

ISSN 1723 - 7750

In caso di mancato recapito, rivoltare al CPH Roma Romana Stampa, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento rest.

*L*UOGHI DELLA CURA



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Anno III - N. 4 - Dicembre 2005 - Trimestrale

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Ermolina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Baganò, Giovanni Bigatello, Stefano Boffoli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Mauro Colomba, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guarni, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Razzini, Marco Trabucchi, Daniele Vilani

Direttore responsabile:

Andrea Salvai

Segreteria di redazione:

Lorenza M. Saini

Area pubblicità:

Patrizia Arcangeli, responsabile (Roma)
arcangeli@gruppoic.it

Area marketing & sviluppo:

Claudio Donati
donati@gruppoic.it
Antonietta Garzonio
garzonio@gruppoic.it
Carla Sgarbi
sgarbi@gruppoic.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@gruppoic.it
Site web: www.gruppoic.com

Area Nord Italia:

Via Maffei, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)
Tel. 0331262359 - Fax 0331267489

Trimestrale

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

Stampa:

Litografica 79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L.TVA 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 indirizzo di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2005

Al sensi del Decreto Legislativo 30/05/03 n. 196 (Art. 13) L'informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in vostro possesso sono oggetto di trattamenti informativi e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire 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). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la inasprimento, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli ispechi esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

© Copyright 2005



CIC Edizioni Internazionali

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

EDITORIALE

Gli anziani non autosufficienti e il nodo delle risorse

Cristiano Gori, 7

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

L'anziano e le sue scelte: un'indicazione per i Servizi

Concetta M. Vaccaro, 8

MATERIALI DI LAVORO

Prevenzione degli incidenti in ambiente domestico

Mauro Colomba, 13

ESPERIENZE

L'Ospedale Diurno Geriatrico:

un modello e un'esperienza di intervento riattivativo

Antonio Guaita, Marco Cairati, Riccardo Perelli Cippo,

Vladimiro Lionello, 15

La formazione universitaria nelle Strutture Intermedie

Luciano Belloci, Angelo Garruti, 21

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

La cura del delirium: un luogo per la collaborazione
tra medico ed infermiere

Giuseppe Bellelli, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi, 25

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Mutamenti delle famiglie, mutamenti dei modelli di cura

Carla Facchini, 33

NURSING GERIATRICO

Collana diretta da M. Trabucchi

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

**MANUALE DI CLINICA
GERIATRICA
PER INFERMIERI**Prima edizione italiana dalla II edizione inglese
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato di 564 pagine

f.to cm 12x19

€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali



Il numero 4/2005 della rivista viene distribuito in occasione del 50° Congresso Nazionale della SIGG. Questa coincidenza è stata voluta dalla Società per sottolineare il ruolo importante che i luoghi della cura vanno assumendo nel panorama della formazione e della ricerca in ambito geriatrico.

In un momento nel quale da ogni parte la geriatria e la gerontologia sono attaccate come scienze autonome, e stemperate in una generica cultura di attenzione alla persona che invecchia, questa rivista porta avanti con orgoglio l'idea di una scienza che indica strade sempre nuove nella pratica clinica e nell'assistenza. Porre l'accento sui "luoghi" esprime un'attenzione particolare alla concretezza e alla specificità degli atti di cura, nel tentativo senza sosta di collegare le conoscenze scientifiche con una prassi nella quale ha grande valore il rapporto tra chi offre e chi riceve una cura, con le sue possibili diverse valenze.

Gli iscritti alla SIGG sono invitati a collaborare alla rivista, che deve sempre più diventare un "luogo" dove con semplicità vengono riportate le esperienze più significative del nostro mondo, per poterle discutere, interpretare e formalizzare, per diventare quindi il patrimonio comune della Società. Perché, anche se temporaneamente forse qualcuno può fregiarsi della nostra esperienza e delle idee che abbiamo elaborato, nessuno può vantare la nostra storia, che ha un indirizzo preciso da molti anni e che certamente non verrà cambiata. La persona che invecchia nella fragilità ha bisogno di chi la cura tenendo conto delle molte dimensioni attraverso le quali si esprime la vita, ma anche la malattia, e quindi intervenendo in un modo che è allo stesso tempo dolce, perché rispettoso della fragilità, ma anche determinato, perché la complessità richiede elevate capacità di analisi clinica. I luoghi della cura si inserisce in questa nobile storia, per costruire il futuro.

Marco Trabucchi

Presidente della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Gli anziani non autosufficienti e il nodo delle risorse

“Bisogna incrementare la spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti”, affermano in molti. Si può contraddire questa affermazione? No, tutte le ricerche mostrano che la spesa per l'assistenza continuativa (comprendente servizi sociosanitari, servizi sociali ed indennità di accompagnamento) loro rivolta è inadeguata rispetto ai bisogni esistenti. Lo afferma ogni documento ufficiale (governo italiano, Unione Europea, Ocse). Il confronto internazionale mostra che la spesa italiana è tra le più basse in Europa. I motivi a favore della sua crescita (invecchiamento della popolazione, indebolimento delle reti familiari, ecc.) sono solidi e ben noti ai lettori di questa rivista.

Non solo gli anziani hanno buone ragioni per richiedere maggiori risorse pubbliche. Pensiamo a bambini, poveri e disoccupati: ad ognuno di questi gruppi si applica lo stesso ragionamento condotto per gli anziani. Le ricerche indicano che l'intervento pubblico è nettamente inferiore ai bisogni, i documenti ufficiali italiani ed internazionali lo confermano. Le comparazioni collocano l'Italia nelle posizioni più basse del nostro continente. È nota la ridotta presenza di asili nido per i bambini tra 0 e 3 anni, l'Italia è l'unico Paese dell'Europa a 15 - insieme alla Grecia - senza una misura di protezione universalistica per i poveri, manca un adeguato sistema di tutele per disoccupati.

Allarghiamo ora lo sguardo, passando dal welfare all'insieme delle politiche pubbliche. Troviamo tanti settori che richiedono la crescita della spesa loro dedicata e molti tra questi possono portare validi motivi a proprio favore. Tra i più evocati nel dibattito politico vi sono la ricerca (storicamente sottofinanziata in Italia) e l'industria (alla prese con una competizione internazionale sempre più agguerrita, ad esempio dalla Cina). Sono solo due tra i tanti esempi possibili.

La finanza pubblica, tuttavia, non concede ottimismo. Le risorse economiche disponibili sono poche e il quadro non conoscerà mutamenti sostanziali nei prossimi anni. Le cause sono il debito pubblico cumulato, il livello già elevato di spesa, la debole crescita economica e altre. Ec-

co il punto cruciale: una molteplicità di gruppi richiede risorse, ma queste non bastano. Le domande sono tante, ma le risorse sono scarse: decidono le scelte politiche. Gli anziani non autosufficienti incontrano difficoltà a diventare una priorità politica. A livello nazionale lo testimonia la vicenda del Fondo per i non autosufficienti. Dovrebbe essere lo strumento per accrescere la spesa loro dedicata e se ne discute dal 1997, ma né l'attuale governo né il precedente l'hanno introdotto. A livello regionale e locale si registrano situazioni eterogenee, ma le difficoltà a diventare una priorità si incontrano sovente. Anche laddove ricevono maggiore attenzione, inoltre, gli interventi per gli anziani non autosufficienti non ottengono le risorse economiche che sarebbero necessarie al fine di rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento.

Perché non diventano una priorità politica? Si possono individuare (almeno) tre motivi. Primo, la ridotta influenza sui decisori. Gli anziani non autosufficienti sono una categoria con debole potere contrattuale, la capacità dei loro rappresentanti di influenzare il processo decisionale è limitata. Si consideri, ad esempio, la diversa capacità di pressione tra chi rappresenta i pensionati e chi rappresenta i non autosufficienti. Secondo, la cultura della cura. Rimane forte la tradizionale cultura italiana che prevede di lasciare sulle spalle delle famiglie la responsabilità di assistere i propri componenti non autosufficienti. Il permanere di tale cultura contribuisce alla mancata percezione della gravità della situazione e dell'urgenza di intervenire. Terzo, il contenuto delle proposte. Non sempre le proposte per incrementare le risorse dedicate ai non autosufficienti sono elaborate in dettaglio. Non è a volte chiaro, in particolare, come tradurre in azioni concrete, quali potrebbero essere le modalità operative attraverso cui reperire maggiori risorse.

Più incisività nel rapporto con il potere, trasformazione della tradizionale cultura italiana, costruzione di proposte sempre meglio definite: ecco gli impegni per chi voglia far diventare gli anziani non autosufficienti una priorità politica.

