

## Newsletter AIP – 27 novembre 2020

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

Le attuali discussioni sullo sci natalizio suscitano un rifiuto, ma soprattutto un senso di disprezzo, verso chi non sa leggere la realtà del nostro paese, ma pensa solo all'effimero divertimento di mettersi in coda per una migliore diffusione del virus. Nonostante i numeri ufficiali, la situazione in alcune (molte) aree è ancora drammatica; vorrei invitare i potenziali sciatori a visitare gli ospedali ancora oggi sotto un'enorme pressione, le RSA invase dal Covid-19, le migliaia di persone a casa che non trovano adeguato supporto da parte dei servizi.

A questo proposito mi sento in dovere di ringraziare "i ragazzini" (così sono definiti) delle USCA, che stanno lavorando con generosità, sacrifici e competenza (e anche rischi: alcuni sono positivi). Mentre altri trovano ogni scusa per evitare il contatto con gli ammalati, i "ragazzini" stanno meritandosi sul campo il ruolo di medici, infermieri e operatori del territorio. Se la politica avesse un po' di cervello, dovrebbero essere assunti, con la preghiera, però, di non trasformarsi in burocrati corporativi, ma di conservare la freschezza dell'impegno che stanno dimostrando in questi giorni.

Sulla strada dei ringraziamenti mi rivolgo anche ai medici degli ospedali, in particolare di quelli più piccoli e meno attrezzati, che non vogliono lasciar morire nessuno, nonostante le precarie condizioni di lavoro. Quanti casi abbiamo visto di colleghi che, allo scadere del turno pomeridiano, non vanno a casa per restare in servizio insieme al medico di guardia, perché da solo questi non ce l'avrebbe fatta a reggere l'impegno assistenziale. Teniamo conto, tra i molti problemi, che l'esigenza di evitare la contaminazione da un reparto all'altro, con le relative complesse procedure, provoca un rallentamento della possibilità di intervenire tempestivamente quando il medico di guardia è da solo. Quante volte la terapia è stata teleguidata dal medico in contatto con un infermiere... una telemedicina intraospedaliera non prevista dai protocolli!

Ringrazio anche medici e operatori, quelli già in pensione e quelli che si espongono a orari massacranti, ringrazio gli infermieri che erano già pochissimi ancor prima dell'attuale infezione, che lavorano nelle RSA, saltando riposi e turni, perché, altrimenti, in quella certa struttura gli ospiti sarebbero rimasti praticamente soli. Sono attori di una generosità libera che sa superare l'ansia e l'incertezza; il virus infatti sembra non avere barriere e quindi è la paura di un nemico invisibile, che sfugge a ogni controllo, quella che riempie la giornata di lavoro. Mai, però, la paura riesce a inquinare la lucidità del giudizio clinico e dei conseguenti atti di cura. Qualcuno ritiene che andare a Cortina o a Gressoney sia più importante di rispettare chi sta lavorando con i malati? Non vi è nulla di più frustrante di ritenere che il proprio lavoro sia inutile, perché domani arriverà la terza ondata, causata dagli irresponsabili che devono andare a sciare. Siamo ancora in tempo per ipotizzare un minimo di responsabilità civile?

Siamo alla vigilia della **vaccinazione per il Covid-19**; però fanno impressione i numeri che riguardano la percentuale di persone che non la accetteranno. Nel frattempo, dobbiamo anche domandarci: che fine ha fatto la **vaccinazione antinfluenzale**, importante per evitare falsi allarmi, carichi eccessivi sull'ospedale, gravi disagi per il cittadino? Da una parte le scelte irrazionali dei cittadini, ma, dall'altra, anche l'incapacità dei governanti... Credo che la responsabilità di questo rifiuto sia in parte dell'attuale confusione informativa, per cui non è possibile avere idee chiare su efficacia, assenza di rischi, fattibilità. Ma è anche la conseguenza di una certa cultura, cresciuta in questi anni, che andava dai no vax al panico dietetico (la carne, il glutine, l'olio di palma, etc). Quanta responsabilità hanno i professionisti della salute, di tutti i livelli, che hanno taciuto, senza diffondere (e difendere) informazioni basate su una scienza seria e non inquinata da interessi

economici. A questo proposito ho letto con interesse un lavoro di JAMA del 15 novembre dal titolo autoesplicativo: “Effects of omega-3 fatty acids on major adverse cardiovascular events. What matters most: the drug, the dose or the placebo?”. Nel testo si dimostra che non vi è alcuna differenza, rispetto ai risultati sul sistema cardiovascolare, tra gli omega-3 e un olio normale. Ritengo non vi sia bisogno di commenti.

