

Newsletter AIP – marzo 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

un saluto nel tempo della “terra di mezzo” nella quale stiamo vivendo in questi giorni, tra indicazioni su un supposto controllo dell’epidemia e la realtà sperimentata direttamente che non sembra concedere serenità. Di seguito affronto alcune tematiche che interessano colleghe e colleghi; la responsabilità di quanto scritto è solo mia; sarei lieto, però, se attorno a questa lettura della realtà si potesse suscitare un dibattito che aiuti a capire uno scenario ancora così incerto. Nulla è e sarà come prima dell’epidemia; intanto dobbiamo superare la crisi, ma poi avremo molto da dire, sul piano clinico, su quello dell’organizzazione dei servizi e su come accompagnare la vita delle persone anziane. Queste sono state troppo offese da colleghi improvvidi, superficiali e talvolta ignoranti per sentirsi di nuovo accettati dalla collettività; in pochi giorni, con il gioco dei “con” e dei “per”, abbiamo disfatto decenni di pensiero geriatrico, ma soprattutto abbiamo distrutto un rapporto di fiducia. Non vorrei sembrare melodrammatico, ma come ci avvicineremo ai pazienti se questi hanno capito che chiediamo loro gli anni per prendere oggi alcune decisioni (l’intubazione), ma, un domani, anche quelle che potrebbero riguardare la somministrazione o meno di farmaci costosi? Sempre più si nota una discrepanza tra il dono di una vita lunga e la sua accettazione, espressa in modo chiaro dall’ormai famoso deprecato documento sui “danni indotti dalla longevità”, di cui parlava qualche anno fa Christine Lagarde.

Lo scenario al quale assistiamo è caratterizzato oggi da diverse situazioni nelle quali sono costrette a vivere le persone colpite dal COVID-19. Di seguito vengono schematicamente riassunte quelle prevalenti, anche se vi sono rilevanti differenze, legate alla diversa organizzazione dei servizi nelle Regioni:

- A. Le persone anziane che restano a casa anche alla comparsa dei primi sintomi sono affidate nella maggior parte dei casi a loro stesse e all’amore dei loro cari. I medici di famiglia sono impauriti, tendono a bloccare le visite, e le famiglie non chiamano il 118 perché temono si ripetano le situazioni di estremo dolore che hanno caratterizzato concittadini e conoscenti. Temono, cioè, di veder salire il familiare sull’ambulanza e di non poterlo più salutare, fino alla fine. Così tengono i malati, soprattutto se anziani, nelle loro abitazioni, li assistono con timore e affetto fino alla risoluzione negativa o positiva del quadro clinico. Non si parla di tamponi né di analisi ematochimiche, né tantomeno di imaging. Molte morti sono la conseguenza del virus; i nostri concittadini rischiano però di finire la vita senza nemmeno la dignità della diagnosi.
- B. Le persone che vivono nelle residenze (cioè i luoghi dove alcune persone anziane trascorrono gli ultimi mesi della loro vita) in questi mesi sono state vittime di una totale dimenticanza da parte dei poteri politici e dei loro vassalli che avrebbero l’incarico di gestire le aziende (!) sanitarie. Chi può veda i due articoli pubblicati su [Avvenire il 24 marzo](#) e su [il Corriere della Sera del 26 marzo](#). Nessun indirizzo è stato dato a chi gestisce le residenze, nessun supporto in termini di mezzi di protezione, di possibilità di fare i tamponi, di valutazione economica di fronte ai danni indotti dalla liberazione di posti letto causata dalla morte degli ospiti. Si è bloccato l’accesso di nuovi ospiti, ma le residenze sono sempre più pressate perché accolgano anziani dimessi dagli ospedali. Il personale è allo stremo, con un impegno eroico; nelle piccole comunità il calore che si strige intorno alle residenze compensa la solitudine di ospiti e operatori; ma non è così nei grandi centri. Di contro, molti medici e operatori si ammalano in rapida progressione, con la conseguente riduzione delle cure agli ospiti, nonostante l’impegno estremo di chi rimane in servizio.

