde -come detto prima- sembravano un retaggio del passato. A questo proposito sarebbe invece doveroso leggere le cronache del 1500 e della gestione da parte del potere politico e religioso dei gravissimi eventi di quel tempo; il verificare forti similitudini tra allora e oggi impone di pensare alla stabilità di alcuni comportamenti umani; non vedo infatti come potranno esser diversi in futuro!

La crisi ha colto la medicina in un punto di passaggio verso l'adozione su larga scala, in termini quantitativi e qualitativi, dell'intelligenza artificiale nelle sue varie forme, e quindi dei big data. Le riviste scientifiche prima del coronavirus contenevano in quantità crescente dati e commenti in questo ambito. La medicina post-covid-19 dovrà investire con maggiore determinazione, superando timori e incertezze. Dopo l'epidemia, che ha messo in luce la mancanza di conoscenze in molti settori se non si dispone di enormi depositi di dati in grado di dare indicazioni di comportamento clinico, non dovremo avere alcuna timidezza nell'utilizzare le conoscenze disponibili sull'intelligenza artificiale e nell'incrementare la ricerca. Inoltre, la crisi ha mostrato che quando medici e infermieri vogliono essere vicini al paziente non vi sono mascherine, occhiali, scafandri che impediscono gesti umanissimi di cura. Questo ci fa pensare positivamente al futuro: non vi saranno "scafandri matematici" in grado di frapporsi tra la volontà del curante e la sua concreta espressione vicino a chi ha bisogno di assistenza. Quindi, dovremo certamente pensare a come ottimizzare gli atteggiamenti di cura, ma senza la tentazione di rallentare il progresso in nome di inesistenti difese della "purezza" del rapporto medico-paziente. O di una privacy che è sempre più invasiva in vari momenti della nostra giornata, ma alla quale si può rinunciare se adeguatamente protetti. Il nostro paese dovrà investire sulle infrastrutture tecnologiche che saranno utili in ogni ambito, ma ancor più per migliorare le possibilità di cura. Chi dovrà occuparsi di strutturare le piattaforme sulle quali confluiranno i dati da tutte le fonti che sarà necessario raccogliere?

La crisi ha messo in luce il successo della medicina tecnologica, quella delle intensive care unit, e l'elevata capacità operativa dei suoi addetti. Gli ospedali durante la crisi sono stati governati dalla medicina interna e dalle terapie intensive, con il supporto delle geriatrie, dove sono presenti (le chirurgie erano estranee per ovvi motivi). Poiché le possibili crisi del futuro riguarderanno sempre

più le persone anziane, come dovranno essere strutturati gli ospedali? Certamente le aree intensive dovranno essere sviluppate, ma contemporaneamente si dovrà indurre la crescita di aree con preparazione e sensibilità per le fragilità dell'anziano, la polipatologia, le alterazioni cognitive. Sul piano delle conoscenze cliniche sarà necessario comprendere le cause che interferiscono con la salute, in particolare se vi siano fattori intrinsecamente legati alla vecchiaia o al complesso delle patologie che accompagnano il trascorrere degli anni. Non si tratta di problematiche teoriche, perché dalle possibili risposte discendono scelte assistenziali concrete. Lo studio dell'interazione virus-soma dell'individuo anziano non può essere lasciato alla virologia, per quanto avanzata, ma deve vedere un ruolo preminente anche di chi conosce la biologia e la clinica dell'invecchiamento. Infine, una domanda di fondo: la medicina pre-covid aveva timidamente iniziato a studiare le determinanti sociali della salute. Saremo in grado di approfondire queste analisi su basi epidemiologiche serie, per comprendere la debolezza clinica di interventi che non hanno analizzato le condizioni di vita e di salute premorbose, cioè tutto quello che circonda la vita di chi si ammala? Sarà un altro filone di importanza fondamentale; un certo ottimismo su questi temi viene dalla lettura dei numerosi studi pubblicati in questi giorni sulle grandi riviste mediche riguardante la condizione clinica dei senzatetto. Occupandoci dei più fragili mettiamo le basi per una medicina che oggi si prepara seriamente a intervenire nelle situazioni più drammatiche di un possibile domani.

Con l'augurio di buon lavoro e la speranza che queste note possano stimolare qualche ulteriore elaborazione

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



Newsletter AIP – 13 maggio 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

Con piacere invio il link <https://www.psicogeriatra.it/pubblicazioni/?t=riviste> con il quale potrete accedere al supplemento di Psicogeriatra dedicato a “Covid-19 e gli anziani” appena pubblicato da AIP.