Tra le cose che andranno ripensate radicalmente dopo il Covid-19 vi è la **riorganizzazione della formazione delle professioni sanitarie**. Avremo bisogno di più epidemiologi, di più intensivisti, di più internisti e geriatri, di più infettivologi. Sono le professioni maggiormente coinvolte in questo periodo di difficoltà; occorre a questo fine un piano organico a livello nazionale, in modo da garantire in tutte le zone del paese un’adeguata presenza di queste competenze. Uno specializzando costa circa 100.000 euro all’anno, cifra che rientrerebbe benissimo tra gli eventuali investimenti governativi. Se per ognuna delle suddette specialità si volesse incrementare il numero di 50 unità ogni anno il costo sarebbe di circa 25 milioni di euro, cioè cento milioni per ogni ciclo. Chiaramente il governo deve rispettare con rigore alcuni parametri, ma sarebbe utile che tenesse in conto l’ammonimento espresso dal titolo del NYT del 23 novembre, e che non ha bisogno di commenti: “Now the U.S. has a lot of ventilators, but too few specialists to operate them”.

Il parlamento australiano ha lanciato una campagna intitolata “Ending Loneliness Together”; un numero crescente di paesi si sta avviando sulla strada di costruire **interventi mirati per scongiurare la solitudine**. Recentemente anche il commissario UE Paolo Gentiloni ha scritto un articolo molto impegnativo sul tema. AIP continua a produrre dati e a informare su questa situazione di dolore sempre più diffusa; deve, però, essere chiaro che nulla si potrà realmente modificare se non attraverso l’agire “together”. E questo è un aspetto che riguarda da vicino le scelte personali e la disponibilità a vivere le nostre comunità in modo aperto e generoso.

Il successo raggiunto in provincia di Bolzano dallo screening attuato con il **tampone rapido** dovrebbe convincere gli scettici della sua importanza e utilità come efficace misura preventiva. Oggi la situazione di molte RSA è così difficile che non è proponibile, come avevo scritto, l’adozione dei tamponi rapidi per permettere l’accesso dei parenti alle strutture per anziani. Però, quando tornerà un minimo di serenità, il tema dell’apertura non potrà più essere trascurato.

Allego l’annuncio del **webinar AIP** che si terrà **martedì 1 dicembre** su **“La cura dell’ospite in RSA al tempo del covid-19”**. Fa parte dell’impegno della nostra associazione di essere presente tra gli operatori, per fornire indicazioni di lavoro, particolarmente in questo delicatissimo momento.

Ricordo infine l’**iscrizione all’AIP**, strumento indispensabile per permettere di portare avanti il nostro lavoro a livello culturale e professionale. Sul sito [www.psicogeriatra.it](http://www.psicogeriatra.it) trovate tutte le indicazioni; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la segreteria AIP all’indirizzo [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it).

Un caloroso augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*

# webinar



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

**MARTEDI 1 DICEMBRE 17:30-18:30**

## **La cura dell'ospite in RSA al tempo del covid-19**

Introduce: Marco Trabucchi  
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Intervengono: Antonio Guaita (Abbiategrasso), Giorgio Pavan (Treviso)

È necessario iscriversi gratuitamente entro il 29 novembre  
[CLICCANDO QUI](#)

In collaborazione con:



Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Maria Ferrara  
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia  
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office  
via Masaccio, 167 - 50131 Firenze  
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

## Newsletter AIP – 20 novembre 2020

Gentili Colleghe e cari Colleghi,

ritengo opportuno richiamare in apertura due titoli comparsi sui mezzi di comunicazione in questi giorni, perché particolarmente esplicativi dell'atmosfera nella quale viviamo: "Suddenly, hope", stampato sulla copertina dell'*Economist* del 14 novembre, insieme con l'immagine di un tunnel con un certo chiarore alla fine, e l'editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine* del 5 novembre: "Remdesivir. An important first step".

Il primo titolo è il segnale di come la comunità internazionale ha accolto la notizia dell'arrivo dei vaccini sullo scenario del Covid-19, interrompendo, almeno psicologicamente, la lunga lista di notizie negative, sia sul piano quantitativo che qualitativo. Però il sottotitolo dell'articolo indica una prospettiva preoccupante: "Avere un numero sufficiente di vaccinati sarà ancora più difficile". Purtroppo, alcune indagini recenti, condotte sulla popolazione italiana, indicano che una notevole porzione dei nostri connazionali sarebbe contraria a ricevere il vaccino. Speriamo che questa resistenza possa essere vinta da dimostrazioni precise sull'affidabilità dei vaccini che saranno presto disponibili rispetto ai rischi e alla loro efficacia. In questa prospettiva saranno importanti, da parte dei cosiddetti esperti, messaggi precisi e univoci, evitando i consueti teatrini.