- C. Gli ospedali sono al centro del ciclone, perché sono i luoghi della salvezza; a loro è dedicata la grande attenzione dei media e di tutta la nazione. Schematicamente il sistema ospedale si muove secondo questo modello: a) il PS dove arrivano pazienti dopo giornate passate a casa, talvolta già stremati dalla malattia; raramente è possibile rinviarli a casa, nella maggior parte dei casi vengono trattenuti in OBI in attesa di un posto letto; b) le rianimazioni dove i pazienti vengono intubati e seguiti prevalentemente da medici specialisti in anestesia e rianimazione. L'obiettivo è quello di salvare le vite; c) i reparti dove i pazienti vengono trattati nella maggior parte dei casi con ossigenoterapia (con diversi livelli di intensità), dove l'obiettivo è controllare l'insieme delle condizioni di salute del paziente, nonché di accompagnarlo con attenzione anche alle problematiche psicologiche; d) i rimanenti reparti in progressiva riduzione per la gestione delle patologie che "normalmente" afferiscono agli ospedali.
- D. Dall'ospedale il paziente viene dimesso quando ha raggiunto la guarigione clinica; quando le circostanze lo permettano può rientrare in famiglia, o in "alberghi" a bassa intensità di sorveglianza, dove possono gestirsi da soli in isolamento. Resta irrisolto il problema degli anziani che, raggiunta la guarigione clinica, presentano un grado di disabilità tale da non poter rientrare al domicilio; in questo caso è difficile il ricorso a strutture riabilitative o di lungo assistenza.

Non discuto l'efficienza del sistema sopradescritto; questa è la realtà di molti territori del nord. Ogni critica deve essere rimandata; però questo atteggiamento responsabile non ci impedisce di esprimere alcuni dissensi molto pesanti, per esempio rispetto alla volontà dimostrata da alcune regioni di trasferire nelle case di riposo le persone dimesse dagli ospedali. Non possiamo nemmeno essere sordi agli appelli che vengono da molte famiglie abbandonate nell'amorevole accompagnamento dei loro cari, prive di indicazioni di comportamento e terapeutiche. Ciò spesso comporta che i malati vengono trattenuti troppo a lungo a casa, senza efficaci strumenti per cogliere in tempo i segnali dell'aggravamento, che spesso è repentino e caratterizzato dalla discrepanza tra sintomi e obiettività.

Ho inoltre una grande preoccupazione per il sud, perché nessuno è ancora in grado di prevedere l'eventuale evoluzione dei prossimi giorni. In queste regioni si esprimerebbe, in modo ancora più grave di quanto sia avvenuto al nord, la mancanza di attrezzature tecnologiche per gli ospedali, delle protezioni indispensabili per gli operatori e di modalità per realizzare i tamponi.

Infine, un appello a chi lavora nelle università e nei centri di ricerca clinica: non perdiamo l'occasione per analizzare i comportamenti clinici del virus. Troppe sono le domande senza risposta, che potrebbero avere qualche inizio di risposta, per esempio, analizzando il materiale autoptico. Non spetta a me dare indicazioni di ricerca, ma dovremmo pensare, tra l'altro, alla neuroinfiammazione, alle compromissioni cardiovascolari, alle modalità di progressione dei sintomi, alla risposta a specifici farmaci. Un enorme area di studio per chi capacità tecniche e di pensiero.

Andiamo avanti con coraggio e speranza. Cito a questo riguardo una frase significativa di **Vaclav Havel**: **“La speranza non è ottimismo. La speranza non è la convinzione che ciò che stiamo facendo avrà successo. La speranza è la certezza che ciò che stiamo facendo ha un significato. Che abbia successo o meno”**.

Buon lavoro, con grande vicinanza

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Newsletter AIP – metà marzo 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

riprendiamo la consueta periodicità con la nostra newsletter, anche se vi è poco di normale in questi tempi difficili.

Mi permetto di ricordare che **l'AIP continua a restare a disposizione di chi avesse qualche particolare esigenza informativa o di supporto**. A tal fine aggiungo anche la mia mail personale a quella consueta da cui arriva questa comunicazione (trabucchi.m@grg-bs.it); senza alcun problema, scrivetemi.

Di seguito presento una sintesi dei numerosi contatti che ho avuto in questi giorni con colleghe e colleghi in prima linea; la sintesi è mia e quindi sono l'unico responsabile di quanto potete leggere di seguito. Anche la scelta degli argomenti è personale e quindi potrebbe non rispettare le priorità che altri colleghi hanno.

- **I vecchi come target privilegiato del covid.19.** Questa realtà sta suscitando grande preoccupazione oggettiva, perché la loro fragilità intrinseca li espone a maggiori rischi per la sopravvivenza. Il problema principale è la mancanza di certezze sull'evoluzione, su quando compaiono i primi sintomi. Fino a che punto dell'evoluzione clinica, ad esempio, è legittimo tenere un anziano nella casa di riposo, prima di inviarlo in ospedale? Da chi dipende l'eventuale decisione? Quelli che perdono tempo in inutili discussioni teoriche non hanno ancora capito cosa avviene oggi intorno a loro!