Cristiano Gori

L'anziano e le sue scelte: un'indicazione per i Servizi

Concetta M. Vaccaro

Direttore di Ricerca e Responsabile del Settore Welfare e Diritti di Cittadinanza della Fondazione Censis di Roma

IL CARATTERE STRATEGICO DI UNA DOMANDA IN EVOLUZIONE

Nonostante, sia a livello di opinione pubblica che di dibattito tra addetti ai lavori, risulti sempre presente una sorta di ritualistico richiamo alla necessità di partire dalla domanda e dai bisogni per modulare le risposte dell'offerta in campo sanitario ed assistenziale, oggi si assiste, una volta di più, ad una sostanziale estraneità tra i processi che governano la domanda e quelli che governano l'offerta. Si tratta di una estraneità segnata sia dalla difficoltà ricorrente di quest'ultima di comprendere, adattarsi ed in parte guidare i processi di trasformazione della domanda, sia dal tradizionale prevalere delle sue logiche di autoreferenzialità e autoriproduzione.

Anche gli sforzi di innovazione sul piano della strutturazione dei servizi, così come le riforme complessive di sistema susseguitesi nel tempo, appaiono fortemente condizionati dai problemi di compatibilità economica e di una revisione dell'assetto istituzionale segnata dalla *devolution* e poco inclini a rimodularsi sulle esigenze sempre più articolate e complesse di una domanda in evoluzione.

Peraltro, un elemento ulteriore è recentemente intervenuto a complicare il quadro di consueta incomunicabilità ed i divergenti percorsi di domanda ed offerta: sempre più le nuove aspettative degli utenti sono segnate dalla profonda modificazione che ha investito la concezione stessa del benessere che le sostanzia.

In particolare vanno segnalate:

- la crescente rilevanza attribuita agli aspetti relazionali e soggettivi, "intangibili" e pertanto di più difficile definizione;
- la tendenza ad intrecciare richieste che riguardano

componenti "hard" dei servizi, come quelle professionali e di dotazione tecnologica, con esigenze che si muovono sempre di più nel campo del benessere psico-fisico, della personalizzazione, della qualità percepita;

- la spinta sempre più netta alla responsabilizzazione individuale, che comporta l'adozione di comportamenti di autopromozione di un benessere di così ampia e complessa definizione.

Tale profonda trasformazione rende ancor più strategico il punto di vista della domanda per la modulazione di risposte in campo sanitario ed assistenziale che siano realmente appropriate ed efficaci e in grado di produrre risultati apprezzabili per gli utenti.

Di fronte all'invecchiamento della popolazione, poi, si susseguono ormai da anni i richiami alla necessità di una riconsiderazione delle politiche di welfare che tenga conto dell'inevitabile impatto dei fenomeni demografici, in termini di aumento delle patologie cronicodegenerative, e dei problemi di non autosufficienza sul sistema delle cure sanitarie e dei servizi socio-assistenziali.

Sotto questo profilo appaiono di estremo interesse i risultati di una recente indagine del Censis, su un campione nazionale rappresentativo di 1.500 anziani dai 65 anni in su, realizzata grazie al contributo dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e del Ministero della Salute.

SOLITUDINE E DIPENDENZA, LE GRANDI PAURE DEGLI ANZIANI

Dall'indagine è emerso che il rapporto tra anziani e salute appare nel complesso decisamente positivo, dal

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

momento che il profilo prevalente di anziano che affiora è quello di una persona attiva, con un livello di salute ed autonomia che giudica soddisfacente, che si dichiara piuttosto felice anche se appare consapevole delle proprie fragilità. A fare da contraltare a questo quadro positivo, emergono tuttavia le difficoltà di una società poco preparata a supportare la condizione anziana nel suo evolversi biologicamente verso condizioni di maggiori fragilità. Ed è proprio la perdita dell'autosufficienza l'evento catalizzatore dei timori degli anziani, citato dal 40,7% dei rispondenti, seguito dalla morte (17,8%), dalla perdita di una persona cara (17,7%), dalla solitudine (16,6%), dalla propria situazione economica (14%), dalla paura di essere vittima di reati (2,1%) e dallo stato dei rapporti con figli e nipoti (2%) (Fig. 1). Anche l'ambiente fa da moltiplicatore delle difficoltà e ciò accade soprattutto nei luoghi e nelle situazioni della vita quotidiana. Nello specifico, in primo luogo le abitazioni ed i condomini, seguiti dai marciapiedi e dalle strade, dai servizi sanitari e dagli ospedali, fino alle stazioni ferroviarie/metropolitane si caratterizzano come luoghi problematici e limitanti per gli anziani (Fig. 2).

Sono soprattutto gli ultraottantaquattrenni, gli anziani tra gli 80 e gli 84 anni (rispettivamente il 55,9% ed il 41,6%), le donne (38,1%), gli abitanti del Sud-Isola e del Centro (il 35,4% i primi, il 35,2% i secondi) ad aver avvertito maggiormente tali condizionamenti.

Nonostante la mobilità rappresenti per gli anziani una condizione chiave della partecipazione e della vita sociale, i dati evidenziano in modo netto come la "geografia dei luoghi difficili" inizi a partire dai contesti più prossimi agli anziani, quelli stessi della vita quotidiana che appaiono, dunque, i più inadeguati rispetto ai bisogni dell'*ageing population*, dando il senso della sostanziale inadeguatezza delle risposte finora disponibili per fronteggiare le diverse forme della non autosufficienza. Infatti tra i condizionamenti percepiti dagli anziani, emergono prima di tutto quelli relativi agli aspetti quotidiani: se è vero che il 56,5% dei rispondenti non si sente limitato in alcun modo, il 22,4% si sente vincolato proprio nelle attività domestiche.

LE RISORSE SU CUI CONTARE: LA FAMIGLIA E LA TUTELA DI UN MODELLO TRADIZIONALE DI OFFERTA SANITARIA

Di fronte ai due grandi timori ed alle reali fragilità degli anziani si erge come baluardo insostituibile sempre e comunque la famiglia.

La rete familiare internalizza infatti gran parte dei costi umani e monetari garantendo assistenza e supporto assolutamente fondamentali, caratterizzandosi, con i suoi flussi stringenti di relazioni e scambi, come il vero punto di tenuta per ogni suo componente.



Fonte: Indagine Censis, 2004

Figura 1 - I timori degli anziani (valori %).

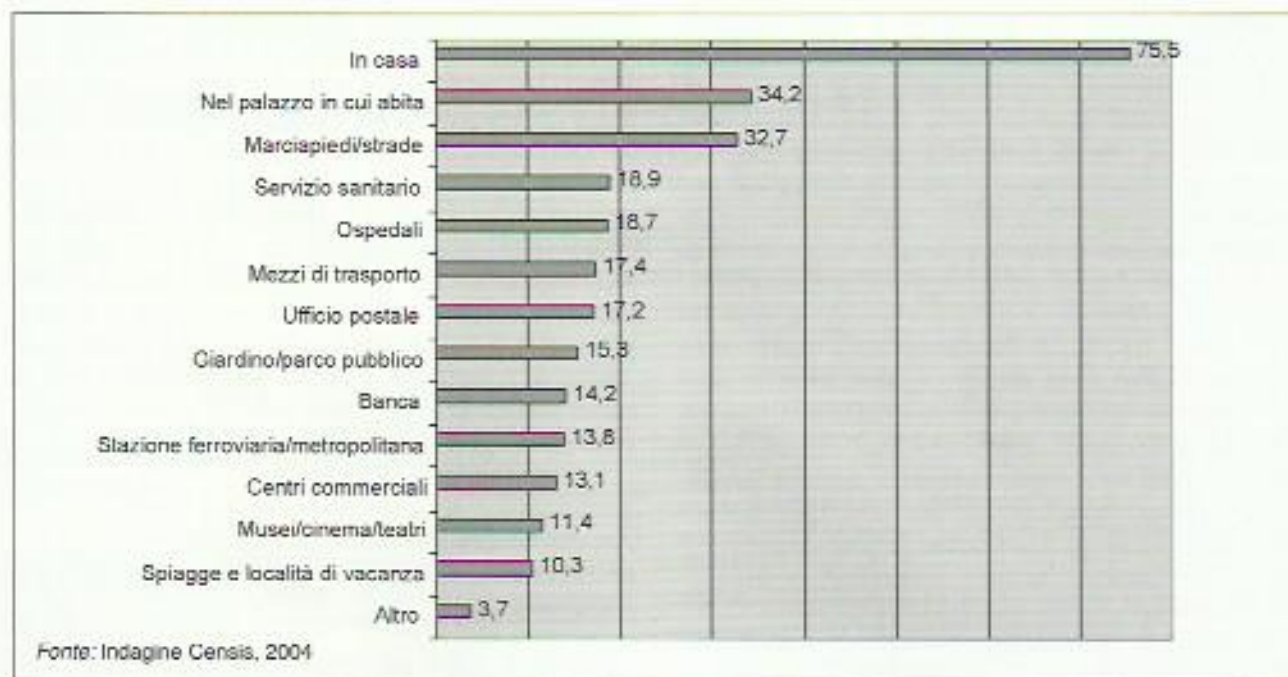


Figura 2 - Luoghi nei quali gli anziani si sentono maggiormente irritati (valori %).

A conferma di ciò basti pensare che il 75,1% degli anziani in caso di necessità viene assistito dai figli e, in seconda battuta, dal coniuge o convivente (41,6%). Il carattere strategico delle risorse familiari è confermato anche da quel 20,6% del campione che riceve aiuto da altri parenti, mentre è residuale il ricorso ad altri soggetti, dai vicini, ai servizi sociali, alle badanti (intorno al 3,6%) (Fig. 3).