È un progetto realizzato in tempi molto brevi, per cui non vi è stata una adeguata revisione editoriale e ce ne scusiamo. Ma il messaggio di impegno da parte dell’AIP è molto chiaro: contribuiamo a una rivisitazione collettiva di quanto è avvenuto in questi mesi per costruire un futuro per tutti, in particolare per le persone anziane. Ritengo infatti che solo pensando, studiando, sperimentando riusciremo a dare cure migliori e a costruire servizi adeguati alla pressione del bisogno..

La struttura del supplemento permette l’inserimento di ulteriori contributi nel prossimo futuro; prego quindi chi avesse interesse di inviarci dei pezzi sui temi che sono affrontati nel nostro supplemento.

Sperando di aver fatto cosa gradita, con viva stima e l’augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Newsletter AIP – 22 maggio 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

sembra che l'evoluzione dell'epidemia volga al meglio, anche se restano ancora numerosi dubbi. La polemica tra i livelli istituzionali non permette fino ad ora di valutare realisticamente gli effetti delle recenti aperture; non vi è dubbio, però, che vi sono stati comportamenti irresponsabili da parte di chi non poteva vivere senza un aperitivo, sebbene la loro reale ricaduta sul quadro epidemiologico non sia ancora chiara. Mi permetto peraltro di ritenere opportuna la posizione prudente della regione Campania; la storia delle prime fasi dell'epidemia indica infatti che il virus è in grado di diffondersi in maniera subdola, perché talvolta è bastata la presenza di una persona positiva, anche se asintomatica, per contagiare intere tavolate di amici. Oggi sarà molto importante identificare in modo tempestivo i nuovi casi per isolare i contatti e decidere, in caso di nuovi focolai consistenti, di istituire zone rosse; in questa stessa prospettiva sarà necessario osservare con attenzione l'evoluzione delle problematiche cliniche in alcune residenze per anziani. Vi sono numerosi altri problemi che devono essere affrontati con la speranza di arrivare rapidamente a identificare risposte utilizzabili per migliorare la prospettiva delle cure. Tra questi, l'ancora alto livello di errore nei risultati dei tamponi, l'interpretazione incerta dei risultati degli anticorpi, la comparsa di quadri clinici con manifestazioni diverse da quelle polmonari e con tamponi negativi. Inoltre, si devono prendere in considerazione analisi ancora non sistematizzate, e quindi dubbie, che indicano una progressiva perdita di virulenza, con la conseguente minore probabilità di una prognosi negativa. Questo dato, però, è almeno in parte dovuto al fatto che ora in Lombardia i tamponi vengono eseguiti anche in soggetti paucisintomatici al domicilio e non solo ai soggetti ospedalizzati, quindi con quadri clinici più gravi.

Uno degli aspetti più critici messo in luce dall'attuale incertezza è la mancanza di un luogo a livello nazionale dove le diverse informazioni possano essere raccolte, considerate e studiate in modo coordinato, per dare risposte ad un sistema sanitario alla ricerca di una guida, proprio nel momento in cui il vecchio è in crisi e il nuovo non sembra ancora delineato. Non vi è bisogno di grandi futurologi, ma di chi osserva, analizza, interpreta, in modo che a chi lavora sul campo possano giungere utili messaggi, chiarendo ciò che è certo, ciò che è dubbio, ciò che è invece una falsa informazione.

Un punto critico è rappresentato dalla necessaria evoluzione degli ospedali, per permettere la ripresa delle normali attività cliniche. Allo stesso tempo, però, è importante programmare e realizzare la catena degli ospedali covid, che, come previsto dal governo, dovranno essere approntati per affrontare possibili eventi epidemici nel prossimo futuro. È stato previsto che devono essere uno ogni milione di abitanti. Quanti medici, quanti infermieri saranno necessari? come sarà possibile reperirli per le varie specializzazioni nei tempi necessari? L'interrogativo più delicato a questo proposito sono le modalità organizzative che dovranno essere messe in atto per collegare queste strutture con il resto del sistema ospedaliero e anche con il territorio. Saranno in grado di svolgere tutte le funzioni di un ospedale, dal pronto soccorso, alla diagnostica, all'interventistica chirurgica e non, alle terapie intensive? Per evitare di costruire cattedrali nel

deserto sarà necessario prevederne da subito i meccanismi di funzionamento, simulando senza approssimazione le possibili diverse condizioni operative.

