

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno IX - N. 2
Giugno 2011
TRIMESTRALE

2/2011

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi



ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,
in particolare quando il bisogno rende necessario
un supporto organizzato.*

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,
Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi,
Daniele Villani



ABBONATEVI

Abbonamento annuo (4 numeri) € 10.00

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00
sulla mia Carta di Credito

VISA AMERICAN EXPRESS DINERS CLUB EUROCARD MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Iole Di Francesco - difrancesco@gruppic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile - arcangioli@gruppic.it

Area marketing & sviluppo

Carlo Bianchini, bianchini@gruppic.it

Paolo Fuà, fua@gruppic.it

Antonietta Garzonio, garzonio@gruppic.it

Fabio Regini, regini@gruppic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688

E-mail: info@gruppic.it - Sito web: www.gruppic.com

Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)

Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di giugno 2011

Tiratura di questo numero: 2.500 copie.

Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST - Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



A member of IFABC
International Federation of Audit Bureaus of Circulations

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010

Tiratura media: 3.000; Diffusione media: 2.850

Certificato CSST n. 2010-2070 del 28/02/2011

Società di revisione: PKF Italia S.p.A.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2011



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Vincent Mor a Brescia:

«Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano»

Renzo Rozzini, 4

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

La danzaterapia metodo TRASMUDA®

nella riabilitazione della malattia di Parkinson

Antonino Frustaglia, Renata Righetti e collaboratori, 6

La musica e le attività della vita quotidiana:

l'esperienza di un Nucleo Alzheimer

Nicola Berruti, Anna Maria Scotuzzi,

Monica Capra, Gianbattista Guerrini, 11

MATERIALI DI LAVORO

La costruzione partecipata del Codice Etico,

degli impegni e delle relazioni dell'Azienda

di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli di Milano

Adriano Benzoni, Graziano Maino, 16

SPUNTI DI DIBATTITO

Caratteristiche e specificità del lavoro con gli anziani:

il caso degli Assistenti Sociali

Carla Facchini, 20

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Cure domiciliari e indicatori di bisogno nella popolazione

Antonio Guaita, Georgia Casanova, 22

Ricerche multicentriche in RSA

Renzo Bagarolo, 28

Vincent Mor a Brescia: «Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano»

Renzo Rozzini

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia

Centro Studi sull'Organizzazione Sanitaria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia

«**D**elle cure intermedie tra ospedale e territorio si devono occupare i medici dell'ospedale in cui il paziente è stato curato nella fase acuta e non i medici di medicina generale che, invece, dovranno seguire la persona una volta rientrata al suo domicilio».

Non ha dubbi, il prof. Vincent Mor del Dipartimento di Salute pubblica della facoltà di Medicina della Brown University di Providence, negli Stati Uniti. Mor è stato ospite dell'Ospedale-Fondazione Poliambulanza di Brescia, in un incontro dal titolo «Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano» promosso dal Centro studi sull'Organizzazione Sanitaria dell'Università Cattolica di Brescia, presieduto da Renzo Rozzini, e del Gruppo di Ricerca Geriatrica, il cui direttore scientifico è Marco Trabucchi. L'incontro aveva l'obiettivo di affrontare un tema di grande attualità, soprattutto dopo la delibera regionale lombarda dello scorso 30 marzo che istituisce le "Attività di Cure subacute". Si tratta di una presa in carico, in contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti dai postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. Rappresentano, quindi, una nuova modalità di cura finalizzata ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogata senza soluzione di continuità dopo un ricovero acuto, o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Secondo la delibera regionale le attività subacute devono avere l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero. Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti, o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa. Le cure subacute non devono essere con-

fuse con le attività socio-sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica. Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale. Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi. Sono infine orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio. La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e non superiore ai 30/40 giorni.

Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri:

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità.
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio.
3. Anche se clinicamente stabile, il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti.
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere.
2. Assistenza infermieristica.

EDITORIALE

3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica.

4. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato.

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale, ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario;
- a pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici, caratterizzati da una tendenza all'instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Dunque, superata la fase acuta, il paziente – quello anziano nello specifico – deve continuare la fase di ricovero successiva all'interno dello stesso reparto, magari in posti letto dedicati, o deve essere trasferito in altre strutture? «Credo che debbano esserci letti dedi-

cati e autonomi rispetto alle realtà già esistenti sul territorio, quali le RSA, altrimenti – ha spiegato Mor – vi è il rischio che la persona in RSA non riceva le adeguate cure necessarie e che sia costretta a rimanere indefinitamente nella RSA malgrado la sua volontà iniziale di tornare nella sua abitazione».

Ma i medici che curavano il malato nella fase acuta avranno la possibilità di seguire il paziente anche nella fase successiva? E, in caso contrario, quest'ultimo non avrà la percezione di essere abbandonato in una sorta di "limbo" utile solo a risparmiare sul costo della degenza media giornaliera? «Sono problemi aperti. Credo, tuttavia, che l'ospedale debba essere responsabile del paziente anche nella fase post-acuta; per superare il problema organizzativo si dovrebbero creare équipe specifiche che siano di collegamento tra l'una e l'altra forma di degenza. Ad una condizione: se il paziente deve ritornare nei letti per acuti perché le cure che gli sono state prestate non erano adeguate, all'ospedale non verrà riconosciuto un ulteriore ricovero, ma sarà il proseguimento di quello iniziale».

La delibera regionale ha assegnato a Brescia 97 posti letto per cure sub acute, organizzati in unità operative di un massimo di venti posti letto. Un numero certamente contenuto rispetto al bisogno – si pensi che almeno il 20% dei pazienti dimessi ha bisogno di una fase post-acuta – ma che potrebbe fungere da volano alla creazione di una cultura del "post-acuto".

La danzaterapia metodo TRASMUDA® nella riabilitazione della malattia di Parkinson

Antonino Frustaglia*, Renata Righetti e collaboratori**

* Istituto Geriatrico P. Redaelli, Vimodrone (MI)

** Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea, Associazione TRASMUDA® e Dintorni, Milano

Collaboratori

Piera Monti, Celia Albanese; Istituto Geriatrico P. Redaelli, Vimodrone (MI)

Claudia Vergani, Raffaella Resnati, Vilma Pozzi; Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea dell' Associazione TRASMUDA® e Dintorni, Milano

Angela Penna, Caterina Vescovi, Elena Barluzzi, Elisabetta Bernardi, Ludovica Gianfilippi, Maria Rocca, Mariagrazia Guglielmucci, Rosamaria Pastorini; allieve Scuola di Formazione per Counselor Esistenziale a mediazione corporea metodo TRASMUDA®

Debora Perazzone, Ciro Ranieri; Volontari Servizio Civile

Lanfranco Moroni, Andrea Frontoni e Luigi Spinelli; Volontari Unione Samaritana

PREMESSA

Attualmente le terapie del morbo di Parkinson si fondano sul trattamento farmacologico attraverso l'uso di dopamina, dopaminosimili e dopaminergici associato al trattamento riabilitativo motorio.

Da qualche anno nella letteratura sono apparse esperienze di altre terapie riabilitative complementari tra le quali, recentemente, l'arteterapia, la musicoterapia e la danzaterapia.

Queste attività complementari raramente sono state studiate con i test specifici della malattia di Parkinson. La ragione di questa carenza può essere ricondotta a due aspetti:

- la diffidenza dell'area scientifica verso l'area delle terapie complementari come le arti-terapie;
- il timore delle terapie complementari, come le arti-terapie stesse, a sottoporsi a valutazioni che avvengono tramite test troppo tecnici e distanti dal modo di agire di queste terapie.

La DANZATERAPIA TRASMUDA® ha deciso di sottoporsi a questo studio perché la sua metodologia è riabilitativa e prevede una particolare chiarezza degli obiettivi, e dei processi per raggiungerli.

SCOPO DELLO STUDIO

Valutare su un campione di 21 pazienti affetti da malattia

di Parkinson, di cui 16 femmine e 5 maschi di età media di 79,8 anni (con un range compreso tra i 60-90 anni), i miglioramenti ottenuti con un ciclo di danza terapia con metodo TRASMUDA®. Il numero delle sedute di gruppo per ogni paziente è variato da un minimo di 5 ad un massimo di 16 (media 8,9). Il gruppo era composto da pazienti con diagnosi accertata e con trattamento farmacologico specifico ottimizzato rispetto allo stadio evolutivo della malattia.

MATERIALI E METODI

I pazienti selezionati provenivano dall'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone (MI); in regime di ricovero (residenziale, riabilitativo, day hospital) e dal domicilio (per trattamenti riabilitativi di gruppo). Tutti i pazienti sono stati valutati da neurologi e sono state compilate la Unified Parkinson's Disease Rating Scale (scala UPDRS III), lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr; il Mini Mental State Examination (MMSE), l'Indice di Barthel (BI) e il test specifico funzionale denominato TRASMUDA®TEST.

La scala UPDRS III comprende 3 parti funzionali. La prima indaga l'aspetto motorio tra cui il linguaggio, l'espressione facciale, i tremori a riposo, la rigidità, la pronazione supinazione delle mani, l'agilità nelle gambe, l'alzarsi da una sedia, la stabilità della postura, la marcia nella bradi e ipocinesia corporea. La seconda parte valuta la de-

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

pressione, la motivazione e l'iniziativa. La terza parte valuta le attività della vita quotidiana come la capacità di vestirsi, l'igiene personale, il rischio di cadute e gli eventuali episodi di freezing. Complessivamente il test misura un punteggio in una scala da 0 a 108 punti ove 108 è la massima compromissione, quindi più il valore è basso e meglio sta il paziente.

Inoltre, è stata valutata la scala dello stadio clinico secondo Hoehn-Yahr con valori variabili da 0 (indicativo di nessun segno di malattia) fino a 5, indicativo di massima compromissione clinica (paziente costretto a letto o in carrozzina).

Oltre alla valutazione UPDRS III si sono indagate le capacità mentali, il comportamento e l'umore inclusi lo stato di ansia e la depressione. I pazienti sono stati testati per il livello cognitivo con il Mini Mental State Examination, e con l'Indice di Barthel per valutare lo stato funzionale delle persone. Accanto a questi test classici si è sperimentato il test specifico funzionale denominato TRASMUDA®TEST che indaga con criteri di valutazione da 0, indicativo di massima incapacità, a 4, indicativo di massima abilità, varie funzioni che hanno valore motorio/funzionale e psicologico/esistenziale. A scopo di valutare la massima obiettività, nel TRASMUDA®TEST si è utilizzato, come punteggio finale, il risultato della media dei punteggi di 3 osservatori indipendenti addestrati al rilievo dei dati. Le funzioni indagate sono state le parti del corpo maggiormente utilizzate, come le braccia e le gambe; la capacità di apertura della chinesfera (intesa come lo spazio del movimento e dell'incontro con l'altro, ossia la capacità di distensione degli arti e di compiere dei movimenti nello spazio). La capacità di apertura della propria chinesfera può dipendere da una condizione fisica-proprioceettiva ed essere influenzata da uno stimolo simbolico. Gli altri item sono: la continuità del flusso; l'intensità del flusso; l'equilibrio; il radicamento; la capacità di rilassamento sia da soli sia con un operatore; l'integrazione ritmica, la marcia (indagata come sinergismo), la fluidità e la sicurezza motoria; l'integrazione melodica (con stimolo musicale specifico), la creatività sia attraverso stimolo simbolico sia con atto spontaneo concreto; l'iniziativa reciproca e l'espressività.

RISULTATI

Scala UPDRS III parte I (motoria). La valutazione ottenuta dall'analisi ha rilevato un miglioramento degli item previsti nella prima parte. Essa esamina la componen-

te motoria che comprende linguaggio, espressione facciale, tremori a riposo faccia mani piedi, rigidità, picchiettamento dita, apertura e chiusura mani, prono-supinazione mani, agilità delle gambe, l'alzarsi dalla sedia, la postura, la marcia, la stabilità posturale, la bradicinesia e l'ipocinesia corporea. I valori (variabili da 0 normalità a 108 massima dipendenza) sono passati da 47,52 all'ingresso a 39,5 alla dimissione e 39,2 al follow-up. I dati ottenuti indicano un costante miglioramento medio della motricità nei vari settori indagati.

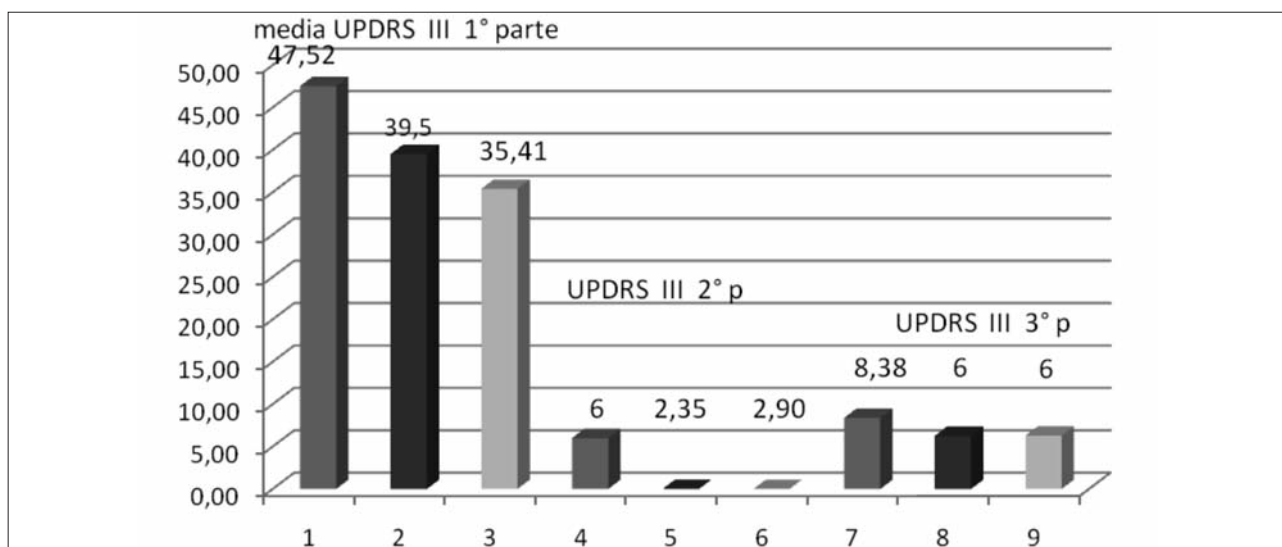
Scala UPDRS III parte 2 (depressione, motivazione e iniziativa). Ognuna di queste parti ha rilevato un miglioramento per la riduzione dei valori numerici studiati. La scala va da 0 (indicativo di normalità) a 8 (indicativo di depressione). In particolare questo item è passato da 8 all'ingresso a 6 alla dimissione, per ritornare ad 8 dopo la rivalutazione a distanza di oltre 2 mesi.

Scala UPDRS III parte 3 (attività della vita quotidiana). Questa parte valuta la capacità di vestirsi, l'igiene personale, le cadute, gli episodi di freezing e i disturbi sensitivi legati al parkinsonismo. La scala varia da 0, indicativo di normalità, a 20, indicativo di incapacità. I risultati sono di 8,38 all'ingresso, 6 alla fine del trattamento e 8 nel follow-up. Con questo item si sono indagate le capacità mentali, il comportamento e l'umore, inclusi lo stato di ansia e la depressione (Fig. 1).

I pazienti sono stati testati in ingresso con il Mini Mental State Examination, il valore medio del campione studiato è stato di 16,7/30 indicativo di una demenza moderata.

Lo stato funzionale delle persone è stato rilevato mediante l'indice di Barthel; nel gruppo studiato la media dell'indice è passata da un valore medio di 60/100, ad un valore medio di 85/100 indicativo di una significativa riduzione della dipendenza funzionale.

Risultati analoghi si sono avuti con il TRASMUDA®TEST, la cui scala varia da 0 per l'assoluta incapacità a 140 per la completa capacità funzionale (il valore 140 si ottiene sommando tutti i valori massimi degli item). Il valore medio, emerso dall'elaborazione delle medie dei punteggi dei singoli pazienti reclutati, è variato da 9,11 all'ingresso a 19,6 alla dimissione. Esso è indicativo di un rilevante miglioramento motorio e funzionale complessivo (Fig. 2) e nei diversi contesti indagati come pazienti in carrozzina (Fig. 3), pazienti con capacità deambulatorie (Fig. 4), oltre ad item quali l'equilibrio (Fig. 5) e l'espressività (Fig. 6).



Legenda: più basso è il valore, maggiore è il miglioramento delle performance del paziente.

Colonne grigio scuro: rappresentano i valori medi dei dati di ingresso.

Colonne nere: rappresentano i valori medi dei dati alla dimissione (fine ciclo studio).

Colonne grigio chiaro: rappresentano il controllo dopo almeno 2 mesi dalla fine del trattamento (follow-up).

Figura 1 - UPDRS III: motoria (parte 1), depressione (parte 2), attività della vita quotidiana (parte 3).

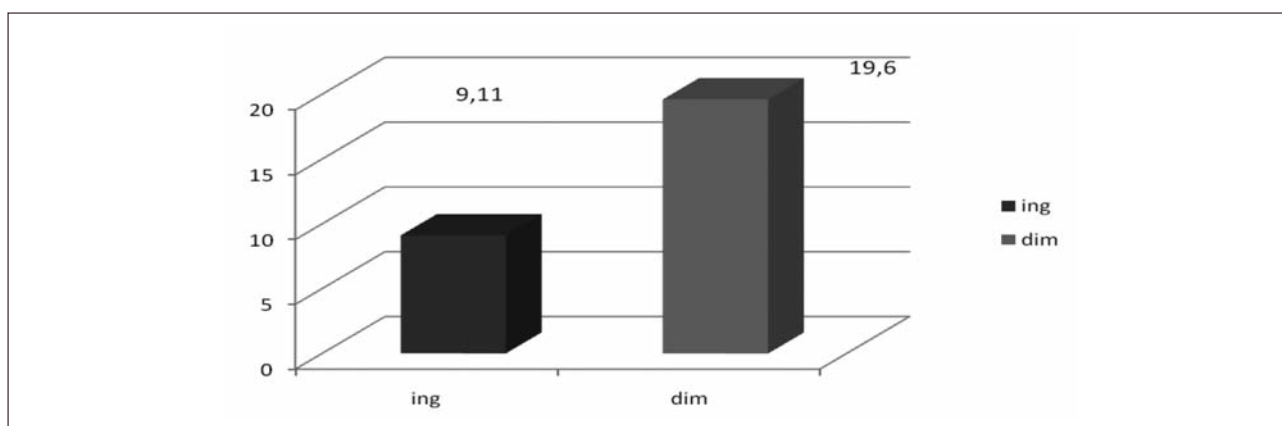


Figura 2 - TRASMUDA® Test. Valori medi complessivi dei 13 item di ingresso e dimissioni. N.B. Maggiore è il valore numerico migliore è la performance della persona.

CONCLUSIONI

I dati rilevati evidenziano che la danzaterapia metodo TRASMUDA® è in grado di modificare favorevolmente i test UPDRS III nelle sue componenti motorie, nel tono dell'umore e nelle valutazioni funzionali delle attività della vita quotidiana. Analogamente, il TRASMUDA®TEST evidenzia guadagni funzionali su tutti i para-

metri indagati confermando una sinergia tra i due test. I pazienti hanno risposto favorevolmente e con apprezzamento alla proposta riabilitativa di TRASMUDA®. Il costante sorriso e la gioia che ha accompagnato sempre gli incontri sono documentati, oltre che dai dati numerici, anche dalle immagini registrate durante diverse sedute.

Il numero limitato (1 incontro a settimana) di sedute di

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

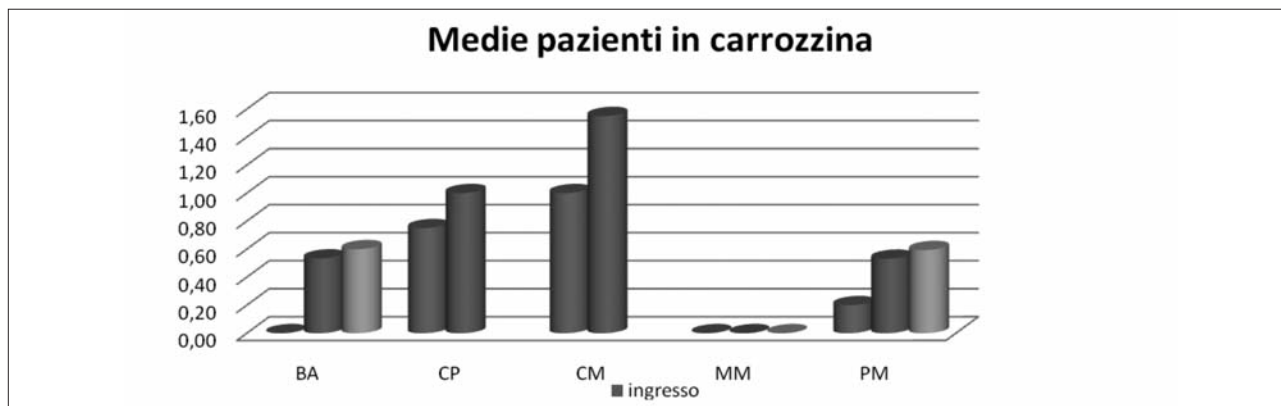


Figura 3 - Valutazione specifica dei risultati nei pazienti in carrozzina all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.

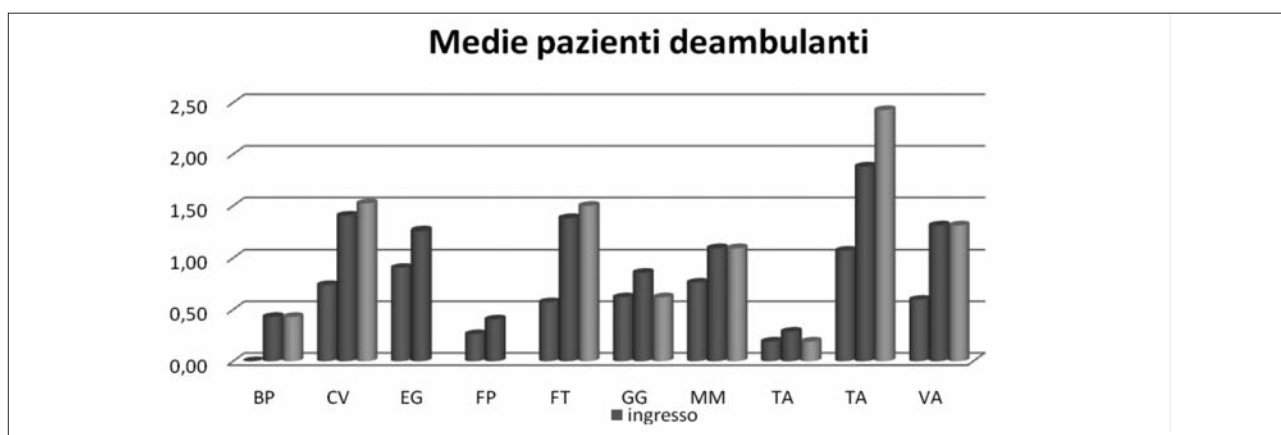


Figura 4 - Valutazione specifica dei pazienti deambulanti all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.

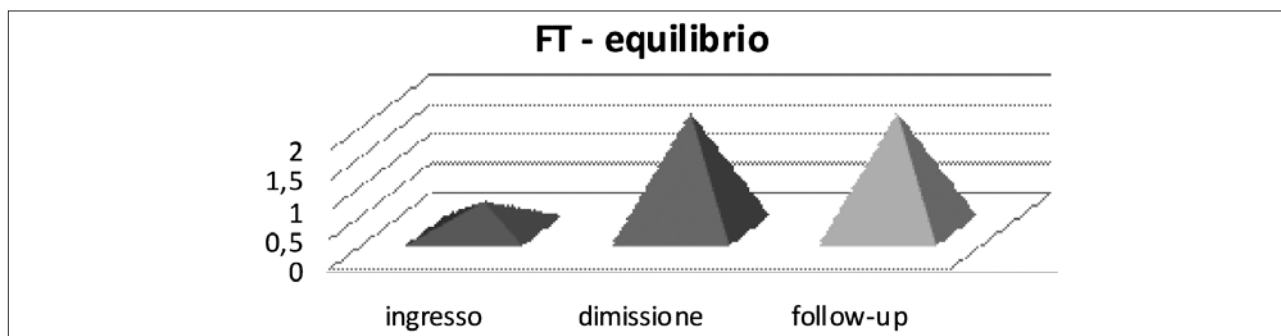


Figura 5 - Valutazione dell'equilibrio all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.

TRASMUDA®, da 5 a 16 a seconda dei pazienti, con una media generale di 8,9 sedute, lascia intravedere la possibilità di risultati ancora più incisivi e, soprattutto, più duraturi (follow-up) ottenibili con percorsi riabilitativi più

lungi. Ciò indica che è possibile ed auspicabile l'inserimento di attività come TRASMUDA® che offrono, accanto alla riabilitazione funzionale, anche il recupero della consapevolezza delle proprie capacità, un incremen-

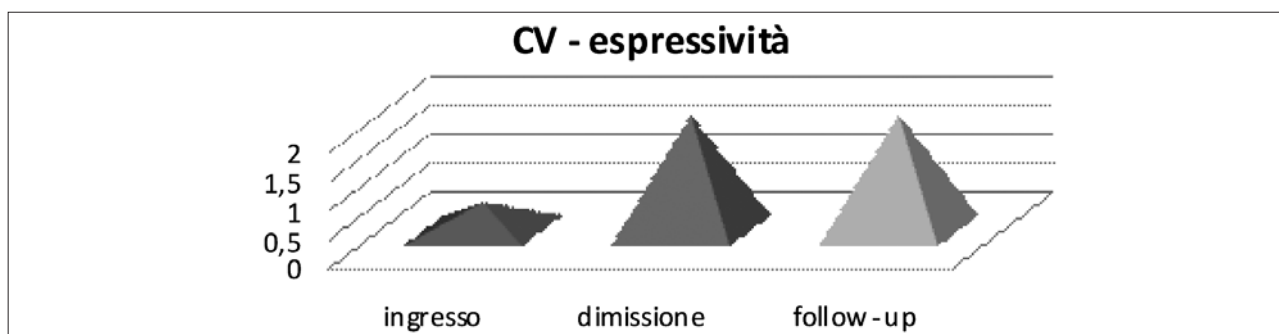


Figura 6 - Valutazione dell'espressività all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.

to della propria autostima correlata ad una maggior sicurezza nei vari movimenti. Tutti questi miglioramenti sono avvenuti con marcata riduzione dello stato depressivo, con la gioia e il piacere di incontrare il proprio corpo senza "gabbie", e nella percezione di una leggerezza e fluidità del proprio corpo espressa anche verbalmente dai pazienti stessi (come si evince dalle loro lettere pubblicate sul sito www.renatarighetti.com).

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Asburn A, et al. A community-dwelling sample of people with Parkinson's disease: Characteristics of fallers and non-fallers. *Age and Aging* 2001;30:47-52.
- Bacciocchi A, Canelli R, Gaudenzi N, et al. Parkinson e riabilitazione. Principi, trattamenti e varie opportunità. *Assistenza Anziani* 2008;1:46-8.
- Bavazzano A, Magnolfi SU, Mitidieri-Costanza AV, et al. Anziano e Malattia di Parkinson: le strategie generali di "cura". *Giornale di gerontologia* 2003;51(5):386-96.
- Bellelli G, Bellwald C, Ponte M, et al. Efficacia della riabilitazione motoria in pazienti affetti da malattia di Parkinson. *Giornale di gerontologia* 2000;48(11):810.
- Benvenuti F, Taviani A, Nesi B, et al. Attività fisica adattata. *I luoghi della cura* 2009;2:15-7.
- Colombo M, Previderè G, Cottino M, et al. Il "Parkinsonismo": una Sindrome difficile da riabilitare in geriatria? *Giornale di gerontologia* 2003;51(55):85.
- Duperrin A, Allaire A. Parkinson. De nouvelles voies de traitement. *Notre temps* 2002;388:55-6.
- Factor SA, et al. The natural history of the syndrome of primary progressive freezing gait. *Arch Neurol* 2002;59:1778-83.
- Fahn S. The freezing phenomenon in Parkinsonism. In Fahn S, Hallett M, Liders HO, Marsden CD. *Negative Motor Phenomena*. Philadelphia, Lippincott-Raven-Publishers: 53-63.
- Giladi N, et al. Construction of freezing of gait questionnaire for patients with Parkinsonism. *Parkinsonism and Related Disord* 2000;6:165-70.

Giladi N, et al. Freezing of gait in PD: prospective assessment in the DATATOP cohort. *Neurology* 2001;56(12):1712-21.

Guidi M, et al. Gait analysis in de novo and advanced Parkinson's Disease: influence of acute L-dopa administration on spatiotemporal, kinematic and kinetic parameters studied by a 3D computerised system. *Mov Disord* 2002;17(suppl 5):S113-S4.

Haberfeld I. Parkinson. De nouveaux espoirs. *Notre Temps* 2008;466:50-2.

Jankovic J. Current strategies in treating the Parkinson's disease patient. *Geriatrics* 2006;61(11):3-11.

Jankovic J, et al. Functional decline in Parkinson Disease. *Arch Neurol* 2001;58:1611-5.

Koskas P, Stirati S, Lagadec J, et al. Prise en charge multidisciplinaire des patients âgés parkinsoniens. *Soins gériatrie* 2007;65:9-11.

Lera A. TINER (Trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante) un modello di Life Quality Project nella malattia di Parkinson. *Psicogeriatrics* 2010;1:187.

Louis ED, et al. Progression of parkinsonian signs in Parkinson disease. *Arch Neurol* 1999;56:334-7.

Modena L. Logopedia e riabilitazione. Linguaggio nella malattia di Parkinson. *Assistenza Anziani* 2007;7:46-50.

Nieuwboer et al. Abnormalities of the spatiotemporal characteristics of gait at the onset of freezing in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2001;16(6):1066-75.

Quinn NP. Classification of fluctuation in patients with Parkinson's disease. *Neurology* 1998;51(Suppl 2):S25-9.

Salsi V, Romano R, Righetti R, et al. Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson. *I luoghi della cura* 2010;8(1):18-21.

Semprini R. Parkinson e riabilitazione. La realtà dell'associazione Iniziativa di Bologna. *Assistenza Anziani* 2008;5/6:47-9.

Takeda Y, Kuroiwa Y, Watabe S, et al. Relationships among impairment, disability, handicap, burden of care, expenses, event-related potentials and regional cerebral blood flow in Parkinson's disease. *Geriatrics & Gerontology International* 2005;5(3):189-201.

Thomas P, Bonduelle P, Glozman JM. La proximologie et la maladie de Parkinson: qualité de vie des aidants. *La revue francophone de gériatrie et de gériatrie* 2006;122:58-65.

Viliani T, Orsili S, Pasquetti P, et al. Il counseling nel programma riabilitativo del paziente parkinsoniano. *Giornale di gerontologia* 1995;43(11):688-9.

La musica e le attività della vita quotidiana: l'esperienza di un Nucleo Alzheimer

Nicola Berruti, Anna Maria Scotuzzi, Monica Capra, Gianbattista Guerrini

Fondazione Brescia Solidale

PREMESSA

È opinione comune che esista un legame tra la musica e le strutture cerebrali, e molteplici sono ormai i riscontri di una significativa influenza della melodia sui neuroni, e di un suo ruolo facilitatore nelle relazioni, anche in presenza di severo deficit cognitivo. La musica è stata più volte paragonata al linguaggio perché, come tale, è un importante veicolo di informazioni ma, a differenza delle parole, l'esperienza musicale è trasversale a tutte le culture, e permette una sorta di dialogo anche quando la malattia oramai impedisce l'utilizzo razionale e semantico delle parole.

Non a caso, lo studio neuropsicologico della musica fa riferimento al "linguaggio emozionale" e apre interessanti prospettive su come il cervello umano risponda agli stimoli musicali (Peretz et al., 1998; Peretz e Gagnon, 1999). All'interno della neuropsicologia il filone neuroanatomico indaga il legame tra apprendimento della musica e modificazioni del corpo calloso (Schlaugh et al., 1995) e aumento del volume del planum temporale di sinistra (Gaser e Schlaugh, 2003). La rappresentazione corticale della mano è più sviluppata nei suonatori di strumenti a corda e l'area della corteccia uditiva è maggiore del 25% nei musicisti rispetto a chi non utilizza alcuno strumento. Una lesione cerebrale può causare alterazioni nelle abilità musicali fino ad aversi, a causa di lesioni dell'emisfero destro, una sorta di "afasia" musicale in soggetti competenti, mentre lesioni a destra possono interferire con la percezione della "prosodia" musicale. Lesioni del lobo temporale destro danneggiano la memoria della musica, mentre lesioni infero-posteriori del lobo frontale producono deficit del tono.

Numerosi Autori segnalano l'attivazione, durante l'ascolto della musica, di aree contigue a quelle direttamente stimolate. De Bastiani (Raglio et al., 2001) cita i lavori di

F.H. Rauscher che, estremizzando l'interazione tra musica e processi cognitivi, ha ipotizzato il realizzarsi di migliori performance nella percezione e nelle abilità spaziali in soggetti esposti alla melodia entro i tre anni d'età. In particolare, nel libro "Fatti di musica" (2008) il neuropsicologo Daniel J. Levitin indica l'ippocampo e la corteccia frontale inferiore come le aree attivate maggiormente durante l'ascolto di una musica a noi familiare. D'altra parte, sono ben noti i rapporti tra sistema mnestico e funzioni emotive, vista anche la contiguità tra l'ippocampo e l'amigdala (ritenuta da sempre la sede delle emozioni) che viene coinvolta in particolare nel ricordo di esperienze a forte componente emozionale.

MUSICA E DEMENZA

Nella demenza, quando i processi involutivi causano una progressiva, inesorabile perdita del patrimonio simbolico, la musicoterapia si prefigge di "dar voce alla persona che sopravvive anche in quadri clinici profondamente deteriorati" (Raglio et al., 2001). L'uso della musica può aiutare a recuperare, attraverso canali alternativi, il rapporto con la persona che ancora vive in ogni demente, con la sua percezione del corpo, i ricordi frammentati, i desideri mal espressi. La musica, in virtù della sua articolazione fra mente e corpo, e del suo essere stimolo sensoriale, appare un mezzo particolarmente idoneo alla riabilitazione nel paziente Alzheimer con alterate competenze simboliche e cognitive (Sacks, 2007). L'intimo riferimento corporeo della melodia (basti pensare al costante richiamo del ritmo binario del battito cardiaco o dell'alternanza degli atti respiratori) e il suo collegamento a forme innate di espressione e comunicazione (ad esempio grido, lamento, pianto) individuano un'area di incontro e scambio anche in situazioni di

severa regressione. Come non sottolineare, perciò, che il ritmo è intrinseco alla vita ed è alla base delle attività quotidiane e, per questo, non necessita di processi cognitivi integri, né raffinati.

Il nostro rapporto con il suono si instaura prima di nascere, le onde sonore influiscono sulla nostra crescita; l'ascolto della musica ripropone questo atavico legame e ristabilisce il primordiale contatto con la vita, risvegliando la volontà nei soggetti apatici e moderando l'aggressività in altri, come ha rilevato l'esperienza della musicoterapia in campo clinico. In questi casi la musica attiva il paziente a livello sensoriale ed emozionale, focalizza la sua attenzione, riaccende i frammenti della memoria (ad esempio le cantilene della ninna nanna incorporate ormai nell'eredità arcaica di ogni individuo), funge da mediatore relazionale (il canto con l'operatore o gli altri pazienti).

Liebman e Maclaren (1991) hanno dimostrato nei pazienti affetti da demenza di Alzheimer con iniziali disturbi del linguaggio che la produzione linguistica è agevolata dalla melodia (canto), soprattutto se i contenuti e il materiale sono familiari: a dimostrazione che il canto influenza positivamente il ricordo di parole familiari, e che il materiale musicale si ricorda più facilmente di quello verbale. In un soggetto ricoverato, l'individuale patrimonio sonoro (le melodie arcaiche e quelle derivate dal vissuto personale) si arricchisce del panorama sonoro del luogo (diventano "suoi" anche i rumori/ suoni dell'ambiente di vita).

Trasversale a tutto l'impegno della musicoterapia resta il messaggio che la melodia si basa sulla relazione con gli individui e l'ambiente, sull'ascolto empatico, sull'accettazione incondizionata dell'altro per come è nel momento presente e sull'utilizzo del suono e della musica come mezzi per scoprire e sviluppare le risorse residue della persona, anche se provata dalla malattia.

Anche le varie esperienze in musicoterapia riportano che l'uso della musica nel paziente affetto da malattia di Alzheimer è fonte di divertimento, soddisfazione, benessere; stimola coloro che hanno scarse reazioni emotive o sono demotivati; aumenta l'autostima; propone al paziente e ai familiari un'immagine più positiva del luogo di cura; accelera il recupero della parola negli afasici; sposta l'attenzione da comportamenti violenti; favorisce l'orientamento e l'acquisizione della dimensione spazio-temporale (Bellavigna, 2003).

Comune a queste ricerche è l'assunto che l'utilizzo del suono e della musica, nell'ambito di un approccio empatico con il paziente, rappresenta uno degli strumen-

ti per scoprire e sviluppare le risorse residue della persona, anche se provata dalla malattia.

A CIASCUNO LA SUA MUSICA

Dati i molteplici effetti della musica e la forte componente soggettiva, la scelta dei brani musicali deve prestare particolare attenzione alle reazioni individuali ed allo scopo al quale è rivolto l'utilizzo del brano musicale. Alcune melodie, infatti, possono essere più capaci di stimolare, altre di rilassare e di favorire uno stato emotivo profondo.

Così, ad esempio, il dott. Takuro Endo, neuroscienziato giapponese, in un suo studio apparso sul Times nel giugno del 2008 segnala come ipnoinducenti alcuni brani quali i "Notturmi" di Chopin e il "Concerto n°1 per piano" di Ciaikovskij. Essi inducono nella mente ritmi cerebrali più tranquilli (onde alpha), riducendo la produzione di catecolamine e di ormoni dello stress. Altri studi hanno scoperto che, per controllare uno stato di ansia lieve e favorire il rilassamento, le musiche devono essere lente, con leggere inflessioni su un motivo semplice, come ad esempio i canti gregoriani e i brani new age, Bach e Satie. Per entrare in contatto con uno stato emotivo profondo, invece, si preferiscono compositori romantici come Beethoven (la Pastorale), Brahms, Ciaikovskij (6ª Sinfonia), Mahler.

Secondo l'esperienza del musicoterapeuta Francesco Delicati (1997), molto valido è l'uso delle musiche popolari poiché i suoni che hanno radici nel periodo dell'infanzia-gioventù lasciano per tutta la vita importanti tracce emotive e sono sempre coinvolgenti. Le canzoni di un tempo erano inoltre più legate alle esperienze di vita vissuta e cariche di una forte connotazione sociale. Ricreando il clima delle "veglie" serali del passato, quando attorno al focolare si andava presso una famiglia di amici o parenti e ci si intratteneva con racconti e canti, si aiuta a ricostruire l'atmosfera sociale in cui si sono appresi i primi rudimenti sonoro-cognitivi.

Questo permette all'anziano, anche demente, di ritrovare una modalità di comunicazione, di intrattenimento e d'interesse. Una sorta di cura contro l'isolamento e l'apatia, uno spiraglio aperto sui ricordi passati mediato dalle emozioni.

Insieme ad un repertorio comune, la nostra "identità musicale" è comunque costituita da una forte componente soggettiva e biografica, e quindi la scelta delle melodie a scopo terapeutico deve prestare attenzione, oltre

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

che alle caratteristiche proprie dei brani, soprattutto alle esperienze ed alle reazioni di ogni persona.

LA MUSICA E LE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA: L'ESPERIENZA DI UN NUCLEO ALZHEIMER

L'utilizzo della musica con finalità ludiche o di gestione dei disturbi comportamentali nelle persone affette da demenza fa già parte da tempo delle modalità di cura del Nucleo Alzheimer della nostra RSA.

La constatazione che la musica è in grado di incidere sul comportamento del paziente e di facilitarne la relazione con chi l'assiste ci ha indotto a sperimentare l'uso sistematico di brani musicali in supporto agli interventi di aiuto nelle attività della vita quotidiana, in particolare nel momento dell'alzata dal letto e dell'allettamento serale.

È noto, infatti, che per molti pazienti affetti da demenza (anche in ragione della sindrome afaso-aprassica) affrontare attività apparentemente semplici quali alzarsi dal letto, lavarsi e vestirsi, o al contrario prepararsi a tornare nel letto e prendere sonno, può essere causa di irritabilità, di rifiuto dell'accudimento, di aggressività verbale e fisica, di vere e proprie "reazioni catastrofiche" spesso difficili da prevenire e da gestire anche da parte di operatori specificamente formati.

Proprio con questi pazienti abbiamo deciso di affiancare alle consuete modalità operative l'uso della musica, nell'ipotesi che un brano musicale gradito al paziente, riproposto nello stesso momento della giornata, potesse:

- contenere il disagio legato alla richiesta di prestazioni complesse e le reazioni comportamentali secondarie, contrastando tale disagio con un "di più" di benessere;
- migliorare la relazione con il personale di assistenza riducendone lo stress;
- scandire, con la sua ripetitività, il momento della giornata, contribuendo a rinforzare la percezione del tempo;
- favorire il riposo notturno con minore ricorso alla sedazione farmacologica.

Le finalità del progetto sono state innanzitutto condivise dallo psicologo, dall'infermiera capo sala e dal medico con tutto il personale del Nucleo, grazie ad un intervento formativo che ha affrontato i benefici della terapia musicale e le modalità del suo inserimento nel-

l'assistenza ai pazienti a fianco alle altre strategie di cura (l'atteggiamento corporeo e gestuale, il tono della voce, le tecniche di mobilitazione secondo i principi della Kinaesthetics, lo stimolo all'orientamento nelle varie fasi della giornata...).

Sui 24 ospiti del Nucleo Alzheimer sono stati selezionati 9 pazienti "difficili", nei quali la demenza di grado severo (MMSE medio 4/30; Clinical Dementia Rating 3.5/5) era complicata da significativi disturbi comportamentali quali irritabilità, ansia, oppositività, aggressività verbale e fisica, agitazione psicomotoria (soprattutto al risveglio e durante le manovre assistenziali igieniche o le cure sanitarie), lamentosità, vocalizzi (specie notturni), turbe del sonno. In tutti i pazienti erano evidenti problemi di comunicazione con l'ambiente di vita e ridotta autonomia nelle attività della vita quotidiana (Indice di Barthel medio 46 /100).

Sono state predisposte schede di osservazione dell'ospite nelle fasi critiche della giornata sulle quali il personale è stato invitato ad annotare, per 4 settimane, il comportamento del singolo paziente, le sue reazioni all'intervento assistenziale, il grado di partecipazione, la capacità di comunicare, le espressioni facciali. Inoltre gli operatori dovevano compilare anche una scheda riguardante le difficoltà da loro incontrate nell'intervento assistenziale, annotando – grazie ad un analogo visivo – il livello di stress e di fatica fisica.

Contemporaneamente, si è proceduto all'osservazione sistematica del rapporto degli ospiti con la musica in genere e con specifici brani musicali selezionati anche con la collaborazione dei familiari. Durante le fasi "critiche" della giornata, grazie ad uno stereo mp3 si proponeva ai pazienti una serie di brani musicali, "calibrando" la durata delle musiche sui tempi delle attività di lavoro ed annotando le più significative reazioni, positive o negative, ai vari brani proposti, così da individuare, per ciascun ospite, la batteria musicale che meglio poteva rispondere agli obiettivi, e predisporre per ogni ospite un CD personalizzato.

Gli operatori sono poi stati invitati ad associare sistematicamente il brano musicale alle attività di cura, annotando sulle schede di osservazione sia le reazioni degli ospiti che le proprie difficoltà.

Nell'arco di 12 settimane, anche a seguito di periodici adattamenti della metodologia utilizzata, si sono riscontrate una riduzione di alcuni comportamenti disturbanti (Figg. 1 e 2), una riduzione dell'apatia e dell'espressione facciale "triste" (Fig. 3) e una maggior collaborazione degli ospiti nelle operazioni connesse con l'al-

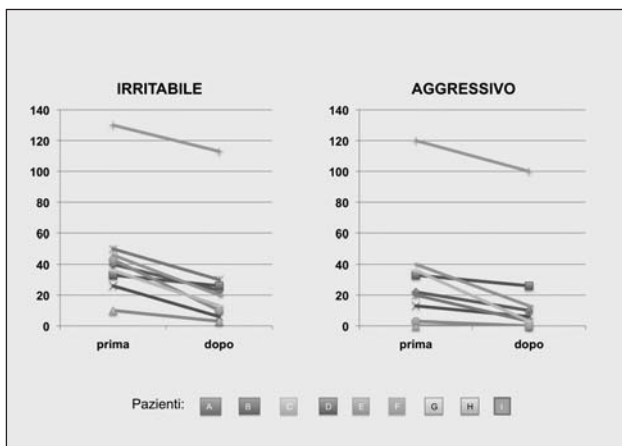


Figura 1 - Riduzione di irritabilità e aggressività nei pazienti.

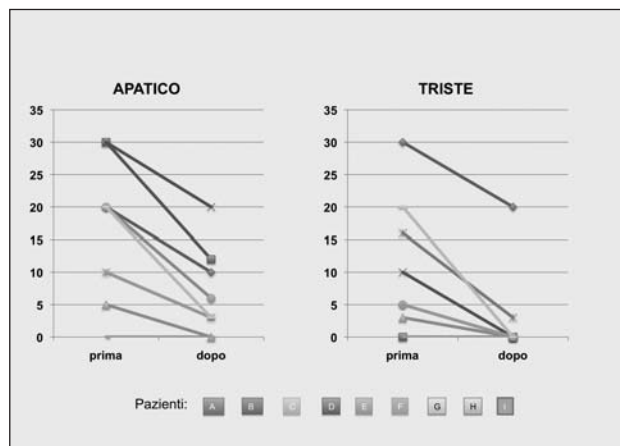


Figura 3 - Riduzione dell'apatia e dell'espressione facciale "triste" nei pazienti.

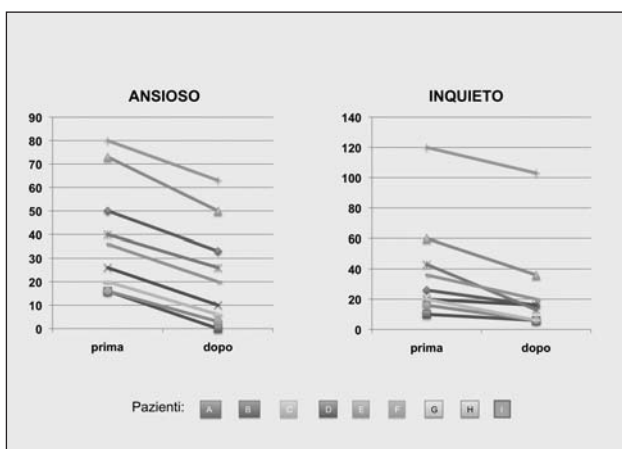


Figura 2 - Riduzione di ansietà e inquietudine nei pazienti.

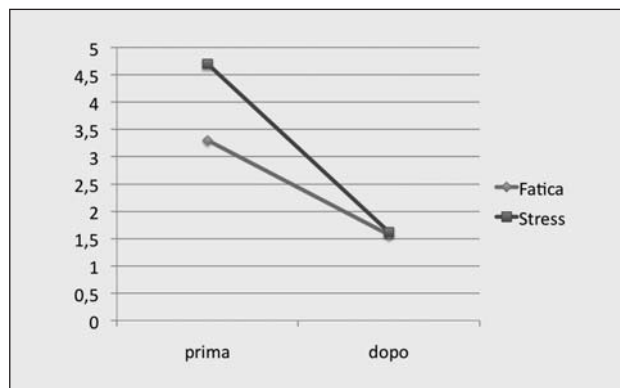


Figura 4 - Riduzione della fatica fisica e dello stress connesso con le operazioni di assistenza riscontrata dagli operatori.

zata mattutina e con l'allettamento serale. Anche gli operatori hanno segnalato una riduzione della fatica fisica e dello stress connesso con le operazioni di assistenza (Fig. 4). Si tratta di dati indicativi forniti dalla valutazione di un numero limitato di casi, il cui esito positivo ci ha peraltro indotto ad utilizzare in modo sistematico questo approccio nelle attività quotidiane di assistenza e cura.

CONCLUSIONI

Nella storia naturale della demenza, per i caregiver (siano essi familiari o operatori professionali) i disturbi comportamentali rappresentano una delle principali fonti di

impegno fisico, di stress, di frustrazione (e, quando la persona vive a casa sua, uno dei maggiori determinanti della richiesta di istituzionalizzazione). La conoscenza dei meccanismi che sottendono tali comportamenti, la capacità di utilizzare adeguate modalità di comunicazione con il paziente, il rispetto dei suoi tempi, dei suoi ritmi e delle sue abitudini, possono limitare l'entità del problema e migliorare il benessere del paziente e di chi lo assiste. L'uso consapevole della musica e della sua capacità di comunicare con il paziente a livello emotivo, di trasmettergli un messaggio di rassicurazione, di tranquillità, di benessere, può contribuire a prevenire e contenere i disturbi comportamentali e a migliorare la qualità della vita tanto del paziente quanto di chi l'assiste.

BIBLIOGRAFIA

Bellavigna R. Canzoni in terapia, Musicoterapia con il malato di Alzheimer, Progetto Anziani Musicoterapia. Alzheimer Italia: 9-35, Milano 2003.

Delicati F. Il canto fa venir fuori il paese più in fretta. Esperienza di musicoterapia con gli anziani in una casa-albergo, Pro Civitate Christiana, Assisi 1997.

Gaser C, Schlaug G. Brain structures differ between musicians and non-musicians. J Neuroscience 2003;23:9240-5.

Levitin JD. Fatti di musica, la scienza di un'ossessione umana, Codice edizioni, Torino 2008.

Liebman JJ, Maclaren A. The use of music to aid memory of Alzheimer patients. Journal of Music therapy 1991;XXVIII(2).

Peretz I, Gagnon L, Bouchard B. Music and emotion: perceptual determinants, immediacy and isolation after brain damage, Cognition 1998;68:111-41.

Peretz I, Gagnon L. Dissociation between recognition and emotional judgment for melodies. Neurocase 1999;5:21-30.

Raglio A, Manarolo G, Villani D. Musicoterapia e malattia di Alzheimer: Proposte applicative e ipotesi di ricerca, Edizioni Cosmopolis, Torino 2001.

Sacks O. Musicofilia. Adelphi, Milano 2007.

Schlaug G, Janke K, Huang Y, Staiger JF, Steinmetz H. Increased corpus callosum size in musicians. Neuropsychologia 1995;33:1047-55.

La costruzione partecipata del Codice Etico, degli impegni e delle relazioni dell'Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli di Milano

Adriano Benzoni*, Graziano Maino°

*Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Istituto Golgi, Abbiategrasso (MI)

°Pares società di ricerca, consulenza, formazione e documentazione, Milano

INTRODUZIONE

Questo articolo presenta l'esperienza di costruzione del codice etico dell'Azienda Servizi alla Persona Golgi-Redaelli (www.golgiredaelli.it). L'ASP Golgi-Redaelli è un'azienda che gestisce tre presidi di riabilitazione e di assistenza nella provincia e nella città di Milano, per un totale di 1500 posti letto, con l'intervento di circa 1400 operatori.

Pur non costituendo un obbligo per l'intera azienda – in quanto azienda pubblica – i criteri di accreditamento di alcuni servizi da essa erogati prevedevano come requisito l'adozione di un codice etico formulato, secondo le indicazioni regionali, nel rispetto dei principi del decreto legislativo 231/2001 sulla responsabilità nell'amministrazione delle organizzazioni. L'esigenza formale di dotare l'azienda del codice etico è stata però utilizzata come occasione per una ricognizione dei valori tenuti a riferimento per le attività istituzionali, i comportamenti operativi, le relazioni con i pazienti e i loro familiari, i rapporti fra operatori e con l'azienda.

Quali i criteri che hanno ispirato il lavoro, l'impostazione del progetto, le attività di elaborazione e lo stesso documento? Li riassumiamo sinteticamente nel breve elenco:

- Abbiamo deciso di rintracciare i valori presenti che guidano le scelte e l'operatività nell'organizzazione, interrogandoci a partire dalle nostre esperienze quotidiane.
- Questa ricerca dei valori condivisi nella quotidianità richiedeva l'attivazione di un processo partecipato, non delegabile a competenze tecniche che avrebbero potuto limitarlo ad adempimento.

- È stato costituito un gruppo di lavoro rappresentativo sia della dirigenza apicale, sia delle diverse componenti professionali, con l'impegno a coinvolgere in modo più ampio l'organizzazione per alimentare il progredire delle attività di costruzione del codice.

IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL CODICE E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ADOTTATE

Il codice etico prodotto è frutto di un lavoro che ha raccolto contributi e apporti diversi. Descriviamo per sommi capi le fasi di lavoro sviluppate tra aprile e dicembre 2010 per dare conto delle forme di partecipazione realizzate.

Incontri preliminari con la direzione generale e le direzioni di istituto per impostare il piano di lavoro.

Inizialmente è stata verificata la fattibilità del progetto e si sono concordate linee e passaggi operativi per elaborare il codice etico con il direttore generale, il direttore amministrativo e i direttori dei tre istituti. Risultato di questa fase di impostazione è stata l'identificazione dei criteri di lavoro, la stesura di un progetto di massima, l'istituzione di un gruppo di lavoro rappresentativo delle diverse professionalità e delle diverse sedi operative aziendali e l'incarico ad un consulente di accompagnare il percorso.

Costituzione del gruppo di lavoro

Lo scopo del gruppo di lavoro era di favorire l'incontro tra le molteplici competenze professionali e attingere alle esperienze dei diversi ruoli per evidenziare i co-

MATERIALI DI LAVORO

muni riferimenti valoriali, le eventuali aree di criticità e i potenziali rischi, e per concordare indicazioni e disposizioni ritenute capaci di rispondere alla complessità delle attività aziendali rivolte agli utenti e ai loro familiari.

La scommessa era quella di riuscire ad attivare un processo di partecipazione sostenibile, tenendo presenti i vincoli e la complessità di coinvolgere in modo esteso l'insieme del personale: 1400 lavoratori, in sedi differenziate e distanti, tutti con problemi di disponibilità di tempo.

Elaborazione

In questa fase, l'obiettivo del gruppo è stato quello di identificare temi, questioni e impegni significativi da raccogliere nel codice. Il gruppo ha quindi cominciato il suo lavoro aprendo un articolato confronto per cercare di riconoscere quali fossero i *valori di riferimento* che orientano, motivano e alimentano il lavoro nelle diverse aree di intervento aziendali. Il gruppo ha inoltre definito una prima struttura del documento. Successivamente, l'attenzione è stata rivolta all'individuazione dei potenziali *rischi* per l'organizzazione, analizzando le situazioni di rischio che si possono incontrare nel lavoro individuale, di équipe o nel più ampio funzionamento organizzativo, basandosi sull'ipotesi che i rischi segnalino dimensioni da presidiare, situazioni avverse da prevenire, questioni per le quali l'organizzazione opportunamente potrebbe dare (e darsi) indicazioni di condotta.

Una fase ulteriore del lavoro del gruppo è stata dedicata all'identificazione degli *interlocutori* a cui si rivolge l'azienda attraverso le sue attività, a cominciare dagli utenti e dai loro familiari per comprendervi però anche interlocutori sociali e istituzionali e fornitori, e degli impegni che verso di loro l'azienda, e quindi i suoi operatori, si assume.

L'elaborazione nel gruppo di lavoro è stata arricchita dal contributo di sottogruppi di approfondimento invitati a confrontarsi con i colleghi di lavoro, che hanno curato la stesura di contributi preparatori e hanno condotto una prima lettura di revisione delle diverse bozze prodotte.

Il lavoro del gruppo, fin dal primo incontro, è andato a costituire un testo di riferimento che veniva via via arricchito, trasformato e modificato sulla base della discussione e dell'evoluzione dei contenuti emergenti.

Presentazione e consultazione

La bozza di codice è stata infine presentata e discussa in tutte e tre le sedi di lavoro con gli operatori, i rappresentanti delle associazioni dei familiari, delle organizzazioni di volontariato che operano negli Istituti e delle organizzazioni sindacali presenti in Azienda, con lo scopo di ricercare il confronto e promuovere l'apporto di diversi punti di vista per arricchire il testo del codice. La metodologia di conduzione degli incontri ha garantito la possibilità di far emergere molte osservazioni e di trovare il modo partecipato di sintetizzarle per poterle trasmettere al gruppo di lavoro, che le avrebbe dovute successivamente discutere per valutare come eventualmente assumerle nella bozza definitiva.

Validazione e adozione

Il passaggio successivo è consistito in un esame approfondito della proposta di codice etico a cura della Direzione Generale. Il testo vagliato è stato sottoposto infine all'organo di governo, il Consiglio di Amministrazione, che lo ha formalmente approvato.

Divulgazione del Codice etico

È stata prevista un'ampia divulgazione del codice nelle diverse aree organizzative dell'azienda e in occasione di incontri con gli interlocutori sociali e istituzionali affinché il documento sia conosciuto e assunto come strumento di orientamento dei comportamenti e delle relazioni nell'ambito dell'ASP Golgi-Redaelli.

I CONTENUTI DEL *CODICE ETICO*, *DEGLI IMPEGNI E DELLE RELAZIONI* ADOTTATO

Il nostro codice etico raccoglie e mette a disposizione valori e riferimenti emersi dal dibattito, rintracciabili nella rilettura delle esperienze. Il lavoro sul codice etico e i risultati ai quali si è giunti poggia sull'idea che sia possibile chiedere impegni alle persone che lavorano nell'organizzazione a fronte di un impegno reciproco che l'organizzazione prende nei confronti dei diversi interlocutori con i quali entra in rapporto. Il titolo dato al documento lo riconosce come strumento che è servito per accordarsi sui significati che si attribuiscono agli impegni che l'Azienda si assume e che chiede ai suoi lavoratori e agli orientamenti da considerare nelle relazioni.

Idea di responsabilità

Preliminarmente si è reso necessario concordare nel contesto aziendale cosa significasse il termine responsabilità: *“La responsabilità organizzativa e personale è la cura che si riserva agli altri, a se stessi e alle risorse comuni”*. Il valore della cura degli altri è messo in relazione con l'attenzione e la consapevolezza che ciascuno è esortato a rivolgere a se stesso, e con l'invito ad allargare lo sguardo alle risorse a disposizione, riconoscendole come beni comuni per i quali è necessario un uso consapevole e proporzionato.

Impegni reciproci

Questi gli impegni che l'Azienda Golgi-Redaelli assume verso le persone alle quali offre i propri servizi, i dipendenti e altri interlocutori rilevanti:

- assicurare standard di qualità elevati, esplicitandoli nella carta dei servizi;
- garantire l'informazione trasparente e completa sui protocolli diagnostici e di cura adottati per favorire l'assunzione di decisioni consapevoli;
- assumere le misure necessarie per garantire che luoghi e processi di lavoro siano sicuri per gli operatori e quindi per gli utenti;
- riconoscere gli ambiti di autonomia decisionale individuali, chiedendo a ciascuno di rispondere delle proprie scelte;
- sottoporre a verifica i risultati delle attività individuali, di gruppo e dell'organizzazione;
- promuovere la diffusione della conoscenza sulle strategie aziendali;
- vigilare sulla corretta gestione delle attività amministrative e rendicontare in modo trasparente l'uso delle risorse;
- avere rapporti con fornitori impegnati a osservare le normative in materia di rapporto di lavoro e di tutela della sicurezza;
- investire nella ricerca scientifica confrontandosi con altre realtà del settore anche appartenenti a contesti culturali differenti;
- promuovere l'innovazione con lo scopo di migliorare la qualità dei propri servizi e rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse;
- valorizzare e tutelare il patrimonio materiale e culturale che l'Azienda ha acquisito nel tempo.

Relazioni

Il codice contiene inoltre orientamenti affinché le re-

lazioni fra le persone che lavorano in azienda, le persone ospiti e i loro familiari soddisfino le reciproche esigenze, sollecitando in particolare a:

- prendere in considerazione i punti di vista e le opinioni degli utenti e dei familiari, dei volontari e dei colleghi;
- comunicare in modo chiaro e completo per mettere gli ospiti nelle condizioni di poter decidere in modo consapevole;
- garantire alla comunicazione tempi, modi e luoghi dedicati;
- offrire cure personalizzate prestando attenzione alla volontà dell'ospite;
- promuovere e sostenere la collaborazione con i colleghi anche se di aree professionali diverse;
- condividere nell'ambito dell'équipe le informazioni di cui si dispone, valutando le conseguenze dei propri apporti e delle proprie affermazioni;
- rispettare le norme emanate da organismi sovraordinati o stabilite dall'Azienda;
- rilevare le criticità con la consapevolezza della loro utilità per migliorare i servizi.

Riconsiderando gli impegni e le relazioni, per sintetizzare le possibili focalizzazioni significative, ci sembra possibile rintracciare alcuni riferimenti valoriali: l'attenzione per la trasparenza, la ricerca della qualità, l'impegno per un lavoro sicuro, il rispetto della legalità, l'investimento nella ricerca scientifica e l'apertura all'innovazione, la cura per le persone e per un uso attento delle risorse.

Significato dell'esperienza

Guardando al percorso compiuto si possono valorizzare alcuni aspetti interessanti che riportiamo schematicamente:

- la formulazione del codice etico è stata un'occasione per i dipendenti di poter riflettere e discutere della cultura e del senso del loro lavoro, in una situazione strutturata e legittimata, collocandoli ad un livello nel quale sono altre, di norma, le autorità deputate a pronunciarsi;
- la discussione per il codice etico è stata impostata esplicitamente per valorizzare quello che si sta facendo e dal quale estrarre il meglio, auspicandone la diffusione e il rafforzamento;
- è stata l'occasione per definire regole condivise e, quindi, norme interne, e ci si è chiesti come si possa riuscire a relazionarsi con i principi di legalità traducendoli nel contesto organizzativo;
- è stato rivolto lo sguardo in modo esplicito anche alle

MATERIALI DI LAVORO

attese e alle posizioni degli interlocutori chiave: utenti, familiari e lavoratori; il percorso e il prodotto sono diventati – e sono stati riconosciuti – come un lavoro e un risultato organizzativo, prodotto di un'esperienza collaborativa dove è stato valorizzato il contributo di ciascuno.

COME UTILIZZARE IL CODICE ETICO?

Prima di tutto ci si dovrà confrontare con il codice per verificare nella pratica quanto sia rispettato. Si dovrà poi lavorare sulla "veridicità" di questo documento per provare ad adeguare e migliorare le modalità di lavoro, per stimolare l'attenzione al verificarsi dei rischi che sono stati indicati. L'idea è di considerare il documento come una produzione imperfetta che deve suscitare attenzione, non esaurita, non completa, ancora aperta, emendabile, integrabile, arricchibile, trasformabile, che ancora può essere messa a punto per le esigenze che si determinano.

Infine è stato previsto che, per porre in essere azioni di miglioramento, tutti gli utilizzatori siano tenuti a segnalare all'Azienda (Comitato di Vigilanza), eventuali disapplicazioni, criticità, suggerimenti o modifiche necessarie.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Bellotto M, Cubico S. I valori personali in ambito lavorativo. In: Argentero P, et al. (a cura di), Psicologia del lavoro, Cortina, Milano 2008:233-55.

Nussbaum M. Giustizia sociale e dignità umana, Il Mulino, Bologna 2002.

Nussbaum M. Capacità personale e democrazia sociale, Diabasis, Reggio Emilia 2003.

Weick e Sutcliffe, Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo, Cortina, Milano 2010.

Regione Lombardia D.G.R.VIII/3776 del 13.12.2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007". Linee Guida per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Decreto legislativo 231/2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica".

Caratteristiche e specificità del lavoro con gli anziani: il caso degli Assistenti Sociali

Carla Facchini

Facoltà di Sociologia, Università di Milano Bicocca

GLI AMBITI D'INTERVENTO, IL TIME-BUDGET E IL LAVORO DI ÉQUIPE

Tra le figure professionali presenti nei diversi servizi socio-assistenziali un ruolo centrale è ricoperto dagli Assistenti Sociali (AS), per i loro compiti sia di *front office* di base, sia decisionali nel processo della presa in carico, sia di gestione e controllo dei diversi enti o servizi. Evidenziare i contesti lavorativi in cui gli AS operano, la strutturazione temporale delle attività svolte, il rapporto con le altre figure professionali e il grado di interesse verso il proprio ambito di intervento è dunque anche un modo per effettuare una prima ricognizione sull'assetto dei servizi, sulla loro organizzazione e sulle eventuali criticità.

Obiettivo di questo lavoro è rilevare l'eventuale specificità degli AS che operano nei servizi rivolti agli anziani, a partire dai dati emersi da una ricerca nazionale condotta nel 2008 su 1.000 iscritti¹ all'Ordine degli AS (Facchini, 2010).

Anzitutto, si rileva che gli anziani costituiscono, per gli AS, una delle fasce di utenza più consistenti: ben il 19,3% li cita, infatti, come destinatari principali del proprio intervento. Tale percentuale diventa ancora maggiore tra chi lavora per i Comuni (23,3%) e, in particolare, tra chi opera in centri con meno di 10.000 abitanti (34,8%, contro il 10% di chi lavora nelle grandi città) e nelle regioni del Nord (il 30,1% contro il 15% delle regioni del Sud). I dati sono interessanti perché testimoniano non tanto un'oggettiva maggiore problematicità sociale degli anziani nei piccoli centri, specie del Nord, quanto che negli al-

tri contesti le loro domande di sostegno entrano maggiormente in concorrenza con quelle provenienti da altre fasce di popolazione. Tali domande, determinate da un lato dall'elevata disoccupazione e povertà giovanile e adulta delle regioni del Sud, dall'altro dalla consistente presenza di soggetti a forte marginalità sociale nelle grandi città, comportano specifici interventi e servizi, ridimensionando, conseguentemente, la portata di quelli destinati agli anziani. Si può ipotizzare che tale ridimensionamento in alcuni casi sia solo 'relativo' ma che, specie nei contesti in cui minori sono le risorse economiche a disposizione per le politiche e i servizi sociali, esso incida invece pesantemente sulla capacità di rispondere alle esigenze degli anziani lasciando molte necessità inevase.

Consideriamo ora il peso rivestito dalle attività concretamente svolte dagli intervistati, utilizzando, come indicatore, il loro *time-budget*. A riguardo, risulta centrale il rapporto diretto con gli utenti, che assorbe circa il 40% del tempo complessivo, ma consistenti sono anche le attività di *front-office* di base, ossia dedicate al Segretariato sociale (15,3%), quelle impiegate per le pratiche amministrative (15,7%) e il lavoro di rete (16,2%); minori quelle destinate ad attività di coordinamento (11,8%) e, soprattutto, a ricerca e formazione (5%).

Molto simili i dati di chi lavora con gli anziani, anche se, in questi casi, aumenta il tempo dedicato al segretariato sociale (20,1%) e alle pratiche amministrative (17,1%). Vale a dire che se il lavoro diretto con gli utenti costituisce comunque la componente prevalente del lavoro di AS (Fargion, 2006), l'area 'anziana' risulta un po' più connotata in termini amministrativi e routinari che in termini di intervento sistemico e progettuale.

¹ Gli intervistati sono stati estratti in modo casuale dagli elenchi degli iscritti agli ordini regionali: di essi, quelli effettivamente occupati come AS sono stati 730.

SPUNTI DI DIBATTITO

Consideriamo ora la collaborazione con altre figure professionali. La quasi totalità degli intervistati (97,9%) si rapporta nel proprio lavoro con altri AS; molti anche quanti operano con psicologi (89,3%), medici (83,9%) educatori (81,3%); meno numerose, invece, le collaborazioni con infermieri, fisioterapisti (62,3%) e ASA (58,4%) e, soprattutto, sociologi (33,3%). I dati evidenziano anche come i rapporti con le altre figure professionali siano di norma positivi (solo il 5-10% segnala rapporti 'difficili'); l'unica eccezione è costituita dai medici, rispetto ai quali rapporti difficili salgono al 15%.

Tra chi lavora con gli anziani si rafforza, comprensibilmente, la collaborazione con figure sanitarie o assistenziali (medici, infermieri, terapisti, ASA, la cui presenza sale, rispettivamente, al 90,8%, 82,3% e all'83,7%), mentre decresce quella con gli educatori (presenti comunque nel 66,7% dei casi); si accentuano anche, se pur di poco, le tensioni con i medici, segnalati dal 17,8% dei casi. Tali dati, che testimoniano la pluralità delle diverse professioni nei servizi socio-assistenziali e il ruolo centrale di quelle sanitarie nell'ambito 'anziani' pongono, implicitamente, la rilevanza del saper lavorare in équipe (Campanini, 2002), cioè la capacità di adottare stili collaborativi tra professioni che hanno non solo difformi competenze ma, spesso, anche difformi approcci rispetto sia alla gestione dei singoli casi, sia alle strategie complessive con cui impostare interventi e servizi.

LA VALUTAZIONE DATA AL PROPRIO AMBITO DI INTERVENTO

Consideriamo infine l'interesse che gli AS dichiarano per il proprio ambito d'intervento. In generale, esso risulta decisamente elevato (la quota di chi dichiara, su una scala da 1 a 10, un interesse superiore a '8' è attorno all'80%), ma tende ad attenuarsi tra chi opera con gli anziani, portando la quota di chi è molto interessato al 70%². Questo dato, che conferma i risultati di una ricerca sugli immatricolati al corso di laurea in Servizio Sociale da cui è emerso come gli anziani siano la fascia di utenza con

cui si è meno interessati a lavorare (Facchini, 2004), appare problematico specie se si considera che, come illustrato, gli anziani costituiscono una delle fasce di utenza più rilevanti per questa professione.

Diverse le ipotesi che si possono formulare a riguardo. La prima è riconducibile al fatto che mentre lavorare su altre fasce a rischio della popolazione sia lavorare su 'altro' da sé, lavorare con gli anziani e con le tematiche dell'invecchiamento implichi un confronto con le immagini 'future' di sé, della propria vecchiaia, delle proprie malattie. Comporta dunque la necessità di un impegnativo confronto con il proprio vissuto personale, con i propri timori e con le proprie paure. La seconda è che gli AS ritengano che, mentre altri campi d'intervento permettano non solo di incidere positivamente sulla situazione ma anche di risolverla, gli interventi che riguardano gli anziani possano sì tamponare i problemi, ma ben difficilmente risolverli. Vale a dire che, mentre gli interventi per la popolazione giovane-adulta possono essere visti come tendenzialmente risolutivi della problematicità iniziale, quelli rivolti agli anziani tendono ad essere considerati come in grado, al massimo, di rimediare temporaneamente una situazione destinata comunque ad evolversi negativamente: un rammendo dunque, e non una ristrutturazione risolutiva del 'caso'.

Ne consegue la rilevanza di una specifica formazione, iniziale e in itinere, in grado di motivare l'intervento in quest'ambito, evidenziandone le peculiarità interdisciplinari e le dimensioni culturalmente più innovative che lo contraddistinguono.

BIBLIOGRAFIA

Campanini A. Il modello sistemico, Carocci, Roma 2002.

Facchini C. Le tematiche dell'invecchiamento tra forte richiesta del 'mercato' e modesto interesse degli studenti: alcune ipotesi e qualche possibile strategia, I luoghi della cura 2004(3):5-7.

Facchini C. (a cura di) Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare, Il Mulino, Bologna 2010.

Fargion S. Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti, Laterza, Bari 2009.

² Inoltre, solo in questo caso, sono presenti, pur se minoritari (7%), punteggi pari o inferiori a 6.

Cure domiciliari e indicatori di bisogno nella popolazione

Antonio Guaita*, Georgia Casanova**

* Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI); ** Università "Vita e Salute" San Raffaele, Milano

Negli ultimi anni l'impiego dei servizi domiciliari è cresciuto di oltre un punto percentuale (da 3,8% a 4,9%) mentre rimane stabile la copertura territoriale fornita dai servizi residenziali (3%). Cresce maggiormente l'assistenza integrata di tipo sanitario (ADI) rispetto al servizio assistenziale comunale SAD e diventa la componente predominante della cura domiciliare (dall'1,6% al 3,5%). Una crescita, quella dell'ADI, spronata anche dalla presenza di obiettivi di copertura minima (3,3%) da raggiungere omogeneamente a livello nazionale e regionale, così come concordato e promosso nel Quadro di Sviluppo Nazionale 2007-2013 (Pesaresi, 2010). Viene spontaneo chiedersi se la dimensione del servizio a livello regionale sia in rapporto con qualche indicatore di bisogno, così da poter formulare una stima – anche indicativa – sull'appropriatezza della risposta che, almeno in parte, possa giustificare le differenze regionali esistenti.

Punto di partenza della nostra riflessione è che l'appropriatezza della risposta delle cure domiciliari corrisponda alla capacità di coprire adeguatamente i bisogni per i quali è previsto l'intervento. In Italia non vi è, però, una cultura della rilevazione dei "bisogni", almeno non a livello quantitativo: dati sintetici non sono disponibili né a livello nazionale né nella maggior parte delle regioni. Si è provato perciò a trarre qualche riferimento quantitativo di appropriatezza – seppur indiretto – dal rapporto tra la diffusione del servizio domiciliare e alcune dimensioni di fragilità presenti nella popolazione a cui dovrebbe essere indirizzato. In particolare, ci si è soffermati sull'età avanzata (>75anni), la solitudine e la disabilità, tre elementi che certamente definiscono la clientela "naturale" dei servizi di cura a domicilio. Si rifletterà quindi sull'esistenza di una correlazione tra copertura territoriale del servizio domiciliare – sanitario e sociale – e i valori regionali e nazionali di tali indicatori indiretti.

RAPPORTO TRA CURE DOMICILIARI E ULTRA 75ENNI

Un indicatore indiretto della relazione fra quota di assistiti a domicilio e bisogno può derivare dal rapporto con la popolazione ultra75enne, che è quella che più fruisce dei servizi di assistenza.

Nel secondo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia viene detto: "(...) Oggi, come noto, i grandi anziani (75+) costituiscono il target principale dell'assistenza continuativa e questo dato si ripropone nell'utenza dell'ADI... gli ultra75enni rappresentano la quota più alta degli assistiti, raggiungendo quasi ovunque, e talora superando, i 2/3 degli anziani seguiti (...) Dati confermati anche da altri studi, ad esempio nelle Marche la percentuale di assistiti risulta il 12,7% per gli ultra65enni ma quasi 20% per gli ultra75enni..." (Guaita e Casanova, 2010).

Ciò avvalorava la valenza – come indicatore di appropriatezza – del rapporto fra presenza di ultra75enni nella popolazione e percentuale di assistiti in ADI e SAD. La distribuzione regionale della copertura dei due servizi relativa ad anni se non coincidenti, simili, è descritta in Tabella 1.

L'elaborazione del rapporto tra tassi di copertura e popolazione 75enne (Fig. 1) mostra come esista una correlazione positiva e statisticamente significativa, anche se debolmente ($P < 0.05$, $r = 0,444$), tra ADI e la popolazione ultra75enne.

In pratica, le regioni con più 75enni hanno tendenzialmente un più alto tasso di assistiti ADI. Invece la quota di assistiti totali (ADI+SAD) nelle varie regioni non ha una distribuzione correlabile con la presenza di ultra75enni.

Nella Figura 1 la distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana individua quelle che pur avendo alto tasso di ultra75enni hanno basse quote di assistiti (riqua-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella I - Il contesto regionale: indicatori demografici di rilievo e copertura delle cure domiciliari rispetto alla popolazione anziana (65+) %¹.

Regione	Dati demografici		% copertura cure domiciliari		
	>75anni	>60enni soli	ADI	SAD	Totale
Friuli V.G.	11,15	33,9	7,20	2,60	9,80
Veneto	9,21	35,1	6,40	1,80	8,20
Molise	11,16	38,6	3,70	4,00	7,70
Emilia R.	11,40	20,1	5,7	1,9	7,6
Abruzzo	10,73	33,7	3,60	2,60	6,20
Basilicata	9,65	31	4,30	1,00	5,30
Lombardia	8,88	35,2	3,60	1,70	5,30
Lazio	8,87	36	3,80	1,20	5,00
Umbria	11,91	42,5	4,30	0,60	4,90
Marche	11,41	30,3	3,90	0,90	4,80
Bolzano	7,87	35,4	0,50	4,00	4,50
Liguria	13,39	41,1	3,20	1,20	4,40
Calabria	8,85	40,8	2,70	1,50	4,20
Trento	9,42	46,4	1,00	3,20	4,20
Sicilia	8,64	39,3	1,00	2,80	3,80
Sardegna	8,20	29,5	1,20	2,50	3,70
Piemonte	10,70	34,1	1,80	1,50	3,30
Toscana	11,71	40,2	2,10	1,20	3,30
Campania	7,12	26,7	1,60	1,50	3,10
Valle d'Aosta	9,70	33,9	0,30	3,00	2,80
Puglia	8,18	28,4	1,60	0,80	2,40

dro in basso a destra) o, al contrario, alta quota di assistiti pur avendo meno ultra75enni (riquadro in alto a destra). Sono invece espressione di un certo equilibrio le regioni che stanno nel riquadro in basso a sinistra (minor quota sia di ADI sia di ultra75enni) o in alto a de-

stra (più alta quota sia di ADI sia di ultra75enni). Ad esempio, la provincia autonoma di Bolzano e la regione Valle D'Aosta hanno tassi di assistiti ADI molto bassi, tra loro non diversi (0,50 e 0,30), a fronte di una diversa presenza percentuale di ultra75enni, meno di 8 e quasi 10% ri-

¹ Elaborazione su fonte ISTAT dati demografici al 1-1-2007; ADI Ministero Sviluppo economico - Monitoraggio QNS al 1-1-2007, a sua volta richiamo dei dati SNN annuario sanitario 2007; SAD dati relativi al 1-01-2006 - censuaria comuni ISTAT.

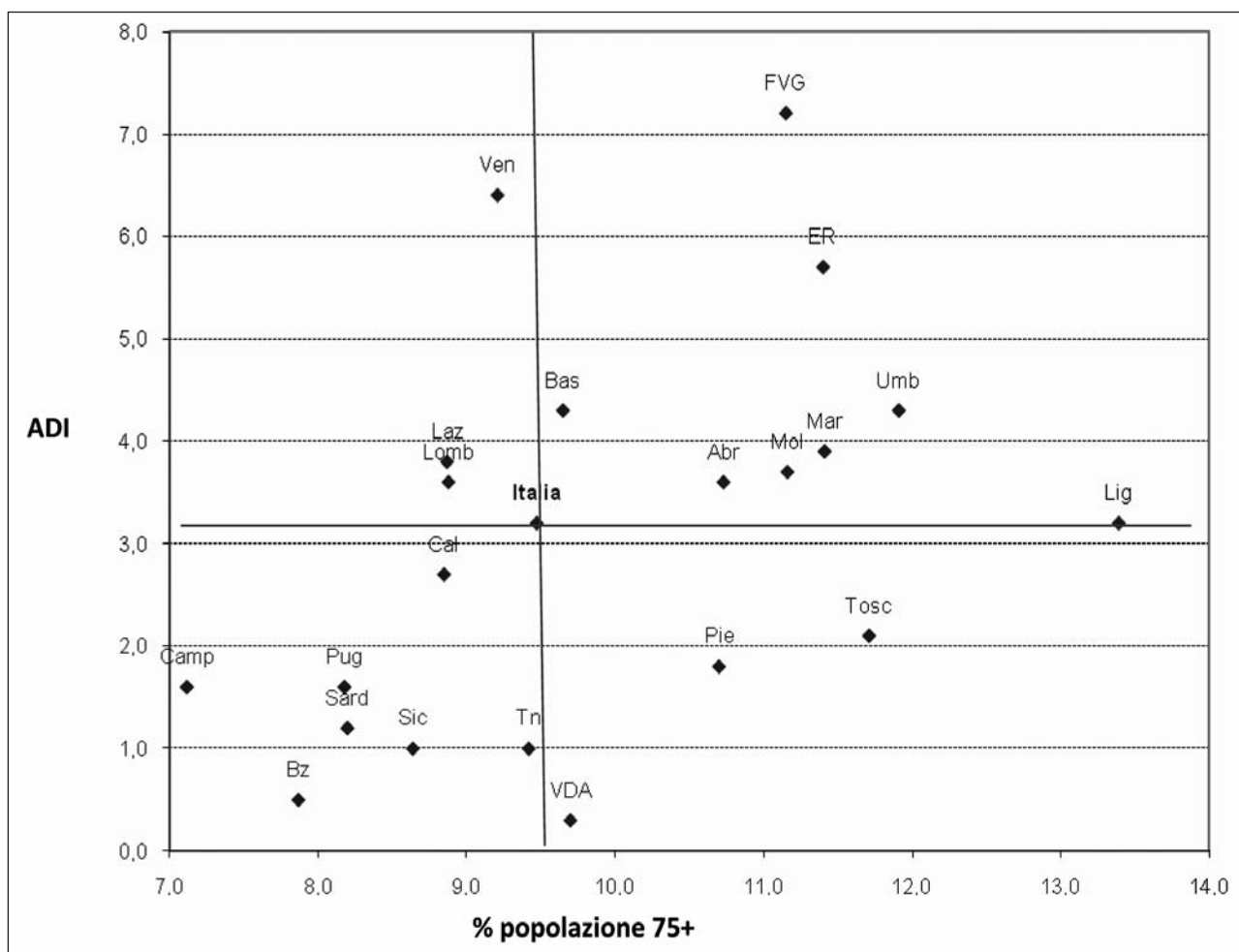


Figura 1 - Popolazione 75+ e copertura ADI: Distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana nel rapporto fra 75enni nella popolazione e presenza di ADI sul territorio².