“I miei genitori sono morti soli, uccisi dalla malattia lo stesso giorno”: è la testimonianza dolente e drammatica di una signora di Albino, vicino a Bergamo. “Sono morti soli, è così con questo virus. I tuoi cari restano soli e tu non puoi nemmeno salutarli, abbracciarli, cercare di portare loro un po' di conforto, magari anche con una bugia buona: andrà tutto bene”. Non hanno un commento adeguato queste parole, che continuano così: “Io non li ho più visti, le salme sono state portate al cimitero e sappiamo che li cremeranno tra giorni, perché ci sono troppi morti”. L'unica risposta che ha significato è assicurare che chi ha responsabilità di cura si sente sempre più impegnato al servizio dei malati; per molti operatori è già stato superato il limite della fatica sopportabile, però la generosità non ha confini e dà forza anche quando sembra che questa stia per finire.

- **Di fronte all'emergenza, l'Italia delle persone normali sta reagendo con forza d'animo e nobiltà.** Giungono da ogni parte indicazioni di atti di generosità straordinarie: dall'ultrasessantacinquenne che non vuole rinunciare al servizio come volontario sulle ambulanze, ai ragazzi che si prestano a portare la spesa ai loro condomini anziani, alla dipendente di un ente pubblico che si è messa in ferie, invece di restare a casa retribuita, perché alla ripresa non vuole perdere nemmeno un'ora di lavoro, e molti altri esempi dei quali abbiamo avuto notizia, fino ai medici di una casa di riposo che si sono messi a imboccare gli ospiti in assenza dei famigliari che non possono più visitare i loro cari (curare comporta anche questo!). L'Italia degli egoismi sembra sparita; speriamo che il segno della gentilezza e della generosità continui anche domani, quando dovremo tutti rinunciare... alle ferie per ricostruire.
- **È soprattutto al mondo della sanità che dobbiamo guardare con vera ammirazione.** Reagisce alle sconfitte con dignità, in tutte le sue componenti. Vi prego di inviare un reverente ricordo al Presidente

dell'Ordine dei Medici di Varese, medico di famiglia intelligente e generoso, che con il suo sacrificio ha testimoniato la disponibilità della categoria in un momento di gravissima difficoltà.

Purtroppo, in molte circostanze gli operatori sanitari non si sentono protetti e indirizzati con la mano sicura che tutti ci aspettiamo da chi ha la responsabilità di guidare comunità impaurite, deluse soprattutto quando non riescono, per motivi esterni, a esercitare al massimo la loro generosa professionalità. Ho avuto notizia di colleghi spostati dal loro luogo di lavoro senza alcuna motivazione, senza nemmeno una telefonata. Nel momento della crisi più grave chi comanda non deve comportarsi come i nostri folli generali che nella prima guerra mondiale continuavano a inviare al fronte migliaia e migliaia di giovani, senza una guida e una strategia.

- **Molti colleghi mi hanno scritto in questi giorni frasi nobilissime.** Ne riporto alcune per testimoniare i timori, la generosità, la competenza. "Siamo tutti sospesi in una condizione surreale, chiusi dentro e fuori... senza spazi liberi, nemmeno virtuali, ostaggi di un virus e delle paure di tutto, di tutti". "Mi trovo a dover dare al personale certezze che io non ho e nel contempo a lottare con chi mi dovrebbe dare risposte". "Ogni collega che incontro nei corridoi dell'ospedale mi saluta e mi augura tempi migliori. ...il morale della truppa è buono, speriamo duri". "... forse però il mio pessimismo è solo motivato dalla grande stanchezza". "Dobbiamo essere forti; io ho resistito a due tumori metastatici, sento di dover resistere a questo nuovo evento".

Concludo la presentazione di queste parole così incisive con un altro messaggio: "È opportuno mantenerci in contatto telematico tutti noi che condividiamo certi valori, tenendo salda la speranza e l'impegno in questa battaglia così improbabile e inattesa".

- Sui **giornali del 12 marzo è stata pubblicata la fotografia dell'Arcivescovo di Milano Delpini, solo sul tetto del Duomo, mentre prega la Madonna.** Penso che attorno a questo gesto possiamo ritrovarci, credenti e non credenti, atei, cristiani, ebrei, mussulmani, indù, impegnati nella difesa di una comunità oggi troppo debole per non aver bisogno dell'impegno di tutti.

Accludo un editoriale uscito su Jama ieri.

Un abbraccio

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

VIEWPOINT

Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic

James G. Adams, MD
Northwestern
Memorial HealthCare,
Chicago, Illinois; and
Northwestern
University Feinberg
School of Medicine,
Department of
Emergency Medicine,
Chicago, Illinois.

Ron M. Walls, MD
Brigham and Women's
Hospital, Boston,
Massachusetts; and
Harvard Medical
School, Boston,
Massachusetts.



Viewpoint

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) continues to spread internationally. Worldwide, more than 100 000 cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19, the disease caused by SARS-CoV-2) and more than 3500 deaths have been reported. COVID-19 is thought to have higher mortality than seasonal influenza, even as wide variation is reported. While the World Health Organization (WHO) estimates global mortality at 3.4%, South Korea has noted mortality of about 0.6%.¹⁻³

Vaccine development and research into medical treatment for COVID-19 are under way, but are many months away. Meanwhile, the pressure on the global health care workforce continues to intensify. This pressure takes 2 forms. The first is the potentially overwhelming burden of illnesses that stresses health system capacity and the second is the adverse effects on health care workers, including the risk of infection.

In China, an estimated 3000 health care workers have been infected and at least 22 have died. Transmission to family members is widely reported. Despite recognition that transmission occurs mostly via symptomatic individuals, there are reports of asymptomatic individuals who transmitted the disease to multiple family members.⁴ These reports underscore the need for prevention of cross-infection. Evidence related to transmissibility and mortality inform the clinical community of the importance of vigilance, preparation, active management, and protection.

Adherence to the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) recommended guidelines advances safety.⁵ SARS-CoV-2 is spread by droplet and contact. It is not principally an airborne virus. Therefore, ensuring routine droplet barrier precautions, environmental hygiene, and overall sound infection prevention practice is indicated. To ensure minimal risk of infection when treating patients with COVID-19, the CDC recommends the use of personal protective equipment including a gown, gloves, and either an N95 respirator plus a face shield/goggles or a powered, air-purifying respirator (PAPR). However, airborne precautions are not used in daily, routine care of patients with general respiratory illness.

The widespread use of recommended barrier precautions (such as masks, gloves, gowns, and eye wear) in the care of all patients with respiratory symptoms must be of highest priority. In emergency departments, outpatient offices, homes, and other settings, there will be undiagnosed but infected patients, many with clinically mild cases or atypical presentations. There is limited availability of N95 masks, respiratory isolation rooms, and PAPR, particularly in outpatient offices, to feasibly evaluate every patient with respiratory illness and such measures are not routinely necessary.

Protection is achievable even without N95 masks or PAPR. In a study of outpatient health care personnel in diverse ambulatory practices, medical masks applied to both patient and caregiver provided effectively similar protection as N95 masks in the incidence of laboratory-confirmed influenza among caregivers who were routinely exposed to patients with respiratory viruses.⁶ Adherence to CDC evidence-based guidelines for masks, hand hygiene, and environmental hygiene enhances the safety for health care workers.

Many additional questions and concerns remain, especially in high-risk sites and clinical settings. One problem is in the emergency department, where crowding is identified as a major concern. Rigor in the use of recommended precautions for all patients with respiratory illness is especially important. Placing a facemask on the patient at arrival, supplying tissues, promoting cough etiquette, and providing for hand hygiene and surface decontamination are all important steps. Those patients with symptoms of suspected COVID-19 should be rapidly triaged and separated from the general population ideally in a well-ventilated space with a distance of at least 6 feet from others until they can be placed in an isolation room. Caregivers who encounter any patient with respiratory illness should wear a mask and gloves, with goggles as recommended. Even when COVID-19 is not suspected, it may be present so routine use of these precautions and increased environmental and personal hygiene is advised. Strict adherence to guidelines is of elevated importance for the protection of health care workers. A focus on worker protection through specific training and encouragement of adherence to barrier precautions and hygiene recommendations may help provide a priority focus. Telling caregivers to focus on their safety and being clear and specific about how to do so can promote calm during an epidemic.