Non sappiamo come e quando finirà questa pandemia, ma dobbiamo sforzarci di trovare una sorta di “nuova normalità”. In questa fase sappiamo che alcuni elementi dello stile di vita e delle abitudini apprese diventeranno strutturali, come ha ben disegnato [un recente lavoro di JAMA](#) (Berwick DM. Choices for the “New Normal”. JAMA. Published online May 04, 2020. doi:10.1001/jama.2020.6949). Ricordo questi punti:

a) la velocità dell’apprendimento, del miglioramento dei sistemi socio-sanitari e delle cure; b) il valore degli standard nei processi clinici e nei comportamenti sociali e individuali; c) la necessità di proteggere i lavoratori; d) l’utilizzo della tecnologia nella cura (virtuale); e) essere preparati alle future sfide e minacce con un sistema socio sanitario pronto e flessibile; f) la lotta alle disuguaglianze sociali, economiche e, di conseguenza, sanitarie. Da una crisi possono derivare comportamenti virtuosi. Attorno alla speranza che queste dinamiche possano realizzarsi non siamo tutti concordi; proprio per questo, chi, per esperienza e cultura, vede un futuro possibile deve impegnarsi perché la speranza diventi lo stile di pensiero che ci accompagna.

Rispetto alle prospettive di cura del coronavirus ho visto con grande soddisfazione che l’agenzia del farmaco in questi mesi ha approvato 30 studi clinici che riguardano sedici diverse molecole per la cura del Covid-19. Si tratta di un numero molto elevato, che fa onore alla medicina italiana; i trial clinici produrranno informazioni importanti, qualsiasi sia il risultato. Speriamo che entro breve si possano aver idee più chiare su efficacia in specifiche condizioni cliniche, sui tempi e le condizioni di trattamento, sugli eventuali effetti collaterali.

Desidero inviare anche a nome di tutta l’AIP un saluto augurale al professor Luigi Bergamaschini che in questi giorni è tornato a casa dopo la lunga degenza in ospedale. Per me rappresenta una figura simbolo, perché ha difeso gli ammalati, sia con atti pubblici sia con la sua azione di medico. Le conseguenze dei suoi atti sono state per lui clinicamente dannose (auguri di proseguire ancora il percorso di guarigione!), mentre la sua azione come responsabile di un servizio è stata da tutti apprezzata. Gli siamo grati: con la sua testimonianza ha onorato la professione medica.

“Senza anziani non c’è futuro”: è il titolo di un manifesto diffuso a livello europeo in difesa della persona anziana e della sua libertà e dignità. È stato firmato anche da AIP, perché rispecchia in pieno le nostre idee e il nostro impegno per la costruzione di comunità nelle quali l’età non sia motivo per dimenticanze, abbandoni, dolorose separazioni. Il Covid-19 potrà anche essere ricordato perché ha accelerato la comparsa di eventi e di fatti che forse si sarebbero palesati tra qualche anno, imponendoci di ripensare più precocemente (e quindi forse più efficacemente) a tanti modi di interpretare la vita.

Penso ancora oggi con dolore e orrore alle dichiarazioni del sindaco della città di Tubinga che in quei giorni ha affermato: “Lasciatemelo dire brutalmente; stiamo salvando in Germania persone che sarebbero comunque morte nel giro di sei mesi”. La mia sofferenza è stata però lenita, almeno in parte, da una fotografia pubblicata sul giornale della stessa città, dove si vede un giovane studente di medicina italiano, che frequenta la locale università, Giovanni Centurioni, il quale con le opportune bardature conduce in ambulanza gli anziani ammalati verso l’ospedale. Nella mia mente, in questa circostanza, si sono incrociati diversi messaggi: Tubinga, la città della grande cultura europea (Ratzinger vi ha insegnato per anni), il ricordo dei comportamenti in Germania verso i deboli durante la guerra, la generosità delle giovani generazioni e la loro disponibilità al

servizio, anche quando corrono gravi rischi, l'insegnamento di Francesco, che ogni mattina, con grande costanza, ci ha inviato in questi mesi messaggi di amore e di cura.

Un caro saluto e un augurio di buon lavoro, perché la ripresa permetta a ciascuno di riconquistare ritmi e impegni come nel pre-crisi. Non sono tra coloro che esercitano un ottimismo di immagine; le conseguenze della pandemia, infatti, sono per tutti pesanti, sul piano psicologico e su quello dei fatti della vita. Però dallo studio, l'impegno e l'intelligenza nascerà certamente tra di noi un modo migliore di esercitare la cura.