Rimane il fatto che il 2,7% non può contare sull'aiuto di nessuno ed è importante inoltre segnalare che per gli anziani con più basso patrimonio culturale la rete familiare è spesso l'unico supporto, mentre per chi ha maggiori risorse culturali e sociali si riscontrano maggiori capacità di attivare strategie diversificate, anche al di là dell'effetto della mera disponibilità economica.

Nella valutazione del rapporto con i servizi sanitari, altra area strategica della condizione degli anziani presa in esame nella ricerca, emerge un primo punto di attenzione in relazione ai comportamenti di consumo sanitario che riguardano l'assunzione di farmaci, il ricorso a controlli medici (esami del sangue, ecografie, ecc.) e a visite generiche e specialistiche.

L'analisi dei dati evidenzia una spaccatura del campione tra coloro che frequentemente si sottopongono a

check-up periodici e chi, invece, lo fa raramente o mai. Il 58% degli anziani effettua frequentemente accertamenti (il 35,7% raramente, il 6,3% mai) ed il 51,2% esegue, sempre frequentemente, visite mediche generiche e specialistiche (il 38,5% raramente, il 10,3% mai). In generale, sono le condizioni di salute più precarie, spesso legate ad una età più elevata, a comportare un controllo più rigoroso della propria salute, un uso maggiore dei farmaci, sia con prescrizione medica che senza, un ricorso costante e assiduo ai servizi sanitari per assicurarsi uno stato di relativo benessere. Particolarmente diffuso tra gli anziani risulta il consumo di farmaci, soprattutto quelli finalizzati al controllo di malattie croniche come l'ipertensione e le cardiopatie.

L'indagine ha poi evidenziato che circa un quarto del campione ricorre privatamente a medici e/o a strutture private, anche se tale ricorso appare più diffuso tra le persone con i più elevati titoli di studio e tra gli anziani affetti da più gravi patologie. Così sono questi ultimi a pagare maggiormente di tasca propria per gli accertamenti (il 29,5% degli intervistati con patologie molto gravi ed il 28,1% delle persone affette da malattie di una certa gravità ma curabili, contro il 26% di co-

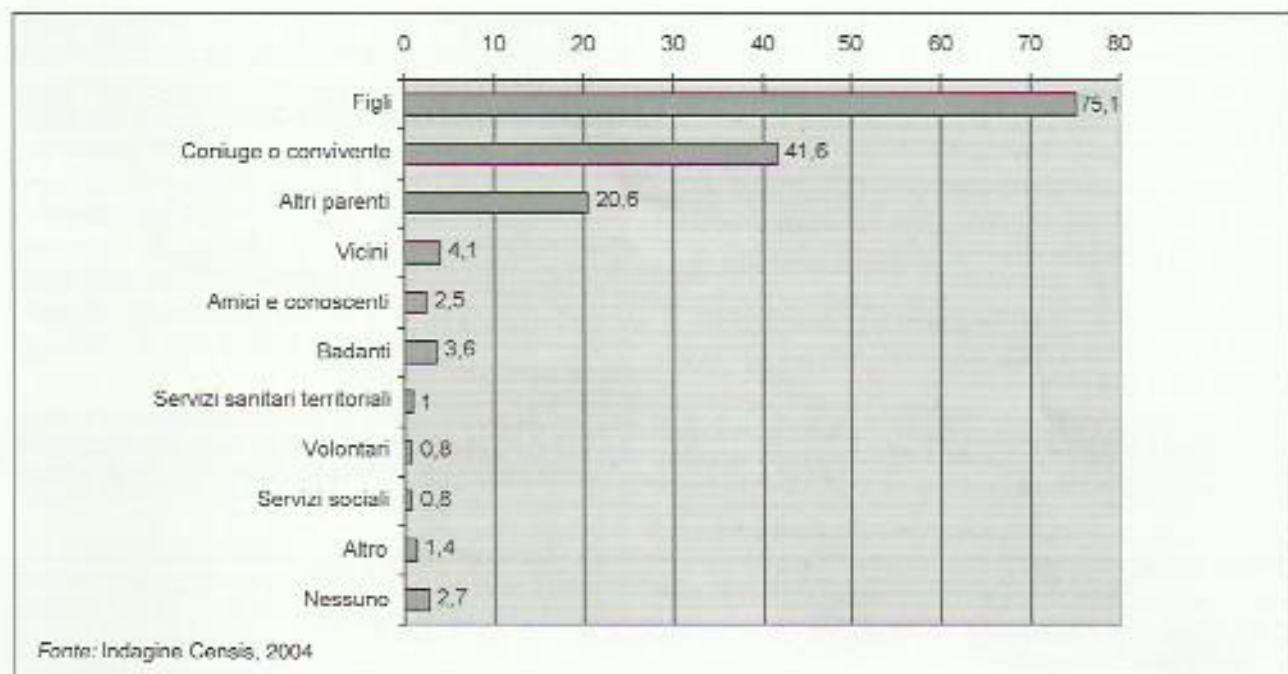


Figura 3 - Soggetto che fornisce assistenza in caso di necessità (valori %).

loro che presentano malattie poco gravi ma fastidiose) e per le visite mediche specialistiche (il 32,6% dei primi ed il 31,2% dei secondi), anche se la quota di coloro che ricorrono al privato è comunque rilevante per tutte le quattro articolazioni di patologie. In sintesi, la criticità del problema di salute giustifica solo parzialmente la spesa per le prestazioni sanitarie.

È chiaro che la spesa privata è indotta da un'articolazione delle motivazioni molto ampia in cui, agli estremi, si collocano da una parte i soggetti che scelgono liberamente di rivolgersi al privato, in cerca di trattamenti più personalizzati e di maggiore qualità, dall'altra le persone che ricorrono a prestazioni private per iniquità nelle modalità di accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie. La lunghezza delle liste di attesa, ad esempio, influisce significativamente sulla scelta di ricorrere a strutture e/o servizi privati ed è proprio l'aspetto su cui si concentra l'insoddisfazione degli utenti.

L'analisi del rapporto tra anziani e servizi sanitari evidenzia, poi, una valutazione complessivamente positiva dei servizi sanitari, dell'informazione ad essi relativa (il 63,4%, che valuta positivamente) ed una buona fruizione dei servizi senza particolari criticità: unico punto

negativo l'eccessiva lunghezza delle liste di attesa. Infatti, oltre la metà degli anziani (50,7%) ha segnalato la lunghezza delle liste d'attesa, seguita dal problema delle code agli sportelli e/o agli ambulatori (33,9%), dall'approccio poco umano degli operatori (15,3%) e dalla loro scarsa capacità professionale (10,7%).

Ma ciò che appare di gran lunga confermato è un modello di assistenza fondamentalmente basato su due pilastri fondamentali: l'ospedale ed il medico di medicina generale.

L'immagine del medico di medicina generale più diffusa tra gli anziani è quella in cui prevale la sua funzione di *gate keeper* e di referente per le patologie meno gravi (52,9%), con soltanto un terzo del campione che vi si rivolge per tutti i tipi di patologie. Assolutamente positivo è il giudizio sulle sue capacità professionali, con percentuali di soddisfatti sempre superiori all'80%, sia in relazione all'attività prescrittiva, che agli aspetti che attengono la relazione con il paziente.

Ma è l'ospedale a mantenere un ruolo chiave nel modello di cura del nostro Paese, anche con riferimento al paziente anziano. Ed è proprio in relazione alle strutture ospedaliere che gli anziani hanno segnalato un elevato grado di soddisfazione rintracciabile sia in re-

lazione alla qualità dei servizi e delle strutture che della professionalità degli operatori. In particolare:

- l'87% valuta sufficiente sia la tempestività nella risposta al bisogno, che l'attenzione alla cura della persona;
- l'89,5% si dichiara soddisfatto della pulizia degli ambienti, l'86,2% del comfort delle strutture, mentre l'84% del campione esprime un giudizio positivo circa la qualità del cibo;
- l'88,5% ritiene adeguati l'impegno e la serietà professionale dimostrata dagli infermieri, mentre il 93,6% quelli dei medici;
- il 91,4% valuta sufficienti i risultati delle cure.

Va infine ricordato che, nonostante l'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenti un altro servizio po-

lenzialmente centrale nell'assistenza sanitaria al paziente anziano, meno del 30% della popolazione over 65 è a conoscenza dell'esistenza di questa tipologia di servizio, di cui peraltro solo il 3,5% segnala di usufruire. La valutazione del servizio da parte di questo esiguo numero di utenti è generalmente positiva: sono infatti ritenute sufficienti dai rispondenti sia la tempestività nella risposta al bisogno (88,1%), sia il generale rispetto e attenzione alla persona (95,2%), sia la valutazione dell'impegno e serietà professionale di infermieri e medici (entrambi al 95,2%) che, in ultimo, gli effetti delle cure (90,2%).