Nel caso del Remdesivir, la rivista pubblica sia il final report di uno studio molto accurato e preciso, sia un editoriale. Questo si chiude con l'affermazione: "Il lavoro di Beigel et al. mostra che il Remdesivir induce un moderato effetto clinico nel trattamento di pazienti con il Covid-19. I dati sono un passo avanti e, come tali, rappresentano un notevole progresso".

Le due pubblicazioni suggeriscono una speranza affidabile sulla strada degli interventi preventivi e curativi del Covid-19. Rappresentano un'apertura verso il futuro, importante sia per chi lavora in ambito sanitario, sia per i cittadini, bilanciando il pessimismo diffuso in questo momento della seconda ondata, quando a taluni sembra che le uniche misure ritenute valide (mascherina, distanziamento e igiene delle mani) mostrino forti limiti, non per le loro intrinseche capacità, ma per la scarsa adesione da parte di molti.

Oltre alle speranze sollecitate dalle notizie riportate, non si possono dimenticare le incertezze e le oscurità che ancora caratterizzano il Covid-19. Ricordo, tra le molte situazioni difficili, il dato pubblicato in questi giorni dal Johns Hopkins Coronavirus Resource Center sul rapporto tra numero di persone colpite e numero di morti. L'Italia si trova ai vertici della classifica, con un valore del 3.8%, molto più elevato rispetto a quello della Germania (1.6%), della Francia (2.2%), della Spagna (2.8%) e invece simile a quello del Regno Unito (3.7%). Un fenomeno preoccupante, per il quale non vi sono ancora valide spiegazioni.

**Sui giornali americani si è sviluppato un dibattito sull'età di Biden**, il presidente più vecchio della storia americana al momento dell'elezione (Reagan, infatti, aveva 69 anni, Trump 70). Si osserva che il neopresidente sarà ultraottantenne alla fine del suo primo mandato. Però un titolo del *New York Times* è molto preciso: "Basta avere paura dell'età di Biden. Noi oggi abbiamo bisogno della sua saggezza"; nel pezzo si sostiene che se l'intelligenza fluida del nuovo presidente può essere

ridotta, molto più importante è l'intelligenza cristallizzata, certamente aumentata, che permette di utilizzare al meglio la lunghissima esperienza politica e umana di Biden.

Continua la storia senza fine riguardante l'**organizzazione della medicina territoriale**; il Covid-19 ha avuto il merito di scoperciare una pentola, che nessuno aveva avuto il coraggio di aprire negli anni scorsi. Adesso, però, è ora che il governo prenda l'iniziativa e proponga modelli organizzativi e professionali che permettano di assistere adeguatamente le persone ammalate che vivono a casa, sia in momenti normali, sia quando accadono crisi come l'attuale. La recente sentenza del Tar che esime i medici di famiglia dal visitare a casa i pazienti è davvero rivoluzionaria in senso negativo, perché dichiara che questo compito deve essere affidato alle USCA. E allora quale è il compito del MMG? Quello di riempire carte, oppresso dalla burocrazia? Ma questi nostri colleghi si rendono conto che così sanciscono la loro sostanziale marginalità rispetto all'organizzazione territoriale dell'assistenza medica? Non si rendono conto, inoltre, che acconsentire che le loro funzioni possano essere svolte da medici giovani (peraltro generosissimi), con poca esperienza, è un'altra condizione che svilisce il loro ruolo? Solo una politica forte ed esperta potrà risolvere in modo definitivo la questione della medicina territoriale. Ma sarà in grado? Avrà il coraggio di andare contro poteri forti per contribuire al progresso dell'assistenza rivolta ai cittadini deboli?

Permettetemi di affrontare una questione molto delicata, quelle delle **visite dei NAS nelle RSA**. Sono scandalizzato, ma soprattutto ritengo sia una grave ingiustizia che si pubblichino notizie generiche su interventi dei NAS che avrebbero trovato situazioni di grave inadempienza rispetto alle leggi e alla normalità dei comportamenti assistenziali. Sarebbe ora di dichiarare che gran parte delle strutture coinvolte non avrebbero nemmeno il diritto di essere considerate delle RSA, perché sono fuori di qualsiasi regola, di qualsiasi modello e non sono sottoposte a nessun controllo da parte delle autorità regionali. In un momento nel quale assistiamo ad attacchi da più parti al modello dell'assistenza residenziale, l'ambiguità di questi annunci sull'azione dei NAS contribuisce solo a creare sfiducia nell'opinione pubblica, sensi di colpa nei parenti e grave frustrazione degli operatori delle "vere" RSA, il cui comportamento generoso e intelligente non può essere nemmeno avvicinato a quello delle strutture incriminate. Insieme con Antonio Guaita abbiamo pubblicato una nota di questo tono su *Quotidiano Sanità*; spero davvero che chi comanda questo utilissimo servizio che l'Arma dei Carabinieri fa per tutti noi si impegni per cancellare definitivamente attività malavitose, con ciò valorizzando il lavoro compiuto da realtà e persone serie e professionali.

Un altro punto, riguardante sempre il lavoro nelle RSA. La nostra collega Alessandra Marrè che lavora come direttore medico nella RSA di Casalbuttano, in provincia di Brescia, ha scritto alla FNOMCEO la lettera della quale riporto alcune righe e che trova il nostro pieno accordo: "Ho letto con interesse la lettera della FNOMCEO del 11 novembre. Tra le figure mediche nominate, cui viene espressa solidarietà e appoggio, non ho trovato, ancora una volta, i **medici che operano nelle RSA**. È questo motivo di grande dispiacere. Sono convinta che io e i miei colleghi svolgiamo un lavoro difficile, in condizioni rese ancor più complesse dalla pandemia e, in particolare, da quello che è successo tra marzo e aprile. Fin da subito in prima linea, troppo spesso senza DPI; molti di noi si sono ammalati (alcuni non ce l'hanno fatta), lasciando ai colleghi un ulteriore carico di responsabilità, lavoro, dolore". (...) "Vi prego di scusarmi per lo sfogo, ma davvero ce l'abbiamo messa tutta, tutti. E continueremo a farlo, consapevoli dell'importanza del nostro ruolo e della nobiltà del nostro agire, tenendo la barra ferma sul bene dei nostri ospiti". Ha fatto molto bene la dottoressa Marrè a sottolineare questo grave errore di stile da parte di chi dovrebbe

rappresentare tutti i medici italiani, quelli potenti, ma anche quelli meno potenti, ma certamente di alto livello professionale e di grande generosità.

Si è svolto mercoledì 18 novembre il **primo webinar AIP su: “La vita dell’anziano in tempi di covid-19”**. Vi è stata una larga partecipazione, a testimonianza dell’attenzione che suscitano tra i colleghi le iniziative della nostra Associazione, sempre presente sulle tematiche più attuali che si riflettono sulle azioni di cura. La registrazione del webinar sarà disponibile per i soci sul sito AIP a partire dalla prossima settimana. Il prossimo si svolgerà l’1 dicembre e avrà per tema: “La cura dell’ospite in RSA al tempo del covid-19”, con le relazioni di Antonio Guaita e di Giorgio Pavan.

Continuano le iscrizioni al **XVI Brain Aging** del 15-16 dicembre. Sul sito AIP si trovano le modalità per partecipare all’evento e il programma. Purtroppo, non potremo godere della ormai tradizionale ospitalità di Napoli, ma la qualità scientifica e culturale resta la stessa degli anni passati.

Rinnovo l’invito a chi ci è vicino per l’**iscrizione all’AIP**. Ricordo l’importanza concreta di questo atto formale per la sopravvivenza economica dell’AIP, in questo momento di grave difficoltà.

Con viva cordialità

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

## Newsletter AIP – 13 novembre 2020

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

nella scorsa primavera ebbe un notevole successo un pezzo scritto da De Leo e da me su Lancet Psychiatry, nel quale le case di riposo venivano descritte come “castelli assediati”. Erano realtà in difficoltà, chiuse nelle loro mura, ma ancora forti e capaci di resistenza.

Oggi, nel tempo della seconda ondata, la situazione è completamente cambiata; potremmo descrivere le nostre strutture per anziani come “castelli abbandonati”, dove il virus è entrato e si è insediato, provocando gravissimi danni.

Da chi è stato abbandonato?

Prima di tutto dai governi, quelli regionali e quello nazionale; è stata distribuita una grande quantità di denaro ad ogni categoria produttiva, ma non un euro è stato dedicato ad aiutare la sopravvivenza delle residenze, gravate da altissime perdite per i mancati introiti e per l’aumento fortissimo dei costi. Inoltre, ripetutamente i governanti hanno dichiarato che le case di riposo non appartengono alla rete dei servizi pubblici.

Le residenze sono state abbandonate anche da molti cittadini, che, invece di difendere le strutture per anziani dei loro territori, le hanno accusate di malgoverno, di trattamento inadeguato degli ospiti, di una sostanziale incapacità gestionale.

Sono state abbandonate da molti operatori, in particolare infermieri, che hanno accettato proposte di lavoro negli ospedali, dove il trattamento economico è molto superiore; nessuno si è preoccupato di provvedere con sostituzioni, anche perché in Italia vi è una cronica mancanza di operatori sanitari qualificati. Purtroppo, chi è rimasto al lavoro mostra stanchezza, delusione, demotivazione... si sentono “abbandonati”. Però ancora resistono: davvero, spesso, in modo eroico! Sono state abbandonate anche dalla cultura medica ufficiale, che imperversa sui media con ogni tipo di considerazione, utile o banale; mai però un riferimento alle residenze per anziani, alle migliaia di persone umane che vi abitano, alle loro storie di dolori, di malattie, di non autosufficienza. E al loro bisogno di risposte adeguate sul piano clinico-assistenziale.

Rimangono a difendere le strutture per anziani alcuni rappresentanti delle loro organizzazioni, che con ogni mezzo cercano di farsi sentire; la loro voce però non

trova orecchie attente né cuori sensibili. Purtroppo, dobbiamo concludere che era meglio il “castello assediato”, che resisteva con forza, rispetto al castello che rischia di essere completamente abbandonato....

“La risposta alla pandemia è stata confusa, incompetente, impreparata. Dagli equivoci iniziali, alla serie di cambiamenti e ai conflitti con i consulenti scientifici, alla vaga guida della salute pubblica, la performance contro il covid-19 è stata disastrosa ed è costata numerose vite. Ha spinto il sistema sanitario alle corde. Si sono perse le opportunità dell'estate per rinforzare il sistema e per evitare la trasmissione virale, attraverso un alleggerimento delle restrizioni; adesso il governo non ha alcuna strategia. Vite, benessere, situazione economica e fiducia pubblica sono in gioco, ma il governo è ancora paralizzato”. Il lettore avrà certamente pensato ad una citazione riferita alla situazione italiana. Invece, il testo è l'inizio dell'editoriale di Lancet che apre il numero del 3 ottobre. Qualcuno potrebbe ritenere che ho inserito queste righe per una piccola consolazione (“mal comune, mezzo gaudio”), ma non è così. Volevo solo sollecitare chi segue questa newsletter a considerare la debolezza dei nostri sistemi di governo di fronte a qualche vera difficoltà. È la democrazia a non funzionare? Io ricordo sempre che Churchill dopo aver vinto la guerra, combattuta con successo e con lo stile di un leone, ha poi perso le elezioni. Quindi guai a lamentarsi dell'Italia; non serve a nulla. Ciascuno deve invece svolgere il proprio ruolo nel luogo dove si trova...

Riporto alcuni spunti da due articoli comparsi sul [New York Times del 10 novembre](#).

Il primo aveva questo titolo: [“Don't Get Too Exited About the Coronavirus Vaccine”](#), con un commento autoesplicativo e che vale anche per noi (se è vero, come speriamo, che l'annuncio di Pfizer non sia il solito teatrino, al quale abbiamo frequentemente assistito in questi mesi): “Sfortunatamente lo sviluppo del vaccino non significa che ci si può rilassare e che si possono fare più cose. Significa che dobbiamo aumentare ancor più i nostri atteggiamenti preventivi, fino a che il vaccino sarà disponibile”. Speriamo davvero che l'annuncio di Pfizer non faccia aumentare le passeggiate sul lungomare... se il giornale americano vede questo pericolo, dobbiamo anche noi davvero provvedere.

Il secondo articolo dal titolo [“As Hospitalizations Soar, El Paso Brings In New Mobile Morgues”](#) sembra scritto per Bergamo nel mese di marzo. “I pazienti hanno riempito un piano dell'ospedale, poi due. Poi il Medical Center dell'università; un altro ospedale ha montato delle tende in un parcheggio per curare i malati. Il centro congressi della città è stato trasformato in un ospedale. Per liberare ancora spazio, lo stato ha iniziato a trasportare in elicottero dozzine di pazienti nelle terapie intensive di altre città”. L'articolo si conclude con un'altra considerazione che si può applicare anche a noi: “Alcuni hanno attribuito alla vicinanza del Messico la responsabilità della tragica situazione di El Paso. È una



scusa senza fondamento. La vera ragione è attribuibile a noi, al nostro comportamento che non ha rispettato le regole”.

Concludo riportando quanto mi ha riferito Paolo Putzu, presidente della sezione sarda di AIP; mi ha dato la notizia della condanna molto pesante inflitta dal tribunale di Sassari a tre neurologi e ai loro collaboratori che praticavano la “Psiconeuroanalisi”, una follia associata a violenze psicologiche e fisiche. L’AIP si è sempre schierata a difesa degli indifesi, in particolare le persone fragili affette da demenza. Ringrazio in modo particolare Paolo per aver affrontato con coraggio e determinazione una situazione non facile, anche per i legami di potere degli imputati. Chiudo con la sua duplice affermazione: “La cialtroneria trova terreno fertile là dove sono carenti i servizi socio-sanitari” e poi: “Non c’è cura ottimale senza cultura”.

Allego il programma del prossimo **Webinar organizzato da AIP** con scadenza periodica (**mercoledì 18 novembre dalle 17.30 alle 18.30**), dal titolo: **“La vita dell’anziano in tempi di covid”**. È una modalità per essere vicini ai colleghi impegnati nel durissimo lavoro contro il coronavirus.

Infine, ricordo che **domani** sarà possibile collegarsi alle **9.30 con Facebook, per partecipare al convegno “La Città e le sue Solitudini”, il cui programma è reperibile sul sito di AIP.**

Buon lavoro

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

# webinar



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

**MERCOLEDI 18 NOVEMBRE 17:30-18:30**

## **La vita dell'anziano in tempi di covid-19**

Introduce: Marco Trabucchi  
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Intervengono: Fabrizio Asioli (Reggio Emilia), Angelo Bianchetti (Brescia)

È necessario iscriversi gratuitamente entro il 16 novembre  
[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Maria Ferrara  
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia  
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office  
via Masaccio, 167 - 50131 Firenze  
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

## Newsletter AIP – 06 novembre 2020

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

Le riviste scientifiche hanno finalmente preso coscienza di una condizione già da tempo analizzata in Italia, e cioè il rischio di trascuratezza verso le patologie non covid da parte di sistemi sanitari oberati, ma anche da parte dei malati stessi che tendono a ridurre il loro accesso ai servizi. Noi siamo portati ad addossare la responsabilità per queste situazioni alle nostre autorità sanitarie, ma evidentemente è un problema che ha interessato anche altri paesi. L'altro aspetto, osservato in Italia nel corso della prima ondata, era la riduzione degli accessi all'ospedale da parte di persone portatrici di gravi patologie, come l'ictus o l'infarto miocardico. In un [breve editoriale a commento di due importanti lavori sull'argomento, usciti in ottobre su JAMA Internal Medicine, Covinsky e altri](#) delineano quali sono, secondo loro, le ragioni per questo ritardo: il rischio di contrarre l'infezione dal virus, al quale si sono aggiunte condizioni come la responsabilità di caregiving verso bambini e anziani. Inoltre, sostengono che tra le cause vi sono gravi condizioni di sofferenza, ansia e depressione conseguenti alla situazione ambientale. Sulla base di confronti si rileva infatti che la riduzione dell'accesso è stata più accentuata nei luoghi dove l'epidemia è stata più violenta. I due fenomeni sopradescritti, la riduzione dell'accesso all'ospedale per scelta del malato e della sua famiglia e la sospensione di molti atti clinici non covid correlati, avrà un peso molto rilevante, anche perché i due fenomeni si stanno ripresentando nella seconda fase. Quanto peso avranno nella fase di ripresa della normalità, sia sulla salute e la vita dei cittadini, sia sulla funzione di servizi che devono riorganizzare la propria attività "normale", gravati da un numero di problematiche cliniche molto più elevato rispetto alla normale routine?

Continuano le notizie sui vaccini; fortunatamente dopo le elezioni americane non sentiremo più le bufale indotte dal desiderio di influenzare l'elettorato. Si torna alla serietà imposta dalle modalità scientifiche di procedere. Non si tratta di ipotizzare la disponibilità del vaccino per la primavera o per l'estate, ma di poter contare su un preparato davvero efficace e libero da rilevanti effetti indesiderati. Queste ovvie considerazioni (poi non tanto ovvie, se da più parti si sostenevano teorie in contrasto con la possibilità di lavorare seriamente) sono importanti

anche alla luce di recenti lavori che hanno analizzato l'attitudine dei cittadini americani verso un eventuale vaccino. Questa era più positiva di fronte ad un'inconfutabile dimostrazione di efficacia, della mancanza di effetti indesiderati e della durata prolungata dell'effetto protettivo. Giocava un ruolo importante anche la chiarezza sulle procedure di approvazione e sull'origine americana del vaccino. Inoltre, era motivo per aumentare la propensione verso il vaccino un endorsement da parte della FDA e dell'WHO, ma non da parte del presidente Trump! Inoltre, sono stati identificati alcuni fattori individuali associati con rifiuto della vaccinazione: razza nera, genere femminile, scolarità ridotta, mancata esperienza diretta rispetto al covid-19, una certa prevenzione verso l'industria farmaceutica. Sono dati che devono essere studiati con attenzione, perché il vaccino possa essere accettato dalla grande maggioranza dei cittadini, condizione indispensabile per vincere la battaglia contro il coronavirus. In quest'ottica vanno analizzati anche i dati epidemiologici sulle differenze razziali e sociali, che mostrano la tendenza ad una maggiore rischio di malattia nelle classi svantaggiate. In Usa i cittadini bianchi sono il 60% della popolazione, ma i deceduti hanno rappresentato il 52% del totale. I neri sono il 13% ma i loro morti sono stati il 21%; i latinoamericani sono il 17% e i morti di questo gruppo sono stati il 21% del totale. Questi dati vanno nello stesso senso di altri rilevati in numerosi altri studi; a Londra, per esempio, nelle periferie il tasso di contagio è stato di 5 volte superiore a quello delle zone del centro città.

Dietro questi numeri si aprono enormi problematiche cliniche e umane; sarebbe infatti necessario concentrare l'impegno educativo per render accettabile il futuro vaccino su alcuni gruppi sociali a maggior rischio di malattia e che, allo stesso tempo, dimostrano maggiore resistenza di fronte all'ipotesi di accettare una vaccinazione. Si apre a questo proposito anche l'immenso e terribile tema delle ingiustizie e dell'emarginazioni di interi gruppi sociali. L'aggressività delle periferie povere verso il centro ricco delle città è un tema che ha colpito anche l'Italia; i recenti atti di violenza indicano che non è possibile segmentare l'attenzione verso le persone svantaggiate, che sono vittime e attori di violenza.

Venendo alle vicende AIP, hanno suscitato interesse i miei scritti su Avvenire e sul Corriere della Sera che presentavano una difesa razionale della funzione delle RSA. Mi ha fatto piacere la gratitudine di molti operatori che lavorano nelle strutture residenziali, perché hanno percepito la denigrazione delle RSA anche come una svalutazione del loro personale impegno. È una posizione puramente ideologica il rifiuto di capire che dalla vita delle nostre comunità non si possono cancellare i luoghi dove gli anziani sono assistiti in modo rispettoso della loro dignità e della loro libertà. Al contrario, la sofferenza e la fatica di vivere non hanno bisogno di ideologie, ma dell'impegno senza limiti per migliorare la qualità di ogni servizio, utilizzando il massimo dell'intelligenza e il massimo dell'amore.

Il **14 novembre dalle 9.30 alle 13.30** sarà possibile per tutti seguire **su Facebook** lo svolgimento del convegno di **Padova su “La città e le sue solitudini”**, il terzo dopo Padova nel 2018 e Firenze nel 2019, in occasione della giornata nazionale contro la solitudine dell’anziano che si celebra il 15 novembre.

Sul sito AIP si possono trovare le modalità per iscriversi al Brain Aging, evento che si svolgerà da remoto e che segna la fine dell’anno di lavoro e che da molto tempo avevamo organizzato a Napoli anche per godere della magica atmosfera della città nel periodo natalizio. Dovremo certamente rinunciare a questo aspetto non secondario, ma continuerà il consueto impegno sul piano scientifico e professionale.

Ricordo infine, **l’importanza dell’iscrizione all’AIP**; in queste condizioni di precarietà il supporto dei soci è indispensabile per poter svolgere il nostro lavoro.

Nei giorni **18 novembre e 1 e 17 dicembre AIP organizza tre webinar dalle 17.30 alle 18.30 sulla vita dell’anziano in tempi di covid, sulle attuali problematiche clinico-assistenziali delle persone affette da demenza e sulla depressione collegata alle attuali condizioni di vita**. Informazioni precise sulle modalità di svolgimento verranno inviate nel giro di pochi giorni.

Con l’augurio di buon lavoro e l’espressione della vicinanza più convinta verso chi in questi giorni ha dovuto riprendere ritmi di lavoro faticosi, talvolta accompagnato dalla delusione per il poco che le comunità hanno saputo fare per facilitare il lavoro di medici, infermieri e degli altri operatori. Sanitari. Inoltre, pesa nel sottofondo dei nostri pensieri il mutato atteggiamento da parte di alcuni verso il lavoro dei medici, accusati di essere complici di una macchinazione per togliere la libertà. Segnali dolorosi come la cancellazione di murales che celebravano il nostro lavoro sono testimonianza di un disagio che coinvolge tutti, senza rispetto per i valori e il valore del lavoro compiuto in questi mesi.

Con viva cordialità e un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

# RSA NEL MIRINO DELLA CRITICA MA SONO NECESSARIE



di **Marco Trabucchi\***

**È** un tempo difficile per le residenze degli anziani, che vivono nell'ansia di preservare i residenti dal contagio e, allo stesso tempo, si sentono criticate per il loro ruolo e accusate di essere responsabili delle morti avvenute tra le loro mura. Un'accusa che investe genericamente l'istituzione Rsa, perché sarebbe un luogo dove l'anziano perde la voglia di vivere, è privato della libertà ed è esposto a rischi infettivi.

Non sono il difensore d'ufficio delle strutture residenziali, ma un osservatore che ha studiato il loro ruolo nelle comunità, ha analizzato le modalità dei servizi, soprattutto ha valutato i risultati oggettivi raggiunti da molte realtà.

È importante rilevare che le persone molto anziane, con problematiche cliniche complesse, indotte il più delle volte dall'insufficienza di diverse malattie, con una forte limitazione dell'autonomia, e spesso una compromissione delle funzioni cognitive, possono vivere in maniera dignitosa soltanto in ambienti dove ricevono risposte adeguate ai loro bisogni, come avviene in una Rsa. Infatti, sono al centro di un'osservazione continua, in grado di rispondere alla comparsa di sintomi, ma, allo stesso tempo, di impostare un'assistenza che mira, per quanto possibile, a rallentare l'aggravamento delle condizioni di salute.

Malattie croniche invalidanti, come lo scompenso cardiaco, la Bpco (broncopatia cronica ostruttiva), il diabete, le nefropatie, le patologie oncologiche, possono essere curate in modo adeguato solo in centri che dispongono di una presenza medico-infermie-

---

Il loro ruolo e la loro funzione sono imprescindibili quando la fragilità è tale da non consentire una protezione da parte di altre realtà, come la medicina territoriale e una famiglia strutturata

---

ristica efficace e continua. La Rsa garantisce inoltre la sorveglianza, in particolare verso le persone affette da deficit cognitivi, prevenendo le cadute e gli incidenti domestici, e offrendo senza interruzioni un'ospitalità calda e viva.

Si deve considerare che la condizione di fragilità dell'anziano può esprimersi a vari livelli di gravità; in alcuni casi le esigenze di cura e di sorveglianza sono inferiori a quelle precedentemente descritte e possono essere fornite da strutture meno complesse o da servizi di assistenza domiciliare. È però necessaria la presenza di altre realtà che esercitano una protezione, come la medicina di base e una famiglia strutturata.

Per quanto riguarda la medicina di famiglia la recente epidemia e l'esperienza diffusa hanno messo in luce l'esigenza di una radicale riforma. L'anziano fragile ha la necessità di risposte precise alle sue richieste, tempestive e informate. Se manca questo pilastro delle cure, il paziente e la sua famiglia si sentono soli e insicuri e tendono a richiedere un maggiore livello di protezione, come quello fornito da una Rsa.

L'altro pilastro fondamentale è la famiglia, la quale deve garantire un'osservazione continua. L'evoluzione della struttura familiare ha messo in luce situazioni spesso precarie e la presenza di legami deboli, non sempre in grado di dare risposte che esigono costanza nel tempo, una dedizione affettuosa, la disponibilità fisica per diverse ore nella giornata.

Quando i due pilastri sono attivi e funzionanti è realisticamente ipotizzabile l'assistenza dell'anziano nella sua casa: una scelta, responsabile e d'amore, che però non può essere compiuta a danno della persona anziana.

\* Associazione Italiana Psicogeriatría