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP – 29 maggio 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

continua il nostro itinerario verso la difficile normalità. Siamo appena agli inizi di un percorso che ci auguriamo possa concludersi positivamente.

Credo abbia fatto bene il New York Times a stampare in prima pagina del giornale i nomi dei 100.000 morti degli USA (“an incalculable loss”). Infatti, a mio giudizio, possiamo passare alla fase 2 solo se ci ricordiamo, come individui e come comunità, delle persone scomparse a causa dell’epidemia. Il loro sacrificio impone a tutti un atteggiamento di attenzione al futuro perché non possano più accadere simili stragi.

Mi ha fatto impressione la frase di Seneca, recentemente riportata da Mauro Magatti sul Corriere della Sera: “Non c’è vento favorevole per il marinaio che non sa a quale porto approdare”. La fase due avrebbe bisogno di progetti chiari; invece, in particolare in ambito sanitario, non abbiamo ancora un’idea sul dove andare. Abbiamo, infatti, avuto promesse di denaro, che non dubito si realizzeranno, perché il ministro Speranza è persona seria; inoltre, da ogni parte stiamo sentendo commenti critici sul passato, ma poche idee chiare sul futuro. Un esempio rilevante, a mio giudizio, tra i molti che possono esser fatti, è la decisione di istituire l’infermiere di territorio (o di famiglia). Dove si collocherà? Quale rapporto avrà con il medico di famiglia? Lavorerà nell’ipotetico distretto (che non tutte le regioni hanno) o andrà nelle case? Chi stimolerà la sua attenzione sul singolo caso? Dovrà occuparsi prevalentemente di programmi preventivi e riabilitativi aperti alla popolazione o dovrà dedicare specifica attenzione alla singola persona bisognosa di cure? Di quali poteri operativi autonomi potrà disporre? Questi, e molti altri, sono gli interrogativi che dobbiamo porci su un tema importante, ma che è solo una parte dell’insieme dei provvedimenti che sarà necessario prendere per riorganizzare la nostra sanità dopo la drammatica crisi del coronavirus.

Ma chi potrà indicare a “quale porto approdare”? Purtroppo, mi pare manchi un impegno per mettere assieme pareri diversi e dare indicazioni per il futuro. Non c’è dubbio che queste linee dovranno essere costruite a livello centrale, lasciando uno spazio alle regioni solo rispetto ad alcuni particolari organizzativi. Gli infermieri di famiglia dovranno lavorare secondo modelli precisi, non essere inseriti in situazioni incerte, che non permettono di operare in maniera adeguata rispetto alle loro capacità professionali.

Si deve ricordare che le crisi che abbiamo attraversato negli ultimi hanno portato alla necessità di riorganizzare specifici settori del vivere comune, in particolare in ambito economico, ma mai le esigenze di riorganizzazione avevano legami così profondi con le radici della nostra convivenza. Mai le fragilità presenti in mezzo a noi hanno subito una simile aggressione, aprendo non solo problemi clinici, ma anche etici, psicologici, scientifici, organizzativi, economici. Ci illudiamo che la nostra risposta possa essere costituita solo da un aggiustamento quantitativo o da qualche retorico riferimento etico? Nessuno vuole ridurre la libertà e la dignità delle persone fragili, ma come si deve organizzare concretamente questo rispetto perché non resti solo un insieme di affermazioni teoriche?

Penso che molte colleghe e colleghi che ci leggano vivano con preoccupazione questo momento aperto verso il futuro; per chi ne sentisse la necessità, AIP si pone come luogo per pensare, ipotizzare, costruire assieme e senza banalità alcune ipotesi per il futuro.

Tra le attività importanti da iniziare nella fase due vi è l'istituzione di ambulatori post-covid. Alcuni ospedali si sono indirizzati in questa direzione, sia in prospettiva riabilitativa sia in quella di evitare la progressione dei sintomi respiratori e neuropsichiatrici. Sarà opportuno che le regioni provvedano a dare una struttura formale a questo lavoro ambulatoriale, di grandissimo rilievo clinico. Sarà oltre innecessario rintracciare le persone dimesse dagli ospedali; non tutti infatti hanno coscienza della loro condizione di salute. Sarebbe molto utile che i pochi ospedali che sono già partiti con questi ambulatori mettano a disposizione della comunità clinica i loro dati.