Tratto da: C.M. Vaccaro, L'anziano e le sue scelte: un'indicazione per i servizi. In G.F. Gerardi, P. Rizzini, M. Trabucchi, E. Venaro (a cura di), Rapporto Sanità 2005 (Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari). Il Mulino, Bologna, 2005.

N. Coni, C. Nicholl, S. Webster, K.J. Wilson

ARGOMENTI DI GERIATRIA

Prima edizione italiana dalla VI edizione inglese
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato di 172 pagine
f.to cm 17x24
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali



Prevenzione degli incidenti in ambiente domestico

Mauro Colombo

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi", Fondazione "Cena-Galligani", Abbiategrasso (MI)

NATURA E DIMENSIONI DELLA QUESTIONE; AMBITI SPECIFICI DI RISCHIO

Per "incidenti domestici" si intendono gli eventi, accaduti in casa o nelle aree attigue ("pertinenze" dell'abitazione: garage, balconi, cantine, cortili, giardini, orti, parti comuni condominiali e analoghi) che portano – o potrebbero portare – ad una lesione; si parla di "infortunio" quando si sia reso necessario il ricorso a cure mediche.

"Gli incidenti domestici, non solo nel nostro Paese ma a livello sovra nazionale, hanno assunto dimensioni più che allarmanti. I dati statistici disponibili mostrano che le persone che hanno dichiarato di essere state coinvolte nelle loro abitazioni in un incidente domestico sono annualmente ben al di sopra di tre milioni (la cifra complessiva è comunque superiore, poiché una frazione degli infortunati dichiara di aver avuto più di un incidente nel corso dell'anno). Di detti incidenti più di settemila hanno avuto esito mortale". Questo passo è tratto dal documento del sito del Centro per il Controllo della Salute del Ministero della Salute (<http://www.ccm.ministerosalute.it>), dove poco dopo si specifica che casalinghe, bambini ed anziani sono le categorie più esposte, come conferma anche l'indagine multiscope ISTAT del 1998 (ricavabile dal medesimo sito).

Benché gli anziani siano particolarmente esposti ad eventi avversi prevedibili legati ai farmaci, molti non ricevono istruzioni specifiche adeguate. Questi dati recenti ribadiscono lo spazio per iniziative di educazione sanitaria centrate sull'impiego dei farmaci, nonché per sistemi tecnologici dedicati (Metlay et al., 2005).

Anche verso gli anziani con deterioramento cognitivo che vivono soli sembrano esservi ampi spazi di pre-

venzione. Uno su cinque di costoro può andare incontro ad incidenti, metà dei quali sono derivati da insufficiente cura di sé (trascuratezze nella alimentazione, idratazione, igiene personale). Quasi altrettanti ricorsi a servizi di emergenza sono stati dovuti al mancato allertamento del proprio medico, o per non aver seguito correttamente delle istruzioni; incendi, truffe o vagabondaggio sono stati eccezionali (Tierney et al., 2004). Un altro capitolo importante riguarda gli anziani che non sono in grado di uscire di casa: la loro fragilità intrinseca li espone a rischio, sia per cadute che per incidenti in genere. Una nostra indagine porta a prestare attenzione al rischio di incidenti che possono accadere: nelle zone dedicate al riposo ed ai pasti, ed in generale ai traumi cranici (Colombo et al., *proposto*).

ALCUNI STRUMENTI DI ANALISI

La "Home Safety Checklist", strumento di valutazione del domicilio corredato da informazioni su chi la abita, reperibile anche in italiano sul *Manuale Merck di geriatria*, ha i pregi di essere completo, di fornire risposte dicotomiche ("sì/no"), e di essere stato sviluppato col concorso degli anziani diretti interessati.

Un comodo strumento di "diagnosi e (proposta di) terapia" per la sicurezza nell'ambiente domestico è costituito dallo "Hennepin County Home Safety Checklist" (<http://www.hennepin.us/vgn/portal/interne/hcdetailmaster>). Percorrendo una piantina virtuale di abitazione, si aprono automaticamente delle "finestre" che presentano tabelle; ognuna di queste indica possibili rischi ambientali specifici da controllare, abbinati ad interventi mirati, locale per locale; segue (similmente al caso degli anziani confinati al domicilio, ed alla "Home

Safety Checklist") una sezione specifica riguardante le "precauzioni personali".

Per gli anziani confinati in casa è stato costruito uno strumento apposito, che viene compilato da un intervistatore che visita il domicilio, e comprende sia domande cui risponde direttamente l'intervistatore stesso (di solito un infermiere) che domande rivolte alla persona anziana. Il questionario consta di 6 sezioni, di cui 3 riguardano il rischio di caduta (Tanner, 2003). Si nota come gli standard statunitensi siano esigenti in materia di sicurezza domestica; va tenuto conto della particolare diffusione di abitazioni costruite in legno, in quella nazione. Ogni zona, poi, è esposta a rischi specifici di calamità naturali. Nel campione studiato, quasi il 30% dei soggetti era impreparato a fronteggiare una calamità. Sono incluse, oltre alle violenze fisiche, anche tante forme di abuso "intangibile" cui gli anziani sono esposti.

SUGGERIMENTI OPERATIVI

Possiamo immaginare più ambiti, quali:

- 1) **Formazione ed informazione** (per gli stessi utenti, e per chi se ne prende cura), come mediante:
 - L'educazione sanitaria - per esempio sui farmaci (Guaita, 1991).
 - Testi, come quello dedicato a chi si prende cura delle persone anziane al domicilio, scritto per "gettare un ponte fra l'operatore sanitario e la famiglia" (come si legge nella prefazione alla prima edizione), che prevede un capitolo esplicitamente intitolato agli incidenti domestici (Springhetti, 2003) ed uno all'adeguamento del domicilio (Corbetta, 2003).
 - La normativa del Servizio Sanitario Nazionale (legge 493, 3-12-1999; decreto 7619, 6-5-2002 della Regione Lombardia).
- 2) **Progettazione ed interventi diretti**
Interventi concreti sull'esempio (come spesso accade in ambito di servizi alla persona anziana - ma utili a tutti) della Finlandia. Ad Oulu, ingressi condominiali, ingressi di alloggi, cucine, bagni e scale sono stati adeguati - previa ricognizione - mediante un accordo tra enti locali (municipalità, regione) e dipartimento di architettura della locale università (Somri, 2004).

Anche in Italia sono apparse opportunità di aiuto concreto per rendere più sicura l'abitazione delle persone anziane, con supporto pubblico (www.provincia.milano.it).

Va dato merito alla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria per aver iniziato a presentare sul suo sito (<http://www.sigg.it>) strumenti tecnologici utili alla sicurezza domestica; negli USA, è diffuso un mercato telematico che promuove interessanti e spesso convenienti soluzioni, "fai da te" (<http://www.dynamic-living.com/>).

CONCLUSIONI

- 1) Da tempo, in gerontologia, si ripete l'invito per gli operatori geriatrici ad includere l'ambiente domestico nella valutazione multidimensionale dell'anziano fragile.
- 2) Nel determinismo del fenomeno incidente domestico intervengono fattori fissi e variabili. Per fattori fissi si intendono: "...un soggetto che è suscettibile di essere coinvolto, un agente che provoca l'infortunio e un ambiente che favorisce l'evento". Le variabili sono invece i "...fattori personali o sociali, la pubblicità, la moda, il progresso o le tradizioni". (<http://www.ccm.ministerosalute.it>)

BIBLIOGRAFIA

- Colombo M, Fabris N, Tarantola M, Bonfanti M, Allodi C. Gli incidenti domestici degli anziani: tra miti e dati. Proposta al Giornale di Gerontologia (proposto).
- Corbetta S. Adeguamento dello spazio domestico. In: Noto V. Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio. Torino: UTET, 2003.
- Guaita A. I farmaci, l'anziano, l'educazione sanitaria. In: Guaita A, Vitali SF, Colombo M, Ceretti A. Gerontologia preventiva ed educazione sanitaria. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1991.
- Metlay JR, Cohen A, Polsky D, Kimmel SB, Koppel R, Hennessy S. Medication safety in older adults: home-based practice patterns. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 976-982.
- Somri L. Idoneità degli edifici residenziali per gli anziani ad Oulu. *Abitare e Anziani* 2004; 5/6: 45-52.
- Springhetti I. Incidenti domestici. In: Noto V. Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio. Torino: UTET, 2003.
- Tanner KL. Assessing home safety in homebound older adults. *Geriatr Nurs* 2003; 24: 250-254.
- Tomey MC, Charles J, Nagle C, Jagal S, Kus A, Fisher RH. Risk factors for harm in cognitively impaired seniors who live alone: a prospective study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1435-1441.