spettivamente (7,87 e 9,70). All'inverso, Sicilia e Lazio hanno simile la quota degli ultra 75enni (8,64 e 8,87), mentre assai diverso risulta il tasso degli assistiti ADI (1 e 3,80). Per meglio comprenderne il significato, il dato va comparato anche con la presenza del servizio di assistenza comunale SAD che è particolarmente sviluppato sia in Valle d'Aosta che a Trento e Bolzano, facendo supporre una certa attività di "supplenza" fra i due servizi. Questo, se vero, dovrebbe generare una correlazione negativa statisticamente significativa fra presenza di ADI e presenza

di SAD e una analogia positiva con i 75enni: ma tale correlazione non esiste, né esiste alcuna correlazione fra SAD e popolazione ultra75enne.

CURE DOMICILIARI E PRESENZA DI ANZIANI CHE VIVONO SOLI

Un'altra possibile analisi del rapporto fra servizi e bisogno espresso dalla popolazione degli anziani, riguar-

² Elaborazione su dati Istat e Dipartimento DPS 2007.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

da gli anziani che vivono soli (Tab. 1). In realtà, analizzando la distribuzione degli anziani ultra60enni soli nelle regioni italiane e la quota totale ADI e SAD di assistiti, non si trova una correlazione (totale ADI+SAD: "r":-104, p:0,655; ADI:"r":-192; p:0,405; SAD:"r":0,161; p:0,292).

CURE DOMICILIARI E PRESENZA DI DISABILI ANZIANI CHE VIVONO IN FAMIGLIA

Ancora più pertinente rispetto al bisogno assistenziale è l'analisi del rapporto fra assistiti a domicilio e quota di disabili anziani che vivono in famiglia. In questo caso i dati ISTAT sono riferiti al 2004-2005 e riguardano gli ultra 75enni non autosufficienti che vivono a casa (esclusi quindi i ricoverati in struttura residenziale).

Ci si è basati sui valori assoluti dei maggiori di 75 anni sia della popolazione sia dei disabili, ricavando la relativa quota percentuale sui coetanei (Tab. 2)

La quota totale (SAD+ADI) degli assistiti, ma anche la sola ADI non mostra alcuna relazione con questa popolazione di sicuri bisognosi (correlazione disabili in famiglia ultra75enni *100 con la quota di assistiti: Totale:"r":-0,273; p:0,245; ADI:"r":-0,034; p:0,888).

Nella distribuzione regionale fra percentuale di assistiti ADI e ultra75enni disabili al domicilio (Fig. 2) vi è un certo equilibrio per le regioni come Piemonte e Liguria che presentano minor quota sia di SAD che di ultra75enni disabili o, all'opposto, come la Sicilia con più alta quota sia di SAD che di ultra75enni disabili (nella Figura il riquadro in basso a sinistra e in alto a destra). Si nota che la Valle d'Aosta, pur con una percentuale di disabili molto più bassa, ha una quota di assistiti simile a quella della Sicilia. La Basilicata ha una bassa percentuale di SAD e la più alta quota di disabili anziani in famiglia.

Curiosamente vi è una correlazione negativa con il SAD comunale, come se l'intervento comunale, laddove sono più presenti questi anziani, fosse minore ("r":-0,54; p:0,014). Come spiegare lo scarso ruolo del SAD per questi anziani? Si può pensare che questa popolazione partico-

Tabella 2 - Il contesto regionale: indicatori di disabilità e disabilità 75+³.

Regione	Pop.75+	Disabili in famiglia ultra75enni *100 coetanei
Abruzzo	119011	15,96
Basilicata	47733	23,04
Calabria	149783	22,03
Campania	333982	19,46
Emilia R.	429752	13,03
Friuli V.G.	124940	15,21
Lazio	393985	15,99
Liguria	191548	15,66
Lombardia	706164	14,59
Marche	152284	17,07
Molise	31271	15,99
Piemonte	397910	13,82
Puglia	273921	19,71
Sardegna	113843	15,81
Sicilia	366539	22,37
Toscana	377842	17,20
Trentino A. A.	74271	8,08
Umbria	89933	21,13
Valle D'Aosta	10300	9,71
Veneto	377402	61

lare di disabili anziani sia portatrice di bisogni complessi, spesso sul versante sanitario e quindi più bisognosa di ADI o di altre risposte; però neppure l'ADI cresce al crescere della loro presenza percentuale. In effetti, sembra che le risposte a questi bisogni siano altre, in particolare la residenzialità. La quota di ricoverati è infatti in rapporto inverso, altamente significativo, con la percentuale dei disabili che troviamo a domicilio (correla-

³Elaborazione su dati Istat (Health for All 2005).

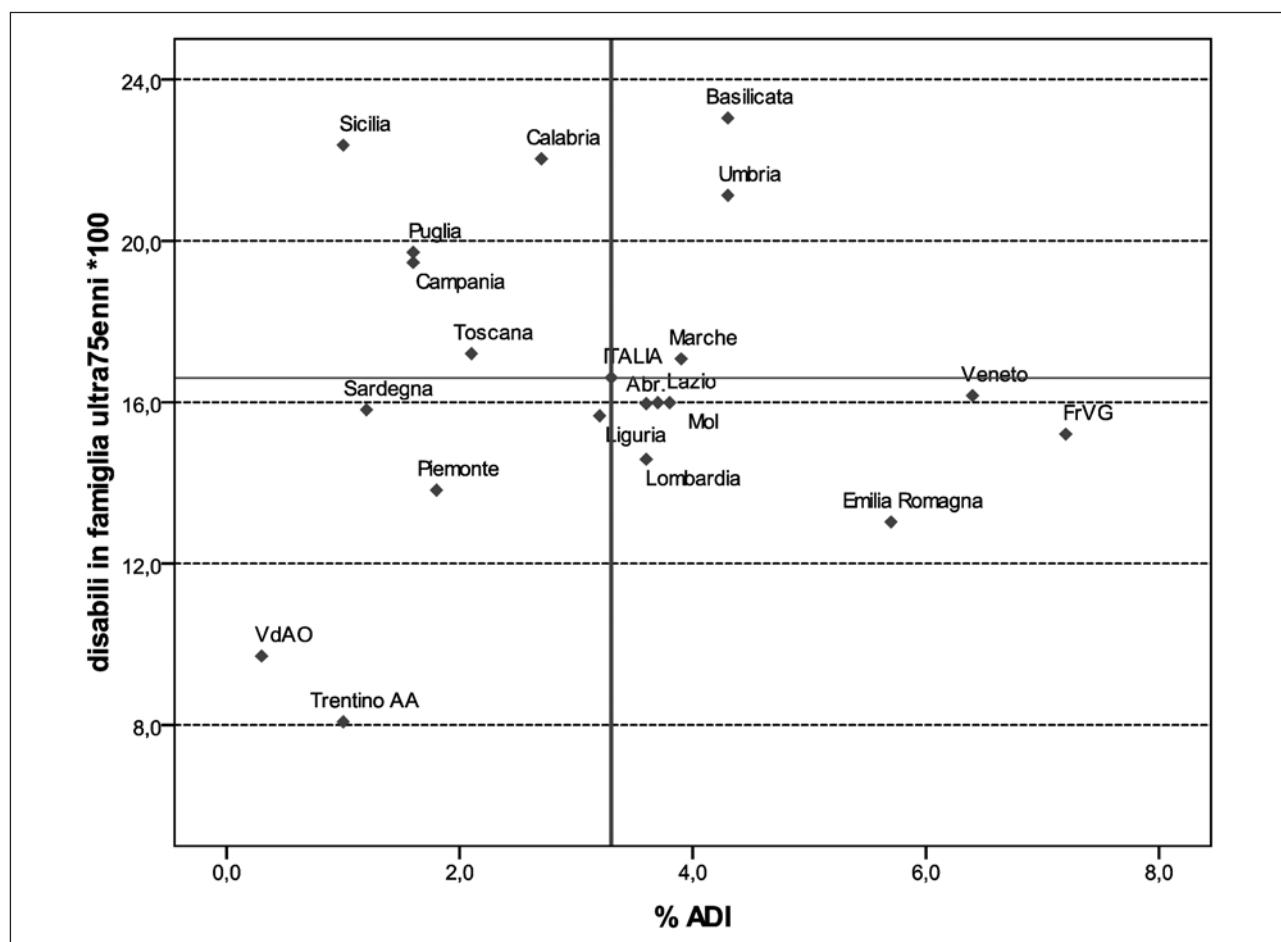


Figura 2 - Presenza disabilità 75+ e copertura ADI: riportata la distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana (2007).

zione fra disabili ultra 75enni a domicilio e ricoverati in residenza nelle regioni: "r"=-0,735; p <0,001).

RAPPORTO CURE DOMICILIARI E CURE RESIDENZIALI

Un altro aspetto importante del rapporto fra dimensione dei servizi domiciliari e bisogni degli anziani non autosufficienti è la relazione con gli altri servizi che a loro sono soprattutto rivolti, primi fra tutti i servizi residenziali, comunque intesi.

Se si analizza la possibile relazione di queste percentuali con le percentuali riportate per i servizi domiciliari, non

si trovano correlazioni statisticamente significative. Vi è solo una tendenza che riguarda il SAD, ma è verso una correlazione positiva e non negativa (cioè al crescere dei ricoverati aumenta anche la quota degli assistiti a domicilio). Approccio di integrazione e non di alternanza tra cure domiciliari e RSA che trova riscontro anche nei dati di altri paesi europei (Gori, 2001).

CONCLUSIONI

Nell'analisi dei dati sulla copertura ADI offerta dalle varie Regioni l'unico rapporto di correlazione riscontrato è quello con la quota di anziani ultra75enni. Né la pre-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella 3 - Il contesto regionale - i ricoverati in RSA (2007)⁴.

REGIONE	% ricoverati
Abruzzo	18,9
Basilicata	6,1
Bolzano	55,7
Calabria	6,1
Campania	5,9
Emilia-Romagna	43,8
Friuli-Venezia Giulia	76,3
Lazio	14,2
Liguria	52,0
Lombardia	38,4
Marche	30,9
Molise	24,6
Piemonte	51,6
Puglia	11,2
Sardegna	16,8
Sicilia	10,6
Toscana	23,2
Trento	65,2
Umbria	15,7
Valle d'Aosta	53,8
Veneto	46,5

senza degli anziani soli né di quelli disabili si correla con la quantità di servizio domiciliare offerto dalle regioni. Risulta inoltre un ruolo debole del servizio comunale di SAD, specie di fronte alla disabilità, la cui presenza si correla essenzialmente con la quota di anziani ricoverati nelle residenze. La quota di assistenza domiciliare risulterebbe quindi più giustificata dalle scelte dell'offerta e dalle politiche regionali che non dalla dimensione dei bisogni a cui rispondere. Una tendenza di strategia orientata al mantenimento della struttura, che la teoria delle organizzazioni etichetta come elemento tipico della cultura interna di ogni struttura. Ci si chiede ora, però, se i servizi domiciliari – e più in generale il sistema di offerta – alla luce delle finalità del proprio intervento debbano cercare una strategia che integri maggiormente strategia sistemica – comunque fondamentale – ad una strategia di appropriatezza di risposta.

BIBLIOGRAFIA

Gori C. I servizi sociali in Europa: caratteristiche tendenze, problemi. Carocci editore, Roma 2001.

Guaita A, Casanova G. I bisogni e le risposte. In: NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli editore, RSM 2009.

Pesaresi F. Dove va la realtà italiana. In: NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

⁴Elaborazione dati Rapporto NNA 2009.

Ricerche multicentriche in RSA

Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

INTRODUZIONE

I cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi due decenni, in particolare la prevalenza delle patologie cronico-degenerative, stanno costringendo i paesi con elevato indice di invecchiamento (Italia compresa) a rivedere in modo radicale il sistema di welfare sociale e di cure sanitarie. La prassi medica prevalente, fondata sulla sola diagnosi e cura delle malattie (scarsa prevenzione), si dimostra poco efficace nel rispondere alla domanda di salute dei pazienti "cronici", profondamente influenzata dallo stato funzionale e da altri fattori di "contesto", compresa la condizione esistenziale. Quando tempi, luoghi e modalità di vita e cura si sovrappongono, il raggiungimento dell'efficacia e appropriatezza delle cure non può prescindere dal considerare, oltre alle condizioni morbose, la diagnosi funzionale, il "setting" di cura, le abitudini di vita, la biografia, la cultura, il reddito, le aspettative ed esperienze del paziente. Questo approccio globale e attento alle diverse dimensioni della persona malata (in particolare quando fragile e multiproblematica) si è dimostrato più efficace nell'affrontare i problemi di salute quando sono molteplici, complessi e interattivi. La medicina della cronicità (e/o della complessità) deve trovare difficili equilibri fra diverse tensioni, dalla standardizzazione delle cure alla personalizzazione dell'intervento, passando per il confronto dei risultati, senza perdere di vista il controllo dei costi economico-sociali e l'equità nelle cure erogate. Lo sviluppo di questo approccio clinico-assistenziale globale ha trovato dei saldi fondamenti metodologici nella valutazione multidimensionale, nel riferimento scientifico delle evidenze clinico-assistenziali (Ebm e Ebn), ed il confronto delle buone prassi. Questo approccio non è esente da rischi e criticità poiché ancora oggi si stima che solo il 30% delle decisioni clinico-assistenziali vengono assunte sulla base della forza delle evidenze; la maggior parte di studi e trial considerati in letteratura vengono condotti escludendo per problemi essenzialmente metodologici i pazienti anziani, fragili e multiproblematici; la valutazione multidimensionale è spesso citata ma poco pra-

ticata e le buone prassi soccombono sotto la pressione delle urgenze/emergenze; dobbiamo però essere consapevoli che l'alternativa rischia di essere l'abbandono di questi pazienti ad una medicina esclusivamente palliativa.

LA RETE DEI SERVIZI RSA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono luoghi di cura specificamente deputati ad accogliere e curare anziani fragili, disabili e multiproblematici, garantendo in ambito residenziale sostegno di tipo sanitario (medico, infermieristico, riabilitativo) e socio-assistenziale (tutela e assistenza alla non autosufficienza); dove presenti e adeguatamente diffuse, si stanno dimostrando un nodo fondamentale della rete dei servizi di cura a lungo termine LTCF (Long Term Care Facilities), acronimo con cui si definisce una serie eterogenea di servizi a carattere sanitario e socio-sanitario (strutture residenziali per anziani e disabili, riabilitazione, hospice, ecc.). In Italia si contano oggi circa 200.000 posti letto di RSA, anche se il fabbisogno stimato è di almeno il doppio, la distribuzione territoriale è disomogenea e la presenza prevalente nelle regioni del Nord Italia (solo in Lombardia sono accreditati a fine 2009 circa 56.000 posti letto). Le RSA, oltre a non rappresentare un sistema diffuso di cure nel paese per complesse motivazioni storiche e socio-economiche che non verranno trattate in questa sede, sono alla ricerca di una più precisa e migliore identità di servizio nel rapporto che possiamo definire fra "contenitore" e "contenuto". A sostegno e conclusione si riporta quanto efficacemente espresso nel quaderno del Ministero della Salute dedicato all'assistenza all'anziano: "Le RSA devono 'specializzarsi' in nuclei al cui interno curare individui con problematiche cliniche simili? Devono essere strutture residenziali che forniscono assistenza sanitaria a soggetti non assistibili a domicilio, o devono anche rappresentare un riferimento erogatore di servizi per la comunità (centri diurni, ambulatori, assistenza domiciliare)? Ancora, devono prevedere posti letto per de-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

genze temporanee di sollievo o dedicarsi soltanto alla residenzialità stabile? Devono porsi come alternativa, a minor costo, rispetto a strutture lungodegenziali riabilitative? Per tutte queste domande non vi è ancora una risposta definitiva; sono aperte allo studio, alla sperimentazione, alla costruzione di servizi fondati su dimostrazioni di "efficacia".

LE RICERCHE MULTICENTRICHE

Il sistema di Clinical e Nursing Evidence permette di organizzare le informazioni clinico-assistenziali basandole su prove di efficacia e sulla validità e forza scientifica; ha avuto un grande impulso nell'era digitale per la possibilità tecnica di gestire grandi quantità di dati in tempo reale (database) e per la grande diffusione e opportunità offerte negli ultimi anni dall'ICT (Information Communication Technology) in ambito sanitario. Tutto ciò aumenta le possibilità di accesso, scambio e confronto delle informazioni scientifiche da parte degli operatori, ma richiede un cambiamento culturale ed un aggiornamento e sviluppo di competenze professionali nella gestione dei dati e delle informazioni che, parafrasando R. Kane, possiamo riassumere così: abbiamo tanti problemi, ed i dati che abbiamo a disposizione sono a volte troppi, altre volte pochi: occorre individuare quali sono i dati significativi (indicatori) e i punti di vista per esaminarli. Le RSA possono diventare luoghi significativi per la ricerca scientifica relativa alle modalità di cura, assistenza e gestione delle persone anziane e fragili, così come avviene da molti anni nelle Nursing Home e Intermediate Care Facilities del Nord America. Ciò permetterebbe di acquisire e diffondere nuove e fondate conoscenze in campo geriatrico e di poter fornire qualche risposta ad alcune delle domande formulate in premessa. La diffusione ed il successo delle ricerche multicentriche in RSA dipenderanno prima ancora che dalle risorse economiche (pure importanti), dalla cultura professionale e dalle competenze che gli operatori che vi operano sapranno mettere in campo. A conclusione, a semplice titolo esemplificativo, si riportano alcuni studi condotti presso alcune RSA della Lombardia. Le prime due esperienze fanno riferimento a studi multicentrici di ambito più territoriale condotti con molto sforzo e impegno in alcune RSA lombarde, che su alcuni problemi specifici hanno condiviso analisi e confrontato prassi d'intervento. Le due successive esperienze fanno riferimento all'adesione di una struttura

LTCF a programmi di studio multicentrici su scala europea (modello network) su nutrizione e infezioni con l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati a livello più ampio.

ESPERIENZE

2004 Stipsi e anziani. In questo studio multicentrico di tipo osservazionale, condotto su 376 anziani accolti in diversi setting di cura di circa 10 RSA Lombarde, sono stati rilevati i dati di prevalenza del problema stipsi, i fattori correlati, ed individuato il rischio di sovraesposizione (1:5) al trattamento con lassativi in RSA, proponendosi il compito di diffondere e implementare linee guida e raccomandazioni di buona pratica presso queste ed altre strutture residenziali per anziani.

2006 Fragilità e Instabilità clinica. In questo studio multicentrico retrospettivo, condotto sull'analisi della documentazione clinico-assistenziale di 544 pazienti accolti in 3 RSA di Milano, è stata valutata l'incidenza dell'instabilità clinica in RSA tramite la rilevazione degli eventi clinici avversi (ACEs), il suo rapporto con indicatori di stato (fragilità) e di esito (decesso, sopravvivenza e ospedalizzazione); infine analizzata la coerenza con la classificazione regionale SOSIA per la tariffazione delle prestazioni. I risultati hanno evidenziato che Fragilità e Instabilità clinica possono essere fattori indipendenti che si correlano nella gravità solo nelle fasi terminali di vita, e che il sistema di classificazione SOSIA rileva la complessità clinica tramite la comorbidità, ma non l'instabilità clinica, non "premiando", in tal modo, comportamenti virtuosi e appropriati di gestione degli eventi clinici avversi all'interno delle Strutture RSA nelle fasi terminali di vita.

2009 Nutrition day in Europe. L'Istituto Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano ha aderito, nel 2009, all'indagine annuale multicentrica europea (www.nutritionday.org) sulle problematiche della nutrizione e malnutrizione in Nursing Home. L'indagine è stata condotta con strumenti standardizzati che hanno permesso di confrontare con dati e indicatori comuni (Tab. 1) la propria realtà di servizio con situazioni comparabili in Europa (Nursing Home). L'acquisizione ed il confronto di questi dati hanno rappresentato il punto di partenza per azioni di miglioramento su aspetti poco presidiati del problema e l'adozione di nuove e/o più efficaci prassi di in-

Tabella 1 - Confronto tra i dati dell'Istituto Don Orione e i dati europei relativi all'indagine annuale multicentrica europea sulle problematiche della nutrizione e malnutrizione in Nursing Home.

INDICATORI	ISTITUTO DON ORIONE				% LTCF Don Orione	% LTCF Europa
	RSA Mater Dei	RSA Don Sterpi piano 3	RSA Montini	RSD Masiero		
Casi	20	20	19	20	79	9884
Età media	89	93	89	63	83,5	81
BMI medio	22,70	24,20	23,00	27,80	24,43	25,3
Disfagia	12	1	4	3	25,3	12,6
Masticazione	14	1	13	13	51,9	37,1
Deficit cognitivo grave	10	7	12	15	55,7	24,9
Immobilità	13	8	10	3	43,0	19,5
Malnutrizione staff	0	1	4	0	6,3	6,01
A rischio di malnutrizione	9	2	6	6	29,1	16
BMI < 20	5	4	5	3	21,5	14,9
Perdita 6 Kg nell'anno	1	0	1	0	2,5	11,7
Mangia tutto	15	3	5	8	39,2	62,2
Mangia meno di 1/2	1	7	0	0	10,1	34,1
Assist. 10-20 min. e oltre	6	1	5	0	15,2	55,1
Supplementazione	0	2	4	1	8,9	8,39
SNG /PEG	3	0	1	0	5,1	2,21
Follow up a 6 mesi						
Perdita di peso > 6 Kg	3	1	2	0	7,6	8,84
Follow up a 6 mesi						
Deceduti	4	0	4	0	10,1	12,7

tervento sui problemi nutrizionali delle persone fragili.

2010 Progetto HALT (Healthcare Associated Infections in Long Term Care Facilities). La LTCF Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano ha aderito, nel 2010, allo studio multicentrico di prevalenza puntuale sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza e l'utilizzo degli antibiotici. In carenza di risorse e competenze da dedicare al problema specifico (costituzione del CIO), l'adesione al protocollo Europeo HALT (promosso dalla Regione Emilia Romagna) è stata l'occasione per disporre di una metodologia di indagine "validata" che, seppur finalizzata alla costituzione di un database dedicato, ha permesso di utilizzare uno strumento valutativo che, oltre ad acquisire dati, restituiva un report con l'analisi dello stato di controllo delle infezioni in struttura. Nella Tabella 2 sono riportati i dati raccolti per l'intera LTCF e nei diversi setting di cura; sono infatti presenti, oltre ad un servizio RSA, un servizio di riabilitazione estensiva, ed una residenza sanitaria per disabili adulti (RSD).

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni, nella cosiddetta società della conoscenza, l'ICT ed i network di patologia e professionali hanno avuto un grande sviluppo, sebbene la loro diffusione sia ancora disomogenea e spesso poco programmata. L'intervento geriatrico e gerontologico potrà avere un futuro se produrrà e saprà gestire informazioni utili e affidabili nei diversi aspetti di vita e di cure dell'anziano, in particolare quello fragile. Quindi lo sviluppo di reti di conoscenza, finalizzate al supporto e all'implementazione del sistema di sostegno e cure dell'anziano, diventa un "caveat" dell'attività geriatrica. Occorre sottolineare che le reti professionali, anche per obiettivi specifici, nascono dalla disponibilità e volontà degli operatori di condividere competenze ed esperienze, prima ancora che dalla disponibilità tecnologica. Iniziare a partecipare e/o programmare studi di ricerca multicentrica tramite le reti informatiche rappresenta ormai una modalità piuttosto semplice, sostenibile e generalmente efficace per connettere e sviluppare conoscenze anche in ambito geriatrico.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella 2 - Dati relativi alla Long Term Care Facilities (LTCF) Don Orione e nei diversi setting di cura.

	RSA 201 p.l.	RSD 78 p.l.	Riabil. 24 p.l.	Totale LCTF	Totale 303 p.l.
LTCF Don Orione Milano	%	%	%	Casi	%
ospedalizzati	0,51	0,00	0,00	1	0,34
letti presenti	100,00	100,00	100,00	303	100,00
letti occupati	98,51	93,59	95,83	294	97,03
residenti eleggibili	98,48	100,00	95,65	290	98,64
età ≥ 85	45,45	0,00	21,74	95	32,31
maschi	8,59	2,74	21,74	24	8,16
antibioticoterapia	3,03	6,85	43,48	21	7,14
infezioni segni/sintomi	6,06	5,48	21,74	21	7,14
catetere vescicale	8,59	1,37	0,00	18	6,12
accesso venoso	2,53	1,37	4,35	7	2,38
ulcere da pressione	8,08	1,37	0,00	17	5,78
altre ferite	8,59	4,11	17,39	24	8,16
disorientati T/S	65,15	83,56	39,13	199	67,69
non deambulanti	53,54	46,58	47,83	151	51,36
chirurgia entro 30 giorni	0,51	0,00	0,00	1	0,34
incontinenza fecale/urinaria	78,28	79,45	52,17	225	76,53

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSIGLIATE

Bagarolo R, Bellocchi F. Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA. *I Luoghi della cura* 2007;5(2):12-5.

Kane RL. Geriatrics as Model of the New Chronic Disease Paradigm. Intervento al 50° Congresso SIGG, Firenze 9-13 novembre 2005.

Monti M, Neri MC, Trecate F, Andreoni R, Bagarolo R. Prevalenza e fattori di rischio della stipsi in una popolazione di anziani in RSA. *G. Gerontol* 2009;57:78-86.

Salvioli G. Un nuovo anno: quali nuovi obiettivi per la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria? *G. Gerontol* 2005;53:1-5.

www.sigg.it/progetti:ulisse

www.interrai.org

www.nutritionday.org

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischio_infettivo/htm