Un aspetto centrale della fase 2 riguarda come organizzare adeguatamente i percorsi delle residenze per anziani per il ritorno alla normalità. Stanno arrivando delle regole da parte delle regioni; purtroppo, in alcuni casi assomigliano più a pezzi d'appoggio per sostenere eventuali contraddittori in ambito giudiziario, che non a vere linee di indirizzo, attente in maniera equilibrata alla realtà e a suggerire modifiche sostenibili.

Si deve ricordare che in questo momento molte residenze si trovano in condizioni economiche precarie, perché sono state vittime di due azioni convergenti: da una parte l'aumento dei costi provocati dalle misure di protezione adottate per un lungo periodo e anche dalle esigenze di sostituire il personale ammalato, e dall'altra dalla riduzione delle entrate provocate dai numerosi posti vacanti a causa della morte degli ospiti, del ritiro di alcuni di loro da parte delle famiglie (fenomeno peraltro molto limitato) e dalla chiusura ai nuovi ingressi. Questa precarietà riduce lo spazio per manovre costose, delle quali purtroppo non si sono date precise indicazioni rispetto agli aspetti economici, e per qualsiasi atto che non permetta nuove entrate. Si deve considerare a questo proposito che molte strutture per anziani non disponevano, già prima del covid, di bilanci particolarmente floridi, perché la gran parte ha adottato in questi anni standard di personale almeno il 10-15% superiori rispetto a quelli prescritti dagli accreditamenti, con le ovvie conseguenze sui bilanci.

In questa prospettiva si collocano le richieste delle regioni per autorizzare il ricovero di nuovi ospiti. Si considerino, in modo schematico, i costi derivanti dalla strutturazione per stanze singole, dall'organizzazione del personale per assistere gli ospiti nei vari livelli di organizzazione dei nuclei di isolamento, dalla riorganizzazione degli spazi comuni e delle modalità delle visite dei parenti. Non voglio discutere in questa sede sull'opportunità "clinica" e preventiva di precauzioni così pesanti; non mi permetto infatti atteggiamenti superficiali e rischiosi, ma solo di ricordare che la vita nelle strutture per anziani deve riprendere a breve in maniera quasi regolare, pena l'impossibilità di strutturare una vita dignitosa degli ospiti. Sarà necessaria una contrattazione analitica sui costi, in modo da evitare la bancarotta di alcune strutture (quante?); le regioni non possono permettersi eventi di questo tipo per mantenere standard di cura adeguati a livello dei diversi territori.

Due ulteriori considerazioni riguardano il futuro a breve delle residenze.

Una prima si riferisce all'atmosfera che si instaura all'interno. Regole troppo strette toglierebbero ogni respiro al futuro della vita nelle strutture; si potrebbe instaurare un'atmosfera drammatica di disagio, di sofferenze, di dolore, che colpirebbe prima di tutto gli ospiti, ma anche i loro familiari e soprattutto gli operatori, che non avrebbero la possibilità concreta di lavorare bene, come si sentirebbero capaci di fare. Roberto Volpe, presidente della casa di riposo del Veneto, sta combattendo una battaglia coraggiosa in difesa del lavoro compiuto nelle residenze; merita il supporto di tutti noi operatori informati e sereni.

Un altro aspetto delicato riguarda la riapertura delle residenze ai parenti. Si dovrà iniziare questa nuova esperienza con molta prudenza, perché i residenti si troveranno, dopo tanto isolamento, in condizioni non ottimali di salute. I loro parenti dovranno essere preparati a questo momento, forse troppo carico di attese, in modo da evitare incontri dolorosi, situazioni imbarazzanti, stress. Le vittime principali sarebbero gli ospiti, molti dei quali non sono in grado di interpretare correttamente gli eventi, ma ne coglierebbero le atmosfere negative. Ma anche i familiari potrebbero farsi un'immagine errata dell'enorme lavoro compiuto in questi mesi nel chiuso delle residenze.

Voglio concludere questa newsletter ricordando un'affermazione della sindaco di Crema, Stefania Bonaldi: "Le battaglie non le vincono gli eroi solitari, ma le comunità. Siamo stati un popolo, non una folla mossa dalla paura". La frase è stata pronunciata quando la città ha salutato la brigata sanitaria di Cuba, che ha svolto due mesi di eccellente lavoro. Medici e operatori cubani hanno dimostrato un'alta professionalità, che è stata utilissima nei momenti più tragici; non dobbiamo dimenticare l'importanza di questa collaborazione tra sistemi diversi; forse qualcuno potrebbe non essere d'accordo, ma la cura del dolore e delle sofferenze non risente di barriere ideologiche.

Un augurio di buon lavoro, con viva stima

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría