

## L'Ospedale Diurno Geriatrico: un modello e un'esperienza di intervento riattivativo

Antonio Guaita\*, Marco Cairati, Riccardo Perelli Cippo, Vladimiro Lionello

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi"; \* Fondazione "Cenci Galligani", Abbiategrasso (MI)

### INTRODUZIONE

L'Ospedale Diurno Geriatrico, pur nella necessità di rinnovarsi, svolge tutt'oggi un ruolo specifico all'interno della rete dei servizi per gli anziani (Black, 2000). La sua origine lontana è nella Russia del 1917, per i malati di mente, ma la sua applicazione in geriatria è soprattutto nel secondo dopoguerra, nel servizio sanitario della Gran Bretagna (attualmente in quel paese se ne contano più di 1.300). Oggi definire che cosa è un day hospital geriatrico (G-DH) non è semplice, potendo poco affidarsi alle definizioni: la difficoltà di definizione lessicale per i servizi socio-sanitari è massima espressione della confusione legislativa che contraddistingue questo secolo italiano<sup>1</sup>. Nel mondo non siamo però soli, perché anche la letteratura geriatrica e riabilitativa internazionale presenta modelli operativi fra loro assai distanti; e con lo stesso termine "Day Hospital" si sono nel tempo disegnate realtà molto diverse: da programmi settimanali di cammino e socializzazione, quindi un centro sociale o poco più (Woodford-Williams, 1962) a programmi di riabilitazione da unità intensiva (Cummings, 1985). Non stupisce perciò che alcuni autori abbiano sostenuto l'i-

nefficacia dell'intervento del Day Hospital Geriatrico (Siu, 1994), peraltro in contrasto con le conclusioni di altri (Richardson, 1995). Nonostante l'uso del termine per una serie di interventi di tipo diagnostico, o di mini interventi specialistici nell'ospedale per acuti, in maggioranza il modello "geriatrico" viene accostato a quello "riabilitativo", configurando quindi una modalità operativa fortemente orientata agli aspetti funzionali e dalla promozione dell'autonomia, come appare negli studi selezionati da una "Cochrane review" dedicata al tema (Forster A, 2000). In essa si affrontano i dubbi sull'efficacia del servizio, revisionando 12 studi (22 G-DHs e 2.867 pazienti) che lo confrontano con altri tipi di cure, soprattutto domiciliari. Non si evidenziano differenze a lungo termine per quanto riguarda la sopravvivenza; il G-DH garantisce risultati migliori, in confronto alle cure non globali, se oltre alla mortalità si considerano altri esiti negativi al follow up, (RR<sup>2</sup>=0.73; CI:0.53-1; P<0.05), compresi gli aspetti legati all'autonomia (RR: 0.60; CI: 0.38-0.97; P<0.05). La Cochrane conclude che il G-DH è più efficace del non intervento, ma i suoi vantaggi rispetto ad altri servizi non sono chiari. Risulta però chiara anche una accentuata diversità operativa fra i vari servizi posti a con-

<sup>1</sup> Ne è un esempio recente anche l'ultima legge regionale lombarda sulla riabilitazione (d.g.r. 16 dicembre 2004, n. 19883 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione", pubblicata sul B.U.R.L. del 31 dicembre 2004, 5° supplemento straordinario al n. 53) ammirevole per la creatività applicata al tema: si parla di "diurno continuato" con 4 livelli di cura, ma anche di "day hospital" di due livelli (riabilitazione generale geriatrica o specialistica), quindi 5 modalità di cura. Peraltro con due diversi assessorati che si dividono i riferimenti organizzativi della riabilitazione.

<sup>2</sup> RR=Rischio Relativo; è il rapporto fra il numero di eventi (l'incidenza negli studi longitudinali; prevalenza negli studi caso controllo) negli individui esposti a un certo fattore o trattamento (per esempio frequentare il G-DH) e quello negli individui non esposti. Esprime in altre parole il numero di volte in più (>) o in meno (<) che un evento/malattia si verifica in un gruppo rispetto all'altro. Un rapporto di rischio di 1 indica che il rischio che si verifichi l'evento nei due gruppi è uguale. Un rapporto di rischio >1 indica che nel gruppo dei trattati o esposti il rischio del verificarsi dell'evento è superiore rispetto al gruppo di controllo; il contrario se il RR è <1. Per "CI" si intende "l'intervallo di confidenza" cioè i valori entro i quali abbiamo la probabilità del 95% di trovare un valore valido per tutta la popolazione.

Formula: (n. casi malati/n. casi sani) x (n. controlli sani/n. controlli malati).

fronto. È utile perciò proporre una definizione operativa, a partire dalla esperienza dell'Ospedale Diurno dell'Istituto Golgi, che opera dal 1979.

## DEFINIZIONE DEL MODELLO

La definizione data dalle "Linee Guida" elaborate dal nostro gruppo (Trabucchi M., 1998) è la seguente: "Il Day Hospital geriatrico (DH-G) è un servizio a connotazione prevalentemente sanitaria, inserito nella rete extraospedaliera dei servizi per l'anziano. È l'interfaccia degli Istituti di Riabilitazione (ex art. 26 della Legge 833/78) con l'Ospedale, il domicilio, i servizi territoriali e le strutture residenziali e svolge funzioni di riabilitazione (oltre che di mantenimento), ma anche di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie caratteristiche dell'età geriatrica e della disabilità che ne deriva".

Il "paziente tipo" del DH-G è l'anziano "fragile", a rischio di perdita di autonomia a causa di malattie croniche che, nella loro fase preclinica o clinica, iniziano a determinare un danno funzionale. Al DH-G afferiscono anche gli anziani con malattie conclamate, in fase stabilizzata, che condizionano una disabilità lieve-moderata (eccezionalmente anche grave) in fase di peggioramento (Cairati, 2002). In sintesi l'ospedalizzazione diurna consente:

- di assicurare un approccio globale di una intera équipe di cura senza la necessità del ricovero notturno;
- di non separare del tutto un anziano dal suo ambiente di vita;
- di diminuire i costi dell'assistenza, riducendo perciò la percezione di gravità della malattia.

Gli obiettivi dell'ospedale diurno definiti dalle già citate "Linee Guida", suddivisi per le due funzioni principali individuate (A - Funzioni diagnostico/valutative; B - Funzioni terapeutica e riabilitativa) con gli schemi procedurali, sono riportati in Tabella I.

## MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL DAY HOSPITAL DELL'ISTITUTO GERIATRICO GOLGI

Il Day Hospital (DH) dell'Istituto Golgi cura in media 30 persone al giorno (28,81 nel 2004), con 400 ricoverati/anno, con degenze di poco inferiori ai 20 giorni effettivi di presenza. Funziona dal lunedì al venerdì, dal mattino a metà pomeriggio, assicurando il trasporto da e per il domicilio.

Occupava una superficie di oltre 2.000 mq che comprende: ambulatori, 2 palestre (una motoria e una per la terapia occupazionale); box per trattamenti individuali, zona accoglienza; sala prelievi; sala pranzo; bagni. Può usufruire di una serie di consulenze specialistiche e assicura tutte le valutazioni diagnostiche strumentali necessarie.

All'ingresso vi è la compilazione di una cartella clinica studiata ad hoc e la degenza viene seguita con il diario clinico, con annesse le risultanze diagnostiche. La valutazione multidimensionale coinvolge varie figure dello staff e prevede l'uso di scale validate, molto note:

- funzionale: Indice di Barthel (0-100), IADL (0-8) (Lawton, 1969);
- stato cognitivo: Mini-Mental State Examination (0-30) (Folstein, 1975);
- tono dell'umore: Geriatric Depression Scale (0-32) (Brink, 1982);
- equilibrio e cammino: Tinetti Gait and Balance Scale (0-28) (Tinetti, 1988);
- percezione dello stato di salute: analogo visivo (scala analogica da 0 a 10) (Editorial, 1988);
- vengono inoltre registrati alcuni indici clinici e sociali.

Nel DH operano: 2 medici geriatri (parzialmente impegnati anche in servizi ambulatoriali e di guardia per l'istituto), 2 infermieri, 4 fisioterapisti, un terapeuta per la terapia occupazionale, 3 ausiliari che fanno anche da accompagnatori per il viaggio.

Al di là del funzionamento solo diurno, le modalità operative hanno tratti in comune con la pratica ospedaliera e tratti originali che si possono così definire:

### - Modalità "ospedaliera" del G-DH

L'ammissione avviene tramite richiesta di ricovero, senza predefinire il trattamento come avverrebbe in una cura ambulatoriale, le modalità di cura, farmacologica e fisioterapica, sono di responsabilità dell'équipe del G-DH, vi è un impianto diagnostico valutativo tramite cartella clinica e diario, con esecuzione diretta degli esami specialistici necessari, il paziente viene rivalutato più volte nel corso della degenza, la dimissione avviene con foglio scritto riassuntivo dell'andamento della degenza e con i consigli per il domicilio.

### - Modalità "non ospedaliera" del G-DH

L'ammissione è programmata, non si trattano emergenze, anche se si tiene conto di situazioni prioritarie, il contatto con il medico e la famiglia è frequente, il paziente non è a letto, non è in pigiama, la proposta di

**Tabella I** - Schema della operatività del DH Geriatrico dell'Istituto "C. Golgi" secondo le "Linee Guida".

A - FUNZIONI DIAGNOSTICO/VALUTATIVE. SCHEMA PROCEDURALE:		
I. DIAGNOSI		
Strumenti	Modalità	Criteri / Obiettivi
A. CARTELLA CLINICA GERIATRICA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compilazione all'ingresso della cartella clinica.</li> <li>2. In caso di reingresso, raccordo anamnestico per ogni area considerata nella cartella stessa.</li> <li>3. Durante la degenza aggiornamento del diario, con particolare attenzione agli aspetti funzionali.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicare la metodologia della valutazione multidimensionale.</li> <li>• Ottenere un profilo sensibile e completo delle condizioni biologiche, funzionali e psicosociali del paziente, con riguardo particolare ad alcuni aspetti spesso sottovalutati (es., stato nutrizionale, rischio di cadute, incontinenza, ecc.) ed alla comorbidità.</li> </ul>
B. ESAMI DI LABORATORIO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingresso: "Routine" ematochimica completa se gli esami già in possesso del paziente risalgono a più di un mese. Altrimenti, aggiornamento di quelli ritenuti clinicamente significativi.</li> <li>2. Monitoraggio: dei parametri patologici riconosciuti indicatori di rischio a breve termine.</li> <li>3. Dimissione: Controllo dei parametri patologici riconosciuti indicatori di rischio a medio-lungo termine.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assesment patologia/problema specifico.</li> <li>• Valutare la gravità biologica delle singole malattie croniche.</li> <li>• Ottenere indicatori di rischio di scompenso d'organo/sistema.</li> <li>• Monitorare l'andamento delle patologie acute intercorrenti.</li> <li>• Fornire al medico curante un profilo attendibile per continuare il monitoraggio a lungo termine del paziente.</li> </ul>
C. DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingresso: Esecuzione dell'esame diagnostico ogni volta che i segni/sintomi evidenziati all'esame obiettivo non sono congrui con la storia del paziente o con la fase clinica di una malattia già identificata.</li> <li>2. Monitoraggio e dimissione: v. sopra.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedi sopra.</li> </ul>
D. CONSULENZE SPECIALISTICHE Il ricorso alle visite specialistiche viene limitato ad ambiti che non ricadono direttamente all'interno delle competenze geriatriche, con particolare riguardo alle patologie sottovalutate (ORL, oculistiche, ecc.)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulenza specialistica per l'inquadramento diagnostico/terapeutico di problemi clinici complessi non risolvibili con una conoscenza specialistica di base.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare la parcellizzazione dei problemi clinici del paziente e degli interventi terapeutici.</li> <li>• Estendere la conoscenza clinica del geriatra ad ambiti della medicina interna importanti in geriatria (cardiologia, neurologia, reumatologia, ecc.)</li> </ul>
E. VALUTAZIONE FUNZIONALE/RIABILITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingresso:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Valutazione della disabilità</li> <li>II. Valutazione della menomazione, anche col ricorso allo specialista fisiatra, per eventuale trattamento di gruppo o individuale.</li> </ol> </li> <li>2. Monitoraggio: Controllo clinico dell'evoluzione della menomazione trattata.</li> <li>3. Dimissione: Controllo delle eventuali modificazioni del livello di disabilità</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oggettivare con scale specifiche (v. cartella clinica) lo stato funzionale del paziente all'ingresso e le sue modificazioni col trattamento.</li> <li>• Ottenere criteri guida per il trattamento riabilitativo.</li> <li>• Fornire al medico curante un profilo funzionale attendibile per continuare il monitoraggio a lungo termine del paziente.</li> </ul>

segue

segue **Tabella I**

B - FUNZIONE TERAPEUTICA E RIABILITATIVA. SCHEMA PROCEDURALE:

TERAPIA E RIABILITAZIONE		
Strumenti	Criterio / Modalità	Obiettivi
A. TERAPIA FARMACOLOGICA	1. Anamnesi farmacologica all'ingresso (v. cartella clinica), con particolare riguardo agli effetti collaterali dei farmaci ed alle reazioni avverse. Modifica degli schemi terapeutici in relazione ai dati clinici e strumentali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico globale dei problemi di salute del paziente.</li> <li>• Responsabilità terapeutica.</li> <li>• Diminuire il peso della terapia farmacologica.</li> <li>• Ridurre il rischio di iatrogenesi farmacologica.</li> </ul>
B. TERAPIA FISICA E MASSOTERAPIA	1. Se ne riconosce un effetto placebo, con applicabilità in ambiti importanti per il benessere del paziente (es., approccio al trattamento delle sindromi dolorose). Ruolo preparatorio e di supporto alla chinesiaterapia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico globale dei problemi di salute del paziente.</li> </ul> Limitare le reazioni al dolore che si possono accompagnare a certe manovre di mobilizzazione articolare.
C. CHINESITERAPIA E ALTRE TECNICHE RIABILITATIVE	1. Ginnastica di gruppo. 2. Chinesiterapia individuale. 3. Terapia occupazionale. 4. Reality Orientation Therapy.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione / educazione alla salute, prevenzione / controllo delle patologie croniche della senescenza.</li> <li>• Riduzione della menomazione funzionale legata ad una condizione patologica.</li> <li>• Miglioramento delle performances motorie e psicomotorie.</li> <li>• Miglioramento dello stato funzionale del paziente.</li> </ul> Mantenimento delle performances e dello stato funzionale del paziente.

attività non lascia tempi vuoti prolungati, si attuano anche terapie di gruppo, di verificata efficacia (Cairati, 2004), sia motorie generali che specifiche, che affiancano e non sostituiscono i trattamenti individuali, vi è una valutazione e considerazione per gli aspetti di benessere soggettivo dell'anziano, la dimissione è sempre preannunciata e concordata.

Il flusso dei parenti è sempre molto alto per lo scambio di informazioni relative ai congiunti ricoverati. Questa è un'attività intensa che, aggiunta ai contatti con i medici, implica un piano organizzativo appropriato.

## POPOLAZIONE

Per dare un'idea dei fruitori del DH-G si sono analizzate le caratteristiche di 1.373 persone ammesse al

Day Hospital dell'Istituto Golgi fra 1999 e il 2003. Il 69,2% erano donne, con età di 77,22 anni (ultra 80enni: 35%).

In buona sintesi il profilo più rappresentativo dell'utente che frequenta l'Ospedale Diurno è descritto dal seguente esempio:

*Donna di 78 anni sofferente di una patologia osteoarticolare, come prima diagnosi, cui si associa un'altra patologia osteoarticolare, e cardiovascolare. Sul piano funzionale presenta una dipendenza minima (Indice di Barthel = 89); con appena sufficienti abilità motorie (Tinetti Test Totale = 19); buona competenza cognitiva (MMSE = 26); moderatamente depressa (GDS = 12), ha una mediocre percezione del proprio stato di salute (analogo visivo = 5,29) e assume 5 farmaci al giorno.*

Per quanto riguarda la composizione dell'utenza in base alla prima diagnosi, la patologia osteoarticolare è la più frequente (53,7%). Al secondo posto è la patolo-

