



CONVEGNO SINDEM AIP LAZIO 2018

EVENTI CATASTROFICI E SALUTE DELL'ANZIANO

Amatrice

venerdì 25 maggio

Chiesa S. Agostino
Viale Padre Giovanni Minozzi

ATTI CONGRESSUALI



Rieti

sabato 26 maggio

Salone Parrocchiale
Madonna Del Cuore
Via Piselli 10



CONVEGNO SINDEM AIP LAZIO 2018

EVENTI CATASTROFICI E SALUTE DELL'ANZIANO



Amatrice
venerdì 25 maggio

Chiesa S. Agostino
Viale Padre Giovanni Minozzi

ATTI CONGRESSUALI



Rieti
sabato 26 maggio

Salone Parrocchiale
Madonna Del Cuore
Via Piselli 10

RAZIONALE

I terremoti che hanno colpito il nostro territorio negli ultimi anni ci hanno spinto ad organizzare un incontro che ha come obiettivo quello di riflettere su quanto gli eventi catastrofici hanno prodotto sull'esistenza degli anziani, con una particolare attenzione alle persone affette da patologie neurodegenerative.

In quest'ottica gli organizzatori hanno individuato in Amatrice e Rieti i luoghi in cui svolgere i lavori del congresso, coinvolgendo comunque tutto il cratere sismico (Umbria, Abruzzo e Marche) e quindi invitando a partecipare specialisti che, a diverso titolo, sono stati impegnati direttamente nell'assistenza e nella gestione delle criticità post-catastrofe.

I lavori del congresso sono stati strutturati su due aree principali.

In primo luogo la necessità di fare il punto su quanto la comunità scientifica internazionale, allo stato attuale, ha messo in chiaro riguardo l'impatto delle calamità sulla popolazione anziana e, di conseguenza, su cosa andrebbe fatto per arginare le conseguenze negative dello stesso.

In secondo luogo il congresso vuole essere, oltre che una riflessione sugli aspetti scientifico-teorici, la base per una declinazione degli stessi in approfondimenti di ricerca scientifica e, soprattutto, di implementazione di progetti di intervento concreto e continuativo sul territorio.

Alessandro Stefanini, Presidente SINDEM Lazio



RINGRAZIAMENTI

Don Rino Nicolò, Parrocchia Madonna del Cuore di Rieti e
Don Savino D'Amelio, Parrocchia S. Agostino di Amatrice,
per la gentile ospitalità.

Associazione Dr. Bruno Salvatore per la preziosa collaborazione.

Comune di Amatrice per il prezioso supporto logistico
allo svolgimento dei lavori.

INDICE DEGLI INTERVENTI

Sergio Pirozzi

EFFETTI DEL TERREMOTO SULLA STRUTTURA DEMOGRAFICA DEI TERRITORI COLPITI

Fabrizio Cola

IL SISMA DEL CENTRO ITALIA. UNA ESPERIENZA PER MATURARE

Sara Baldinelli, Chiara Fiori, Mauro Silvestrini

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO NELLA REGIONE MARCHE E GESTIONE DELL'EMERGENZA

Patrizia Sucapane, Alessandra Cavicchio, Carmine Marini

VARIAZIONI DI INCIDENZA E QUADRO CLINICO DELLE DEMENZE IN RAPPORTO AD EVENTI SISMICI

Andreina Ciogli

IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONISMO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

Silvia Ragni

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO CAFFÈ INCONTRO

Renzo Broccoletti

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Natale Santucci, Lavinia Calcani, Diana Fantacci

ESPERIENZA NEL POST-SISMA NELLA RSA DI BORBONA

Ilaria Carosi

RISPOSTE EMOTIVE E BISOGNI PSICOLOGICI DELL'ANZIANO NELL'IMMEDIATEZZA DELL'EVENTO

Davide Quaranta

ADATTAMENTO PSICOLOGICO E RESILIENZA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Giuseppe Sancesario, Lucia Longo, Giorgio Di Lorenzo

CORRELAZIONI TRA CALAMITÀ NATURALI, DEPRESSIONE REATTIVA E DEFICIT COGNITIVI

Enrico Nicolò, Alessandro Stefanini, Sabina Roncacci

PROTOCOLLI DI INTERVENTO SULL'ANZIANO NEL POST-CATASTROFE, PRESENTAZIONE DI UNA METANALISI

Franco Giubilei, Virginia Cipollini, Fernanda Troili

L'INFLUENZA DEL SISMA SULLE COMORBILITÀ NEUROLOGICHE DELLA DEMENZA

Luisa Bartorelli

LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO

Paolo Marin

LA SOLITUDINE

Anna Rosa Casini

CAMBIAMENTI DELLA RETE SOCIO-FAMILIARE: IMPATTO SUL CARICO DEL CAREGIVER

Giuseppina Talarico

CATASTROFI NATURALI E MALATTIE NEUROLOGICHE

Domenica Tomassoni

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA DOPO LE CATASTROFI NATURALI

Stefania Mariantoni

LA COMUNITÀ MONTANA DEL VELINO DALL'EMERGENZA ALLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Alessandro Martorana

ADATTAMENTO COGNITIVO DELL'ANZIANO AI MUTAMENTI DEI RIFERIMENTI SPAZIALI
E SOCIALI DETERMINATI DAL SISMA

EFFETTI DEL TERREMOTO SULLA STRUTTURA DEMOGRAFICA DEI TERRITORI COLPITI

Sergio Pirozzi

Consigliere Regione Lazio - Presidente 12° Commissione

Sindaco di Amatrice nel 2016

PAROLE CHIAVE: EMERGENZA, SOLIDARIETÀ, COMUNITÀ, INTERVENTI

Si parla di disagi, si parla di difficoltà a livello psicologico. In questi 22 mesi sono stato il contenitore di belle e brutte cose. Quello che ha dato la forza a me, che in quel momento rappresentavo la comunità, è stato il mondo della solidarietà, la pacca sulla spalla; il gesto che abbiamo un po' perso. Poi abbiamo cercato di fare, aldilà delle polemiche più o meno legittime, perché penso che uno per dire qualche cosa deve vivere la realtà.

Sulle casette, sul tipo di casette, noi abbiamo fatto una scelta, che è stata quella di fare - dove era possibile - le frazioni di prossimità.

Perché i primi giorni queste persone avevano perso completamente i propri punti di riferimento: la chiesa, il luogo in cui andare a fare la spesa etc. Per questo si è cercato, forzando anche la mano, di fare più aree invece che due o tre. Le scelte potevano essere diverse, potevamo immaginare un'area unica, anche se ci sono delle grandi difficoltà visto che noi stiamo in montagna e, di conseguenza, le scelte sono state condizionate anche dalla conformazione orografica del territorio. Abbiamo fatto una scelta: tante aree per permettere alle persone di stare più vicino al luogo dove erano vissute, dove erano nate, dove avevano passato gran parte della propria esistenza.

È chiaro che qui c'è una grande fragilità. Le difficoltà ci sono, e grandi. Io so che i bambini delle elementari e delle medie fra due o tre anni potrebbero avere dei problemi legati a questo evento. E questo vuole essere un invito a stare più vicino, a parlare, ad adottare strategie di intervento e di monitoraggio costante. Io so, ad esempio, del percorso che si sta facendo a livello psicologico con i ragazzi delle scuole. Oggi ci sono bambini che sono seguiti, che hanno avuto dei grossi traumi con la perdita dei genitori o di un familiare, e so che da questo punto di vista la scuola e la ASL stanno facendo un buon lavoro.

Io vi do degli elementi e spero siano attinenti. Per esempio sta accadendo che tra i bambini si è creata una sorta di competizione relativa alle dimensioni delle SAE (Soluzioni Abitative di Emergenza). È chiaro che questo è lo specchio di quanto avviene a livello sociale e di quanto ascoltano in famiglia. (... *si dice tu hai il 60 invece io ho l'ottanta...*, riferendosi ai m² dell'abitazione assegnata).

Non è ancora un posto per bambini. Lo sta diventando piano piano perché ho creduto e credo fortemente che per farlo ridiventare un posto per i bambini, e d'altra parte anche per gli anziani, occorra recuperare dei centri di socialità. Tuttavia il lavoro in questa direzione si scontra con una normativa molto complessa. Rimango convinto che, fino a quando non si recupereranno dei poli di aggregazione, questi problemi non si risolveranno e che questa è una sfida importante. Una sfida che implica la necessità di andare oltre gli interessi particolari, e credo che chi ricopre un ruolo amministrativo debba dare degli input a 360 gradi.

La mia grande preoccupazione è che questa sarà una comunità che fatterà a ricostituirsi, a meno che ognuno per la sua parte non faccia passare un messaggio diverso, cercando di pensare al bene collettivo e allo stare insieme. Perché noi abbiamo un grosso obbligo secondo me, quello di rispettare e di non scordarci mai della grande solidarietà che ha consentito di realizzare molte cose importanti.

Ecco questo è, insomma, il mio spaccato di vita. E comunque vi dico che ho assistito anche a delle cose brutte. Vi racconto questa. Noi avevamo le bare fuori. Mandai un camion per cercare di ripristinare un minimo di decoro.

Il proprietario di un terreno non volle far passare il camion. Per cui dovemmo intervenire e dopo un'ora il camion riuscì a passare. Però capite che queste sono ferite che poi rimangono aperte. E continuo a pensare che in momenti del genere le persone non dovrebbero pensare al proprio interesse.

Poi, magari, ho visto anche dei gesti straordinari, di persone della comunità che si sono prodigate per gli altri portando aiuti. C'è stato il mondo della solidarietà, chi ha scavato per ore sotto le macerie, chi ha lasciato la sua famiglia per stare vicino alla nostra comunità, e questo è uno spaccato che poi ti porti dentro.

Però capite che da questo punto di vista io non sono guarito. Guarirò, credo, il giorno in cui avrò la forza di fare un giro dentro la zona rossa. Perché io non l'ho mai fatto, io l'ultimo passaggio l'ho fatto il 28 agosto del 2016 e mi sono sentito male. Il giorno che avrò la forza di ritornare dentro quei luoghi, che oggi sono chiusi dalle palizzate, forse non sarò guarito ma probabilmente pure io inizierò a superare il trauma. Come sto combattendo questo trauma? Lo combatto con la solidarietà, quando trovo tantissime persone che si prodigano per gli altri. Nei momenti di grande difficoltà io andavo in quell'area dove siete stati a cena ieri sera (AREA DEL CIBO E DEL GUSTO), dove non sembra che ci sia stato il terremoto, io andavo lì la sera e strillavo, solo, urlavo e poi ricominciavo, ricominciavo da capo fumandomi la cinquantesima, la cinquantunesima sigaretta.

Poi io sono convinto che alla fine la gran parte delle persone sia capace di fare cose straordinarie. Ecco, sono più le brave persone che le brutte persone. Chiudo raccontandovi appunto questo spaccato di ieri. C'era un incontro a Roma sulle norme per il terremoto e mi sono successe due cose belle. Stavo senza il biglietto della metro, chiedo un biglietto, una persona me lo dà senza chiedermi nulla. Salgo

sulla metro, due anziani salgono con me, dei ragazzi si spingono per occupare i posti vuoti, ma due di loro si alzano per dare il posto agli anziani. Beh, ieri è stata una bella giornata, perché quando vedi queste cose capisci che gli esseri umani, poi me lo insegnate voi, sono divisi in due categorie, le brave persone e le brutte persone, e le brave persone sono quelle che fanno dei gesti che spesso non si fanno.

Se riuscissimo tutti insieme a nutrirci dei gesti positivi sicuramente saremmo migliori anche nei rapporti con i nostri familiari e con i nostri amici. A livello demografico sappiamo che la gente tornerà e resterà se si creeranno le condizioni economiche e anche ambientali per farli tornare. Questo a partire dal recupero della socialità e dalle possibilità di cominciare a lavorare. Proprio ieri ho detto che è necessario che ci sia il prolungamento della zona franca speciale. La zona franca riguarda l'esenzione dei contributi e delle tasse per chi sta in quei luoghi: ho chiesto altri due anni, però ho chiesto pure un salto di qualità. È stato creato un cratere che non è un cratere perché secondo me il vero cratere potrebbe essere circoscritto a 45 comuni.

Perché dove c'è la distruzione è cratere, dove non c'è stata, ringraziando Dio, potrebbe essere il sub-cratere. Perché secondo me un atto di serietà sarebbe quello di impegnarsi immediatamente su chi oggi non ha niente e poi a cascata sugli altri. Faccio un'ultima considerazione. E questa non è politica perché è un dato di fatto.

Per i tre milioni destinati dalla Regione Lazio alle imprese ricadenti nell'area del sisma nella provincia di Rieti, io immaginavo che ci fosse una priorità legata all'entità del danno subito, ma la priorità non c'è e questa graduatoria viene redatta in base al tempo di presentazione della domanda. Capite che questo è un vero problema. L'ho fatto presente, ho avuto rassicurazioni che da oggi in poi sarà così. Allora capite che anche queste cose che sembrano scollegate non sono scollegate e incidono anche sulla psicologia e su quella sindrome pericolosa per cui tutti diventano nemici. Allora diventa nemico l'impresa di Cittaducale, porto un esempio, che ha avuto la fortuna o la capacità di prendere il finanziamento. Per cui si creerà una lotta interna sociale fino a quando non ci saranno chiare regole di ingaggio, ed io penso che le regole chiare debbano partire sempre dalla priorità.

Usando una metafora medica, io penso che quando si ricovera qualcuno in ospedale c'è il codice rosso, il codice giallo e il codice verde. Si cura prima quello che ha il codice rosso, poi a cascata tutti gli altri. In questa gestione emergenziale oggi non c'è questa priorità per cui ho detto che noi ci dovremo attenere ad una logica simile a quella che si segue in Pronto Soccorso con l'assegnazione dei codici di urgenza al momento del triage.

Questa sarebbe la logica e sarebbe opportuno che la logica prendesse il sopravvento sulla civiltà dei *clientes*. Perché purtroppo noi siamo figli della civiltà dei *clientes* dell'antica Roma e questo ha delle ripercussioni nei rapporti interpersonali per cui si crea una guerra interna anche tra comunità diverse e questo è profondamente sbagliato.

IL SISMA DEL CENTRO ITALIA. UNA ESPERIENZA PER MATURARE

Fabrizio Cola

Coordinatore COI emergenza Sisma Regione Lazio

PAROLE CHIAVE: SISMA, EMERGENZA, PROTEZIONE CIVILE, VOLTI TESI E LARGHI SORRISI.

Corse frenetiche e arresti improvvisi. Telefoni impazziti e lunghi silenzi. Tutto quello che è stato il “post-terremoti” del 2016/17 - difficile da definire con semplici parole - è caratterizzato da profonde emozioni, spesso in apparente contrasto tra loro. Così è ogni emergenza, così è tutto ciò che riguarda la protezione civile, perché tutto si basa sulle persone e sui rapporti, incredibili, che si riescono a instaurare. Il sisma del 24 agosto 2016 ha portato segni, ferite, devastazioni a comunità intere. Ha profondamente inciso sulla storia dell'Italia, ma ancora di più ha cambiato per sempre vite, purtroppo cancellandone 299, di troppe famiglie. Ogni volta che si accenna a quanto accaduto tra Amatrice, Accumoli, Arquata del Tronto il ricordo delle vittime, dei loro cari, è sempre più forte.

Così come è impossibile non pensare ai cittadini che nelle zone del centro Italia hanno vissuto, e stanno ancora vivendo, in condizioni di disagio.

Lo sforzo che l'intero Servizio Nazionale della Protezione Civile ha messo in campo dalle 3.36 del 24 agosto 2016 è stato senza pari, a tutti i livelli. Perché è quello che ci si aspetta da una eccellenza italiana, perché è ciò che muove ogni singolo componente di questo straordinario sistema. Un sistema che ha dei nodi nevralgici e strategici, come le Regioni. L'intera macchina della Regione Lazio, così come quelle di Marche, Umbria e Abruzzo, ha dovuto affrontare una situazione senza precedenti, che continua ancora oggi. Pensare alle oltre 80mila scosse - di cui 2 terremoti di magnitudo maggiore o uguale a 6,7 di magnitudo tra 5.0 e 5.9 e 6.2 di magnitudo compresa tra 4.0 e 4.9 - non dà sufficiente senso a quanto hanno vissuto i cittadini, i tecnici, gli operatori che dalle ore immediatamente successive al 6.0 del 24 agosto 2016 si sono letteralmente trasferiti sui territori.

Un insieme di tante divise - vigili del fuoco e soccorso alpino, forze di polizia e forze armate, volontari e personale del Servizio Sanitario, esperti della comunità scientifica e personale di comuni, Prefetture, Province, Regioni, Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, delle società che forniscono servizi essenziali ai cittadini - con uno spirito, un obiettivo solo e comune, quello di volersi dedicare al soccorso, alla sicurezza della vita dei propri concittadini. Sempre al meglio delle proprie capacità e possibilità, in uno scenario in costante evoluzione, a causa dei terremoti, del maltempo, per le esigenze dei cittadini in continuo, e legittimo, cam-

biamento, uno scenario nel quale il dipartimento di protezione civile della Regione Lazio, affiancato dalle altre strutture regionali, si è di volta in volta riassetato per individuare sempre le soluzioni più efficaci alle infinite criticità che si sono via via presentate sul territorio.

È uno spirito nato dalle esperienze migliorato dalle difficoltà nelle emergenze del passato, che si basa su tanta preparazione che consente, nel momento del bisogno, di intervenire nel minor tempo possibile tutti insieme, ognuno secondo le proprie competenze.

Dal terremoto in Irpinia, nel 1980, un evento dal quale deriva la nostra storia - nostra intesa come dell'intero Servizio Nazionale della Protezione Civile ma anche di tutta Italia - abbiamo assistito a una rivoluzione copernicana su tanti fronti: dalla formazione di operatori e volontari alle procedure previste per gli interventi in emergenza, dalle attività di prevenzione allo sviluppo della conoscenza scientifica sulla previsione dei rischi. Una rivoluzione che continua ancora oggi, poiché l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema nazionale della Protezione Civile devono sempre essere incrementate. Un'efficacia che si mescola sempre con l'umanità dei singoli operatori e con il loro fiuto che deriva dall'esperienza.

Lo abbiamo sperimentato decine di volte nei mesi passati, nei campi di accoglienza allestiti immediatamente dalla Regione Lazio e dalle altre strutture del Servizio Nazionale nell'immediatezza della prima scossa di agosto dove era necessario, spesso in punta di piedi, far convivere esigenze opposte; lo abbiamo osservato al Centro Operativo Intercomunale di Amatrice così come alla Di Coma C di Rieti (il centro di coordinamento nazionale delle componenti e strutture operative di Protezione Civile attivato dal Dipartimento della Protezione Civile sul territorio interessato dall'evento), dove problemi che parevano insormontabili, analizzati pezzo per pezzo, sono sempre stati affrontati e superati.

Rispondere a ogni emergenza è possibile solo attraverso un vero lavoro di squadra e a una attenta, preventiva, preparazione. L'immediata attivazione dei Centri Operativi Comunali (i COC), la convocazione del Centro di Coordinamento dei Soccorsi (il CCS) da parte del prefetto di Rieti, il coordinamento operato dalla struttura di protezione civile della Regione Lazio e l'insediamento, a solo mezz'ora dalla prima violenta scossa, del Comitato Operativo della protezione civile - l'organo centrale che, sotto la direzione del Capo del dipartimento della protezione civile, assicura la direzione unitaria e il coordinamento delle attività di emergenza, stabilendo gli interventi di tutte le amministrazioni ed enti interessati al soccorso - sono state possibili, e determinanti, perché a monte esistevano, ed esistono, piani, procedure, meccanismi flessibili ma ben rodati.

Lavorare per funzioni e non per amministrazioni, come è stato fatto anche in questa complicatissima emergenza, è davvero l'unica strada possibile per ottenere risultati concreti, per non disperdere energie e risorse e per centrare il prima possibile gli obiettivi fissati. Lo abbiamo visto, per esempio, ad Amatrice nei giorni immediatamente successivi al terremoto, in un contesto nel quale l'isolamento di

frazioni, l'interruzione di strade e ponti vitali per la comunità è stata una delle priorità affrontate. Avere nella stessa stanza, a Rieti presso la Di Coma C così come ad Amatrice presso il Centro Operativo Intercomunale della Regione Lazio, i vigili del fuoco, le forze di polizia e quelle armate, gli operatori delle società dei servizi essenziali, i tecnici delle varie amministrazioni coinvolte è fondamentale, poiché analizzare insieme problemi e criticità consente di arrivare molto prima a individuare e mettere in opera la soluzione migliore. Senza questo approccio e questo lavoro di squadra, di rete di competenze, di sistema molto di quanto, con fatica, raggiunto probabilmente non lo avremmo ottenuto, o lo avremmo raggiunto in tempi più lunghi.

Un approccio che trova fondamento nella quotidianità della preparazione. La vera sfida, infatti, consiste nel saper sfruttare il tempo che trascorre tra un'emergenza e l'altra per crescere e migliorare in tutte quelle attività che ci permettono di ridurre il rischio: la pianificazione, le attività formative ed esercitative, la diffusione di una cultura del rischio, sono compiti fondamentali da compiere e rinnovare costantemente, così da essere sempre al passo nell'evoluzione dei possibili scenari di rischio.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO NELLA REGIONE MARCHE E GESTIONE DELL'EMERGENZA

Sara Baldinelli, Chiara Fiori, Mauro Silvestrini

Clinica Neurologica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Politecnica delle Marche

PAROLE CHIAVE: DEMENZA, PIANI ASSISTENZIALI, REGIONE MARCHE, EMERGENZA TERREMOTO

La popolazione residente nella Regione Marche ammonta a circa un milione e mezzo. Una proporzione significativa dei residenti si colloca in una fascia di età superiore ai 65 anni. È stato stimato che nella regione circa 60 persone ogni 1000 di età superiore ai 65 anni presentano un quadro di deterioramento cognitivo di entità tale da configurare un quadro di demenza.

I comuni interessati dagli eventi sismici nel periodo agosto-ottobre 2016 sono stati circa 30, di questi 21 hanno subito danni significativi che hanno richiesto interventi strutturali e l'attivazione di piani di assistenza speciale per i pazienti con deterioramento cognitivo. Nei 21 comuni vivono circa 50.000 persone con circa 13.000 che si collocano nella fascia di età a maggior rischio di demenza. La stima dei pazienti con deterioramento cognitivo direttamente coinvolti nei danni prodotti dal sisma è di circa 800 persone, 400 solo nella provincia di Macerata.

Il piano di emergenza è stato affrontato coinvolgendo diversi operatori, a partire da quelli operanti nei centri Alzheimer della regione e dividendo la problematica in due fasi, peraltro gestite in gran parte in maniera simultanea e coordinata. La prima fase ha preso in considerazione tutte le esigenze emerse nella fase immediatamente successiva agli eventi sismici (gestione acuta dei problemi) mentre nella seconda fase l'attenzione si è concentrata sulla gestione e pianificazione degli interventi necessari alla prevenzione e risoluzione delle problematiche a lungo termine (gestione delle problematiche emergenti).

Per quanto riguarda il primo aspetto, i problemi sono stati affrontati preliminarmente con l'individuazione delle possibili sedi in grado di accogliere i pazienti e i loro familiari residenti nelle aree terremotate che avevano subito danni strutturali che avevano richiesto l'evacuazione delle loro sedi di residenza, case private, ospedali, strutture assistenziali. A tale scopo, è stato anche effettuato un censimento per l'individuazione delle strutture in grado di accogliere i pazienti istituzionalizzati anche utilizzando sedi regionali non coinvolte dal sisma e privilegiando, dove possibile, le sedi più vicine alla zona di residenza del paziente. Per il secondo aspetto, una task force composta da medici e altri operatori e professionisti sanitari

esperti nella gestione dei pazienti con deterioramento cognitivo, ha individuato una serie di problematiche da affrontare e risolvere e le diverse priorità, proponendo anche una serie di azioni da intraprendere, con particolare attenzione agli aspetti di prevenzione. In relazione alla loro complessità meritano una menzione particolare, i seguenti punti:

- perdita della continuità assistenziale con conseguente necessità di coordinare il reperimento e l'approvvigionamento regolare di farmaci e ausili;
- esposizione ad ambienti non familiari e disagiati che ha richiesto azioni rivolte all'individuazione delle sedi di collocazione più idonea: tendopoli, garage, case di amici, alberghi;
- cambiamento delle figure di riferimento affrontato con azioni rivolte ad individuare figure idonee come badanti, medici, caregivers;
- insorgenza di manifestazioni emotive come paura, agitazione, pianto, wandering, gestiti con la pianificazione di adattamenti farmacologici e colloqui per l'istruzione specifica ai caregivers;
- peggioramento dei disturbi cognitivi (disorientamento) e comportamentali (agitazione, insonnia) fino a episodi di delirium, (azione: programmazione di visite e intervista ai caregivers per adattamenti terapeutici).

Sostanzialmente e in modo riassuntivo, si può affermare che gli interventi e le azioni sopra riportate hanno avuto un buon riscontro, sia da parte dei pazienti che dei loro familiari, grazie probabilmente alla capacità organizzativa e alla coordinazione degli sforzi che ha permesso di affrontare in modo continuativo le problematiche maggiori e di indirizzare tempestivamente le azioni più idonee nelle tre dimensioni definite dal protagonista principale dell'intervento.

- Dimensione 1 (pazienti): organizzazione dell'assistenza nelle comuni attività del vivere quotidiano (alimentazione, terapia farmacologica, igiene personale), supervisione continua, per la scarsa capacità critica e di giudizio, ausili per gli spostamenti e per la deambulazione, ritorno precoce ad una routine quotidiana.
- Dimensione 2 (caregiver): attivazione di supporto assistenziale e sanitario, supporto psicologico (caregiver burden).
- Dimensione 3 (setting): spazio adeguato per gli ausili ed assistenza continua, ambiente essenziale per facilitare l'orientamento, personale competente e presente giorno e notte, continuità nell'assistenza (volti familiari), facile accessibilità (caregiver, sanitari).

Da parte delle organizzazioni e delle associazioni che hanno attivamente cooperato per sostenere gli anziani, in particolare quelli affetti da demenza, nelle aree terremotate c'è stata inoltre la volontà di conservare e di rispettare la dignità della persona. Numerose sono state le iniziative volte a favorire l'aggregazione, il confronto e, soprattutto, ad evitare l'isolamento. In particolare, gli interventi di

co-housing e la creazione di veri e propri centri di aggregazione (anche mediante l'utilizzo di grandi tendostrutture al fine di creare una ambiente dinamico ma allo stesso tempo protetto come quello di una vera e propria "piazza di paese").

I diversi centri di aggregazione sono stati dotati di orologi, calendari e quotidiani, al fine di preservare (laddove possibile) la consapevolezza del tempo e degli spazi e limitare, nei casi più gravi, il disorientamento spazio-temporale caratteristico del paziente affetto da demenza. Sono stati inoltre messi a disposizione semplici passatempi. Tra le iniziative per gli anziani affetti da demenza anche quella di una linea telefonica attiva durante tutta la giornata.

Grazie al lavoro delle organizzazioni e delle associazioni ed al contributo di aziende e privati è stato inoltre possibile trasferire gli anziani affetti da demenza residenti in strutture protette in hotel della costa.

Bibliografia

1. Alzheimer: i diritti dei malati e dei loro familiari - La Legge per Tutti. https://www.laleggepertutti.it/165706_alzheimer-i-diritti-dei-malati-e-dei-loro-familiari.
2. Alzheimer e assistenza alle famiglie nelle Marche. Il punto in un incontro ad Ancona (23 settembre 2016). [insalutenews.it - http://www.insalutenews.it/in-salute](http://www.insalutenews.it/in-salute).
3. Commissione nazionale d'etica per la medicina NEK-CNE (editore) (2011). Direttive del paziente. Considerazioni etiche sul nuovo diritto di protezione degli adulti con particolare attenzione alla demenza. Parere n. 17/2011. Berna.
4. Terremoto oggi Marche 30 ottobre 2016 - Today. www.today.it/cronaca/terremoto-oggi-marche-30-ottobre-2016.

VARIAZIONI DI INCIDENZA E QUADRO CLINICO DELLE DEMENZE IN RAPPORTO AD EVENTI SISMICI

Patrizia Sucapane ⁽¹⁾, Alessandra Cavicchio ⁽²⁾, Carmine Marini ⁽²⁾

⁽¹⁾ *UO di Neurologia e Stroke Unit DU, Ospedale S. Salvatore dell'Aquila*

⁽²⁾ *Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente*

Mail autore corrispondente: carmine.marini@univaq.it

PAROLE CHIAVE: MALATTIA DI ALZHEIMER, INCIDENZA, CALAMITÀ NATURALI, STRESS PSICO-SOCIALE

Incidenza di demenza e calamità naturali

Diversi studi in letteratura suggeriscono che eventi stressanti di particolare intensità possono avere un'influenza negativa sulle manifestazioni cliniche di pazienti dementi (1). D'altra parte, studi prospettici indicano che si verificherà un aumento di incidenza di demenza sia in Europa sia nel resto del mondo, con un incremento drammatico nella prima metà di questo secolo (2).

Per tali motivi, in caso di futuri eventi disastrosi, è fondamentale promuovere studi multidisciplinari finalizzati a elaborare strategie per fronteggiare le conseguenze del trauma a breve e lungo termine su popolazioni anziane con deficit cognitivo (1).

Secondo il World Report on Alzheimer's Disease (3), l'aumento di prevalenza di demenza sarà molto più marcato nei paesi a basso reddito pro-capite rispetto a quelli sviluppati: dato verosimilmente attribuibile soprattutto al più rapido invecchiamento della popolazione in tali paesi, ma che può anche rivelare un ruolo dello stress psico-sociale nell'insorgenza ed evoluzione della demenza.

Chiaramente, in caso di calamità naturali le conseguenze sono più drammatiche in soggetti anziani fragili, soprattutto quelli con deficit cognitivi (1).

Uno degli studi più interessanti che ha valutato l'impatto delle calamità naturali sull'incidenza della demenza è costituito da una ricerca condotta in Giappone nel 2011 (4). Si tratta di un esperimento naturale in cui la popolazione di una cittadina posta a circa 80 km ad ovest dell'epicentro di un terremoto era stata sottoposta a screening per la demenza 7 mesi prima dell'evento sismico, ed è stata di nuovo studiata con la stessa metodologia 2,5 anni dopo la calamità.

Sono stati valutati al follow-up 3.594 soggetti con una completezza dell'82,1% e sono stati raccolti dati relativi all'esperienza personale dell'evento disastroso e all'incidenza della demenza. Il 38% dei soggetti inclusi riferiva di aver perso parenti o amici ed il 58,9% aveva subito danni patrimoniali.

L'anamnesi di gravi danni o di distruzione dell'abitazione era associata a un significativo declino cognitivo $r=0,12$, 95% CI: 0,01-0,23 e $r=0,29$, 95% CI: 0,17-0,40, rispettivamente; un effetto di entità comparabile a quello dell'ictus ($r=0,24$, 95% CI: 0,11—0,36).

Le conseguenze sociali del terremoto dell'Aquila

Il terremoto dell'Aquila del 2009 è stato un evento di notevole intensità, con un numero di vittime simile a quello di Amatrice del 2016, ma con danni ai beni artistici e culturali notevolmente maggiori. Le conseguenze per la popolazione si sono protratte nel tempo. In fase acuta, la popolazione ha subito, oltre alle perdite, lo stress del concentramento nelle tendopoli o la deportazione in strutture ricettive lontane, soprattutto negli alberghi della costa adriatica. La fase intermedia è stata costituita dalla sistemazione nelle *new town*, i quartieri del “progetto C.A.S.E.”, e nei moduli abitativi provvisori (MAP) in cui la popolazione è stata sistemata per tempi lunghi (5). Una programmazione finalizzata a privilegiare le necessità primarie di collocazione per i nuclei più fragili ha purtroppo provocato la disgregazione del tessuto sociale, perché non ha tenuto conto, tranne isolate eccezioni, della ricostituzione delle comunità originali. Questo sovvertimento del tessuto sociale è destinato a protrarsi anche nel lungo termine a causa della sistemazione delle abitazioni provvisorie in sedi relativamente lontane le une dalle altre, spesso in luoghi eccentrici rispetto alle sedi abitative originali (5).

Nuclei familiari provenienti dai principali quartieri del centro storico della città o della prima, seconda e terza periferia, sono stati sparsi su una superficie enorme (in un raggio di circa 30 km). Il risultato è che oggi L'Aquila rappresenta un modello di città dispersa, energivora e asociale (6). La popolazione anziana (> 65 anni) era costituita al primo gennaio del 2009 da 14.174 soggetti di cui il 30% ultra ottantenne. In seguito al sisma gli anziani aquilani sono stati allontanati dalle proprie abitazioni e dai luoghi in cui avevano vissuto fin allora, con rottura della memoria e della storia dei singoli individui e delle comunità. Sono stati ricollocati in abitazioni e quartieri spersonalizzanti, con servizi scarsi o assenti (negozi di alimentari, farmacie, chiese), e soprattutto privi di centri di aggregazione e di socializzazione (circoli ricreativi, luoghi di incontro, sale parrocchiali). Tali scelte hanno prodotto importanti sacche di emarginazione sociale e un drammatico deterioramento della qualità di vita soprattutto degli anziani, peggiorato ulteriormente dagli scarsi e difficoltosi collegamenti con i mezzi pubblici (6). Negli anni sono stati effettuati diversi studi di popolazione con lo scopo di valutare le conseguenze determinate dai cambiamenti sociali indotti dal terremoto sullo stato di salute degli anziani aquilani.

Un'indagine in particolare si è focalizzata sullo studio della correlazione tra la percezione dello stato di salute e la delocalizzazione abitativa. È stato somministrato un questionario di 36 domande con risposta a scelta chiusa intervistando gli afferenti degli ambulatori di Medicina generale e del Servizio vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione (7). Dei 589 soggetti intervistati, il 57% aveva un'età compresa tra 65 e 74 anni, il 25% tra 75 e 79 anni ed il 18% era ultraottantenne. I risultati della ricerca hanno dimostrato che, nella popolazione presa in esame, la condizione abitativa e i determinanti tipici dell'età influenzavano negativamente la percezione dello stato di salute. La delocalizzazione e l'assenza di infrastrutture avevano concorso a modificare la vita quotidiana e a pregiudicare la percezione del proprio stato di salute (7).

I dati del Centro U.V.A. dell'Aquila

Allo scopo di fronteggiare le conseguenze del terremoto, l'Unità Valutativa Alzheimer dell'Ospedale dell'Aquila, pur a fronte di gravi danni subiti dalla struttura, ha prontamente predisposto un percorso diagnostico multidisciplinare coinvolgendo i reparti di neurologia, neuroradiologia e medicina nucleare, il laboratorio analisi, il servizio di genetica e strutture del CNR. I servizi di primo livello erogati comprendono oltre ad una valutazione clinica standardizzata, la valutazione cognitiva e comportamentale di base, indagini strumentali di base come la TC e la RM, la compilazione e l'aggiornamento continuativo di un registro di patologia. I servizi di secondo livello riguardano una valutazione multidisciplinare standardizzata, valutazione cognitiva e comportamentale estesa, *counseling* genetico, valutazione di *biomarker* strumentali e di laboratorio (FDG- PET, AMY-PET, LIQUOR, fMRI, MRI Morfometria, DATSCAN), eseguibili come prestazioni ambulatoriali complesse o in regime di *day-hospital*.

A distanza di 9 anni dal sisma, il 45% dei soggetti visitati dal Centro U.V.A. riferisce che l'inizio della sintomatologia è avvenuto nel periodo immediatamente a ridosso del terremoto. Tale percentuale sembra indicare un aumento dell'incidenza della demenza rispetto agli attuali valori di riferimento nella popolazione generale ed è verosimilmente determinata dal viraggio dei sintomi cognitivi e depressivi verso un quadro di demenza. Analizzando il numero di pazienti afferenti e visitati dal Centro, dopo un iniziale calo registrato nel 2009, si evidenzia un incremento significativo delle visite già dall'anno successivo; tendenza che si protrae a tutt'oggi. L'incremento è ancora più significativo considerando il notevole calo demografico e lo spostamento verso la costa abruzzese di una parte della popolazione, ed è verosimilmente attribuibile allo stress subito dalla popolazione anziana nei cambi di domicilio e dalla perdita di riferimenti del contesto sociale. Analizzando in dettaglio la sintomatologia dell'utenza, si rileva un netto aumento dei BPSD e parallelamente un incremento nel consumo di neurolettici, a riprova del fatto che lo stress psico-sociale può essere considerato un fattore determinante nell'incremento del numero di utenti che si rivolgono al Centro.

Parallelamente, si è modificato nettamente il profilo di gravità dei pazienti trattati. A parte il tendenziale aumento di pazienti che afferiscono al centro UVA con sintomatologia lieve (MCI), chiaramente spiegabile con il progressivo aumento di interesse per l'inizio precoce del trattamento, si osserva un netto aumento dei casi più gravi a ridosso dell'evento, con un calo in tempi recenti, dovuto verosimilmente all'implementazione di nuove tecniche diagnostiche ed in particolare della PET-FDG e con traccianti di beta-amiloide, che permettono una diagnosi precoce nei casi lievi.

Il Centro U.V.A. coordina una rete di servizi territoriali ed ospedalieri, tra cui spicca per importanza ed efficacia il Centro Diurno per pazienti con Malattia di Alzheimer, chiamato 'AllenaMentÈ', che eroga interventi di terapia occupazionale, musicoterapia, ortoterapia, attività culturali ed interventi riabilitativi di tipo cognitivo-comportamentale, con un approccio che integra corpo e mente e persegue lo

scopo del sollievo e benessere per il paziente e per il contesto familiare. L'attività del Centro ha contribuito in una certa misura a ridurre il numero di pazienti con un livello di demenza grave seguito del Centro U.V.A.

Conclusioni

La presenza di una grave comorbidità, soprattutto cognitiva, rende gli anziani meno capaci di far fronte all'evento traumatico e l'esposizione prolungata ad un ambiente non familiare è spesso ulteriore fonte di disagio e induce un ancor maggiore aggravamento dei deficit cognitivi. Possiamo pertanto affermare che è ormai accertato che gli anziani fragili sono più vulnerabili della popolazione generale in seguito a disastri naturali e che sono maggiormente a rischio di superare la soglia di capacità fisiche e cognitive necessarie per l'autonomia e virare quindi verso uno stato di demenza.

Bibliografia

1. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Roger T, Mulder RT (2014). Impact of a Major Disaster on the Mental Health of a Well-Studied Cohort. *JAMA Psychiatry* 71:1025-1031.
2. Norton S, Matthews FE, Brayne C (2013). Commentary on studies presenting projections of the future prevalence of dementia. *BMC Public Health* 12:1.
3. Alzheimer's Disease International (2009): World Alzheimer Report. Alzheimer's Disease International, London.
4. Hikichia H, Aidab J, Kondoc K, Tsuboyab T, Matsuyamab Y, Subramaniana SV, Kawachia I (2016). Increased risk of dementia in the aftermath of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. doi/10.1073/pnas.1607793113.
5. D'Argenio P, Carbonelli A, Cofini V, Diodati G, Gigantesco A, Granchelli C, Luzi P, Mancini C, Minardi V, Mirante N, Tarolla E, Trinito MO, Bella A, Salmaso S (2013). Risultati dello studio CoMeTeS (Conseguenze a Medio Termine del Sisma): stato di salute della popolazione dopo il terremoto del 2009 in Abruzzo. Rapporti ISTISAN 13/2, viii, 72 p.
6. Castellani S, Palma F, Calandra LM. La riconfigurazione territoriale dell'Aquila dopo il sisma del 2009 e il cambiamento dei luoghi e dei comportamenti della quotidianità (2016). *Epidemiol Prev* 40(Suppl1):82-92.
7. Mattei A, Giuliani AR, Fiasca F, Santilli F, Manganaro MA, Fabiani L (2016). Percezione dello stato di salute negli anziani della città dell'Aquila dopo il sisma del 2009. *Epidemiol Prev* 40(Suppl1):59-65.

IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONISMO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

Andreina Ciogli

Presidente AMAR

PAROLE CHIAVE: DEMENZA, EMERGENZA, FRAGILITÀ, VECCHIAIA

L'Associazione Malattia Alzheimer di Rieti è un'associazione di volontariato che si occupa da molti anni, nella provincia di Rieti, delle persone affette da Alzheimer e di tutte le altre forme di demenza; offre supporto e consulenza gratuita alle famiglie dei malati. Ritenendo prioritario il tema della sensibilizzazione, organizza incontri con la popolazione ed i referenti politici/istituzionali del territorio. Constatando carenza d'informazione e formazione, su tali tematiche, nei familiari dei malati, nei volontari, nelle badanti, negli assistenti domiciliari, negli operatori socio/sanitari, organizza corsi, convegni, seminari sui vari aspetti della malattia e sulle modalità di assistenza dei malati. È iscritta al Registro Volontariato della regione Lazio; è federata con Alzheimer Uniti Onlus Italia.

Il 24 agosto 2016, un terremoto di magnitudo 6,0 - epicentro tra i comuni di Accumoli, Amatrice e Arquata del Tronto - ha colpito l'Italia centrale causando 299 vittime e danni imponenti sotto il profilo economico, umano, psicologico, sociale. Sono poi seguite una moltitudine di scosse con altri momenti di acuzie: il 26 ottobre 2016; il 30 ottobre 2016; il 18 gennaio 2017.

L'estensione del territorio colpito è stata pari a 1.100 Km²; 4 regioni coinvolte: Lazio, Marche, Umbria, Abruzzo. Abbiamo avuto in tutto 328 persone decedute; circa 30.000 sfollati che hanno trovato riparo nei palazzetti dello sport, nei centri polivalenti, nelle tendopoli allestite, negli alberghi messi a disposizione lungo la costa adriatica etc, etc. Per gli aiuti alle popolazioni, sono state dispiegate circa 6.000 persone, a partire dalla prima scossa e poi negli interventi successivi.

Sono state allestite 43 aree di accoglienza (tendopoli) e, parallelamente, predisposte soluzioni provvisorie in strutture già presenti nei territori colpiti (palestre).

Nella provincia di Rieti è stato interessato, soprattutto, il Distretto Alto Velino che comprende 9 Comuni; i Comuni più colpiti sono stati: Amatrice con 229 vittime ed Accumoli con 11 vittime. Sono state allestite, nella zona della Comunità montana del Velino, 13 aree di accoglienza, gestite dalla Protezione Civile e dalle Associazioni di Volontariato. Molte famiglie hanno scelto di spostarsi presso gli alberghi della costa adriatica (per es. gli abitanti di Accumoli a San Benedetto del Tronto); circa 200 persone, a ottobre 2016, hanno scelto di trasferirsi presso le abitazioni del progetto C.A.S.E., messe a disposizione dal Comune dell'Aquila o nei MAP localizzati in altri comuni dell'Abruzzo.

Dopo la fase di salvataggio, difficile e complicata, date le caratteristiche del territorio e la dispersione dei centri abitati, relativamente alla popolazione anziana fragile (non necessitante di cure immediate), vi è stato il trasferimento in RSA dei soggetti non autonomi e delle persone con demenza grave. Si sono registrati molti casi in cui anziani affetti da demenza che vivevano presso la loro abitazione, assistiti da una badante, sono rimasti improvvisamente soli perché la badante, presa dal panico, è voluta tornare nel proprio paese di origine; anche in questi casi vi è stato trasferimento nelle RSA. Per quei soggetti autonomi (ancorché fragili) sistemati nei campi, ed inseriti in un gruppo familiare, vi è stato, talora, un temporaneo supporto psicologico; ma, fundamentalmente, non sono stati adeguatamente seguiti.

Da rilevare che, immediatamente dopo la fase di salvataggio, nella fase di assistenza della popolazione, si è evidenziata subito molta confusione negli interventi, spesso non coordinati tra di loro e talora incongrui; con zone del territorio che rimanevano scoperte; pertanto si è rilevata l'esigenza di costituire una rete tra soggetti istituzionali, in particolare sociale/sanitario/terzo settore, mantenendo il più possibile il coordinamento delle azioni a supporto della popolazione locale attraverso riunioni periodiche, scambio d'informazioni e dati, tese a fare il punto della situazione locale e a programmare gli interventi, diminuendo così la possibilità di sovrapposizione degli stessi e/o di vuoti di servizio.

Importante è stato anche il fatto che tutte le associazioni del terzo settore, operative nel territorio di Rieti ed attive nella zona del sisma, ma anche quelle associazioni che non sono direttamente intervenute ma hanno comunque supportato le altre, hanno costituito una rete propria; si sono coordinate tra di loro, ognuna definendo il proprio ambito di operatività; le comunicazioni avvenivano tramite una WhatsApp – C.D.S. Post-terremoto; periodicamente ci si incontrava per fare il punto della situazione. Ciò ha permesso di evitare interventi inutili, sovrapposizioni, spreco di forze e risorse; vi è stata così anche la possibilità di intervento in territori non coperti dalla rete ufficiale. Questo ha permesso di stabilire un rapporto di collaborazione e di sostegno reciproco che non è dato di vedere spesso.

Considerato che l'Italia è il paese delle emergenze annunciate ci si pone anche la domanda se siamo preparati agli interventi di soccorso in cui siano coinvolti soggetti disabili! La risposta è, ovviamente, NO. Allora che bisogna fare?

Sappiamo che non c'è una mappatura delle persone con disabilità importante.

- 1) Bisognerebbe che ci fosse l'implementazione del Piano di protezione Civile con l'individuazione delle persone più fragili, in emergenza, all'interno del territorio, rilevandone i bisogni ai fini del soccorso o dell'evacuazione, non solo in termini di mobilità ma anche per le specifiche necessità di comunicazione o altre esigenze particolari.
- 2) Inoltre ci dovrebbe essere la realizzazione del piano emergenza inclusivo familiare (per famiglie con gravi disabili) che dovrebbe essere consegnato agli utenti ed illustrato a volontari e Protezione Civile.

- 3) Sarebbe utile fare una scheda informativa sul comportamento da tenere, in circostanze specifiche di emergenza, da parte dei familiari e caregiver e distribuirle alle famiglie potenzialmente interessate.

Poi, nella fase post-salvataggio:

- 1) Per gli anziani fragili, inviati nelle tendopoli, importantissimo è il supporto psicologico e poi si deve organizzare un'attività strutturata giornaliera, tramite le associazioni; bisogna creare spazi esterni alla tenda ed attività varie altrimenti essi resteranno, buona parte della loro giornata, stesi sulle brandine (e questo non farebbe che aumentare il loro disorientamento e la loro disperazione).
- 2) Bisogna poi individuare Hotel e/o altri tipi di residenze, con caratteristiche idonee (dovrebbero essere già indicati nei piani di Protezione Civile) in cui trasferire dalle tendopoli, il più rapidamente possibile, tutti gli anziani fragili e/o quelli con una forma L/M di deterioramento cognitivo, insieme ai loro familiari; qui essi potranno avere un supporto psicologico costante, un controllo medico e qui potranno operare anche le associazioni.
- 3) Deve poi seguire la “presa in carico” e la continuità assistenziale anche quando vi sarà il ritorno al proprio domicilio o lo spostamento presso residenze provvisorie; anche in questa fase è importante la presenza delle associazioni.

Il ruolo delle associazioni è quello di stare vicino alle persone, aiutarle, supportarle, sostenerle, consolarle. Gli anziani, soprattutto quelli che presentano delle fragilità, sono la categoria che più risente degli eventi catastrofici; il terremoto non fa crollare solo gli edifici, non uccide solo le persone, distrugge la loro comunità, distrugge il loro mondo, cancella i loro punti di riferimento, aumenta la loro confusione e solitudine.

Il ruolo delle associazioni è anche quello di ricostruire punti di riferimento, di farli tornare a socializzare, di occupare in modo piacevole e costruttivo le loro giornate, di riguadagnare piccole autonomie, di ricostruire spazi comuni come Alzheimer caffè (anche itineranti), di sollevare le famiglie (anche per qualche ora) dal loro pesante compito di assistenza e vigilanza.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO CAFFÈ INCONTRO

Silvia Ragni

AIP Lazio

PAROLE CHIAVE: ALZHEIMER, COMUNITÀ AMICHEVOLE, CAFFÈ INCONTRO

Oltre ai consueti Caffè Alzheimer, diffusi in Italia dai primi anni 2000 su ispirazione di quelli olandesi sorti fin dal 1997, nasce a Roma su iniziativa dell'Associazione Alzheimer Uniti, un nuovo progetto di Caffè, denominato Incontro per le caratteristiche che assumerà nel tempo. A partire dal 2015, sono seguiti tre anni di sperimentazione che hanno portato ad un progetto dalle proprie caratteristiche ben definite.

Perché Incontro? Innanzi tutto per abbattere lo stigma: la denominazione, privata del termine che identifica la malattia, è già un manifesto di intenti: permettere alle persone di stare insieme, accomunate dal piacere della convivialità e da attività utili ma al contempo piacevoli.

In ogni incontro (a cadenza bimensile e della durata di due ore) è stato invitato di volta in volta un artista o un gruppo di artisti che hanno intrattenuto i partecipanti nella prima parte del Caffè. Gli artisti (musicisti, attori, ballerini) tutti professionisti e di successo, si sono sempre esibiti a titolo volontario e con l'entusiasmo e il piacere di portare la propria esperienza artistica a quelle persone che abitualmente non frequentano sale da concerti o teatri. Il luogo prescelto per i Caffè Incontro è stato diverso negli anni, a seconda della disponibilità delle sale messe a disposizione. Caratteristica comune è comunque il fatto di essere in centro storico: perché anche questa parte di Roma, monumentale, artistica, solitamente più frequentata da turisti o "abitata" da uffici, possa offrirsi alla vita della comunità, restituendo il cuore di Roma ai suoi abitanti. I vari luoghi che hanno ospitato i Caffè perciò hanno di fatto già costituito una cornice di bellezza per i suoi frequentatori. L'intento di Alzheimer Uniti con questa iniziativa è infatti quello di promuovere il contatto diretto con l'espressione artistica, cioè la sollecitazione emotiva e cognitiva, ma in alcuni casi anche corporea, data dalla musica, il ballo, la recitazione. Durante la fruizione dal vivo di manifestazioni artistico-espressive, succedono tante cose: si percepisce diversamente il rapporto con gli altri, ci si astraie dal rapporto abituale con la realtà, si accede ad un livello spirituale che fa bene all'anima, uscendone nutriti e con un senso di *"bello e buono"* come dicevano gli antichi greci. Gli artisti peraltro hanno sempre mantenuto una calda vicinanza con le persone, rimanendo anche a disposizione per domande e curiosità e infra-

mezzando con spiegazioni semplici le loro esecuzioni. E dopo il nutrimento dell'anima è sempre seguita una buona merenda, per gratificare anche quest'aspetto più concreto ma non meno importante per la socializzazione e la convivialità.

Nel corso degli anni si sono irradiate poi altre 5 sedi in periferia, in modo che, in un territorio romano così esteso, si aprissero altre opportunità di incontro a favore di persone più lontane e in difficoltà. Questi Caffè non vogliono certo sostituirsi ai servizi dedicati istituzionalmente alla demenza ma inserirsi comunque nella rete con caratteristiche proprie, tra le proposte che possano migliorare la qualità della vita di chi vive questa condizione o come diretto interessato o come familiare.

Non è quindi la risposta ad un "vuoto assistenziale", ma l'apertura a serena di nuovi spazi per la cura (1).

Come psicologa non posso fare a meno di sottolineare tali processi importanti che sottendono attività come queste, apparentemente semplici e semi improvvisate, ma in realtà ben definite e ancorate a principi volti al benessere delle persone. Proporre una nuova visione e nuovi paradigmi per affrontare la demenza è in linea con la valorizzazione degli interventi psicosociali, ad oggi tra i più validi per rallentare il declino delle funzioni cognitive ed influire sugli aspetti emotivi e comportamentali delle persone con demenza (2).

Frequentare i Caffè Incontro nel tempo, tenuti da psicologhe e volontarie, favorisce nelle persone con demenza e nei loro familiari, un senso di appartenenza e di riconoscibilità che sono pilastri della scala di bisogni dei valori di Maslow (3). Familiarizzare con questo luogo costituisce quella che Bowlby chiama "la base sicura": il luogo cioè dove mi sento protetto e sereno, accettato così come sono (4). Stare insieme alle persone che condividono le stesse esperienze favorisce quelli che Yalom definisce i "fattori terapeutici di gruppo": universalità, informazione, infusione di speranza, solo per citarne alcuni (5).

Se si applica la creatività, unita ad una buona conoscenza dei contesti di cura, se ne esce decisamente tutti arricchiti, a cominciare da chi si occupa di relazione d'aiuto che per poter offrire positività e benessere ha per primo bisogno di motivazione e stimoli.

A tali prospettive è stata perfettamente in linea la visione dell'Alzheimer Fest, alla sua prima edizione nel settembre scorso, sul lago di Gaviate e quest'anno in preparazione sul lago di Levico. *"Buona musica, artisti, scrittori, malati, sani, familiari, operatori amorevoli, medici senza camici, esperti senza powerpoint"* recitava infatti lo slogan di promozione dell'evento che per tre giorni si è occupato di demenza in una modalità del tutto nuova rispetto al passato.

Nell'ottica di una comunità amichevole ed inclusiva, dunque i Caffè Incontro di Roma sono stati precursori di questa nuova visione. E proprio in contesti meno centralizzati o che hanno subito delle catastrofi ambientali, come le zone terremotate che ospitano questo convegno, sarebbero particolarmente auspicabili e contribuirebbero ad un miglioramento della qualità di vita dei suoi abitanti.

Bibliografia

1. Trabucchi M. Alzheimer Caffè: la ricchezza di una esperienza, Unicredit Foundation 2012.
2. Zeisel J, Reisberg B, Whitehouse P, et al. Ecopsychosocial interventions in cognitive decline and dementia: A new terminology and a new paradigm. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2016. Sep;31(6):502-7
3. Maslow A. Motivazione e personalità. Armando editore, 2010.
4. Bowlby J. Una base sicura. Cortina editore, 1996.
5. Yalom Y., Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Bollati Boringhieri, 2009.

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Renzo Broccoletti

MMG in Rieti

PAROLE CHIAVE: ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, PASS

Gli eventi sismici che hanno recentemente coinvolto le regioni dell'Italia Centrale dimostrano che gli obiettivi dell'intervento sanitario sono: 1) gestione delle emergenze mediche a ridosso della catastrofe, fornendo interventi urgenti per la stabilizzazione di pazienti critici; 2) ripristino dell'assistenza sanitaria di base alle popolazioni illese colpite dal sisma.

Dall'esperienza sviluppata dai Medici di Medicina Generale nei terremoti dell'Aquila del 2009 e dell'Emilia nel 2012 e in altre situazioni emergenziali e dai dati della letteratura emerge che il grosso delle prestazioni richieste, già all'indomani della catastrofe, riguarda competenze proprie della Medicina Generale o di specialità non strettamente legate all'urgenza. Accanto al ruolo essenziale e insostituibile che gli organi istituzionali di soccorso sanitario e la Centrale Operativa del 118 hanno nell'ambito della Protezione Civile, nelle immediate ore successive alle catastrofi, esiste un ruolo ugualmente essenziale di pertinenza della Medicina Generale nell'ambito delle cure primarie.

Esso si manifesta non tanto nell'immediatezza della catastrofe, ma nei giorni e nelle settimane successive, quando è necessaria la presa in carico dei pazienti "fragili", rimasti illesi, in un territorio privo delle strutture distrettuali e della logistica degli ambulatori dei MMG, resi inagibili dagli eventi calamitosi.

Nel 2013, sulla G. U. n° 145 del 22.6.2013 è stata pubblicata la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante: "Disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali, denominate PASS, Posto di Assistenza Socio Sanitaria, preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe". Questa direttiva recepisce istanze della Medicina Generale e del Dipartimento di Protezione Civile e colma un gap nella *governance* delle catastrofi. I PASS, allestiti in tempo ordinario per essere impiegati in emergenza, hanno la finalità di individuare una struttura dove, in caso di inagibilità o insufficienza delle strutture preposte in via ordinaria, il personale sanitario possa espletare l'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria e di integrare, laddove necessario, i servizi sanitari territoriali con personale sanitario qualificato per l'assistenza sanitaria di base e l'assistenza sociosanitaria. Da parte sua, dopo gli eventi sismici dell'Aquila del 2009, la FIMMG ha formato dei MMG volontari per l'emergenza a livello nazionale. Nell'evento sismico di Amatrice la FIMMG Lazio si è messa a disposizione

della cabina di regia della Regione Lazio per organizzare presidi di emergenza delle zone terremotate. Si è creata immediatamente una sinergia di azione e di cooperazione tra i MMG della FIMMG di Rieti, l'Azienda Sanitaria di Rieti e la stessa cabina di regia sanitaria della Regione Lazio.

Dopo queste premesse, veniamo ora ad illustrare sinteticamente il nostro operato.

Il MMG con spirito d'iniziativa ed intraprendenza è riuscito in piena fase emergenziale ad assicurare un servizio di assistenza primaria.

Messi in salvo i feriti gravi, ci si è trovati davanti al problema di dare assistenza agli anziani, farmaci ai malati cronici e, più in generale, supporto a chi ne aveva bisogno.

I primi ad avere necessità di una prescrizione sono stati gli anziani che assumevano terapie croniche. Con quelli rimasti in loco non abbiamo avuto problemi. Tra gli sfollati però c'erano anche tanti che venivano da fuori, alcuni prendevano anche otto, nove o dieci medicine diverse al giorno.

Ricostruire la loro storia clinica e la terapia abituale è stato complicato. Grazie alle due farmacie di Amatrice e alla farmacia di Accumoli, che hanno creato un dispensario, è stato possibile fornire loro farmaci, anche a domicilio, cioè nelle tende, e sul litorale dove molti anziani erano stati trasferiti.

A seguito del sisma è stato dichiarato inagibile l'ospedale di Amatrice "Francesco Grifoni", nel quale operava il poliambulatorio che, oltre alla popolazione del luogo, serviva anche il Comune di Accumoli.

L'ambulatorio provvisorio, creato inizialmente nella tenda, oltre a computer, scrivania e lettino, si è arricchito di nuove dotazioni mano a mano che veniva trasferito ai containers e poi alle strutture dei PASS di Crisciano e di Amatrice.

I Pass, che di fatto sono poliambulatori campali, sono divenuti operativi a pochi giorni dal sisma, terminata la prima fase dell'emergenza - quella della ricerca e del soccorso - in sostituzione dei Posti Medici Avanzati (PMA) allestiti per soccorrere le persone rimaste gravemente ferite nel terremoto. In entrambe le strutture, nel rispetto della normativa, tutti gli ambienti e i percorsi sono privi di barriere architettoniche e adatti all'uso da parte di disabili, anziani e bambini.

Queste strutture costituiscono un punto di riferimento unico per l'accesso ad una molteplicità di servizi che prima del terremoto erano dislocati in strutture diverse sul territorio.

Nei PASS varie figure, dalle caposala, alle infermiere e ai vari operatori sanitari, sono sempre pronti ad accogliere con professionalità i pazienti con varie necessità socio sanitarie ed assistenziali. Nei PASS, aperti 7 giorni su 7 con orario dalle ore 8 alle ore 20 (mentre dopo le 20 il servizio notturno è garantito dalla continuità assistenziale) sono attivi: servizio prelievi, ambulatori di medicina generale, ambulatorio infermieristico, pediatria, diabetologia, cardiologia, oculistica, reumato-

logia, chirurgia generale, assistenza psicologica, assistenza sociale psichiatrica e neuropsichiatria infantile.

Inoltre non bisogna dimenticare il servizio territoriale, a domicilio del paziente, svolto con capacità professionale e dedizione sia dalle infermiere che dai psicologi portando aiuto sanitario e socio-psicologico.

E concludiamo con i numeri.

Sono state quasi diecimila le prestazioni erogate dai due Posti di Assistenza Socio Sanitaria (PASS) allestiti ad Amatrice e al km 129 della Salaria dal terremoto dello scorso 24 agosto 2016.

Il PASS di Amatrice, messo a disposizione nell'area dell'Istituto Don Minozzi, è operativo dal primo settembre 2017 e ha già erogato circa 6.000 prestazioni, di cui la maggior parte nell'ambulatorio di medicina generale e infermieristico. Ad Accumoli, invece, il PASS è operativo dal 29 agosto al km129 della Salaria e ad oggi ha erogato 3000 prestazioni circa.

ESPERIENZA NEL POST-SISMA NELLA RSA DI BORBONA

Natale Santucci (1), Lavinia Calcani (2), Diana Fantacci (3)

(1) *Direttore Medico Aziendale San Raffaele SpA*, (2) *Coordinatrice Infermieristica*,

(3) *Psicologa/Psicoterapeuta della Gestalt*

PAROLE CHIAVE: SISMA, RSA, DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO

La RSA San Raffaele Borbona è stata autorizzata e provvisoriamente accreditata il 03/02/2016 e successivamente ha ricevuto l'accreditamento istituzionale per 60 posti letto con il DCA 362 del 16/11/2016. Il 07/06/2016 è stata inaugurata dal Commissario Straordinario della Regione Lazio.

Come noto le RSA sono Strutture Sanitarie Assistenziali introdotte in Italia a metà degli anni novanta. Sono strutture non ospedaliere, ma comunque ad impronta sanitaria, che ospitano per un periodo di tempo variabile da poche settimane al tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di una articolata assistenza sanitaria. Le RSA sono gestite da enti pubblici o privati che offrono ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali, aiuto nel recupero funzionale e nell'inserimento sociale e prevenzione delle principali patologie croniche. Tipicamente, in una RSA vengono garantite: l'assistenza medica e infermieristica, l'assistenza riabilitativa, l'aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane, l'attività di animazione e socializzazione, le prestazioni alberghiere.

L'evento sismico del 24/08/2016 e gli episodi successivi che hanno investito il territorio del cratere sismico hanno risparmiato la struttura della RSA San Raffaele Borbona che è rimasta perfettamente agibile. Le disposizioni governative in ambito di Protezione Civile in caso di maxi emergenze identificano il PMA (Posto Medico Avanzato) il sistema logistico da attivare verso la zona di operazione in 30 minuti dalla sua attivazione e restare autonomo per almeno 12 ore. Il successivo momento è quello della attivazione del PMA di II livello studiato e realizzato per essere impiegato nelle emergenze che travalicano la possibilità di risposta delle Strutture locali. Tale struttura dovrà:

1. essere pronta all'impiego nel più breve tempo possibile dall'allarme (3/4 ore);
2. essere in grado di trattare 50 pazienti con Codice di gravità rosso-giallo nell'arco di 24 ore e per 3 giorni;
3. avere 72 ore di autonomia operativa.

Tornando ai noti eventi dopo la scossa delle ore 03:36 del 24/08/2016, la RSA è stata investita da una richiesta “di trasformazione funzionale immediata” repentina e drammatica. Di fatto la RSA di Borbona si è trasformata in un posto medico avanzato dove il susseguirsi di ambulanze per il ricovero di pazienti ha avuto inizio alle ore 5:30 con la prima ammissione di un paziente residente nel Comune di Accumoli Località Grisciano. Nel periodo 24/08/2016 e marzo 2017, sono stati ammessi 129 ospiti, di età compresa tra i 17 e oltre i 90 anni, provenienti dai comuni di Amatrice, Accumoli, Borbona, Posta, Rieti, Leonessa, Cittareale, Monteriale, Cittaducale, Roma, Albano Laziale, Castel Sant’Angelo, Contigliano, Fiamignano, Marsala, Norcia.

Lo stupore e la sorpresa unite all’angoscia per gli accadimenti e per le notizie che di minuto in minuto si andavano susseguendo, hanno determinato una risposta di reazione che è stata in grado di determinare un assetto organizzativo della Struttura che ora raccontiamo. La risposta della Struttura con tutto il personale allertato e che ha raggiunto la RSA in tempi veloci ha permesso sin dal primo momento la presa in carico di pazienti provenienti dall’area colpita dell’epicentro del cratere sismico con un picco di ricoveri già nelle prime ore.

I dati ci dicono che l’età dei pazienti vede il picco massimo nella fascia tra gli 81/90 anni: 66 pazienti; e ben 25 pazienti di età superiore ai 90 anni; un’ ulteriore categoria: 19 pazienti è quella compresa tra i 71 e gli 80 anni.

Ne deriva la considerazione che la fascia più fragile della popolazione è quella della terza e quarta età ed il rilievo che ci piace sottolineare è quello che riguarda l’incontro tra due mondi di pazienti fragili: coloro già presenti in struttura per un ricovero ordinario in RSA per problemi Socio Sanitari e coloro che giungono al ricovero perché colpiti da un evento destrutturante l’assetto psico-fisico, in molti casi evoluto verso la strutturazione di un quadro che possiamo definire come sindrome post-traumatica da stress (Il **Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)** è un disturbo mentale comune. In psicologia e psichiatria il **PTSD** è l’insieme delle forti sofferenze psicologiche che conseguono a un evento traumatico, catastrofico o violento. A prescindere dal fattore che lo scatena causa un disagio clinicamente significativo o una compromissione delle interazioni sociali, della capacità di lavorare o altre importanti aree di funzionamento di un individuo.

Il **PTSD** può svilupparsi dopo che una persona è stata esposta a uno o più eventi traumatici, quali incidenti stradali, aerei, terremoti, aggressioni sessuali, terrorismo o altre minacce alla vita di una persona).

Persone come noto deprivate in un attimo di case, di congiunti e di tutti i beni materiali e morali di cui normalmente era in possesso fino ad un attimo prima.

Nella RSA oltre a garantire, con il personale sanitario della Struttura e la collaborazione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici dell’ Emergenza, la soglia

dell'assistenza strettamente sanitaria per il trattamento delle patologie preesistenti e quelle secondarie all'evento sismico, è stata sviluppata una intensa attività di presa in carico e di accudimento attraverso lo sviluppo condiviso di attività ludico-ricreative, di supporto psicologico e morale.

La rete San Raffaele, presente su tutto il territorio nazionale, ha fornito prontamente ogni tipo di materiale per far fronte alle molteplici e differenziate esigenze dell'elevato numero di persone accolte.

I problemi che si sono presentati, sia per la diversità nelle fasce di età, che nelle condizioni psico-fisiche, hanno richiesto una pronta attivazione e risposte a più livelli, rivolte non solo alle persone interessate ma anche ai loro familiari e agli stessi operatori coinvolti.

La finalità propria del San Raffaele è quella di prendersi cura della persona nella sua totalità, occupandosi degli aspetti fisici, psichici e sociali, con una attenta offerta medico-infermieristica, unita ad attività esperienziali per la stimolazione cognitiva ed emotiva e spazi dedicati al sostegno psicologico individuale e di gruppo.

Questo modus operandi ha trovato la sua massima espressione ed applicazione proprio nella drammatica circostanza dell'evento sismico, dove è stato necessario affrontare ed elaborare i profondi traumi e i lutti subiti, nella loro accezione più ampia.

Il giorno 4 ottobre 2016 come noto, il Pontefice ha fatto visita agli ospiti della RSA e si è trattenuto a colazione con loro.

RISPOSTE EMOTIVE E BISOGNI PSICOLOGICI DELL'ANZIANO NELL'IMMEDIATEZZA DELL'EVENTO

Ilaria Carosi

PxP- Abruzzo - iaiacarosi@gmail.com

PAROLE CHIAVE: CICLO DI VITA, ANZIANI, EVENTI PARANORMATIVI, TERREMOTO, TRAUMA

[...]

*Nel pulsare del sangue del tuo Enea,
solo nella catastrofe [...]*

*Enea che in spalla
un passato che crolla tenta invano
di porre in salvo, e al rullo d'un tamburo
ch'è uno schianto di mura, per la mano
ha ancora così gracile un futuro
da non reggersi ritto. Nell'avvampa
funebre d'una fuga su una rena
che scotta ancora di sangue, che scampo
può mai esserti il mare (la falena
verde dai fari bianchi) se con lui
senti di soprassalto che nel punto
d'estrema solitudine, sei giunto
più esatto e incerto dei nostri anni bui?*

[...]

*M'approssimavo al mare
sentendomi annientare
dal pigolio delle scarpe:
sentendo già di barche
al largo un odore
di catrame e di notte
sciacquante, ma anche
sentendo già al sol, rotte,
le mie costole, bianche.
Avevo raggiunto la rena,
ma senza avere più lena.
Forse era il peso nei panni,
dell'acqua dei miei anni.*

Il passaggio di Enea, G. Caproni

Quando ho pensato alla condizione dell'anziano costretto a confrontarsi con la violenza di una catastrofe naturale, mi è tornata vivida alla mente l'immagine del vecchio Anchise e del suo corpo accartocciato sulle spalle del figlio Enea che, sostenendone il peso, lo porta in salvo dalle fiamme di una città ormai in rovina. Una raffigurazione nota a molti di noi, poiché decine di volte l'abbiamo vista nel libro dell'Eneide, dipinta oppure scolpita nella celebre scultura del Bernini: fa parte della nostra cultura e di quello che, anche in virtù della forza evocativa di quelle rappresentazioni, riusciamo ad immaginare, pur non avendo vissuto nulla di simile. O, perlomeno, alcuni fortunati tra noi.

Similmente, il poeta Giorgio Caproni, suggestionato dall'eroe in pietra, riflette sulla solitudine dell'uomo nel secondo dopoguerra, sospeso tra un passato -il vecchio padre in spalla- che brucia di rovine e un futuro da costruire ed inventare -il piccolo Ascanio condotto per mano a ricalcare gli incerti passi del genitore.

Potessi dirvelo con un'immagine sola ve lo direi così, senza null'altro aggiungere alla potenza di quella triade di generazioni ed età evolutive maestralmente intrecciate. Potessi esprimervi con il minor numero di parole possibili quel che è stato il terremoto del Centro Italia, sceglierei proprio il passaggio di Caproni che ho inserito in calce, c'è tutto in poche righe: la solitudine che si sperimenta nella catastrofe, il contemporaneo e talvolta inconsapevole tentativo di tenere insieme i pezzi di un passato che crolla e quelli di un futuro che si tiene *tra le mani*, la fuga non scelta, incerta eppure unica possibilità di salvezza, il mare... ironia della sorte, via di fuga e porto sicuro ma al tempo stesso punto di estrema solitudine ed incertezza, transizione e poi approdo su lidi sconosciuti, su cui ci si lascia crollare, faticando ormai a reggersi in piedi, novelli migranti forzati, esuli nella propria stessa patria. "Mamma a San Martino ci è nata, ci è cresciuta, si è sposata.

E con papà aveva ristrutturato una casa antica, meravigliosa, piena di mobili e di libri [...] e che oggi non c'è quasi più. Ferita dal terremoto di agosto, slabbrata da quello di fine ottobre, scoperchiata, e poi torturata dalle continue scosse e dalla pioggia. Chissà quanti vecchietti nati e vissuti in quelle nostre bellissime montagne, forse come lei, avrebbero preferito morire piuttosto che vedere questo scempio. Si sono salvati tutti, e li hanno portati negli alberghi della costa.

Vicino, ma di fronte ad un mare che moltissimi di loro non avevano mai visto prima. Chissà quanti lasceranno questa terra con quel blu negli occhi, così tanto diverso dall'azzurro dei Sibillini che li ha avvolti per tutta l'esistenza" (1)]

Gli eventi **normativi** (2) sono eventi prevedibili, attesi, naturali all'interno del ciclo di vita individuale o familiare; quelli **paranormativi**, al contrario, sono inattesi o imprevedibili, anche se non del tutto imprevedibili: un aborto, la morte precoce o violenta di un membro, un attentato, una migrazione, un terremoto.

Si tratta di situazioni che, pur potendo capitare, non tutti siamo destinati a vivere nell'arco di una vita. Entrambi - normativi e paranormativi - comportano o, per lo meno, richiederebbero una ristrutturazione del sistema e dell'individuo su equi-

libri nuovi. Accade, quando ci si trovi a fronteggiare un evento del tipo «calamità naturale» che, proprio in virtù delle caratteristiche che lo contraddistinguono, risulti difficile e/o impossibile ripristinare l'omeostasi pre-esistente; complicato e dispendioso in termini psichici il processo di ri-costruzione di un equilibrio alternativo al precedente. Ancor più, durante la vecchiaia.

Una fase, quella della terza età, che non per tutti coincide con una condizione di benessere psico-fisico ottimale; una fase che più spesso richiederebbe la stabilità di condizioni esterne ed interne: l'affetto dei propri cari, la propria casa, il paese in cui si vive, il proprio angolo di mondo, le proprie abitudini che si susseguono, immutate, nei giorni.

In una parola, la *continuità*. Un terremoto può annientare tutto questo in una manciata di secondi. Ecco perché le reazioni (3) che riscontriamo nell'immediatezza dell'evento: spaesamento, confusione, difficoltà nell'eloquio, difficoltà a rispondere anche a domande semplici, stato di shock, richieste incongrue, ansia generalizzata, sono risposte *normali* ad eventi extra-ordinari e come tali vanno accolte e contenute dal professionista che si trovi ad intervenire nell'emergenza.

Arrivata a Rieti il 24 agosto 2016, a poche ore dal devastante sisma, mi trovai a lavorare proprio con degli anziani presenti all'interno della Caserma "Verdirosi": alcuni dimessi dall'ospedale, altri lì direttamente accolti come sfollati, in attesa che qualcuno venisse a recuperarli. Adagiati su delle brandine, vestiti, qualcuno in modo incongruo rispetto al caldo di quell'afoso pomeriggio, le calze e le maglie di lana ancora addosso dalla notte precedente.

Nessuno di loro aveva familiari accanto ma soltanto i militari in servizio nella struttura e alcune assistenti sociali del Comune, intervenute in prima battuta. Con i colleghi ci siamo accordati per procedere ad una prima *ricognizione*, utile a capire quali fossero le condizioni e le necessità psico-emotive dei presenti.

Gli eventi paranormativi del tipo «calamità naturali»:

1. minano il senso interno di sicurezza, si ha ragione di temere per la propria incolumità, per la propria vita e per quella degli altri.
2. sono traumi, a livello psichico un buco esperienziale che porterà, per sempre, a distinguere un "prima" da un "dopo";
3. da quel momento in poi, si diventa dei «sopravvissuti» e come tali ci si confronta, nel tempo, con vissuti plurimi di lutto e perdita che possono riguardare non solo i propri affetti ma anche la propria identità psichica o parti fondanti di essa (la casa, il luogo natò);
4. non è solo l'individuo con il suo sistema famiglia ad esserne interessato ma, in genere, una collettività (un paese, una città, un'area geografica più o meno vasta) e questo amplifica l'impatto psico-emotivo, rendendo più difficili i naturali processi di resilienza e di reazione alla catastrofe, poiché la comunità non può fungere da cuscinetto protettivo rispetto al trauma subito dal singolo.

Si ritiene che l'intervento psicologico in *emergenza* miri a far *emergere* bisogni individuali che non sono mai aprioristicamente dati ed equivalga al mettere in campo quelle abilità e competenze professionali che fondano la loro essenza nella relazione e nella comunicazione.

Il signor D., amatriciano di 95 anni, lucido e in buone condizioni generali, continuava a ripetermi di essere in attesa di un nipote che sarebbe venuto a prenderlo e che sosteneva di non riuscire a contattare telefonicamente. Abbiamo provato insieme, mi sono fatta ripetere nome e cognome, l'ho cercato sui social e contemporaneamente -e in separata sede- mi sono attivata per controllare se il suo nome figurasse nell'elenco delle vittime disponibile fino a quel momento. L'incertezza regnava sovrana.

E mentre stavamo là, entrambi in attesa, si è messo a raccontare di quel lavandino che perdeva in bagno, lì in caserma, e di quanto poco ci sarebbe voluto a sistemarlo, se solo gli avessimo procurato una pinza. O qualcosa del genere.

Non si può partire dal presupposto, del tutto pregiudizievole, che l'anziano sia sprovvisto di risorse adattive (4), tuttavia è bene poter disporre quanto prima di un'assistenza attenta e specialistica che consenta di contenere le naturali reazioni emotive di smarrimento di fronte ad un evento traumatico che minaccia imponentemente la vita in un'età in cui la morte, spesso, fa già parte del panorama interno e magari non fa neppure troppa paura. Non quanto incertezza e solitudine, per lo meno. Il terremoto, per eccellenza, espone a ferite che ledono non solo l'integrità delle strutture ma anche quella degli individui, lasciando *crepe* interne del tutto simili a quelle che si aprono nelle pareti delle case.

Tuttavia, impedire i *crolli* (psico-emotivi) è possibile, se si accede ad un ascolto contenitivo che possa essere seguito, nel medio e nel lungo termine, dall'attivazione di interventi e dalla messa in campo di strategie sociali e familiari che mirino a rinforzare le risorse e ad accogliere le delicatezze dell'età che ci sono o che emergeranno e che sono sovrapponibili a quelle che rendono fragile anche l'eroe di Caproni, poiché un "uomo solo rimasto senza speranza né tradizione" è facile che si lasci cadere sotto il peso dei propri stessi panni. A prescindere dall'età.

Bibliografia

1. Sensini M. E dopo il terremoto «Lu serpente» vide il mare. 19 gennaio 2017, Futura, Corriere della Sera.
2. Scabini E., Cigoli V., 2000, Il familiare, Cortina.
3. Cuzzolaro M., Frighi L., 1991, Reazioni umane alle catastrofi, Fondazione Olivetti.
4. Delage M., Cyrulnik B., 2010, Famille et résilience, Odile Jacob.

ADATTAMENTO PSICOLOGICO E RESILIENZA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Davide Quaranta

Istituto di Neurologia - IRCCS Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

davide.quaranta@policlinicogemelli.it

PAROLE CHIAVE: RESILIENZA, COPING

Il concetto di salute è oggetto di profonda riflessione nella cultura medica e delle scienze sociali, al punto da generare dibattiti sulla sua stessa definizione. La storica dichiarazione dell'OMS del 1946 ha considerato la salute come "uno stato di completo benessere nella dimensione fisica, sociale e psicologica e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità"; più recentemente la Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (1986) ha identificato la salute come un processo, e non come uno status, sottolineando la dinamicità del rapporto tra gli eventi e il mantenimento di una vita attiva e produttiva. In questo contesto va riconosciuto lo spazio determinante dei meccanismi che consentono di affrontare i cambiamenti legati alla quotidianità così come gli stravolgimenti conseguenti ad eventi di portata maggiore, ovvero alle abilità di *coping* ed alla resilienza.

La letteratura tende spesso a sovrapporre i due concetti, che, pur condividendo alcuni aspetti, sono tuttavia da applicare ad ambiti diversi. Il *coping* si riferisce specificamente alla capacità di modificare costantemente le attività cognitive e comportamentali per gestire richieste endogene o esogene percepite come eccedenti rispetto alle risorse della persona (1).

La resilienza si riferisce invece alla "capacità di persistere nel perseguire obiettivi sfidanti, fronteggiando in maniera efficace le difficoltà e gli altri eventi negativi che si incontrano" (2); rappresenta, in altri termini, l'opposto della fragilità. Una differenza fondamentale tra i due concetti è che le strategie di *coping* possono essere funzionali o disfunzionali, avendo in quest'ultimo caso delle conseguenze negative sulla salute del soggetto; al contrario, la resilienza è un processo intrinsecamente positivo, indicando la capacità di ritornare alla normale traiettoria di vita (il termine deriva dal latino *resalio*, iterativo del verbo *salio* e deriva dalla metallurgia, in cui indica la capacità di un metallo di resistere alle forze applicate) dopo un evento estremamente negativo. Strategie di *coping* funzionali sono rappresentate, ad esempio, dall'*emotion based coping*, basato sulla capacità del soggetto di elaborare gli aspetti emotivi degli eventi stressanti (ad esempio, tramite l'accettazione, l'utilizzo dello *humor*, il supporto emozionale o la religione) e dal *problem based coping*, che si fonda sull'applicazione di strategie cognitive (pianificazione, strategie di adattamento attivo, supporto strumentale) per contenere gli eventi stressanti ed effettuare un adattamento adeguato. Al contrario, l'adattamento basato sulla

negazione, sull'auto-accusa, sulla verbalizzazione di sentimenti negativi, sull'evitamento, esita in un peggioramento dello stato psichico. I meccanismi di adattamento sono variabili attraverso le popolazioni e le età. Una delle concettualizzazioni più influenti relative al *coping* nella popolazione anziana è rappresentata dal modello SOC (*Selective Optimization and Compensation*) (3), che si applica a tutte le epoche della vita, e che identifica nell'invecchiamento di successo un processo dinamico che riconosce diverse vie di realizzazione. Dal momento che le risorse, endogene ed esogene, sono limitate, nel corso dell'esistenza vengono messi in atto dei processi di selezione degli obiettivi, che a loro volta devono essere posti in una gerarchia coerente, mentre altri obiettivi devono essere necessariamente abbandonati. L'ottimizzazione consiste nell'acquisizione delle risorse necessarie alla realizzazione di tali obiettivi (ad esempio, sviluppando nuove abilità); la compensazione è necessaria quando, come nel caso dell'invecchiamento, le risorse si riducono, per evitare una perdita di auto-regolazione rispetto agli obiettivi.

Entrambi i meccanismi richiedono risorse emotive, cognitive e sociali, e la loro messa in atto può essere minacciata da una carenza in questi ambiti. In effetti, nonostante numerose evidenze mostrino che queste strategie di *coping* attivo siano associate ad un invecchiamento di successo, altri studi evidenziano come nei soggetti anziani tendano a declinare (4), con la sola possibile eccezione della selezione elettiva, ovvero della capacità di mantenere la focalizzazione su alcuni obiettivi specifici.

La resilienza è un processo dinamico ed individuale, caratterizzato da un'evoluzione nel tempo legata alle esperienze di vita, e basata sull'interazione tra caratteristiche personali e fattori ambientali.

Un atteggiamento resiliente è legato dunque al raggiungimento di un equilibrio tra le risorse personali e la disponibilità di risorse ambientali (come ad esempio la disponibilità di assistenza). Nella popolazione anziana, i principali fattori promotori di resilienza sono rappresentati, in senso generale, dall'indipendenza e dell'auto-efficacia, e, da un punto di vista più squisitamente cognitivo, dalla consapevolezza del significato della propria vita e da un atteggiamento di apertura nei confronti del futuro (5). Un aspetto interessante è rappresentato dal fatto che anche l'altruismo, il prendersi cura di altre persone e la spiritualità sono associate alla resilienza (6), evidenziando come tale concetto sia da collegare anche agli aspetti relazionali dell'esistenza. Questo dato è ancora più rilevante se vengono prese in considerazione le risorse esogene, dal momento che molti studi hanno evidenziato nel supporto sociale (partecipazione alla vita di comunità, supporto familiare ed amicale) un fattore determinante per l'atteggiamento resiliente (7). Allo stesso modo la disponibilità e l'accessibilità delle risorse di sostegno e supporto facilitano la resilienza (5).

I substrati cognitivi e neurofisiologici del *coping* e della resilienza non sono del tutto chiari, probabilmente anche in virtù della frequente confusione tra i due termini. Ad esempio, nonostante sia ipotizzabile che il *coping* (in particolare la strategia basata sulla risoluzione dei problemi) sia associata all'integrità delle funzioni esecutive, alcuni studi condotti su popolazioni cliniche non hanno trovato una correlazione tra adattamento funzionale e risultati alla valutazione neuropsicolo-

gica (8). Una recente revisione della letteratura sui substrati neurobiologici della resilienza ha evidenziato invece come alcune caratteristiche di tipo neurotrasmettitoriale (ad esempio, la ridotta espressione del trasportatore della serotonina e del recettore 5-HT_{1A}) siano associate ad una migliore risposta agli eventi traumatici, mentre comportamenti non resilienti sarebbero associati ad una ridotta espressione del recettore GABA B e a disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisario.

In conclusione, l'adattamento e la resilienza sono fenomeni complessi, legati all'interazione tra substrati neurofisiologici, sviluppo individuale, esperienza specifica dell'esistenza, rete di relazioni sociali e organizzazione dei servizi. Tali meccanismi hanno un significato particolare nella popolazione anziana, esposta ai rischi della fragilità, e rispetto alla quale sarebbe auspicabile la messa in atto di strategia di promozione della resilienza e dell'adattamento funzionale.

Bibliografia

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
2. Trabucchi M. Resisto dunque sono. Corbaccio, 2000.
3. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press, 1990.
4. Ouwehand C, de Ridder DT, Bensing JM. A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. Clin Psychol Rev. 2007 Dec;27(8):873-84.
5. van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. Geriatr Nurs. 2013 Mar-Apr;34(2):122-7.
6. Esche CA, Tanner EK. Resiliency: a factor to consider when facilitating the transition from hospital to home in older adults. Geriatr Nurs. 2005;26:218-222.
7. Janssen BM, Van Regenmortel T, Abma TA. Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. Eur J Ageing. 2011;8:145-156.
8. Wolters Gregório G, Ponds RW, et al. Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury. Br J Clin Psychol. 2015 Sep;54(3):291-306.

CORRELAZIONI TRA CALAMITÀ NATURALI, DEPRESSIONE REATTIVA E DEFICIT COGNITIVI

Giuseppe Sancesario, Lucia Longo, Giorgio Di Lorenzo

Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Roma "Tor Vergata"

sancesario@med.uniroma2.it

PAROLE CHIAVE: TRAUMA, DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS, DEFICIT COGNITIVI

La risposta “fight-or-flight” (letteralmente di “attacco o fuga”) è una reazione fisiologica che si manifesta in risposta ad un evento pericoloso che può apportare una minaccia alla propria integrità e sopravvivenza, e serve a proteggere la persona dall’eventuale danno, innescando una serie di reazioni psicosomatiche. Quasi tutti gli individui sperimenteranno una serie di reazioni psicologiche dopo un evento traumatico, che nella maggior parte dei casi si esauriscono in maniera graduale in rapporto al superamento del pericolo e alla riparazione dell’eventuale danno.

Tuttavia, in alcuni individui la reazione psicologica diventa persistente dopo l’esposizione a un disastro naturale, risultando associata all’aumentato rischio di sviluppare una patologia psichiatrica, soprattutto il cosiddetto Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), ma anche Disturbo Depressivo, Disturbi d’Ansia, Disturbi del Sonno e di Abuso di Sostanze (1). Noi nell’ambito del Convegno organizzato da SINdem – AIP sulle Calamità Naturali tenutosi ad Amatrice nel maggio 2018 ci siamo in particolare occupati di trattare il PTSD.

Per fare diagnosi di PTSD, un individuo deve essere vittima o testimone di un evento che includa lesione grave o violenza sessuale, minaccia di morte, la morte, sperimentando una serie di sintomi per almeno un mese (2).

Il soggetto deve infatti avere almeno un sintomo di rievocazione dell’evento, almeno tre sintomi di evitamento e di ottundimento, ed almeno due sintomi di iperarousal. I sintomi di rievocazione si configurano nei flashback (ricordi intrusivi), negli incubi notturni, nella sensazione di rivivere l’episodio, nel disagio all’esposizione a fattori scatenanti, con reattività all’esposizione a questi fattori, che si configurano come trigger emotivi (oggetti, parole, situazioni). I sintomi di evitamento consistono nel tenersi lontano da pensieri, sensazioni, attività, luoghi, persone che ricordano o che sono correlati all’evento traumatico.

I sintomi di ottundimento si configurano come l’incapacità di ricordare aspetti del trauma, un ridotto interesse o partecipazione ad attività socializzanti, una riduzione dell’affettività, estraneità o distacco e senso di diminuzione delle prospettive future. I sintomi di iperarousal, infine, si configurano nella difficoltà nell’addormentarsi o nel dormire, nell’irritabilità o scoppi di ira, nella difficoltà di concentrazione, nell’ipervigilanza e nell’esagerata risposta di allarme. Possono, inoltre, essere presenti sintomi dissociativi quali la depersonalizzazione e la derealizzazione (2).

Questi sintomi causano un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altri domini comportamentali. È importante sottolineare che il PTSD può essere “acuto” (se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi), “cronico” (se la durata dei sintomi è 3 mesi o più) oppure “ad esordio ritardato” (se l’esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l’evento stressante).

Infine, la diagnosi di PTSD si associa ad alterazioni cognitive: una review del 2011 (3), sulla base di 21 articoli pubblicati dal 1968 al 2009, conclude che gli individui affetti da PTSD, in particolare i veterani, mostrano segni di deficit cognitivi ai test neuropsicologici, più degli individui esposti a trauma in assenza di PTSD. Un recente studio (4) ha valutato 14,029 donne: rispetto alle pazienti che non presentavano nessun trauma, un elevato numero di sintomi PTSD correlava con prestazioni peggiori sulla psicomotricità / attenzione ($p = 0,001$) e con apprendimento / memoria di lavoro ($b = -0,09$, $p < 0,001$).

L’esperienza emotiva del trauma può avere effetti cognitivi a lungo termine (5): i modelli cognitivi di PTSD teorizzano infatti che una preponderanza di risorse per l’elaborazione delle informazioni sono allocate nella rilevazione delle minacce e all’interpretazione di stimoli innocui percepiti invece come minacciosi, restringendo il campo attentivo sulla minaccia possibile o percepita a spese di altre operazioni cognitive.

I risultati di tale review (5) evidenziano che i deficit della memoria e dell’attenzione nel PTSD sono spesso associati a cambiamenti nell’attività cerebrale funzionale, individuando una base organica al PTSD. Di fatti, studi di metabolismo cerebrale (6) dimostrano che nei soggetti affetti da PTSD vi sono alcune regioni cerebrali costantemente iperattive, quali la corteccia cingolata anteriore media e dorsale e l’amigdala bilateralmente. Al contrario, negli stessi soggetti è stata osservata un’ipoattività localizzata a livello della corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC) e del giro frontale inferiore. Questi risultati forniscono la prova per un modello di PTSD che enfatizza come le alterazioni nelle reti neurali siano determinanti per la salienza e la regolazione delle emozioni. In tal modo, una ipofunzione della vmPFC e del giro frontale inferiore causa un deficit dell’inibizione della iperattività dell’amigdala e della corteccia cingolata anteriore, portando quindi a un’esagerata risposta alla paura e alle difficoltà nell’estinzione della paura (7).

In conclusione, le risorse neuronali dei soggetti affetti da PTSD sono prevalentemente dedicate agli stimoli potenzialmente minacciosi; come conseguenza, le disfunzioni ippocampali possono essere correlate al deficit nel processare le informazioni contestuali, associato ad una riduzione della working memory (5).

Alla luce del disagio clinicamente significativo e del deficit nel funzionamento sociale, lavorativo e in altre aree importanti nella vita del soggetto affetto da PTSD, è importante riconoscere precocemente e trattare adeguatamente tale patologia. Diversi fattori giocano una parte nel determinare le persone che svilupperanno un PTSD.

I fattori di rischio, cioè quei fattori che rendono le persone più vulnerabili all’insorgenza di un PTSD, sono: vivere direttamente eventi traumatici; ferite incidentali; vedere persone ferite o morte; il provare perdita di speranza o orrore durante

l'evento traumatico; la presenza di traumi infantili; poco o nessun supporto dopo l'evento; avere un periodo stressante dopo l'evento (come la perdita di una persona amata, dolore, perdita del lavoro e dell'abitazione); presentare una storia di patologia mentale o di abuso di sostanze.

I fattori di resilienza, ossia quei fattori che possono aiutare nel ridurre il rischio di sviluppare il disturbo sono: ricercare supporto dalle altre persone o da un gruppo dopo l'evento traumatico; imparare a gestire le proprie emozioni e reazioni di fronte al pericolo; avere delle strategie di coping.

Bibliografia

1. Breslau N. 2001. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry*; 62 (suppl 17): 16-22.
2. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
3. Salah U. Q. 2011. Does PTSD Impair Cognition Beyond the Effect of Trauma? *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*; 23:16-28.
4. Sumner J.A., Hagan K., Grodstein F. et al. 2017. Posttraumatic stress disorder symptoms and cognitive function in a large cohort of middle-aged women. *Depress Anxiety*, April; 34(4): 356-366
5. Hayes J.P., VanWlzakker M.B., Shin L.M. 2012. Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Front Integr Neurosci*, Oct 9;6:89.
6. Hayes J.P., Hayes S.M., Mikedis A.M. 2012. Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biol Mood Anxiety Disord*, May 18;2:9.
7. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. 2006. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. *Biol Psychiatry*, Aug 15;60(4):376-82.

PROTOCOLLI DI INTERVENTO SULL'ANZIANO NEL POST-CATASTROFE, PRESENTAZIONE DI UNA METANALISI

Enrico Nicolò (1), Alessandro Stefanini (2), Sabina Roncacci (3)

(1) *Libero professionista Psicoterapeuta*, (2) *Neurologo, Direttore Sanitario*

Ria b Riabilitazione, Rieti, (3) *Dirigente Medico Neurologo O.G.P. San Camillo de Lellis, Rieti*

PAROLE CHIAVE: TERREMOTO, ANZIANI, INTERVENTI, MODELLI DI INTERVENTO

Abstract

Lo scopo del presente lavoro era quello di valutare quanto e in che modo nella letteratura scientifica fosse trattata la tematica dei protocolli di intervento sulla popolazione anziana in seguito ad un terremoto. Nel presente lavoro abbiamo preso in esame un corpo iniziale di n=143 risultati di ricerca.

Da questo corpo iniziale abbiamo selezionato N=14 articoli in cui veniva affrontato il tema dei protocolli e/o linee guida di intervento. Quello che emerge, da una prima analisi, è che a fronte di un elevato numero di lavori, vi è ancora una bassa rappresentatività di lavori finalizzati all'esplicitazione di protocolli operativi inerenti il lavoro sugli nel periodo successivo l'evento catastrofico.

1. Metodi

In una prima fase ci siamo serviti di due gruppi di parole chiave utilizzando il motore di ricerca PubMed, utilizzando nella modalità di ricerca avanzata l'operatore "AND" per legare le diverse parole e definendo come campo di ricerca il titolo e l'abstract dei lavori presenti nella base dati. Le stringhe di parole utilizzate e il numero di lavori trovati in relazione alle stesse sono stati: 1) earthquake, older, people N=5; 2) earthquake, elderly N=138.

Da una disamina degli abstract emersi da questa prima fase abbiamo selezionato i lavori su cui effettuare la metanalisi. Abbiamo usato i seguenti criteri per decidere i lavori da includere: 1) Riferimento alla popolazione anziana in un contesto post-catastrofe. 2) Riferimento ad un protocollo e/o ad un modello di lavoro utilizzato per intervenire sulle condizioni di salute e/o sociali della popolazione anziana sana o affetta da demenza. Utilizzando questi criteri abbiamo selezionato N=14 lavori, gli stessi sono stati esaminati utilizzando un software di analisi qualitativa dei contenuti: TAMS (Text Analyzer Markup System).

2. Risultati

Un primo dato che emerge è che a fronte di un numero elevato di lavori, relativamente pochi fanno esplicito riferimento a protocolli operativi di intervento

diretti alla popolazione anziana nel post-catastrofe. Entrando più nello specifico abbiamo pensato di ordinare i dati emersi secondo due principali categorie: la prima inerente le caratteristiche metodologiche dei lavori presi in esame e la seconda come indicazioni operative che emergono dagli stessi.

2.1 Caratteristiche metodologiche degli studi presi in esame

Ci interessava fare una prima disamina delle caratteristiche metodologiche per valutare quanto i modelli di intervento fossero “robusti” sotto questo aspetto. A questo scopo abbiamo valutando i lavori secondo le seguenti variabili: 1) Numerosità e caratteristiche del campione 2) Metodi utilizzati per la misurazione degli esiti. Quello che emerge da una prima analisi è che nella maggior parte dei casi i lavori si riferiscono a popolazioni la cui numerosità non è definita in modo chiaro. Sui 14 lavori presi in esame solo nel 50% dei casi viene indicata la numerosità della popolazione oggetto di studio e che nel 22% dei casi la numerosità è maggiore di N=500. Una situazione analoga si osserva per la rilevazione degli esiti dove nel 64% dei casi non è rilevabile una specifica tipologia di rilevazione degli esiti dei modelli di lavoro, nel 22% dei casi la misurazione è di natura qualitativa e nel 14% dei casi è di natura quantitativa.

2.2 Indicazioni operative emerse dagli studi presi in esame

Abbiamo codificato i lavori selezionati utilizzando le seguenti variabili: a) fase in cui è stato condotto l'intervento: Riguardo tale aspetto quello che emerge è che la maggior parte degli interventi sembrano concentrarsi nel breve-medio termine (77%) per poi diminuire nel lungo termine (13%); b) Indicazioni operative: Abbiamo ordinato le varie classi di indicazioni operative emergenti dai lavori presi in esame definendo un gruppo di N=3 codici principali.

- 1) Empowerment sociale (36%): questo codice fa riferimento a quelle indicazioni operative e di intervento focalizzate sulla necessità di lavorare sull'incremento di supporto, coesione e infrastrutture sociali per tutelare il benessere della popolazione anziana nel post-catastrofe, in termini percentuali il numero di lavori riferito a tale dimensione è del 36 %.
- 2) Logistica e coordinazione interventi (32%): sotto questo codice abbiamo classificato i lavori dai quali emergevano indicazioni operative e/o di intervento focalizzate sulla necessità di coordinare i diversi attori presenti sul campo, definire team multidisciplinari, e di operare secondo linee guida definite e con operatori formati.
- 3) Supporto medico/psicologico (32%): questa dimensione fa riferimento ad una classe piuttosto eterogenea di interventi e indicazioni operative che vanno da necessità di base immediate quali, l'approvvigionamento e la distribuzione di farmaci, alla presa in carico di una serie di bisogni essenziali a garantire il mantenimento di una condizione di salute della popolazione anziana nel post-catastrofe quali esercizio fisico e riabilitazione, supporto psicologico e psichiatrico con caratteristiche di continuità e di interventi a lungo termine, specie sulle persone in condizioni di fragilità.

3. Discussione

Il primo dato è la discrepanza tra l'elevato numero di lavori e il numero relativamente basso di lavori che presentano la descrizione di interventi sul campo destinati alla popolazione anziana. All'interno di questi si osserva l'emergere della necessità di lavorare lungo alcune direttrici principali al fine di tutelare la salute della popolazione anziana nel post-catastrofe. La dimensione centrale sembra essere quella inerente l'importanza capitale di non frammentare il tessuto sociale (1) e di dare alle persone anziane la possibilità di sentirsi ancora parte attiva nella gestione della vita comunitaria, se questo è vero anche in condizioni di normalità nel periodo successivo ad un evento catastrofico, il mantenimento e la preservazione di tale dimensione può essere considerato come uno degli appigli più saldi per dare continuità al senso di identità percepita dagli anziani evitando vissuti di frammentazione e l'emergere e il cronicizzarsi di condizioni cliniche di diversa natura. L'altra direttrice principale è quella inerente la necessità di modelli logistici e linee guida in grado di coordinare i diversi attori che si ritrovano ad operare nello scenario post-catastrofe in modo da far fronte a quel mosaico di bisogni medico-assistenziali necessari al mantenimento della condizione di salute della popolazione anziana. In tal senso è interessante osservare come, accanto a bisogni che potremmo definire di base, viene stressata l'importanza di non trascurare aspetti quali l'esercizio fisico e la riabilitazione (2). Un'ultima nota riguarda il fatto che la maggior parte degli interventi sembra essere focalizzata sul breve-medio termine mentre da alcuni lavori emerge l'importanza di interventi di natura continuativa e a lungo termine, specie se destinati a persone fragili (3).

Bibliografia

1. Aldrich DP, Kyota E. Creating Community Resilience Through Elder Led Physical and Social Infrastructure. *Disaster Med Public Health Prep.* 2017 Feb;11(1):120-126.
2. Tsuji T, Sasaki Y, Matsuyama Y, Sato Y, Aida J, Kondo K, Kawachi I. Reducing depressive symptoms after the Great East Japan Earthquake in older Survivors through group exercise participation and regular walking: a prospective observational study. *BMJ Open.* 2017 Mar 3;7(3).
3. Cartwright C(1), Hall M(2), Lee ACK(3). The changing health priorities of earthquake response and implications for preparedness: a scoping review. *Public Health.* 2017 Sep;150:60-70.

L'INFLUENZA DEL SISMA SULLE COMORBILITÀ NEUROLOGICHE DELLA DEMENZA

Franco Giubilei, Virginia Cipollini, Fernanda Troili

Dipartimento NESMOS – Università di Roma “La Sapienza”

PAROLE CHIAVE: DEMENZA, SISMA, COMORBILITÀ

Le demenze sono delle patologie del Sistema Nervoso Centrale che si manifestano con un progressivo deterioramento cognitivo e sono sostenute, nella maggior parte dei casi, da una lenta e progressiva perdita neuronale, la cui causa non è del tutto chiarita. Esse colpiscono prevalentemente le persone anziane e determinano una crescente invalidità. Le stime di prevalenza della demenza in Italia indicano valori intorno al 7% della popolazione oltre i 65 anni, con una sopravvivenza media di circa 12 anni (1). Per tale motivo le problematiche connesse con la gestione dei bisogni assistenziali del malato affetto da demenza diventano con il passare del tempo sempre più rilevanti. La progressione lenta ma inesorabile della malattia comporta infatti, come quadro finale, la totale perdita dell'autosufficienza spesso associata a gravissimi disturbi del comportamento e della personalità.

Il malato affetto da demenza versa quindi invariabilmente in una condizione di fragilità non solo cognitiva ma anche fisica, familiare, sociale e spesso economica.

La presenza di altre patologie nel lungo decorso clinico della demenza è elevata con una tendenza ad aumentare con l'avanzare dell'età. Alcuni lavori riportano che la comorbidità nelle demenze è anche in relazione alla severità del deterioramento cognitivo con un'influenza negativa sulla velocità del declino cognitivo, sulla dipendenza funzionale e sulla mortalità (2).

Le principali comorbidità sono nell'area delle malattie cardiovascolari, otorinolaringoiatriche, muscoloscheletriche e neurologiche. In quest'ultime prevalgono le patologie cerebrovascolari, l'epilessia, i disturbi del sonno, oltre che i sintomi neuropsichiatrici. È stato osservato come la disabilità, definita come un decadimento funzionale nel prendersi cura di sé, nelle attività quotidiane e nelle relazioni sociali, possa avere un ruolo favorente l'insorgenza della comorbidità neurologica. Il legame è quindi duplice in quanto i sintomi neurologici possono a loro volta essere responsabili di disabilità, riducendo soprattutto la capacità di compiere le azioni strumentali della vita quotidiana.

Sulla base di queste considerazioni e in presenza di poche evidenze scientifiche, possiamo ipotizzare che disastri naturali, oltre che aumentare il rischio di demenza, possano influenzare negativamente le comorbidità neurologiche aumentando i disturbi comportamentali e/o peggiorando il deterioramento cognitivo presente nei pazienti. Questi eventi naturali sono stressanti per chiunque ma possono esserlo ancor di più per una persona malata di demenza che vive in uno stato di fragilità fisica e mentale.

Stress mentale e cambiamenti ambientali dopo disastri naturali causano aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico, aumento della pressione arteriosa, aumento della viscosità del sangue, alterazione dei fattori della coagulazione con conseguente rischio per le patologie cerebrovascolari (3). Maggiori sono i danni del disastro, maggiore è lo stress mentale con modificazioni su molti fattori di rischio vascolare, come ipertensione arteriosa e diabete, con conseguente aumento dell'incidenza di malattie cardio e cerebrovascolari. A questo riguardo è presente un'ampia letteratura che riporta come danni vascolari cerebrali possano peggiorare un decorso cognitivo già presente o anticipare l'insorgenza dei sintomi clinici di un processo degenerativo latente (4). Alcuni lavori riportano un incremento dei tassi di decessi causati da malattie cerebro e cardiovascolari in persone anziane dopo disastri naturali (5). In un recente lavoro è stato riportato un aumento dell'incidenza di patologie cerebrovascolari nelle prime 4 settimane successive al terremoto che ha colpito il Giappone nel 2011, con un successivo ritorno ai tassi di prevalenza pre-terremoto (6). L'aumento delle malattie cerebrovascolari non riguarda solo la patologia ischemica ma anche quella emorragica. È abbastanza ovvio che ci sia un aumento dei tassi di incidenza per gli ematomi subdurali ed epidurali e per le emorragie subaracnoidee a causa dei traumi cranici (7), ma è stato riportato anche un aumento nell'incidenza di emorragie intraparenchimali non traumatiche nelle settimane successive ad un terremoto (8). Questi dati possono essere giustificati dallo stress psichico e fisico presente nel paziente nelle prime settimane dopo il disastro, associato alla mancanza di un livello minimo di assistenza, sociale e medica, e di necessità quotidiane.

Le demenza e in particolare la malattia di Alzheimer portano ad un incremento delle crisi epilettiche con un tasso di prevalenza che oscilla tra il 10 e il 22% dei pazienti, con una frequenza maggiore nelle forme familiari e negli stadi iniziali di malattia (9). Purtroppo non abbiamo dati che riguardano l'azione dei disastri naturali sull'epilessia nei pazienti affetti da demenza. In una popolazione di persone non dementi, è stato riportato un aumento di crisi convulsive durante le prime settimane successive da un terremoto (10). In particolare, il picco massimo delle crisi è stato rilevato durante la prima settimana del disastro, suggerendo una causale relazione tra stress e crisi convulsive. Questa ipotesi è supportata dai dati di letteratura in cui lo stress è stato riportato come un induttore di crisi convulsive (11), anche se non deve essere sottovalutata la mancanza di assunzione di terapia anticonvulsivante nelle fasi immediatamente successive al terremoto.

I disturbi del sonno sono di solito legati a situazioni di stress acuto e cronico e possono rappresentare un sintomo importante in alcune patologie psichiatriche come i disturbi d'ansia e dell'umore. Un peggioramento della qualità del sonno viene comunemente riportato anche in individui con disturbo post-traumatico da stress, come avviene in popolazioni colpite da disastri naturali. Una ridotta qualità del sonno è stata riportata anche a distanza di due anni dal terremoto dell'Aquila e la gravità dei disturbi del sonno è stata associata ad un deterioramento della memoria spaziale, suggerendo una relazione tra sonno, consolidamento della memoria e stress (12). Se questo avviene in pazienti anziani ma cognitivamente integri, è

facile ipotizzare che in un paziente affetto da demenza ci sia non solo un peggioramento dei sintomi cognitivi ma anche un grave scompenso comportamentale con peggioramento funzionale nelle attività quotidiane.

In conclusione, tutti questi dati suggeriscono che in un disastro naturale come il terremoto, un immediato recupero dell'assistenza medica con supporto psicologico e fornitura di farmaci, associata a un adeguato controllo dei fattori di rischio vascolari, dell'introduzione di liquidi e dell'alimentazione sono misure fondamentali per prevenire e ridurre l'incidenza della comorbidità nei pazienti affetti da demenza, soprattutto se molto anziani.

Bibliografia

1. The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. 1997. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol*; 26:995-1002.
2. Solomon A., Dobranici L., Kareholt I., et al. 2011. Comorbidity and the rate of cognitive decline in patients with Alzheimer dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*;26:1244–1251.
3. Kario K. 2012. Disaster hypertension. *Circ J*;76:553–562.
4. Snowdon D.A. 2003. Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med*;139:450-4.
5. Sofia S., Melone A., Manzoli L., et al. 2012. Cardiovascular and cerebrovascular events pre- and post-earthquake of 6 April 2009: the Abruzzo's experience. *Am J Hypertens*; 25:556–560.
6. Omama S., Yoshida Y., Ogasawara K., et al. 2013. Influence of the Great East Japan Earthquake and Tsunami 2011 on Occurrence of Cerebrovascular Diseases in Iwate, Japan *Stroke*;44:1518-1524).
7. Aycan, A., Yener U., Aycan N. et al. 2015. Neurosurgical injuries caused by the 2011 van earthquake: the experience at the van regional training and research hospital. *J Emerg Med*;49:464–470.
8. Tsuchida M., Kawashiri M., Teramoto R., et al. 2009. Impact of severe earthquake on the occurrence of acute coronary syndrome and stroke in a rural area of Japan – Experience from the Noto peninsula earthquake –. *Circ J*;73:1243–1247.
9. Vossel, K.A., Beagle A.J., Rabinovici G.D. et al. 2013. Seizures and Epileptiform Activity in the Early Stages of Alzheimer Disease. *JAMA Neurol*; 70(9):1158–1166.
10. Shibahara I., Osawa S.I., Kon H., et al. 2013. Increase in the number of patients with seizures following the Great East-Japan Earthquake. *Epilepsia*; 54(4):e49–e52.
11. Gilboa T. (2012). Emotional stress-induced seizures: another reflex epilepsy? *Epilepsia*; 53:e29–e32.
12. Tempesta D., Mazza M., Iaria G., et al. 2012. A specific deficit in spatial memory acquisition in post-traumatic stress disorder and the role of sleep in its consolidation. *Hippocampus*;22(5):1154-63.

LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO

Luisa Bartorelli

Geriatra, Presidente AIP Lazio

PAROLE CHIAVE: ANZIANO, SOLITUDINE, SALUTE PUBBLICA

Premessa

Non si tratta qui della solitudine degli eremiti che passavano gran parte della vita all'interno di pertugi naturali delle rocce, le *laure*, per scendere al loro convento solo nelle grandi occasioni. E nemmeno dei santi stiliti, come San Simeone, monaco siriano che visse quasi 30 anni in cima a una colonna, ai piedi della quale sostavano fedeli e pellegrini per pregare e farsi benedire. E neanche, laicamente, dell'*aurea* solitudine di certi filosofi, che peraltro altri di loro, come Seneca, definiscono *inoperosa*, in quanto non produce condivisione con il mondo che li circonda. Eppure la solitudine spesso può essere una via di comunicazione con se stessi, attraverso la percezione di un mondo interiore, come avviene con il personaggio costretto in carcere d'isolamento nel Vagabondo delle stelle di Jack London, che riesce a crearsi un immaginario tutto suo, colorito di dettagli, circostanze e dinamiche che lo nutrono e lo soddisfano, consentendogli di sopravvivere. Infine, è da ricordare con rispetto la famosa frase di Emily Dickinson: "Sarei forse ancora più sola, senza la mia solitudine..."

La solitudine non desiderata: lo scenario demografico

È noto che gli anziani sono una popolazione in crescita, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate, con un incremento del 14,2% negli ultrasessantacinquenni, dell'11,8% negli ultranovantenni e addirittura del 165% nei centenari! Ma le persone sole di 60 anni e più sono il 16,6% del totale, con una preponderanza di genere: le donne sole sono il triplo degli uomini nella stessa condizione.

Tra i cosiddetti oldest old (>85) la maggior parte vive da sola, pochi con il coniuge, pochissimi con i figli. Molti non hanno amici, o non li vedono quasi mai. Tale fenomeno negativo è più appariscente per le donne, che escono di casa meno degli uomini, probabilmente per inveterate abitudini di vita di coloro che oggi si trovano in quella fascia di età. Il fatto che le vedove in Italia siano 5 volte più dei vedovi già può dare conto della solitudine di genere; inoltre le donne anziane valutano più negativamente degli uomini la propria qualità di vita in modo palese, anche perché il genere maschile è meno abituato ad esprimere la propria tonalità affettiva. Tuttavia da alcune interviste CENSIS risulta che le donne possono contare beneficamente sull'aiuto dei figli: nel 73% dei casi, mentre tale valore scende per gli uomini al 43,5%. Infine emerge che le donne, oltre ad essere più sole, sono anche più *solitarie*, ovvero meno impegnate nello sviluppo delle relazioni sociali in luoghi pubblici. In altre interviste gli anziani indicano come fattori significativi della loro solitudine: le malattie e le limitazioni funzionali; l'indifferenza degli altri

ma anche la loro incapacità di condivisione; il senso di inutilità. In effetti in alcuni che vivono soli si rileva a volte una vera e propria *disconnessione* dalla vita che li circonda. È comunque ben diverso l'essere soli e soffrire di solitudine, vivere soli o in isolamento sociale. L'entrata in una RSA può avere un significato ambivalente e ambiguo, tra l'uscire da un isolamento domestico e l'allontanarsi dal mondo dei propri affetti ed oggetti d'amore.

Lo scenario clinico

Si configura inoltre uno scenario di tipo clinico a causa della ormai riconosciuta natura patogena della solitudine. Crescenti evidenze scientifiche ne indicano le conseguenze negative a livello psichico e fisico, aprendo quindi tutta una problematica biologica, che riguarda anche il sistema psico-neuro-endocrino-immunitario (PNEI), con tutto ciò che concerne la risposta allo stress e la capacità di adattamento alle nuove situazioni. In definitiva, ai giorni nostri la solitudine è diventata un problema di salute pubblica, a interesse ormai multidisciplinare, che coinvolge gerontologia, psicologia e sociologia, in riferimento alle tre dimensioni che riguardano l'umano. Sono emblematiche le notizie che provengono dal Giappone, nelle quali si denuncia il fatto che la popolazione anziana muoia spesso da sola.

Come contraltare risulta poi che tanti anziani soli scelgono il carcere, facendosi arrestare per piccoli furti, al fine di avere un rifugio e un sostegno.

Sono storie che parlano di solitudine, di dolore, di povertà, ma anche di figli assenti e di una realtà troppo veloce che fa perdere il passo ai vecchi. Nel nostro paese, che è al secondo posto nel mondo dopo il Giappone per la percentuale di ultrasessantacinquenni, potrebbe succedere anche questo in futuro? Oltre a tutto, alcuni studi ci dicono che il sentimento di solitudine (non l'isolamento sociale) predice l'esordio di demenza e infatti tale rischio risulta più che raddoppiato nelle persone che vivono sole.

Recentemente è stata dimostrata anche una associazione tra il livello di solitudine percepita e presenza di placche di beta-amiloide nel cervello di persone cognitivamente sane. Per tutte queste ragioni l'Associazione Italiana di Psicogeriatria ha ritenuto di promuovere il Loneliness Day il prossimo 15 novembre: sarà la Giornata Nazionale di Lotta alla Solitudine dell'Anziano. Gli obiettivi sono la sensibilizzazione dell'opinione pubblica ad un problema che è diventato un importante indicatore sociale di qualità della vita, richiamare l'attenzione dei familiari e aumentare la consapevolezza degli operatori socio-sanitari. A questo proposito è da segnalare che il primo ministro britannico Theresa May ha istituito un ministero ad hoc, che si occupa in particolare di fronteggiare la "piaga nazionale" di 9 milioni di persone che vivono in solitudine. Del resto, il suo predecessore Cameron aveva indetto un "indice della felicità", sostenendo che il reddito è importante ma più ancora tale condizione di vita. La solitudine può essere quindi un grande nemico: cosa si può fare per combatterla, sia a livello sociale che individuale? Certamente sono cattive soluzioni, anche se molto di moda per le tecnologie avanzate che le sostengono, quei conigli-robot sviluppati da ricercatori sud-coreani, che sembrerebbero compensare la solitudine. Meglio allora la nostra pet-therapy, con i suoi scambi di amicizia, calore e conforto!

Il terremoto

Il convegno di oggi si svolge in terra di Amatrice, martoriata dal terremoto. Non è la prima volta che l'Italia Centrale viene scossa da tale cataclisma che semina morte e distruzione e grande solitudine, nel nostro caso quella degli anziani sopravvissuti, ma sradicati dalle loro case, disorientati e oppressi. Alcuni studi ci portano già i dati del terremoto del 1997 in Umbria e del 2009 in Abruzzo che ci mostrano dati postumi nei riguardi di depressione, demenze e mortalità degli anziani. Basta pensare alla riduzione dell'attività fisica tra gli anziani trasferiti in altri alloggi, che è significativamente associata al cambiamento della rete sociale, rispetto agli anziani rimasti nelle proprie case. A tali dati italiani possono essere confrontati, con le dovute riserve per il diverso impatto naturale e la diversa mentalità della gente, le risultanze della catastrofe in Giappone, che dal punto di vista della salute della popolazione, hanno simili conseguenze, nonostante l'efficienza e l'efficacia della loro ricostruzione. Ne risulta una esacerbazione dei disturbi cognitivi e comportamentali nei soggetti affetti da demenza d'Alzheimer che vivevano in alloggi temporanei, rispetto alle persone che non avevano subito l'esperienza del terremoto, o che erano comunque rimasti nelle proprie case.

In conclusione, la vita degli anziani fragili si svolge spesso tra emergenze dovute a incidenti, malattie, perdite e altre negatività. Quando vi si aggiunge una catastrofe naturale...nasce un arduo confronto tra vulnerabilità e resilienza.

Bibliografia

1. Anziani: una popolazione in crescita. CENSIS 2016.
2. UK Department of Epidemiology and Health. Aparna Shankar Report 2018.
3. Holwerda et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2012.
4. Donovan NJ, et al. Association of Higher Cortical Amyloid Burden with Loneliness in Cognitively Normal Older Adults. JAMA Psychiatry, 2016.
5. Rubin R. Loneliness might be a killer but what's the best way to protect against it? JAMA, 2017.
6. Laune A, et al. Effectiveness of listen on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. International Journal of Nursing Sciences, 2018.
7. Mecocci P. et al. Impact of earthquake of September 26, 1997 in Umbria, Italy on socio-environmental and psychophysical conditions of an elderly population. Aging Clin. Exp. Res., 2000.
8. Mattei, et al. Percezione dello stato di salute negli anziani della città dell'Aquila dopo il sisma del 2009. Epidemiol Prev, 2016.
9. Ishiki A. et al. Changes in Cognitive Functions in the Elderly Living in Temporary Housing after the Great East Japan Earthquake. 2016.
10. Older People and Disasters .Vulnerability or Resilience? cnzonresearch.wordpress.com/2013

LA SOLITUDINE

Paolo Marin

Geriatra, Medico di Medicina Generale

PAROLE CHIAVE: SOLITUDINE, ROBOT

L'uomo è certamente un «essere sociale», fatto «per la relazione», ma l'esperienza mostra che soltanto chi sa vivere solo sa anche vivere pienamente le relazioni.

Temibile è la “cattiva solitudine” che è l'*isolamento*, il quale implica la chiusura agli altri, il rigetto del desiderio degli altri, la paura dell'alterità ed il subire nel contempo l'assenza degli altri, il disinteresse, la perdita dell'attenzione.

Le Neuroscienze cognitive e l'intelligenza artificiale hanno fatto grandi passi nella creazione di robot che hanno la capacità di interagire con persone fragili o affette da disturbi.

Questo nuovo campo di applicazione prende il nome di SAR (Social Assistive Robots). La robopsicologia e i robot con abilità sociali si sono rivelati promettenti anche nell'ambito della riabilitazione e dell'assistenza agli anziani. Per gli anziani con deficit cognitivi, i robot (anche non umanoidi) sono studiati per fornire esercizi che allenano la mente a ricordare di assumere i pasti, date importanti, prendere farmaci, cercando così di contrastare la degenerazione cognitiva e fornire un'alternativa alla solitudine.

CAMBIAMENTI DELLA RETE SOCIO-FAMILIARE: IMPATTO SUL CARICO DEL CAREGIVER

Anna Rosa Casini

UOC Neurologia, CDCD - Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata - Roma
arcasini@hsangiovanni.roma.it

PAROLE CHIAVE: CATASTROFI NATURALI – DEMENZA – CAREGIVER – SUPPORTO SOCIALE

Premessa

Un evento catastrofico, quale un terremoto, mette a repentaglio l'esistenza delle persone, produce ingenti danni materiali, infligge drammatiche ferite alla struttura delle comunità e alle reti socio-familiari. Il cambiamento delle circostanze di vita, la separazione da familiari, amici e vicini e l'abbandono delle usuali attività sono stati associati ad una esacerbazione dei disturbi comportamentali e ad un declino delle funzioni cognitive nelle persone affette da demenza.

Relativamente poco studiati sono stati, invece, gli effetti dello stravolgimento dei rapporti formali e informali necessari alla quotidianità e dei conseguenti sentimenti di emarginazione sociale e solitudine sullo stato di salute e sulla qualità di vita dei *caregiver*, cioè di coloro che accudiscono e si fanno carico di queste persone.

Burden del caregiver e importanza della rete socio-familiare

Per chi è affetto da demenza la famiglia resta il luogo privilegiato della cura e il profilo tipico di chi dispensa questa sorta di welfare invisibile è quello di una donna di età media o avanzata, generalmente non occupata o che ha abbandonato la propria attività per dedicarsi a tempo pieno all'assistenza di chi non è più autonomo, spesso in assenza di un adeguato supporto istituzionale. Prendersi cura di una persona cara affetta da demenza può rappresentare una esperienza gratificante ma frequentemente si traduce in un insostenibile carico emotivo e fisico che causa isolamento sociale, ansia, depressione e malattie fisiche, in una condizione di stress che viene comunemente definita *burden del caregiver*.

Fra i determinanti del *burden* vi sono fattori legati al paziente e alla progressione della malattia, in particolare il grado di assistenza o di supporto richiesto nelle attività della vita quotidiana, e fattori legati al *caregiver*, quali le sue caratteristiche socio-demografiche, il senso di competenza e adeguatezza, il livello di sostegno di cui può disporre e la capacità di mettere in atto strategie di *coping*, ossia quegli sforzi cognitivi e comportamentali necessari nell'affrontare e gestire richieste percepite come eccedenti rispetto alle risorse della persona stessa.

Le strategie di *coping* possono essere di tipo *emotion-based*, fondate sulla capacità di modulare le reazioni emotive conseguenti ad una situazione stressante, o di tipo *problem-based*, che si propongono di modificare o superare la situazione

stressante generando soluzioni alternative appropriate, tra le quali la ricerca di un supporto sociale. L'integrazione sociale, cioè la presenza e la qualità dei legami sociali, produce effetti benefici sulla salute indipendentemente dalla situazione stressante (*main effect model*) in quanto apporta esperienze positive, definisce ruoli stabili all'interno della società, aumenta l'autostima e favorisce comportamenti più sani. Il supporto sociale è, invece, un costrutto multidimensionale che definisce l'insieme delle risorse materiali e psicologiche che gli individui hanno a disposizione in virtù delle loro relazioni interpersonali.

Il supporto sociale protegge il *caregiver* dagli effetti negativi della situazione stressante (*stress buffering model*) promuovendo modelli adattativi di interpretazione delle situazioni stressanti e rinforzando le capacità di *coping* (1). Si può distinguere tra supporto percepito, ossia la valutazione soggettiva sulla disponibilità della propria rete sociale a intervenire in caso di necessità, e supporto ricevuto, ossia l'aiuto effettivo apportato dai componenti della rete sociale. La maggior parte degli studi sostiene che la percezione del supporto ha un ruolo superiore per il benessere del *caregiver* rispetto alla reale messa in atto dello stesso (2).

Cambiamento del ruolo del caregiver e della rete socio-familiare nell'occorrenza del terremoto

La persona anziana è tra le più esposte alle conseguenze del sisma ma alcune categorie sono particolarmente vulnerabili: coloro che vivono in condizioni di isolamento sociale o che sono economicamente svantaggiati, le persone di sesso femminile, i portatori di una condizione di disabilità o fragilità, i *caregiver* familiari (3).

Nell'occorrenza di un disastro naturale, il *caregiver* familiare è il primo ad intervenire e ha la possibilità e la responsabilità di assistere la persona malata.

La rete socio-familiare è una risorsa cruciale anche laddove il modello di assistenza è preferenzialmente di tipo formale e affidato alla Protezione Civile e ad associazioni umanitarie. Il supporto sociale è un mediatore dello stress e svolge una funzione proattiva per la risposta e il *coping* dell'individuo, della famiglia, della comunità nel preservare la persona malata dalle conseguenze del cataclisma.

Ma l'evento sismico comporta un duplice stravolgimento, quello del ruolo del *caregiver*, che è costretto a riprogrammare i compiti e le consuetudini quotidiane precedentemente acquisite, e quello della struttura e disponibilità della sua rete socio-familiare, alterando profondamente gli equilibri della diade persona malata-*caregiver*.

In queste circostanze alcune persone possono trovarsi ad assumere improvvisamente il ruolo di *caregiver*, sbalzate dal proprio ruolo naturale a quello dell'accudimento senza possedere le conoscenze e le competenze specifiche. Viene ridefinito anche il ruolo dei *caregiver* già in carica a seguito dei mutamenti dei luoghi di vita e delle strutture logistiche, della transitoria riduzione delle risposte da parte della rete dei servizi socio-sanitari, della frammentazione delle relazioni sociali e familiari, del peggioramento della malattia, con una conseguente progressiva insostenibilità

del peso dell'assistenza. Inoltre vi sono alcune persone che nell'evento catastrofico perdono il ruolo di *caregiver*, a seguito della istituzionalizzazione o del decesso del loro assistito, circostanza che, se da un lato allevia il carico delle cure quotidiane, dall'altro può ingenerare sentimenti di colpa e frustrazione, e, in ogni caso, comporta la necessità di reimparare a focalizzarsi sui propri bisogni, ristabilire le relazioni, ricostruire un ruolo sociale.

Parallelamente non bisogna dimenticare che nessuno è immune dalle conseguenze di un terremoto: le vittime del disastro si alleano e collaborano nell'immediatezza dell'evento e nelle fasi successive ma l'efficienza del loro operato può essere ridotta. L'evento catastrofico è un trauma individuale in cui la persona può sentirsi sopraffatta da uno stimolo straordinario che la rende incapace di reagire, tanto che la sopravvivenza alle conseguenze della catastrofe può apparire un compito insormontabile. L'evento catastrofico è nello stesso tempo un trauma collettivo e la lacerazione del tessuto sociale può danneggiare i legami tra gli individui e compromettere il senso di comunità e le sue memorie.

Ecco quindi che l'eccesso di richieste può influenzare la capacità di accedere alle risorse della rete socio-familiare, di conservare il senso di identità, di ricostruire il significato dell'esistenza e, nel caso specifico del *caregiver* di una persona affetta da demenza, mettere in crisi le abilità di coping e i meccanismi di difesa.

I dati della letteratura

Come già accennato, la letteratura su questo argomento è esigua e gli studi ai quali facciamo riferimento sono stati condotti in Giappone, con il limite della trasferibilità dei risultati da questa popolazione ad altre società in cui vigono modelli culturali e organizzativi diversi. Contrariamente a quanto accade ad esempio negli USA, dove sono disponibili programmi dettagliati per la gestione delle emergenze rivolti agli anziani in condizione di fragilità, nel caso del Great East Japan Earthquake il 75% dei *caregiver* non aveva approntato un piano di preparazione al disastro, primo step per assicurare la sopravvivenza e lo stato di salute delle persone coinvolte, e la percentuale era ancor più elevata fra i *caregiver* di persone affette da demenza. Tuttavia la disponibilità di un piano di evacuazione e il livello globale di preparazione all'evento catastrofico erano maggiori quando il *caregiver* era un membro della famiglia e la rete sociale intorno al malato era più estesa (4).

La ricollocazione in contesti abitativi distanti dai luoghi abituali di vita causava nei *caregiver* livelli più elevati di *distress* psicologico, in particolare di disfunzione sociale, con incapacità a prendere decisioni, a essere parte attiva, ad apprezzare le attività, poiché - oltre ad aver perso le case e i loro cari - a seguito della delocalizzazione avevano perso anche il loro tessuto sociale e l'occasione per il reciproco supporto emotivo e materiale (5). Una ulteriore indagine evidenziava che il grado di disagio psicologico era invariato a distanza di due anni dall'evento catastrofico quando oltre la metà dei *caregiver* continuava a manifestare esaurimento emotivo, sentimenti di ridotta realizzazione personale, preoccupazioni eccessive (6).

Questi studi nel loro complesso sostengono la necessità di predisporre interventi psicologici mirati per i *caregiver* finalizzati ad elaborare l'impatto emotivo dell'evento traumatico e le sue ripercussioni sul loro ruolo assistenziale e a promuovere strategie di *coping* che tengano conto anche dei mutamenti della rete socio-familiare.

Conclusioni

I *caregiver* familiari di persone affette da demenza sono sottoposti ad un gravoso *burden* assistenziale in tutte le fasi di un evento catastrofico.

È pertanto auspicabile che vengano predisposti dei piani di presa in carico globale della diade persona malata-*caregiver* che contemplino interventi coordinati e strutturati non soltanto di tipo sanitario ma anche e soprattutto di prevenzione del rischio di emarginazione sociale.

Bibliografia

1. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985; 98(2):310-57.
2. del-Pino-Casado R, Frias-Osuna A, Palomino-Moral P, et al. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. PLoS ONE 13(1): e0189874.
3. Powell S, Plouffe L, Gorr P. When ageing and disasters collide: lessons from 16 international case studies. Radiat Prot Dosimetry. 2009;134(3-4):202-6.
4. Wakui T, Agree EM, Saito T, et al. Disaster preparedness among older Japanese adults with long-term care needs and their family caregivers. Disaster Med Public Health Prep. 2017;11(1):31-38.
5. Sawa M, Takase M, Noju K, et al. Impact of the Great East Japan earthquake on caregiver burden: a cross-sectional study. Psychiatric Services, 2013; 64(2):189-191.
6. Fujitani K, Carroll M, Yanagisawa R, et al. Burnout and psychiatric distress in local caregivers two years after the 2011 Great East Japan Earthquake and Fukushima nuclear radiation disaster. Community Ment Health J. 2016;52(1):39-45.

CATASTROFI NATURALI E MALATTIE NEUROLOGICHE

Giuseppina Talarico

Dipartimento di Neuroscienze Umane - Policlinico Umberto I, Roma

PAROLE CHIAVE: CATASTROFE NATURALE, MALATTIA DI PARKINSON, CRISI EPILETTICA, CEFALEA

Secondo la definizione delle Nazioni Unite una catastrofe è “un evento concentrato nel tempo e nello spazio, nel corso del quale una comunità è sottoposta ad un grave pericolo ed è soggetta a perdite dei suoi membri, o delle proprietà o dei beni, in misura tale che la struttura sociale è sconvolta e risulta impossibile lo svolgimento delle funzioni essenziali della società stessa”.

Già dalla definizione si comprende quindi che tutti gli eventi catastrofici hanno conseguenze ed effetti che si ripercuoteranno sull'individuo e sulla società cui fa parte.

Eventi quali il lutto, la perdita della proprietà, il trovarsi in uno stato di necessità e dipendenza, la disgregazione della rete sociale determinano un'alterazione dello stato di salute psico-fisica con un rapporto non necessariamente di causa-effetto poiché dipendente anche da fattori preesistenti, contingenti e successivi all'evento catastrofico stesso. Bisogna inoltre tenere in considerazione se la popolazione colpita dall'evento calamitoso sia sana o già affetta da qualche patologia.

Negli ultimi 20 anni, anche in conseguenza dell'aumentata frequenza degli eventi catastrofici, c'è stata una sempre più grande attenzione agli effetti che una calamità naturale, quale può essere un terremoto, ha su una popolazione affetta da una preesistente condizione morbosa come ad esempio una malattia neurologica.

Sicuramente bisogna partire da un punto ovvero che l'esposizione ad un evento così intenso e concentrato comporta la comparsa, immediata o nel breve-medio periodo, di sintomi post-traumatici da stress (PTSS). È stato stabilito che, dopo un evento traumatico, possano presentarsi sei tipi di traiettorie emotive: quelle “delayed onset” e “chronic” avranno una prognosi negativa, mentre le altre quattro avranno un'evoluzione benigna (recovery, resilience, relapse and resistance).

Tra i fattori di rischio per il manifestarsi di una traiettoria a prognosi negativa vi sono certamente la bassa scolarità, il basso livello sociale, una storia pregressa di trauma e, per ultimo ma non meno importante, l'esposizione prolungata all'evento stressogeno che ha scatenato i PTSS. Le fasce di età più estreme (bambini ed anziani) sono ovviamente quelle più vulnerabili, mentre più tempestivo ed efficace sarà il supporto logistico e psicologico post calamità, migliore sarà la prognosi.

I PTSS sono stati ampiamente studiati da un punto di vista neurochimico e neuromorfologico ed è accertato che gli ormoni liberati dalla corteccia surrenalica dinanzi ad uno stress vadano ad agire su recettori posti a livello centrale su ippocampo ed amigdala producendo effetti opposti sull'asse ipotalamo-ipofisi e

in ultimo sulla corteccia surrenalica stessa in un circuito che si autoalimenta. Se questo circuito non viene interrotto può col tempo creare anche alterazioni di tipo morfologico (atrofia) delle strutture sopramenzionate.

Tra le catastrofi naturali, quelle meglio studiate sono i terremoti. Poiché il Giappone è stato negli ultimi anni sottoposto a eventi sismici di notevole portata, molti degli articoli presenti in letteratura indagano gli effetti di questi terremoti sulla popolazione e sulla società giapponese. Tuttavia le conclusioni sono estendibili a tutti i paesi industrializzati mentre vanno limitate alle popolazioni rurali del sud-America o più povere dell'Asia dove la tempestività dei soccorsi e la macchina organizzativa sono necessariamente diverse.

La Malattia di Parkinson è una delle malattie neurologiche indagate.

Dopo un terremoto, i sintomi motori quali rigidità muscolare e bradicinesia tendono a peggiorare nella maggior parte dei soggetti indagati soprattutto se di sesso femminile e nei soggetti che abbiano subito un'importante perdita personale sia essa un lutto di un familiare o la distruzione della propria casa con necessità di cercarsi un rifugio e/o dormire in auto. Tuttavia in una percentuale di pazienti si assiste ad un miglioramento clinico che viene definito "Cinesia Paradossa".

Pertanto, soggetti affetti da M. di Parkinson allo stadio Hoehn e Yahr 3-5 riescono a mettersi in salvo con le proprie gambe durante un sisma, saltando dal letto, trovando un riparo e successivamente scendendo le scale. Per "cinesia Paradossa" si intende, infatti, un improvviso e breve periodo di mobilità conseguente ad un importante fattore stressante fisico ed emotivo che dia la percezione che la propria vita sia a rischio. Alla base della cinesia paradossa vi sono varie ipotesi quali un aumento dell'attività noradrenergica, un'attivazione compensatoria dei circuiti cerebellari, un'attivazione delle riserve a livello dei nuclei della base. Uno studio italiano (1) ha dimostrato che questo miglioramento clinico può perdurare anche fino a sei mesi dall'evento traumatico quale è stato, ad esempio, il terremoto dell'Aquila.

È importante sottolineare che, durante un evento traumatico ed invalidante quale può essere un terremoto, vi sono sicuramente patologie che risentono più di altre di un'improvvisa sospensione della terapia a causa del ridotto approvvigionamento di farmaci che consegue alla catastrofe. Oltre alla già citata Malattia di Parkinson, l'altra patologia neurologica che è legata in maniera sensibile alla terapia è la malattia epilettica. Il terremoto che colpì la parte orientale del Giappone nel 2011 fu seguito da uno tsunami che contribuì ad allargare l'area di devastazione e a rendere ancora più difficoltosi i collegamenti con le aree colpite.

Migliaia di persone rimasero isolate e, tra queste, soggetti affetti da importante malattia epilettica che furono costretti a sospendere l'assunzione delle medicine con conseguente aumento delle crisi epilettiche. A questi soggetti e alle loro famiglie fu successivamente inviato un questionario e il 76% circa del campione rispose che, memore dell'esperienza passata, avrebbe mantenuto sempre una scorta di medicine di almeno una settimana (2).

Le disagiate condizioni che si vengono a creare specie nei primi giorni quali il dormire in macchina o in una brandina associate alla sensazione di perenne paura per il presentarsi di nuove scosse piuttosto che il non poter tornare nella propria casa determinano uno stato di allerta continuo favorendo il presentarsi di eventi ischemici cerebrali con un aumento che è stato stimato essere di 1,7 volte. Fattori aggravanti sono considerati la malnutrizione e la disidratazione che si instaurano nei primi giorni/settimane dall'evento (3).

Interessanti sono anche i dati italiani sul terremoto che colpì la città dell'Aquila (4). Subito dopo l'evento sismico furono posizionati dei presidi medici avanzati (PMA) che fungevano da centri di primo soccorso. Dai dati ricavati dagli accessi a questi PMA la cefalea costituiva il 16.6 % di tutti gli accessi, e nel 5,53 % dei casi si trattava di cefalea primaria, in particolare cefalea tensiva ed emicrania.

Gli episodi erano soprattutto evidenti nelle prime tre settimane dall'evento e si presentavano numerose recidive, anche in soggetti che non avevano mai sperimentato prima un episodio di cefalea, sebbene sicuramente gli episodi recidivanti fossero più frequenti nei soggetti cefalalgici.

Meccanismi periferici quali la contrazione ed il dolore dei muscoli pericraniali e cervicali secondari al cattivo riposo per l'uso di brandine e per i continui risvegli sono stati considerati nella patogenesi degli eventi cefalalgici più importanti dei meccanismi centrali nell'innescare il primo attacco. In conclusione si può affermare che il supporto logistico e medico/psicologico alle persone colpite da un evento catastrofico deve essere tempestivo ed efficace al fine di migliorare le condizioni di base del singolo e della società in cui egli vive.

Bibliografia

1. Bonanni L et al. 2010. Paradoxical Kinesia in Parkinsonian patients surviving earthquake. *Movement Disorder*, 1302-4.
2. Kobayashi S. et al. 2016. The lack of antiepileptic drugs and worsening of seizures among physically handicapped patients with epilepsy during the Great East Japan earthquake. *Brain and Development*, 623-627.
3. Inatomi Y et al. 2017. Clinical characteristics of patients with ischemic stroke following the 2016 Kumamoto earthquake. *J of Clinical Neuroscience*, 79-84.
4. Guetti C et al. 2011. Headache prevalence in the population of L'Aquila (Italy) after the 2009 earthquake. *J Headache Pain*, 245-50.

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA DOPO LE CATASTROFI NATURALI

Domenica Tomassoni

Responsabile coordinamento tecnico RECUP Rieti

PAROLE CHIAVE: SISMA, ASSISTENZA SANITARIA, ASSISTENZA SOCIALE

Le gravi catastrofi come quella del 24 agosto che ha colpito la provincia di Rieti distruggendo Amatrice ed Accumoli strappano drammaticamente ad un alto numero di persone tutto quello che hanno costruito in una vita (casa, lavoro, affetti).

Anche l'assistenza sanitaria e sociale su cui si base l'equilibrio, in alcuni casi fragile, della salute delle persone colpite viene meno e costringe ad un ripensamento immediato della tipologia di assistenza da erogare per rispondere sia nell'immediato che successivamente e in modo appropriato alle nuove esigenze assistenziali conseguenti al sisma. Viene pertanto illustrato quanto fatto dalla ASL di Rieti per i propri assistiti nella fase post emergenziale con l'attivazione dei PASS e la modalità operativa messa in atto: proattiva, integrata con il sociale e con i diversi Enti ed Associazioni operanti sul territorio interessato.

LA COMUNITÀ MONTANA DEL VELINO

DALL'EMERGENZA ALLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Stefania Mariantoni

Psicologa-psicoterapeuta, Coordinatrice Ufficio di Piano, VI Comunità Montana del Velino

PAROLE CHIAVE: CAOS, COMPLESSITÀ, RESILIENZA, LAVORO DI RETE

Dopo il 24 agosto la Comunità Montana del Velino, Ente capofila dell'ambito sociale Rieti 5, si è trovata davanti uno scenario talmente complesso da dover rivedere in toto l'equilibrio raggiunto nella erogazione dei servizi. Un nuovo stato in cui le interconnessioni tra le variabili che il territorio proponeva in quel momento storico, risultavano essere del tutto imprevedibili e dove ci si accorgeva che il nostro caro senso logico aveva scarsa efficacia per fronteggiare la complessità sviluppata dal sisma, in un ordine così multiforme da non essere comprensibile nell'immediato. Far fronte a tale complessità e far in modo che essa non diventasse Caos, è stato sin dalle prime ore del 24 Agosto un obiettivo fondamentale, con la sicurezza del fatto che la prima cosa necessaria a mantenere un'omeostasi del sistema sociale è rappresentata dal forte potere curativo che la cooperazione e l'integrazione tra gli stakeholder territoriali ha per innalzare i livelli di resilienza e programmare interventi mirati a preservare l'integrità degli individui, senza tralasciare i bisogni profondi di nessuno. Per arrivare ad una giusta integrazione e alla dovuta analisi completa dei bisogni della persona si è affrontata subito l'emergenza con un approccio multidimensionale e multidisciplinare quale mezzo cardine per ristabilire un senso, seppur insolito e doloroso, agli eventi, in grado di scongiurare il pericolo del Caos oltre che fornire delle linee guida forti ed essenziali sperando di contribuire ad una ricostruzione della persona, delle relazioni, di un ambiente e di un'istituzione che oggi, per forza di cose, si trova a dover essere resiliente.

L'accento sul lavoro di rete, dunque, come risorsa per l'attuazione di politiche sociali adattive in grado di includere la persona nei processi decisionali per la necessaria rigenerazione. Persona la cui identità assume una connotazione vitale in un contesto emergenziale, tenendo in considerazione che l'identità sociale si estrinseca nell'appartenenza ad un gruppo, o per meglio dire a sistemi gruppalmente multidimensionali. Un'istituzione resiliente agisce, si mette in moto, entra in quell'ordine complesso, ne trova le leggi e ne fa tesoro.

La prima azione di risposta immediata all'evento del 24 agosto 2016 ha visto un incremento dell'alto grado di cooperazione sociale delle risorse identitarie del territorio, l'azione sinergica dei Servizi Sociali Distrettuali insieme alle Agenzie del territorio deputate al contenimento della crisi, del sanitario, del terzo settore, degli Istituti Accademici deputati alla produzione della conoscenza come l'Università

degli Studi de L'Aquila, che già nel 2009 si era trovata a fronteggiare la stessa emergenza. Fronteggiare e curare la frattura identitaria, preservare l'identità del luogo e delle sue risorse, supportare il sistema sociale come sfera privilegiata del prendersi cura, ha permesso che la polvere della distruzione si trasformasse in polvere di ricostruzione umana. La preoccupazione ha portato ad agire primariamente verso chi già necessitava di *cure* prima dell'evento sismico, a rafforzare il supporto a quei nuclei familiari che già precedentemente beneficiavano di interventi domiciliari, incrementando le prestazioni sociali e sanitarie sul territorio interessato e a trasferire in struttura tutti coloro che non potevano essere assistiti in altro modo, quasi tutte persone con handicap o in età avanzata.

La cornice degli interventi multidisciplinari e multidimensionali ha rappresentato un laboratorio spontaneo e vitale in cui sperimentare nuove forme di modalità organizzative e di erogazione dei servizi. In tal senso la L. 328 del 2000, Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e la conseguente Legge Regionale n. 11 del 2016, sono risultate riferimenti normativi essenziali a fondamento di *modus operandi* che non può prescindere dalla cooperazione orizzontale e verticale con il mondo del volontariato e delle istituzioni, e dall'ottimizzazione delle risorse mirate a preservare l'identità sociale del nostro territorio oltre che a fronteggiare la complessità sistemica in cui ancora siamo immersi: consapevoli del fatto che la complessità necessita di approccio metodologico "inter-multi-disciplinare" (Tinti, 1998, pp.7,12-25). Una visione d'insieme con un unico obiettivo: preservare e conservare l'identità e mettere al centro la persona.

Il Piano di Zona 2017 e la forte componente d'integrazione socio-sanitaria secondo le disposizioni normative della Regione Lazio (B.U.R.L 2016, n. 64) si sono rilevati strumenti essenziale di programmazione, non solo di interventi di emergenza, ma di pianificazione a medio e lungo termine degli interventi sociosanitari nel territorio in questione, per garantire l'integrazione tra attività e professionisti in una logica di multidisciplinarietà e multidimensionalità, assicurando strumenti e momenti di verifica e valutazione degli interventi, attività e prestazioni erogate in rapporto ai bisogni integrati delle persone. La mission ha puntato all'attuazione di un governo clinico di prossimità come risposta efficace ai bisogni di salute del territorio: una risposta di governo clinico integrato con una forte connotazione resiliente che ha dovuto tener conto del contesto orografico caratterizzato da un indice di vecchiaia, considerato tra i più alti d'Italia e che ha imposto riflessioni inerenti i bisogni legati all'assistenza primaria, alla risposta alla cronicità e alla necessità di ripensare alla riprogettazione dei servizi che nell'integrazione sociale e sanitaria a fronte delle esigue risorse, possono rappresentare l'unico ventaglio di offerta proponibile per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Una governance che ha visto le interconnessioni fra i campi della medicina, dei servizi territoriali, la comunicazione, la formazione e la collaborazione multidisciplinare i caratteri dinamici di spiccata importanza, componendo la voluta impostazione di metodo. In tal senso, è stato utile rivedere, al fine di rispondere in maniera più appropriata e consona ai bisogni di salute di questo territorio, il

paradigma dell'assistenza, definendo pienamente la realizzazione di un alto percorso di integrazione dei servizi teso ad indirizzare le azioni verso la realizzazione di modelli assistenziali di prossimità come ad esempio equipe itineranti, farmacia dei servizi, infermieristica di comunità. Questo ratifica la rottura del legame tra luogo univoco quale setting permanente dell'unità operativa in ospedale o dentro gli spazi ordinari di un servizio territoriale, garantendo un'elevata qualità delle risposte sanitarie-assistenziali anche in "periferia", in luoghi "stranieri" o negli spazi "caldi" delle abitazioni. Viene definita dunque la sperimentazione di un nuovo paradigma, quello dell'assistenza d'iniziativa dell'Alta Valle del Velino, nell'ottica della prossimità, con l'istituzione dei Punti Unici di Accesso per la richiesta di interventi e servizi a carattere socio-sanitario, la predisposizione di una cartella informatizzata a garanzia di efficienza e di documentazione del lavoro, di equipe itineranti multidisciplinari, che attraverso meccanismi organizzativi che fanno convergere più specialità e specialisti, si occupino del coordinamento delle attività cliniche su percorsi per specifiche patologie o per classi di utenti per la gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso. Si è reso necessario puntare, in un'ottica longitudinale e di ottimizzazione del sistema, a modalità caratterizzate da forte riadattamento e umanizzazione: i cambiamenti sociali ed umani sono ancora nel pieno della loro trasformazione e necessitano di una valutazione continua, che deve prestare costantemente l'occhio alla persona e alle sue relazioni.

Di certo mantenere una visione d'insieme a forte carattere d'integrazione, attuare interventi in grado di mantenere alti i livelli di resilienza e considerare il sistema come l'interconnessione di variabili a volte incontrollabili, aumenta sicuramente il senso della nostra missione istituzionale che non può prescindere dal mettere al centro la persona e gli individui nei processi decisionali, specialmente quando in un contesto di prima emergenza il senso di disintegrazione identitaria ed il ruolo degli stakeholder territoriali possono essere messi in secondo piano e a volte in discussione.

Bibliografia

1. Mariantoni S. Vaccarelli A. Individui, Comunità e Istituzioni In Emergenza. Intervento Psico-Socio-Pedagogico e Lavoro di Rete nelle situazioni di catastrofe. Franco Angeli Ed., Milano, 2018.
2. Vaccarelli A. Mariantoni S. Children after a natural disaster. FrancoAngeli open access, Milano, 2018.
3. Bonanno, G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 2004.
4. Bollettino Ufficiale Regione Lazio, P. I-II, 11/08/2016, n. 64.
5. De Toni A., F., Siagri, F., Battistella C. Anticipare il futuro: Corporate Foresight, Edizioni Egea, Milano 2015.
6. Durkheim E. La divisione del lavoro sociale. Edizioni Comunità, Roma, 1996.
7. Gandolfi A. Formicai, imperi, cervelli. Edizioni Bollati Boringhieri, Torino 1999.

8. Gori C. La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future. Edizioni Carocci, Roma, 2004.
9. Le Moigne JL. Progettazione della complessità, in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), La sfida della complessità, Bruno Mondadori, Milano, 1985.
10. Lolli G, Pappagallo U. La complessità di Golden. Edizioni Giappichelli, Torino, 2008.
11. ASL Rieti. Piano delle prestazioni e dei risultati. 2017-2019, Ex. Art. 10 D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.
12. Bissolo G, Fazzi L. I principi dell'integrazione sociosanitaria. Edizioni Carocci, Roma, 2005.
13. Messia F. Il welfare di prossimità, a cura di Venturelli, C., Edizioni Erickson, Roma, 2015.
14. VI Comunità Montana del Velino. Piano di zona, Distretto Sociale Rieti 5. Anno 2017.
15. Turner JC. Riscoprire il gruppo sociale – la teoria della categorizzazione di sé. Col-lana studi e ricerche di psicologia, Edizioni Pàtron, Bologna, 1999.

ADATTAMENTO COGNITIVO DELL'ANZIANO AI MUTAMENTI DEI RIFERIMENTI SPAZIALI E SOCIALI DETERMINATI DAL SISMA

Alessandro Martorana

*UOSD Centro Demenze, Dipartimento di Medicina dei Sistemi-Policlinico Tor Vergata,
Università di Roma Tor Vergata*

PAROLE CHIAVE: ANZIANO, SEPARAZIONE, RESILIENZA, DECLINO COGNITIVO

Il sisma è un evento catastrofico imprevedibile e associato ad una lunga sequela di conseguenze. Esse sono tali da determinare effetti di breve e di lungo termine sui sopravvissuti. L'evento sismico in quanto tale è da sempre associato a ineluttabile morte e distruzione. In particolare, al di là di caratteristiche quali intensità, localizzazione geografica ed effetti sul territorio che ne descrivono la grandezza, l'evento in sé rappresenta nel nostro inconscio un momento di separazione.

Separazione che avviene in modo imprevedibile certamente e che è sempre rapida e traumatica, sia per il fisico che per lo spirito di un individuo. La separazione dai propri familiari, dagli amici e dagli oggetti più cari e legati alla vita quotidiana è di fatto ineludibile e angosciante. In aggiunta, la perdita della propria dimora e la distruzione di edifici rappresentativi di riparo e della comune sicurezza, quali gli ospedali, costituiscono la causa principale di sintomi psichici permanenti nei sopravvissuti adolescenti e adulti e di segni di declino cognitivo negli anziani.

In letteratura sono numerosi i dati scientifici riguardanti le condizioni mentali di individui sopravvissuti ad eventi sismici catastrofici. Negli anni più recenti alcuni eventi sismici sono risultati particolarmente intensi e hanno determinato cambiamenti persistenti nella vita della popolazione di quei luoghi. I

maggiori eventi a cui si fa riferimento in letteratura riguardano sismi si sono verificati in Cina nel Sichuan (2008), in Nuova Zelanda (Christchurch, 2011), in Italia (L'Aquila, 2009), in Giappone (Fukushima, con associati tsunami, sisma e contaminazione nucleare). L'analisi dei dati ha portato a risultati importanti sul versante dell'organizzazione dei soccorsi e delle strategie dedicate alla ricostruzione di ambienti e spazi persi troppo rapidamente a causa del sisma e al reinserimento dei sopravvissuti in questi contesti. Occorre sottolineare che pochi paesi nel mondo, oltre che individuare strategie e progettare percorsi di ricostruzione, hanno investito denaro pubblico per realizzarle. Inoltre i dati a disposizione hanno portato alla individuazione dei maggiori problemi psico-fisici conseguenti all'evento catastrofico e alla formazione di personale adeguato all'assistenza medica e psicologica delle popolazioni sopravvissute (1,2).

Come accennato in precedenza gli effetti di un evento catastrofico sono di due tipi, di breve e lungo termine e la loro persistenza è risultata dipendere da vari fattori. I dati sono stati ottenuti mediante modelli di domanda-risposta autosomministrati e interviste, valutazioni specialistiche neuropsichiatriche con follow-up superiore ai 2 anni. Nel breve termine i risultati indicano innanzitutto che eventi catastrofici sono causa di sintomatologia ascrivibile alla sindrome post-traumatica da stress. Ansia, pianto, insonnia, difficoltà nella concentrazione, depressione del tono dell'umore di vario grado, fobie sociali e generalizzate, non associati a sesso e a condizione sociale ed educazione, sono risultati i sintomi più comuni (3-5). La popolazione più vulnerabile è risultata quella dei bambini e dei giovani in età adolescenziale, in alcuni studi risultavano essere vulnerabili egualmente anche gli anziani e i vecchi (6). Quest'ultimo risultato non è stato tuttavia confermato in tutti gli studi. Infatti in molti casi la sottopopolazione dei vecchi ha mostrato inaspettatamente una grande capacità di reazione con una conseguente ridotta necessità di assistenza psicologica (7-9).

Gli anziani e i vecchi dunque hanno dimostrato maggiore capacità di resilienza. La spiegazione di tali risultati è stata individuata oltre nelle capacità individuali di ciascun soggetto anche nella grande solidarietà e coesione presente in quelle comunità dovuta ad anni di convivenza (10). In tal senso gli adolescenti non avrebbero avuto il tempo di maturare tali rapporti interpersonali.

La perdita della propria dimora è tra gli effetti di lungo termine l'evento più pericoloso per la salute mentale specie per gli anziani e i vecchi di qualsiasi comunità. Tale condizione infatti è risultata un vero e proprio fattore predittivo di declino cognitivo in casi del genere. Uno studio giapponese (JAGES) condotto su individui in età geriatrica (un totale 3547 individui over 65) in un periodo precedente un evento sismico (2010) e concluso dopo un follow-up di tre anni nei quali era incluso casualmente un sisma (2013) ha dimostrato molto chiaramente che la perdita della propria abitazione ha determinato un netto declino delle abilità quotidiane degli individui di questa popolazione (11,12). A tale risultato va aggiunto il dato che dimostra che una popolazione di vecchi esposti ad un evento sismico, se ricollocati in abitazioni temporanee con limitazioni di attività di vita quotidiane quali la possibilità di fare una passeggiata giornaliera o di qualsiasi attività che richiedesse impegno mentale ("cognitively demanding activities"), presentava segni evidenti di declino cognitivo rispetto ad un'altra popolazione con possibilità di eseguire tali attività, dove tali segni non erano rilevabili (13,14).

Dunque i risultati di tali studi indicano chiaramente come la perdita di un riparo sicuro e accogliente, rappresentate dalla propria casa come da edifici quali ospedali, sono potenzialmente predittive di declino cognitivo nella popolazione anziana. La limitazione nello svolgimento delle attività quotidiane rende tale rischio ancora più elevato. Viene da sé concludere che un qualsivoglia piano di emergenza debba contenere percorsi di ampio respiro tali da poter garantire il mantenimento della

salute mentale di quella parte di popolazione ormai avanti negli anni. Medesime considerazioni valgono per soggetti con primi segni di decadimento cognitivo o con diagnosi già definite e segni di demenza. In particolare, la limitazione o assenza di cognitively demanding activities, in altre parole di attività occupazionale, rappresenta il rischio maggiore per un rapido declino delle funzioni cognitive già compromesse dalla malattia.

Una relazione diretta tra evento catastrofico e fisiopatogenesi del declino cognitivo è difficile e articolata, soprattutto esporrebbe a formulazioni di teorie prive al momento di fondatezza. Una relazione tra alcuni comportamenti indotti dall'evento catastrofico e alterazioni cerebrali responsabili della comparsa di declino cognitivo tuttavia è possibile. Il declino cognitivo patologico, più tipico della malattia di Alzheimer, è la conseguenza di alterazioni metaboliche complesse che avvengono a livello sinaptico nella corteccia cerebrale (15). In particolare nelle cortecce dei lobi temporali parietali e frontali. In tali regioni cerebrali alterazioni del fisiologico rimaneggiamento di proteine stabilizzatrici delle membrane sinaptiche come la proteina precursore dell'amiloide presente a tale livello, portano alla formazione di frammenti proteici solubili detti oligomeri di Beta Amiloide ($A\beta$ -oligomers).

Tali frammenti hanno una notevole tossicità e la loro sovrapproduzione è considerata il *primum movens* che porterà un individuo a sviluppare la malattia di Alzheimer (16). Un recente studio (17) condotto su individui sani, ha dimostrato come la privazione di sonno di una sola notte è in grado di far produrre e accumulare elevate quantità di $A\beta$ a livello della corteccia cerebrale dell'ippocampo, della formazione paraippocampale e del talamo di destra di questi individui.

Clinicamente questi presentavano un netto e significativo peggioramento del tono dell'umore. Gli autori del lavoro concludono che un'alterazione del fisiologico ciclo sonno-veglia può essere in grado di provocare alterazioni metaboliche cerebrali tali da influire sulla comparsa del declino cognitivo. Un evento improvviso e traumatico come un sisma sia che si manifesti durante il giorno che durante la notte induce una costante sensazione di allarme. Tale condizione, soprattutto per eventi particolarmente intensi può certamente determinare una alterazione acuta del ciclo del sonno con frequenti risvegli o vera e propria privazione del sonno notturno.

Il prolungamento di tale condizione, dettato spesso dalla presenza di sciame sismico, può essere causa della comparsa di segni e sintomi di declino cognitivo e anche di rapida progressione. Il fatto che una delle sedi maggiormente colpite dall'accumulo di $A\beta$ sia l'ippocampo destro, regione deputata all'orientamento spaziale, potrebbe facilmente far comprendere la difficoltà che soggetti con declino cognitivo hanno mostrato nell'adattamento alle restrizioni spaziali dettate dall'evento catastrofico. Dunque in soggetti predisposti, un evento sismico può contribuire alla precoce manifestazione di segni di declino cognitivo.

Ancora, la depressione del tono dell'umore che rientra già negli effetti di breve termine conseguenti ad un grande evento catastrofico (14,18) è uno dei maggiori fattori di rischio per malattia di Alzheimer in una comunità di anziani.

La persistenza di sindrome post-traumatica da stress è correlata a deficit delle funzioni esecutive e ridotta trasmissione colinergica (19-21). Una compromissione persistente delle funzioni esecutive oltre che dare conto della ridotta capacità di resilienza di un individuo, è uno dei segnali di avanzamento del declino cognitivo e in particolare della malattia di Alzheimer.

Dunque, un evento sismico certamente non è in grado di indurre declino cognitivo per se, ma le circostanze da esso provocate (separazione), le modificazioni psichiche di breve e lungo periodo che induce e le alterazioni spaziali e territoriali (perdita dei riferimenti del riparo) che esso provoca possono facilitare se non proprio accelerare le tappe di un processo neurodegenerativo già avviato e indipendente dal sisma. Una strategia post-evento sismico adeguata al ripristino rapido di spazi o ripari sicuri associati alla possibilità di svolgere delle attività quotidiane e di socializzare potrebbe rappresentare l'intervento migliore per rafforzare la resilienza e per contenere gli effetti del declino cognitivo in una comunità di anziani.

Bibliografia

1. Alba Ripoll Gallardo et al Medium- and long-term health effects of the L'Aquila earthquake (Central Italy, 2009) and of other earthquakes in high-income Countries: a systematic review. L'AQUILA: SORVEGLIANZA E RICERCA DOPO IL TERREMOTO DEL 2009.
2. Lach HW, Langan JC, James DC. Disaster planning: are gerontological nurses prepared? J Gerontol Nurs. 2005 Nov;31(11):21-7.
3. Jia et al .Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. BMC Public Health 2010, **10**:172
4. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. JAMA. 2013 Aug 7;310(5):507-18.
5. Siskind DJ, Sawyer E, Lee I, Lie DC, Martin-Khan M, Farrington, J, Crompton D, Kisely S. The Mental Health of Older Persons After Human-Induced Disasters: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiological Data. Am J Geriatr Psychiatry. 2016 May;24(5):379-88.
6. Farooqui A. et al Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(2) – 135-143.
7. Heppenstall CP, Wilkinson TJ, Hanger HC, Dhanak MR, Keeling S.. Impacts of the emergency mass evacuation of the elderly from residential care facilities after the 2011 Christchurch earthquake. Disaster Med Public Health Prep. 2013 Aug;7(4):419-23.
8. Rafiey H, Momtaz YA, Alipour F, Khankeh H, Ahmadi S, Sabzi Khoshnami M, Haron SA. Are older people more vulnerable to long-term impacts of disasters? Clin Interv Aging. 2016 Dec 7;11:1791-1795.
9. Gigantesco A, D'Argenio P, Cofini V, Mancini C, Minardi V. Health-Related Quality

- of Life in the Aftermath of the L'Aquila Earthquake in Italy. *Disaster Med Public Health Prep.* 2016 Feb;10(1):11-5.
10. Hikichi H, Aida J, Tsuboya T, Kondo K, Kawachi I. Can Community Social Cohesion Prevent Posttraumatic Stress Disorder in the Aftermath of a Disaster? A Natural Experiment From the 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami. *Am J Epidemiol.* 2016 May 15;183 (10):902-10.
 11. Cable N, Hiyoshi A, Kondo N, Aida J, Sjöqvist H, Kondo K. Identifying Frail-Related Biomarkers among Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Research Example from the Japanese Gerontological Evaluation Study. *Biomed Res. Int.* 2018 Jan 22;2018:5362948.
 12. Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I, Kondo N. Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study. *J Epidemiol.* 2018 Feb 3.
 13. Ishiki A, Okinaga S, Tomita N, et al. Changes in Cognitive Functions in the Elderly Living in Temporary Housing after the Great East Japan Earthquake. Federici S, ed. *PLoS ONE.* 2016;11(1):e0147025.
 14. Liang Y. Depression and anxiety among elderly earthquake survivors in China. *J Health Psychol.* 2017 Dec;22(14):1869-1879.
 15. Martorana A, Di Lorenzo F, Belli L, Sancesario G, Toniolo S, Sallustio F, Sancesario GM, Koch G. Cerebrospinal Fluid A42 Levels: When Physiological Become Pathological State. *CNS Neurosci Ther.* 2015 Dec;21(12):921-5.
 16. Selkoe DJ, Hardy J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. *EMBO Mol Med.* 2016 Jun 1;8(6):595-608.
 17. Shokri-Kojori E, Wang GJ, Wiers CE, Demiral SB, Guo M, Kim SW, Lindgren E, Ramirez V, Zehra A, Freeman C, Miller G, Manza P, Srivastava T, De Santi S, Tomasi D, Benveniste H, Volkow ND. Amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Apr 24;115(17):4483-4488.
 18. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Jul;68(7):524-33.
 19. Eren-Koçak E, Kiliç C. Posttraumatic growth after earthquake trauma is predicted by executive functions: a pilot study. *J Nerv Ment Dis.* 2014 Dec;202(12):859-63.
 20. Wolf D, Grothe M, Fischer FU, Heinsen H, Kilimann I, Teipel S, Fellgiebel A. Association of basal forebrain volumes and cognition in normal aging. *Neuropsychologia.* 2014 Jan;53:54-63.
 21. Hinrichs KH, Hayek A, Kalmbach D, Gabel N, Bieliauskas LA. Cognitive reserve and executive function: Effect on judgment of health and safety. *J Rehabil Res Dev.* 2016;53(6):863-872.

SI RINGRAZIA PER AVER CONTRIBUITO ALLA REALIZZAZIONE DEL CONVEGNO:

LABORATORIO ANALISI CLINICHE IGEA , RIETI

SOCIETÀ AEA, SRL, RIETI

ROTARY CLUB, RIETI

FB HEALTH

BANCA CREDITO COOPERATIVO ROMA, SEDE DI RIETI

RIA H RIABILITAZIONE RIETI

COMUNITÀ MONTANA DEL VELINO, VI ZONA, RIETI

NUTRICIA

UNINDUSTRIA, RIETI

FAMIGLIA VARANO

SOCIETÀ SAN RAFFAELE SPA

IGEA

CAMERA DI COMMERCIO DI RIETI

Ria h Riabilitazione S.p.A.

La Ria h Riabilitazione è una società che ormai da oltre tre lustri si è inserita a pieno titolo nell'offerta di servizi sanitari di qualità nel territorio reatino. La principale specialità di questa organizzazione, che si muove su più unità operative, è la riabilitazione rivolta all'età evolutiva ed ai pazienti in una fase post – acuta. Tali servizi vengono resi da un'equipe multidisciplinare composta da medici e terapisti della riabilitazione, sia in regime ambulatoriale che domiciliare. Proprio perché il servizio reso è fatto dalle persone per le persone, la mission aziendale pone centralità sia alla professionalità e alla formazione continua degli operatori che alla loro umanizzazione. La Ria h Riabilitazione oggi si propone come un modello in cui si descrive una realtà professionale dinamica e giovane dove dall'interazione e dallo scambio nascono le migliori esperienze nell'interesse dell'utente.

San Raffaele S.p.A.

La San Raffaele SpA ha deciso di dare un contributo a questo evento ritenendolo di grande interesse anche per il ruolo che è stata chiamata a sostenere nella immediatezza del sisma. L'attenzione verso la popolazione anziana e ai suoi bisogni prevalenti, costituisce uno degli aspetti fondanti nelle attività del Gruppo San Raffaele S.p.A. che nella Regione Lazio gestisce da diversi anni 6 RSA. L'attenzione verso i bisogni dell'anziano è continuativamente sviluppata ed anche sostenuta con attività culturali di approfondimento e di incontro con i Medici Ospedalieri e di Medicina Generale delle ASL afferenti alle strutture stesse; di seguito i più recenti eventi convegnistici realizzati nella RSA di Borbona, di Sabaudia e di Montecompatri.

RSA San Raffaele Borbona:

- 14/05/2016 "LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE";
- 28/04/2018 "I BISOGNI DELL'ANZIANO E LE SOLUZIONI POSSIBILI";

RSA San Raffaele Sabaudia:

- 10/04/2015 "CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE";
- 30/11/2017 "LA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO E LA COMUNICAZIONE EFFICACE";

San Raffaele Montecompatri:

- 27/05/2017 "I BISOGNI DI SALUTE DEL PAZIENTE FRAGILE: QUALI RISPOSTE";
- 07/06/2018 "IL SAN RAFFAELE APRE LE PORTE: ESPERIENZE DI RESIDENZIALITA' A CONFRONTO"

*Migliorare la qualità di vita delle persone, questo è lo scopo del San Raffaele:
"Per aggiungere vita agli anni e non soltanto anni alla vita".*

Rotary Club Rieti

Il Rotary Club è la più antica associazione di servizio operante in campo internazionale. La sua fondazione risale al 1905 a Chicago dall'idea dell'avvocato Paul P. Harris. Il simbolo del movimento, ad oggi operante in tutto il mondo con programmi sanitari, educativi e di servizio per la comunità, è un ingranaggio che richiama la sua natura di aggregazione professionale. Il principale progetto del Rotary International prende il nome di End Polio Now ed ha l'obiettivo, ormai quasi raggiunto, di debellare la poliomelite. Aderire all'iniziativa "Eventi catastrofici e salute dell'anziano" è l'occasione di certo non ripetibile di segnare una discussione sul comportamento a seguito di un evento che scuote in modo indelebile un territorio. Come costruttori di ponti tra comunità e dei loro legami interni non ci possiamo di certo esimere dal sostenere un progetto così lodevole.

Igea

Il laboratorio analisi cliniche IGEA è una struttura convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale, con quarant'anni di esperienza nel settore della diagnostica di laboratorio condotta sin dal 1975, anno della fondazione, unicamente dalla famiglia Giorgi - Muzzi. La struttura vanta una vasta esperienza nel campo della diagnostica clinica e microbiologica raggiunta mediante un costante ammodernamento tecnologico e strumentale. Il laboratorio IGEA è in grado di offrire l'intera gamma delle analisi cliniche di laboratorio (oltre 350.000 ogni anno) eseguite anche in emergenza. L'IGEA opera da sempre interpretando nel modo più rigoroso i principi della qualità globale, intesa come impegno costante volto, non solo a rendere quanto più lineare il flusso delle informazioni sui servizi offerti, ma anche ad ottimizzare l'accoglienza e la gestione delle successive fasi operative nel rapporto con la clientela. Ogni settore è monitorato costantemente tramite controlli di qualità sia interni che esterni (VEQ) per mantenere uno standard operativo sempre affidabile ed omogeneo.

La privacy dei clienti, infine, è assicurata in tutte le fasi del processo operativo, dall'accettazione all'archiviazione dei dati sensibili, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto, in linea con la nostra mission, siamo stati lieti di sostenere il convegno su catastrofi naturali e salute dell'anziano che si svolge ad Amatrice e Rieti, per l'intrinseco valore sociale e scientifico.

Unindustria

Unione degli Industriali e delle Imprese di Roma, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo

È la più grande Associazione Imprenditoriale del Sistema Confindustria per estensione territoriale, la seconda per numero di aziende associate.

- 3.000 aziende associate per 220.000 dipendenti.
- 120 professional al servizio delle aziende per 8 sedi dislocate in tutta la Regione.
- 24 sezioni di categoria che rappresentano 50 settori merceologici.
- Attività legate ai servizi e una rete di relazioni ed eventi collegati alle imprese anche per lo sviluppo dei territori e delle comunità in cui sono inserite.

A tale proposito, a seguito degli eventi sismici del 2016, Unindustria ha avviato attività rivolte al recupero della coesione sociale e territoriale dei luoghi colpiti nella Provincia di Rieti, allo scopo di accelerarne la ripresa ed assicurare un futuro sostenibile.

Nella fase dell'emergenza ha lavorato portando il proprio supporto ed attivando una serie di iniziative tra cui l'avvio di una raccolta fondi.

Grazie all'iniziativa "IL FUTURO È IN COSTRUZIONE. UN PROGETTO DI UNINDUSTRIA PER CITTAREALE" è stato donato al Comune di Cittareale, il progetto esecutivo della nuova Casa Comunale e contribuito alla ideazione del progetto per la realizzazione di un Coworking.

Altre iniziative si sono susseguite in questo periodo di grande emergenza e di ricostruzione anche "interiore" da parte dell'Associazione e grazie ad una vera e propria catena di sostegno delle imprese aderenti.

Ricordiamo, solo per citarne alcuni, il Focus dedicato alle Terre del sisma il 21 settembre 2017 e realizzato in occasione dell'evento "A cena con Unindustria" per avviare una nuova raccolta di fondi, l'accensione dell'albero di Natale dell'8 dicembre donato da Edison alla cittadinanza e "L'Impresa fa Musica" a Cittareale del 14 luglio 2018. Nello spirito della solidarietà e della vicinanza rientra anche il sostegno per il convegno "Eventi catastrofici e salute dell'anziano" organizzato ad Amatrice nel maggio 2018 per l'Associazione Dott. Bruno Salvatore.

Camera di Commercio di Rieti

Presidente Dr Vincenzo Regnini

Il tema del dramma del sisma e della necessità della ricostruzione è stato affrontato fino ad oggi con un approccio emergenziale, in seguito ai numerosi decessi ed agli immensi danni subiti dal patrimonio culturale, edilizio ed imprenditoriale dell'area del "cratere" con particolare attenzione ai centri maggiormente colpiti dal terremoto del 24 agosto 2016 e dalle scosse successive.

Eventi che hanno generato anche una importante emergenza di carattere sociale

in un'area già caratterizzata da spopolamento e da un indice di invecchiamento della popolazione molto elevato, che vede ogni 100 giovani sotto i 15 anni di età la presenza di 460 anziani che superano i 65 anni. Una società, quindi, che presenta già prima del sisma problemi di ricambio generazionale ed in cui si apre uno spaccato di ordine sociale e sanitario con conseguente esaltazione delle malattie e dei disagi vissuti principalmente dalla popolazione più anziana dovuti alla progressiva riduzione dei servizi da parte dell'Azienda sanitaria locale oltre che nell'ambito dei piani socio sanitari coordinati dalla Comunità montana, ente messo in discussione negli anni all'interno di quel generale piano di tagli agli enti locali operato senza tenere in considerazione il ruolo di presidio territoriale svolto dagli stessi nelle aree più marginali del nostro Paese.

Per questo come Camera di Commercio di Rieti abbiamo particolarmente apprezzato il Convegno Sindem Aip Lazio 2018 dal titolo "Eventi catastrofici e salute dell'anziano" organizzato dall'Associazione Bruno Salvatore e volto a riservare un'attenzione particolare al territorio di Rieti e Amatrice per le due giornate di alto valore scientifico che ha portato decine di professionisti provenienti da tutta Italia a confrontarsi su tematiche che rischiavano di passare sotto tono rispetto a quelle più strettamente collegate all'urgenza della ricostruzione, per quanto rappresentino in buona parte le fondamenta di un duraturo processo di ricucitura sociale e di conseguenza economica così importante per questi territori.

La sfida è infatti proprio quella di ripartire da una valorizzazione del tessuto sociale esistente, guardando alla figura dell'anziano come a colui che rappresenta il principale portatore di quel bagaglio di cultura, mestieri, tradizioni enogastronomiche di queste terre.

Da queste donne e questi uomini, testimoni preziosi di una storia antica, può nascere la visione di un futuro solido che riesce ad innovare in linea con le sue vocazioni agricole, artigianali, gastronomiche, turistiche, offrendo prospettive economico-occupazionali anche alle giovani generazioni.

Accanto al dibattito in corso sul luogo ove costruire il nuovo ospedale che vede impegnate sia la politica sia le forze sociali come anche quello legato alle scuole che bisogna garantire per evitare una fuga della popolazione più giovane che rischia di diventare irreversibile, c'è infatti il problema del disagio immediato vissuto dall'anziano che non può aspettare i tempi della ricostruzione di un edificio ed a cui bisogna rimediare garantendo da subito adeguati servizi a cui si possano rivolgere.

L'auspicio è ora quello di una inversione di tendenza delle dinamiche politiche registrate fino ad oggi, al fine di contrastare la desertificazione dei servizi e la rarefazione demografica con l'obiettivo di progettare una ripresa della vita sociale ed economica delle aree colpite dal sisma reale e davvero sostenibile nel tempo.



CONVEGNO SINDEM
AIP LAZIO 2018

EVENTI CATASTROFICI
E SALUTE DELL'ANZIANO