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

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

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

INTRODUZIONE

L'Ospedale Diurno Geriatrico, pur nella necessità di rinnovarsi, svolge tutt'oggi un ruolo specifico all'interno della rete dei servizi per gli anziani (Black, 2000). La sua origine lontana è nella Russia del 1917, per i malati di mente, ma la sua applicazione in geriatria è soprattutto nel secondo dopoguerra, nel servizio sanitario della Gran Bretagna (attualmente in quel paese se ne contano più di 1.300). Oggi definire che cosa è un day hospital geriatrico (GDH) non è semplice, potendo poco affidarsi alle definizioni: la difficoltà di definizione lessicale per i servizi socio-sanitari è massima espressione della confusione legislativa che contraddistingue questo secolo italiano¹. Nel mondo non siamo però soli, perché anche la letteratura geriatrica e riabilitativa internazionale presenta modelli operativi fra loro assai distanti; e con lo stesso termine "Day Hospital" si sono nel tempo disegnate realtà molto diverse: da programmi settimanali di cammino e socializzazione, quindi un centro sociale o poco più (Woodford-Williams, 1962) a programmi di riabilitazione da unità intensiva (Cummings, 1985). Non stupisce perciò che alcuni autori abbiano sostenuto l'i-

nefficacia dell'intervento del Day Hospital Geriatrico (Siu, 1994), peraltro in contrasto con le conclusioni di altri (Richardson, 1995). Nonostante l'uso del termine per una serie di interventi di tipo diagnostico, o di mini interventi specialistici nell'ospedale per acuti, in maggioranza il modello "geriatrico" viene accostato a quello "riabilitativo", configurando quindi una modalità operativa fortemente orientata agli aspetti funzionali e dalla promozione dell'autonomia, come appare negli studi selezionati da una "Cochrane review" dedicata al tema (Forster A, 2000). In essa si affrontano i dubbi sull'efficacia del servizio, revisionando 12 studi (22 GDHs e 2.867 pazienti) che lo confrontano con altri tipi di cure, soprattutto domiciliari. Non si evidenziano differenze a lungo termine per quanto riguarda la sopravvivenza; il GDH garantisce risultati migliori, in confronto alle cure non globali, se oltre alla mortalità si considerano altri esiti negativi al follow up, (RR²=0.73; CI: 0.53-1; P<0.05), compresi gli aspetti legati all'autonomia (RR: 0.60; CI: 0.38-0.97; P<0.05). La Cochrane conclude che il GDH è più efficace del non intervento, ma i suoi vantaggi rispetto ad altri servizi non sono chiari. Risulta però chiara anche una accentuata diversità operativa fra i vari servizi posti a con-

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

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

Formule: (n. casi malattia/n. casi sani) x (n. controlli sani/n. controlli malati).

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

DEFINIZIONE DEL MODELLO

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

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

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

Gli obiettivi dell'ospedale diurno definiti dalle già citate "Linee Guida", suddivisi per le due funzioni principali individuate (A - Funzioni diagnostico/valutative; B - Funzioni terapeutica e riabilitativa) con gli schemi procedurali, sono riportati in Tabella 1.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL DAY HOSPITAL DELL'ISTITUTO GERIATRICO GOLGI

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

Occupava una superficie di oltre 2000 mq che comprende: ambulatori, 2 palestre (una motoria e una per la terapia occupazionale); box per trattamenti individuali, zona accoglienza; sala prelievi; sala pranzo; bagni. Può usufruire di una serie di consulenze specialistiche e assicura tutte le valutazioni diagnostiche strumentali necessarie.

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

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

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

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

- Modalità "ospedaliera" del G DH

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

- Modalità "non ospedaliera" del G-DH

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

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

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

segue

segue **Tabella 1**

B - FUNZIONE TERAPEUTICA E RIABILITATIVA. SCHEMA PROCEDURALE:

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

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

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

POPOLAZIONE

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

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

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

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

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

ESPERIENZE

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

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

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

DAY HOSPITAL GERIATRICO: ANALISI DEI RISULTATI

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

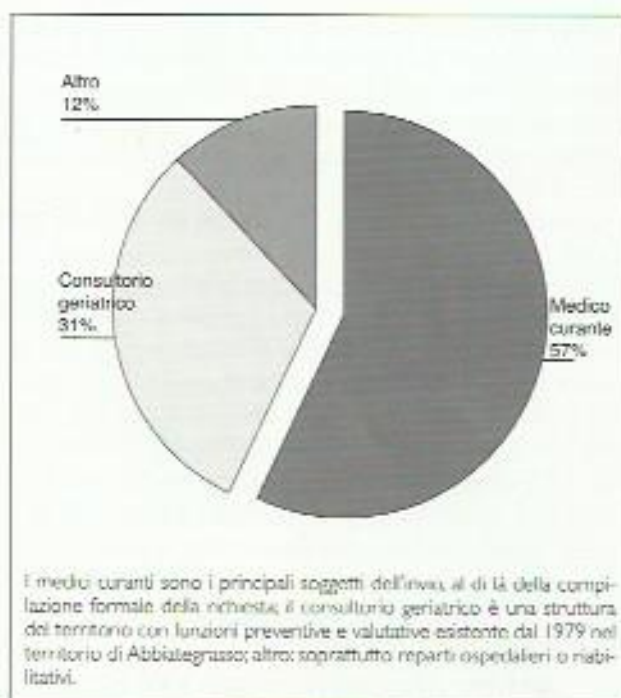


Figura 1 - Distribuzione dei soggetti che indirizzano al Day Hospital gli anziani.

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

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

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

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

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

COMMENTO E CONCLUSIONI

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

- Black DA. The modern geriatric day hospital. *Hosp Med* 2000; 61: 539-43.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1: 37.
- Cairati M, Perelli Cippo R, Guaita A, Ferrari D, Lionello V, Colombo M. Day Hospital geriatrico: un approccio globale fra fragilità e salute. *G Gerontol* 2002; 50 (5-5): 77.
- Cerati M, Perelli Cippo R, Miramonti C, Calcatera C, Gatti L, Castiglioni S, Lanza C, Guaita A. Efficacia della fisioterapia di gruppo in una popolazione anziana con disturbi dell'equilibrio e di deambulazione: studio caso-controllo. *G Gerontol* 2004; 52 (5-5): 14.
- Colombo M, Vitali S, Guaita A. The Geriatric Counseling Service: an 18 years experience on preventive socio-sanitary service for elderly people. In: Michel JP, Rubenstein LZ, Velles BJ, Albarede JL. *Geriatric Programs and Departments Around the World*. Springer Publishing Co, Sordis Publisher, New York-Paris, 1998: 429.
- Cummings V, Kemner JF, Arones S, Steinbock C. Day Hospital service in rehabilitation medicine: an evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 86-90.
- Editorial Self esteem. *Lancet* ii 943, 1988.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 129.
- Forster A, Young J, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001730.
- Lawton MB, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179, 1969.
- Richardson SK, Huang A, Pacheco D, Gayton D. Geriatric Day Hospital (letter). *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1179.
- Su AL, Murshita L, Blaustein J. Comprehensive Geriatric Assessment in a Day Hospital. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1094.
- Tavetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New Engl J Med* 1988; 319: 1701.
- Tousignant M, Hébert R, Desrosiers J, Ijlander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing* 2003; 32: 53-9.
- Trabucchi M, Casale G, Bonaccorso O, Guaita A. Assistenza e Riabilitazione Geriatrica - L'incendio per Istituti di Riabilitazione, Residenze sanitarie Assistentziali, Day Hospital. Franco Angeli, Milano, 1998.
- Woodford Williams F. The Day Hospital in the community care of the elderly. *Gerontol Clin* 1962; 4: 241-45.

La formazione universitaria nelle Strutture Intermedie

Luciano Belloi, Angelo Garruti*

Cattedra di Geriatria e Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; U.O.C. "Cure Geriatriche Territoriali"

* *Cattedra di Geriatria e Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

La moderna pratica medica deve dedicare più attenzione alle problematiche riguardanti le reali necessità di cura e assistenza della popolazione nell'attuale momento storico (Nair et al., 2003), incrociando e facendo collimare le conoscenze scientifiche disponibili con le richieste di salute che giungono alla comunità medica da parte della popolazione reale.

È fatto da tempo noto che le malattie ad andamento cronico stanno assumendo sempre maggiore importanza rispetto alle malattie ad andamento acuto, e ciò non può non trovare corretto riscontro nella risposta della comunità (Bodenheimer et al., 2002), che deve adeguarsi alle necessità attraverso i suoi medici, i loro formatori e le soluzioni assistenziali.

Peraltro sarebbe auspicabile un'anticipazione delle richieste di salute che si presenteranno nel futuro piuttosto che arrancare, poi, nel tentativo di rispondere a richieste che per numero e metodo possono configurare un'emergenza: l'emergenza delle malattie croniche.

Sono troppi i segnali quotidiani che denotano impreparazione a gestire il malato a lungo termine che presenta comorbidità, il malato psichiatrico invecchiato, l'handicap divenuto anziano, il paziente in stato vegetativo, il paziente "disturbante", la persona con demenza in fase terminale, i "resuscitati" con tracheotomia e/o con nutrizione artificiale, ecc.

È quindi improcrastinabile, con particolare riferimento al paziente anziano, l'identificazione di setting assistenziali e di criteri applicativi della moderna pratica medica, per adattare e possibilmente anticipare i principi generali e particolari della formazione dei professionisti dedicati alla salvaguardia della salute e dell'autosufficienza.

Particolare attenzione va, quindi, dedicata a quei principi generali che possono contribuire ad una sostanziale innovazione della formazione medica (Pham et al., 2004). Nello specifico i cardini della didattica possono essere almeno in parte delineati secondo i seguenti punti:

- la formazione medica richiede uno sviluppo organico che tenga conto delle necessità dei pazienti, della comunità e dei curanti per dare risposte attuali di salute, ma anche per predisporre risposte efficaci alle richieste di salute subentranti (Holman, 2004);
- l'attuale formazione medica è prevalentemente sviluppata sul malato acuto presente in ospedale, mentre la maggior parte dell'attività medica interesserà il malato cronico, in particolare anziano, presente a domicilio o nelle strutture intermedie;
- la gestione del malato a lungo termine non rappresenta una diluizione nel tempo degli interventi in acuto, bensì necessita di specifiche conoscenze ed adeguati programmi terapeutici, nonché di "case management" profondamente diversi dalla gestione delle acuzie (Department of Health 1);
- la cura e l'assistenza a lungo termine non è figlia minore del trattamento delle patologie acute, ma ha propria dignità, conoscenze e metodi, con grande impatto anche economico, superiore alla malattia acuta - negli USA le malattie croniche sono attualmente la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi per la salute, raggiungendo il 78% della spesa sanitaria (Holman, 2004). Inoltre, circa l'80% delle consultazioni richieste al medico di medicina generale sono poste da pazienti con malattie croniche (Department of Health 1).

LONG TERM CARE E STRUTTURE INTERMEDIE

L'assistenza e cura a lungo termine è stata, negli ultimi tempi, spesso identificata con il modello del "The Kaiser Permanent Triangle" (Fig. 1), che permette in verità di superare una certa aspecificità di definizione del mondo delle cure prolungate, per avvicinarsi ad una classificazione che permetta di individuare meglio i grandi campi di interesse. Evidenti risultano, inoltre, le implicazioni che riguardano anche le sedi in cui applicare i programmi di cura.

In una gerarchia di complessità, si procede dalla malattia a basso rischio in cui vi è una necessità di intervento ai fini di una corretta autovalutazione nel tempo (Department of Health 2), per arrivare a condizioni ad alta complessità di gestione, in cui è il *case management* il cuore dell'intervento.

Questo tipo di presa in carico a lungo termine si attua a domicilio e, in particolar modo, nelle strutture intermedie, setting in cui la Geriatria da tempo ha individuato gli obiettivi di un intervento che tenga conto della comorbidità, della tendenza alle complicanze, della tendenza alla perdita dell'autosufficienza; la risposta si concretizza nel trattamento della comorbidità, nella valutazione multidimensionale, nella continuità assistenziale e nella intensività dei programmi a lungo termine.

Sviluppo della richiesta assistenziale nelle Strutture Intermedie

Una ricerca sviluppata nella regione Emilia Romagna negli anni '90 sulla casistica di anziani ricoverati nelle Case di Riposo (circa 11.000) mise in evidenza come le cause di istituzionalizzazione fossero rappresentate da malattie invalidanti in circa il 95% dei casi e solo nel 5% prevalevano problematiche di tipo sociale (povertà, solitudine, ecc.). Le grandi sindromi geriatriche (demenza, ictus, malattie osteoarticolari, malattie cardiovascolari) rappresentavano da sole quasi l'80% delle malattie causa del ricovero in Casa di Riposo, rendendo fin da allora chiaro che di riposo non si trattava, bensì di cura e assistenza a lungo termine.

Oggi più propriamente si parla di "Strutture di Cura Intermedie", alla ricerca di una specificità delineata dalle modalità di cura e dalla selezione della casistica. Risulta sempre più necessario rispondere ad una richiesta di cura e assistenza articolata e sviluppata in pro-

cessi continuativi a lungo termine (Jerant, 2005), dove si possano realizzare percorsi assistenziali virtuosi all'interno della struttura e nella relazione con gli altri servizi (Fig. 2).

La proposta futura conferma la necessità di incrementare i programmi assistenziali nei confronti dei malati con compromissioni funzionali rilevanti, per almeno due motivi:

1. la maggiore longevità non è dimostrato che si accompagni ad un minor periodo di disabilità;
2. la struttura familiare sembra destinata ad una minore "forza assistenziale", determinata dall'incremento



Figura 1 - Modello per la gestione del paziente nel long term care: The Kaiser Permanent Triangle.



Figura 2 - RSA - Funzioni future.

ESPERIENZE

dei grandi anziani a fronte di una diminuzione degli anziani (adulti maturi) che possano dedicarsi all'assistenza. È probabile che gli incentivi economici alla domiciliarità potranno ridurre la richiesta di servizi di cure intermedie (Fig. 3).



Figura 3 - Prospettive future.

CARATTERISTICHE DIFFERENZIALI DELLE STRUTTURE INTERMEDIE

È più di una convinzione che le Strutture Intermedie abbiano la capacità di essere luogo di cultura, formazione e innovazione, fondate specialmente sulla raccolta di informazioni della storia clinica e sull'esame obiettivo con il successivo confronto e valorizzazione con dati raccolti attraverso strumentazioni specifiche avanzate, anche se con tecnologia non particolarmente complessa.

La diversa cultura è fondata su un programma curativo personalizzato e sviluppato nel lungo termine, non come diluizione di un intervento acuto, ma, bensì, come tecnica curativa e assistenziale specifica.

La formazione dovrà svilupparsi sulla cura a lungo termine con i relativi problemi inerenti il monitoraggio dell'evoluzione, l'appropriatezza della terapia farmacologica a lungo termine, le interazioni con altri farmaci ed altre patologie; è indispensabile inoltre valutare un contesto di sfondo dove esistono altre variabili come il dolore, il comportamento e la nutrizio-

ne che richiedono monitoraggio e risposte senz'altro "intensive".

Anche lo sviluppo tecnologico, diverso ma non meno importante, potrà (e dovrà) rispondere al monitoraggio nel lungo periodo, aiutando a qualificare la risposta assistenziale (strutture senza dolore, strutture informatizzate, contrasto della fatica e valorizzazione della comunicazione, ecc.).

È necessario orientare la formazione, la dotazione tecnico culturale e tecnologica verso la valorizzazione degli elementi della cura a lungo termine, che costituiscono un patrimonio specifico relativo alla modalità di approccio, ai criteri di strategia assistenziale, agli obiettivi e finalmente alla originalità complessiva del progetto di cura assistenziale in cui la valorizzazione del contesto (anche dei caregiver) è indispensabile.

LA DIDATTICA NELLE STRUTTURE INTERMEDIE

Da molte parti, anche se non da troppo tempo, stanno emergendo osservazioni sulla pertinenza tra formazione medica e richieste di salute da parte della popolazione. L'Assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna dichiarava alla Conferenza Sanitaria Territoriale (28 febbraio 2003): "Nella fase in cui si sta procedendo al rinnovo degli accordi con l'Università, in una situazione che vede il 55% delle risorse del sistema destinate alle attività extra ospedaliere, occorre estendere i rapporti al di fuori delle aziende di riferimento, coinvolgendo l'Ateneo nei processi formativi ed assistenziali ove si consuma la maggior parte delle risorse e si registra il maggior numero di accessi da parte dei cittadini". Sicuramente sono da collocare nel 55% delle risorse assistenziali extra-ospedaliere le Strutture Intermedie (ex Case di Riposo). D'altra parte la laurea in Medicina e Chirurgia prevede che lo studente acquisisca "la capacità di integrare i segni e le alterazioni strutturali e funzionali dei singoli apparati in una visione globale e unitaria della stato complessivo di salute del singolo individuo, aggregandoli sotto il profilo preventivo e diagnostico".

La convergenza tra Ente Regionale, preposto all'amministrazione della salute dei cittadini, e l'Università, chiamata ad adeguare e modernizzare i percorsi formativi dei nuovi medici, ha portato alla istituzione di una Unità Operativa Complessa Territoriale (Fig. 4) nell'ambito della quale integrare attività assistenziale, didattica e di ricerca.



Figura 4 - Unità Operativa Complesso Territoriale.

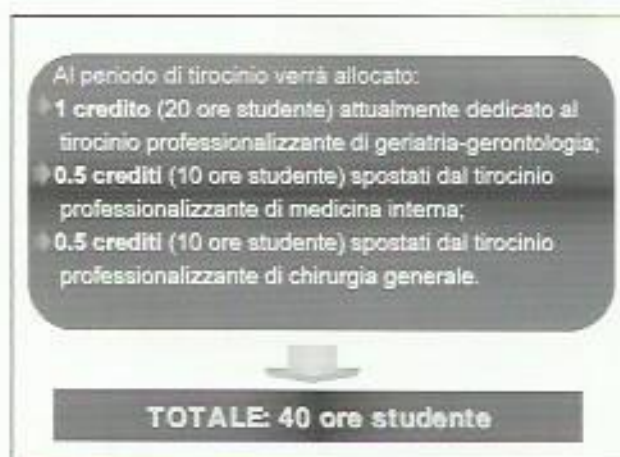


Figura 5 - Percorso didattico.