In addition to recommended masks for patients and other barrier precautions, enhanced hand hygiene and surface decontamination are key to safety. The coronavirus is known to live on surfaces for hours or days,⁷ but it is also effectively killed by available disinfectants when properly used. Masks, goggles, gloves, and other barrier precautions will fail to protect caregivers who later encounter contaminated surfaces and fail to wash their hands. Health care personnel must focus on meticulous hand hygiene, avoiding contaminating workspaces. Clinical staff should clean workspaces and personal items such as stethoscopes, mobile phones, keyboards, dictation devices, landlines, nametags, and other items with hospital-provided disinfectants or alcohol-based disinfectants.⁵ It is sensible for environmental services workers to increase the frequency of

Corresponding Author: James G. Adams, MD, Northwestern University, 211 E Ontario St, Ste 200, Chicago, IL 60611 (jadams@nm.org).

cleaning of commonly touched surfaces such as light switches, countertops, chair arms, escalator railings, elevator buttons, door knobs, and handles. Active decontamination is not merely a technical issue, it also is reassuring to stressed and concerned caregivers, patients, and visitors.

The consequences of delayed recognition of a patient with COVID-19 are significant. Contact tracing for exposure to a case of COVID-19 is no longer routinely recommended, so health care workers must consider themselves at elevated risk of exposure. Health care workers must self-monitor, report signs of illness, and not engage in patient care while exhibiting infectious symptoms.

Recognizing that symptoms of COVID-19 may be mild, the development of pragmatic policies for health care workers who have respiratory illness should be considered. When health care workers exhibit respiratory symptoms, they should not provide direct patient care. When testing, vaccination, and treatments become available, the health care workforce should be considered a priority for evaluation and treatment. Because workforce safety is a high priority, active training in the proper use of barrier precautions and hygiene practices is important.

Many health care workers have conditions that elevate risk for severe infection or death if they become infected with COVID-19, so organizations will need to decide whether such workers, including physicians, should be redeployed away from the highest risk sites. It is not possible to entirely eliminate risk, but prudent adjustments may be warranted. New sites may need physician and nurse expertise, including telemedicine services, patient advice lines, and augmented telephone triage systems.

Recognizing the risk of health care worker shortages, organizations are banning travel to medical meetings, canceling conferences, limiting nonessential travel, and recommending that personal travel be curtailed. The travel restrictions are not just to affected regions but to domestic and international sites to keep caregivers close and available. Avoiding travel and crowds may also decrease risk of infection.

While health care workers often accept increased risk of infection, as part of their chosen profession, they often exhibit concern about family transmission, especially involving family members who are elderly, immunocompromised, or have chronic medical conditions. While the CDC and Occupational Safety and Health Administration provide clear recommendations, it is evident that more is required to optimize safety in the current environment. Health care workers may ask whether their family members can receive prior-

ity for testing, vaccination, and treatment when the testing becomes available. Ensuring care of health care workers' family members would enhance workforce confidence and availability, but the feasibility and advisability of family priority is yet to be determined. For front-line caregivers, the concerns about transmitting the virus to family members will need to be addressed.

Conversations with front-line caregivers may help reduce anxiety. Topics for discussion might include protective planning for the home such as separation of living spaces and bathrooms and when such separation should be implemented. Protocols for routine arrival home after duty will be a point of discussion, including the benefits of taking off shoes, removing and washing clothing, and immediately showering. These protocols are optional because evidence is unclear, but they may be sensible. Some discussion might be given to changing from personal clothing to hospital-supplied scrubs on arrival to work and changing back to personal clothes to return home. Facility experts may provide guidance about home surface decontamination, including effective products and techniques. There is a need to strike a balance, however, because these ideas might increase anxiety among overworked caregivers. Long work hours make any additional home preparations and extra home cleaning a significant challenge. On the other hand, it can be sensible and reassuring. The focus should be on supportive conversations, clear guidance when recommendations exist, attempts to minimize misinformation, and efforts to reduce anxiety.

Hospital personnel, including caregivers, support staff, administration, and preparedness teams, all will be stressed by the challenges of a prolonged response to COVID-19, and leadership must emphasize the importance of self-care as the center of the response. Transparent and thoughtful communication could contribute to trust and a sense of control. Ensuring that workers feel they get adequate rest, are able to tend to critical personal needs (such as care of an older family member), and are supported both as health care professionals and as individuals will help maintain individual and team performance over the long run. Liberating clinicians and administrative team members from other tasks and commitments allows them to focus on the immediate needs. Provision of food, rest breaks, decompression time, and adequate time off may be as important as provision of protocols and protective equipment as days turn into weeks, then months. Frequent information and feedback sessions with local managers and the broader facility community, complemented by clear, concise, and measured communication, will help teams stay focused on care and secure in their roles.