## ESPERIENZE

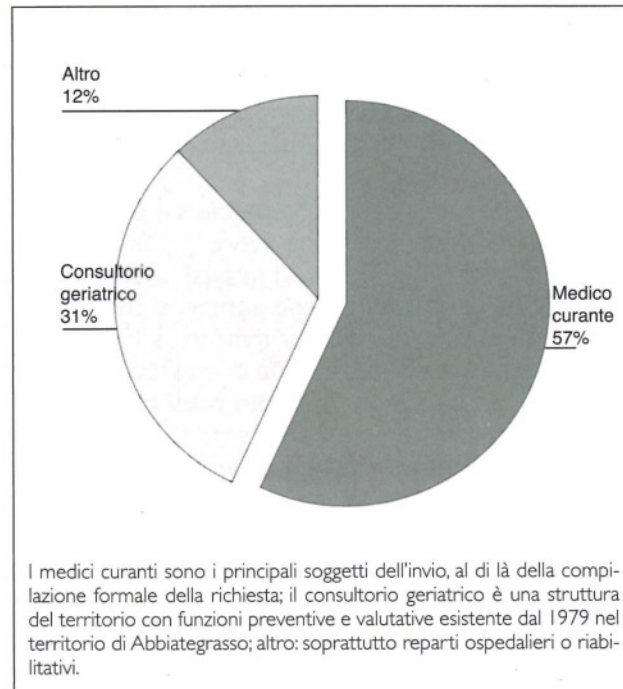
gia cardiovascolare (17,5%), mentre la neurologica è al terzo posto (10%).

Gli anziani sono indirizzati al DH-G principalmente dal medico di famiglia (57%), dai Consultori Geriatrici (31%), un servizio presente con una operatività originale da 25 anni (Colombo, 1998) infine, e da altri servizi, soprattutto ospedale e reparti di degenza riabilitativa (12%) (Fig. 1).

*Ne emerge complessivamente il quadro di persone che non hanno perso l'autonomia nelle attività quotidiana ma che, per i problemi motori e le varie patologie, sono a forte rischio di perdere l'autosufficienza.*

### DAY HOSPITAL GERIATRICO: ANALISI DEI RISULTATI

Il confronto fra le valutazioni all'ingresso e alla dimissione (Tab. 2) dimostra che il guadagno maggiore si ha per gli aspetti funzionali di "performance" come il Tinetti Test (+14,5%) e per gli aspetti di percezione della salute (analogo visivo: +36,5%): dato ottenuto compilato solo da una metà di pazienti sia in ingresso che in uscita, tuttavia confermato dalla riduzione di 1,2 punti della GDS. L'autonomia nella vita quotidiana



**Figura 1** - Distribuzione dei soggetti che indirizzano al Day Hospital gli anziani.

**Tabella 2** - Risultati della degenza al Day Hospital: confronto fra valori medi all'ingresso e alla dimissione rilevati fra il 1999 e il 2003.

	N.	Media	Dev. standard	p
MMSE all'ingresso	945	26,81	6,64	,336
MMSE alla dimissione		26,97	6,78	
GDS ingresso	1.171	12,81	9,83	,000
GDS dimissione		11,64	9,47	
IADL ingresso	1.165	13,27	8,24	,002
IADL dimissione		13,81	9,79	
Tinetti ingresso	1.327	19,38	5,74	,000
Tinetti dimissione		22,46	6,17	
Analogo visivo ingresso	566	5,43	2,32	,000
Analogo visivo dimissione		7,27	1,97	
Barthel ingresso	1.340	89,23	12,37	,000
Barthel dimissione		92,71	11,50	

Prima colonna: le scale adoperate; N = il numero di pazienti valutati; Media = media aritmetica dei valori; Dev. standard = deviazione standard; p = probabilità (livello di significatività inferiore a 0,05). Si ricorda che la scala della depressione (GDS) ha significato opposto al numero: una riduzione indica un miglioramento.

sembra migliorare di poco (+4%); ma se ci si riferisce più correttamente al recupero percentuale del potenziale riabilitativo [cioè quanto del massimo ottenibile è stato effettivamente ottenuto =  $[(\text{barthel dimissione} - \text{barthel ingresso}) / (100 - \text{barthel ingresso}) * 100]$  si ottiene il 34%.

Occorrerebbe aggiungere una parola sui costi, su cui anche la già citata Cochrane Review pone qualche dubbio. Attualmente il Day Hospital viene pagato 60,52 €/die per paziente. Sono compensi che a malapena permettono di offrire il minimo, e oggi per la qualità delle cure offerte, si tratta di un servizio in perdita. Studi accurati condotti in altri paesi ma con modelli operativi simili ai nostri, ad esempio in Québec, su 151 DH-Geriatrici, dimostrano che per ogni dollaro investito il servizio sanitario ha risparmiato 2,14\$ (CI: 1.72-2.56) (Tousignant, 2003).

## COMMENTO E CONCLUSIONI

L'esperienza qui presentata propone un modello fortemente orientato sulla ripresa funzionale e sull'approccio multidimensionale. Oggi, che questi termini sono un po' inflazionati, vanno precisati sottolineando che nel nostro DH-G tutto, dall'ambiente fisico alla composizione dell'équipe, alle modalità di relazione, cerca di tradurre in pratica costante questo approccio. I dati presentati dimostrano che i miglioramenti sono ottenibili e dimostrabili proprio sul piano delle prestazioni fisiche e su quello del miglioramento clinico, oltre al miglioramento soggettivo e psicologico, da non sottovalutare. In un'inchiesta nel territorio sulla qualità dei servizi sanitari, condotta dal "movimento dei diritti dei malati", il nostro DH-G è risultato al primo posto con il 100% di gradimento espresso da chi lo ha conosciuto. Di recente (2005) una inchiesta condotta tra i medici di medicina generale presenti ad un incontro di aggiornamento, ha confermato questo dato di gradimento totale. Il successo ampio dell'intervento del Day Hospital di Abbiategrasso è anche la validazione di un modello operativo di tipo "intensivo-riabilitativo", con una forte integrazione con i servizi sanitari del territorio, con in più un approccio di tipo globale, che interviene sulle varie dimensioni della salute dell'anziano.

La persona quindi è al centro di una équipe complessa, multiprofessionale, e non viceversa. Il "segreto" del successo di questo Day Hospital sta probabilmente

qui, in questa rivoluzione di prospettiva e di indicatori: il malato e non lo staff al centro dell'organizzazione di cura; la salute e non la malattia come indicatore principale dell'intervento; la misurazione dei risultati come verifica costante dell'efficacia del servizio.

## BIBLIOGRAFIA

- Black DA. The modern geriatric day hospital. *Hosp Med* 2000; 61: 539-43.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1: 37.
- Cairati M, Perelli Cippo R, Guaita A, Ferrari D, Lionello V, Colombo M. Day Hospital geriatrico: un approccio globale fra fragilità e salute. *G Gerontol* 2002; 50 (S-5): 77.
- Cairati M, Perelli Cippo R, Miramonti C, Calcaterra C, Gatti L, Castiglioni S, Lanza C, Guaita A. Efficacia della fisioterapia di gruppo in una popolazione anziana con disturbi dell'equilibrio e di deambulazione: studio caso controllo. *G Gerontol* 2004; 52 (S-5): 14.
- Colombo M, Vitali S, Guaita A. The Geriatric Counseling Service: an 18 years experience on preventive socio-sanitary service for elderly people. In: Michel JP, Rubenstein LZ, Vellas BJ, Albaredo JL. *Geriatric Programs and Departments Around the World*. Springer Publishing Co., Serdi Publisher, New York-Paris, 1998: 429.
- Cummings V, Kerner JF, Arones S, Steinbock C. Day Hospital service in rehabilitation medicine: an evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 86-90.
- Editorial Self esteem. *Lancet* ii: 943, 1988.
- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189.
- Forster A, Young J, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001730.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179, 1969.
- Richardson SR, Huang A, Podsiado D, Gayton D. Geriatric Day Hospital (letter). *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1179.
- Siu AL, Morishita L, Blaustein J. Comprehensive Geriatric Assessment in a Day Hospital. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1094.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New Engl J Med* 1988; 319: 1701.
- Tousignant M, Hebert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing* 2003; 32: 53-9.
- Trabucchi M, Casale G, Bonaccorso O, Guaita A. Assistenza e Riabilitazione Geriatrica - Linee guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Franco Angeli, Milano, 1998.
- Woodford-Williams E. The Day Hospital in the community care of the elderly. *Gerontol Clin* 1962; 4: 241-45.