ATTIVITÀ DIDATTICA

Tenuto conto dell'obiettivo fondamentale di estendere al territorio la didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, si è ritenuto che le Strutture Intermedie potessero essere la sede formativa insostituibile per lo sviluppo delle conoscenze riguardanti la *long term care* e la continuità assistenziale, portando lo studente del VI anno di Medicina ad apprendere nozioni fondamentali per curare ed assistere in modo appropriato l'anziano fragile e disabile in ogni setting, evitando per quanto possibile i ricoveri ospedalieri.

Il percorso didattico prevede (in collegamento con le lezioni ex cattedra) un programma di insegnamento tutoriale dedicato agli studenti del VI anno, avente per oggetto l'apprendimento delle metodiche e procedure applicate nelle Strutture Intermedie. Al periodo di tirocinio corrisponderanno due crediti per un totale di 40 ore studente (Fig. 5). Più in dettaglio lo studente dovrà acquisire competenze sulla valutazione multidimensionale, sulla comorbidità e terapia inerente sulla diagnosi ambientale, sull'utilizzo di strumenti diagnostici di base.

In conclusione, vale la pena sottolineare come il risultato formativo sarà fortemente condizionato dall'ap-

profondimento propedeutico, soprattutto nell'ambito della fisiopatologia e della metodologia clinica, delle caratteristiche peculiari dell'anziano; queste prevedono l'approfondita conoscenza semeiologica della condizione fisica e psichica, le diverse forme di presentazione della malattia nell'anziano – con particolare attenzione alle atipicità di manifestazione – e alle peculiarità fisiopatologiche e terapeutiche che nel lungo termine assumono specifiche connotazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Bodenheimer T, et al. Improving Primary Care for Patient With Chronic Illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779.
- Department of Health 1. Improving Chronic Disease Management.
- Department of Health 2. Self Care: A Real Choice Self Care Support - A Practical Option.
- Holman H. Chronic Disease - The Need for a New Clinical Education. *JAMA* 2004; 292.
- Jerant AF. Walk a Mile in My Shoes: A Chronic Illness Care Workshop for First-year Students. *Fam Med* 2005; 37 (1): 21-6.
- Nair RR, et al. Reforming medical education to enhance the management of chronic disease. *MJA* 2003; 179: 257-259.
- Pham HH, et al. Training U.S. Medical Students to Care for the Chronically Ill. *Acad Med* 2004; 79: 32-41.

La cura del delirium: un luogo per la collaborazione tra medico ed infermiere

Giuseppe Bellelli^{*,**}, Marco Pagani^{*}, Vincenzo De Marco^{*}, Marco Trabucchi^{**}

^{*} Ospedale Arcelle della Carità, Cremona

^{**} Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

Lo stato confusionale acuto (delirium) è una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulla cognitività e sulle capacità percettive. Dal punto di vista clinico si caratterizza per la variabilità dei sintomi, sia in termini quantitativi che qualitativi, e per la compromissione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, del pensiero astratto, della memoria, del comportamento e del ritmo sonno-veglia. Il delirium colpisce oltre un terzo di tutti gli anziani ospedalizzati ed è associato un maggior numero di complicanze biomediche, un prolungamento della durata della degenza, un minor recupero funzionale alla dimissione, ed aumentati costi e mortalità (Margiotta et al., 2005; Lipowski, 1989). In alcuni casi, i sintomi del delirium tendono a permanere anche dopo la dimissione dai reparti ospedalieri per acuti, impedendo il ritorno al domicilio e richiedendo il ricovero in strutture di riabilitazione o di lun-

godegenza (Marcantonio et al., 2005; Marcantonio et al., 2003). Ad esempio, uno studio recentemente pubblicato sul *Journal of American Geriatric Society* ha riscontrato, in una popolazione di soggetti trasferiti da reparti ospedalieri in reparti riabilitativi, una prevalenza di delirium all'ammissione del 15% (Marcantonio et al., 2003). Tale prevalenza si avvicinava addirittura al 70% laddove venivano considerati i casi di delirium subsindromico, cioè quelle condizioni nelle quali sono presenti solo alcuni e non tutti i sintomi che consentono di porre diagnosi di delirium (Marcantonio et al., 2003). Il delirium può persistere anche molto tempo dopo (> 1 anno) la dimissione dai reparti di riabilitazione (Levkoff et al., 1992; Kiely et al., 2004).

Per tutti questi motivi il delirium deve essere considerato una priorità clinica nei reparti ospedalieri, riabilitativi e di lungodegenza. Poiché la patogenesi del delirium è quasi sempre sostenuta da una causa somatica, la persistenza del delirium può anche essere intesa come un marcatore d'inefficacia delle cure fornite e nel contempo

rappresenta un possibile target di intervento per migliorare la qualità del servizio. In quest'ottica, tutti i componenti dell'équipe sono chiamati a fornire il proprio contributo, ed in particolare l'infermiere ed il medico, che dell'équipe sono gli attori principali.

TIPOLOGIE CLINICHE E CAUSE DEL DELIRIUM

Il delirium può essere distinto sulla base delle modalità con cui si manifesta in:

- ipercinetico, quando è caratterizzato dal riscontro, all'esame obiettivo, di ansia, iperattività o aggressività;
- ipocinetico, quando invece prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio;
- misto, quando il corredo sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni (Lipowski, 1983).

Il delirium è definito prevalente quando è presente all'ammissione in reparto, mentre è incidente quando si sviluppa nel corso della degenza. Dal punto di vista eziopatogenetico, il delirium può ave-

re molteplici cause, quasi sempre di natura organica. Il modello concettuale di riferimento per comprendere la complessa natura del delirium è quello teorizzato dalla Inouye e colleghi, nel quale entrano in gioco fattori predisponenti e fattori scatenanti. Il lavoro originale identificò 4 fattori predisponenti (deficit visivo e uditivo, deterioramento cognitivo, gravità della malattia acuta e disidratazione) e 5 scatenanti (uso di mezzi di contenzione fisica, malnutrizione, aggiunta di 3 o più farmaci durante la degenza, uso di catetere vescicale, qualunque evento iatrogeno occorso durante la degenza ospedaliera) (Inouye et al., 1993; Inouye e Charpentier, 1996). Fattori predisponenti e fattori scatenanti possono interagire tra di loro e determinare lo sviluppo del delirium con un rapporto dose-effetto. In un paziente fragile, infatti, le cui condizioni cliniche e funzionali premorbide sono già compromesse, sarà sufficiente un fattore scatenante anche di lieve entità (ad esempio l'aggiunta di un blando ipnoinducente) per alterare il delicato equilibrio omeostatico cerebrale. In un paziente "robusto", viceversa, sarà necessario un fattore precipitante di intensità molto elevata (ad esempio un intervento chirurgico in anestesia generale) per indurre il delirium. In letteratura sono stati proposti alcuni acronimi per ricordare schematicamente le possibili cause di delirium. Le linee guida della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria suggeriscono l'utilizzo dell'acronimo (Mussi e Salvioli, 2000) VINDICATE (*Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine*). Flaherty (Flaherty e Morley,

2004) ha proposto l'acronimo DELIRIUMS (*Drugs, Emotional, Low oxygen, Infection, Retention of urine or stool/Restrains, Ictal, Undernutrition/Underhydration, Metabolic, Subdural/Sleep deprivation*). Tali acronimi sono utili non soltanto per districarsi nella complessità della pratica clinica, ma anche perché enfatizzano l'importanza di evitare di trattare con farmaci sintomatici (sedativi), senza prima aver cercato di individuare la causa.

Uno degli argomenti nuovi nel complesso "capitolo" del delirium è quello del delirium superimposto a demenza (DSD). Mentre in passato si riteneva che il delirium fosse una condizione clinica nettamente distinta dalla demenza, studi recenti hanno dimostrato che i due fenomeni (delirium e demenza) possono sovrapporsi. Il DSD

ha una prevalenza del 20-25% in soggetti residenti al proprio domicilio e del 50-89% in soggetti ricoverati in ospedale (Fick et al., 2005). Questi soggetti hanno di solito una prognosi peggiore rispetto a coloro nei quali è riscontrabile soltanto il delirium o soltanto la demenza. Tenuto conto dell'elevata prevalenza ed incidenza delle persone affette da demenza e dell'elevata comorbilità dei pazienti anziani che vengono ricoverati in ospedale (che è un fattore di rischio per l'insorgenza di complicazioni cliniche in grado di scatenare il delirium), è intuitivo che il DSD rappresenterà un argomento prioritario nel prossimo futuro nell'ambito dei reparti ospedalieri per acuti e nelle riabilitazioni. Nella tabella 1 sono riassunti gli aspetti principali del delirium.

Tabella 1 - Caratteristiche principali del delirium.