ARTICLE INFORMATION

Published Online: March 12, 2020.
doi:10.1001/jama.2020.3972

Conflict of Interest Disclosures: None reported.

REFERENCES

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19: 3 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>
2. Del Rio C, Malani PN. COVID-19—new insights on a rapidly changing epidemic. *JAMA*. Published online February 28, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3072
3. JAMA Network. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). <https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/coronavirus-alert>
4. Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*. Published online February 21, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2565
5. Centers for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for patients with confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) or persons under investigation for COVID-19 in healthcare settings. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>
6. Radonovich LJ Jr, Simberkoff MS, Bessesen MT, et al; ResPECT investigators. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;322(9):824-833. doi:10.1001/jama.2019.11645
7. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *JAMA*. Published online March 4, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3227

Newsletter AIP – metà marzo 2020

Care Colleghe, cari Colleghi,

- prima di riassumere quanto abbiamo deciso rispetto alla vita dell'AIP, desidero comunicare a voi impegnati nelle varie difficili realtà cliniche tutto il mio supporto e il desiderio di farvi sentire appartenenti a una comunità. La mia principale preoccupazione in questo momento è di garantire ancora il senso di vicinanza tra di noi. La tragedia delle morti degli anziani in solitudine, che ha caratterizzato la vita di molti ospedali in questi giorni, deve farci pensare al valore della solidarietà e dell'accompagnamento. Molti operatori si sono sentiti anche loro soli, tra provvedimenti burocratici non sempre adeguati, la pesantezza fisica e psicologica di un lavoro senza pace, le dinamiche che si creano con pazienti e famiglie. Però, come documentato dalla foto che allego, che ci è stata inviata **dall'ospedale di Monza dal professor Bellelli, "I nostri eroi siete voi. Forza!"**. Speriamo in un ritorno alla normalità in tempi ragionevoli; fino ad allora cerchiamo di non perdere la speranza, sapendo che apparteniamo a una comunità di lavoro e di impegno che non vorrebbe dimenticare nessuno.
- Come è ormai ovvio, il nostro **20° Congresso Nazionale** che avrebbe dovuto tenersi a Firenze il 23-25 aprile è stato **rinvitato al 16 – 19 settembre, sempre a Firenze**. Saranno così **rinviati** anche **le procedure per l'elezione del prossimo Consiglio Direttivo**. In questi giorni mi è stata comunicata la cancellazione di moltissime iniziative che costituiscono la ricchezza del nostro mondo; sono più di 25! (riferisco questo numero per documentare quanto è viva l'AIP e allo stesso tempo per impegnare tutti a riprendere il lavoro una volta superata la crisi).
- Ho avuto ieri uno scambio con alcuni di voi per commentare il documento SIAARTI contenente le raccomandazioni per i professionisti che lavorano nei reparti più sotto pressione. Il testo ci è sembrato prudente e molto serio, in particolare quando consiglia di garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico. Dobbiamo renderci conto che l'atmosfera nella quale si lavora in molti ospedali della Lombardia, per esempio, è quella di guerra; si devono quindi adottare criteri adeguati, riaffermando che questi provvedimenti estremi andranno modificati alla fine dell'emergenza per non creare nuove prassi sostitutive di quelle che hanno sempre guidato le nostre scelte. Il documento ha provocato grande dolore a molti di noi, però il realismo che deve caratterizzare le professioni di aiuto ci impone di andare avanti; nessuno confonde le scelte drammatiche che siamo costretti a prendere oggi, con quello che vorremmo fare per aiutare le persone che si affidano a noi.
- Non smentiamo la nostra cultura e la nostra storia personale. **Albert Camus** ha scritto ne **"La peste"**: "Siamo stati costretti a forgiare un'arte di vivere in tempi di catastrofe per nascere una seconda volta e lottare in seguito, a viso scoperto, contro l'istinto di morte all'opera nella nostra società". È l'augurio forte che mi onoro di inviarvi: andiamo avanti per un impegno drammatico nel presente, certi che così saremo capaci domani di operare per migliorare il nostro mondo. Forse dopo il coronavirus il mondo sarà diverso, però dipende molto anche da noi come saremo in grado di costruirlo.

Un saluto con tanta stima e affetto.

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



Ospedale San Gerardo

IN QUESTO MOMENTO DI DIFFICOLTA'
I NOSTRI EROI SIETE VOI FORZA S. GERARDO CURVA DAVIDE PIERI