Punti da rammentare	Spiegazione
Epidemiologia del delirium	Il delirium ha un'elevata prevalenza nei reparti ospedalieri ed in molti casi si sovrappone, a differenza di quanto si pensava anni fa, ad una condizione di demenza.
Delirium prevalente/incidente	Il delirium è definito prevalente quando è riscontrato all'ammissione in reparto, mentre è definito incidente quando si sviluppa durante la degenza.
Durata del delirium/outcome	Il delirium può durare anche dopo la dimissione dai reparti ospedalieri o di riabilitazione; in questo caso si associa ad outcome peggiori.
Delirium iperinetico/iponinetico/misto	Il delirium è definito iperinetico quando si associa ad ansia, iperattività e/o agitazione; è iponinetico quando si associa a sedazione, ipotività fino alla letargia. È misto quando le due condizioni si alternano in poche ore.
Multidisciplinarietà	Il delirium è una condizione clinica che, per definizione, richiede una stretta collaborazione tra familiari del paziente, medico, infermiere e tutti i componenti dell'équipe.

LE DIFFICOLTÀ DELLA DIAGNOSI DEL DELIRIUM

Nonostante l'elevata prevalenza di delirium e di DSD, queste condizioni cliniche sono sovente misconosciute da clinici e caregiver. Una delle principali motivazioni è che il corteo sintomatologico è talvolta erroneamente attribuito alla demenza. Ad esempio, repentini cambiamenti del comportamento o nello stato mentale possono essere ritenuti variazioni circadiane di sintomi già presenti (*sundowning syndrome*) oppure la progressione della malattia stessa. In altri casi, l'"ateismo" purtroppo ancora molto diffuso in molte divisioni ospedaliere induce a ritenere che il delirium sia parte di un normale processo di invecchiamento e che, per esempio, l'agitazione al risveglio dopo un intervento chirurgico sia del tutto normale.

La difficoltà diagnostica è un problema che riguarda tutta l'équipe sanitaria e non soltanto alcune figure. I medici spesso omettono la diagnosi ed i sintomi e i segni di delirium sono riportati nelle cartelle mediche solo nel 30-50% dei casi (Gustafson et al., 1991; Fick e Foreman, 2000). Il personale infermieristico, generalmente più a contatto con i pazienti e quindi in grado di cogliere meglio le alterazioni tipiche del delirium, documenta il 60-90% dei sintomi del delirium, ma soltanto quando questo è di tipo ipercinetico. La tendenza a non rilevare il delirium ipocinetico probabilmente è da correlarsi al fatto che il paziente affetto da questa forma non attira su di sé l'attenzione, e pertanto non è "problematico" per lo staff. Ad esempio, Fick e collaboratori (Fick e Foreman,

2000), in uno studio nel quale erano stati inclusi pazienti con e senza decadimento cognitivo, hanno dimostrato che mentre tutti i familiari intervistati erano stati in grado di riconoscere un cambiamento dello stato mentale nel proprio congiunto, nella stragrande maggioranza dei casi (88%) il delirium non era stato riconosciuto dal personale sanitario, medico o infermieristico. In tutti i casi si trattava di delirium ipocinetico. Questi dati richiamano l'importanza dell'educazione alla diagnosi nei setting di cura, al fine di migliorare la sensibilità diagnostica e, indirettamente, la prognosi dei soggetti affetti da delirium. Recentemente il nostro gruppo ha dimostrato che l'uso quotidiano di strumenti di monitoraggio specifici dello stato di vigilanza, quali il *Confusion Assessment Method* e la *Richmond Agitation and Sedation Scale*, in associazione alla formazione dello staff assistenziale può elevare la sensibilità diagnostica nei confronti del delirium. Nel volgere di un solo anno, infatti, grazie all'implementazione di questi strumenti e dopo un intervento formativo sul personale di assistenza, la prevalenza di delirium riscontrato all'ammissione è aumentata dal 15,4% al 20,0%, mentre la prevalenza di delirium incidente si è praticamente azzerata (Speciale et al., 2005).

IL DELIRIUM ABATEMENT PROGRAM (DAP)

Negli Stati Uniti, il gruppo di Marcantonio, studioso che da sempre si occupa di delirium, ha recentemente proposto un programma di prevenzione e management del delirium, definito *Delirium Abatement Program (DAP)*, che potreb-

be diventare un *modus operandi* nei reparti di riabilitazione post-acuta e che di seguito vogliamo presentare (Bergmann et al., in press).

Il DAP è stato sviluppato nel 2000 nell'ambito di un progetto di ricerca del National Institute on Aging. Il principale obiettivo è ridurre la durata del delirium nei soggetti trasferiti da reparti ospedalieri per acuti in strutture di riabilitazione nei quali sia stato riscontrato delirium all'ammissione. Il programma fu implementato in 8 *skilled nursing facilities* (Residenze Sanitarie Assistenziali) dell'area di Boston, Massachusetts e constava di 4 moduli, a loro volta desunti da una precedente esperienza nella prevenzione del delirium in pazienti con frattura di femore (Marcantonio et al., 2001).

Screening del delirium

Il primo modulo è stato predisposto per lo screening del delirium e richiama i segni necessari per porre la diagnosi:

- facile distraibilità;
- alterata percezione della realtà o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante, che può determinare periodi di irrequietezza o al contrario di apatia;
- eloquio disorganizzato;
- fluttuazione delle performances cognitive nell'arco della giornata.

All'infermiere viene chiesto di compilare un modulo predisposto (Tab. 2) il più rapidamente possibile dopo l'ammissione in reparto, e di ripetere la compilazione dopo 5 giorni o se viene notato un cambiamento dello stato mentale. Per completare il modulo, è necessario intrattenere colloqui con gli altri componenti dello staff ed i familia-

Tabella 2 - Minimum Data Set di screening del delirium (modificato da Marcantonio et al., J Am Geriatr Soc in press).

SI	No	Facile distraibilità (es. difficoltà nel mantenere l'attenzione; divagare) Chiedere al paziente: Mi può ripetere i giorni della settimana di contorno, partendo dal sabato? (È possibile suggerire "Quale giorno precede il sabato?"; se il paziente si ferma in qualunque momento, si può dire "Qual è il giorno precedente all'ultimo che ha menzionato?" Si possono fornire 2 suggerimenti per giorno) Se il paziente non è in grado di eseguire correttamente l'esercizio o si rifiuta, cerchiare "SI"
SI	No	Periodi di percezione alterata o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante (es. parlare con qualcuno che non è presente; udire, sentire o percepire qualcosa che può non essere presente in quel luogo; credere di essere in un altro luogo; confondere il giorno con la notte) Chiedere al paziente: Vede, sente o percepisce delle cose strane? Se il paziente risponde sì o se si osservano tali comportamenti, cerchiare "SI"
SI	No	Episodi di eloquio disorganizzato (es. l'eloquio è incoerente o sconnesso, privo di significato, irrilevante; fuga del pensiero; affermazioni fra loro contraddittorie) Chiedere al paziente: Cosa l'ha condotta in ospedale? Perché è qui ora? Se il paziente risponde in modo inappropriato o illogico, cerchiare "SI"
SI	No	Periodi di irrequietezza (es. agitarsi, vestirsi e rivestirsi, giocare con il fazzoletto; cambiare frequentemente posizione; urinare) Osservare il paziente: Se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "SI"
SI	No	Periodi di apatia (sonnolenza o indolenza; sguardo fisso nello spazio; difficoltà a risvegliarsi; limitato movimento del corpo) Osservare il paziente: Se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "SI"
SI	No	Fluttuazione delle performances cognitive nel corso della giornata (es. a volte meglio, a volte peggio; i comportamenti compaiono e scompaiono) Considera le differenze a livello comportamentale o cognitivo fra i diversi riscontri o fra il giorno e la notte Se uno qualsiasi di tali cambiamenti è presente, cerchiare "SI"

Il modulo deve essere completato per ogni paziente entro 2 giorni dall'ammissione. Può essere ripetuto entro 5 giorni se è notato un cambiamento dello stato mentale. La compilazione accurata di questo strumento richiede conversazioni con lo staff assistenziale ed i familiari. Per ogni item cerchiare la voce SI laddove presente e No se assente.

ri del paziente. È sufficiente che sia presente anche uno soltanto dei segni considerati per accedere ai moduli successivi.

Assessment e trattamento delle cause del delirium

Il secondo modulo ricorda le potenziali cause di delirium (Tab. 3). Come abbiamo già visto, possono essere utilizzati alcuni acronimi, ma il DAP propone un'altra modalità. Si tratta di completare una checklist che prende in considerazione, a differenza degli altri acronimi, anche il dolore come una delle possibili cause. Anche in questo caso è l'infermiere il principale attore della strategia di cura e discute con il medico i possibili interventi per rimuovere la/le cause.

Prevenzione e gestione delle complicanze del delirium

Il terzo modulo richiama le possibili complicanze del delirium e offre consigli per la prevenzione (Tab. 4). Poiché il delirium, infatti, condiziona la capacità di giudizio del paziente e lo pone a rischio di ulteriori complicanze, quali ad esempio le cadute, spesso l'équipe ricorre a misure di contenimento farmacologico e/o non farmacologico (mezzi di contenzione), che, invece, è necessario evitare. Gli interventi preventivi proposti includono invece la stretta sorveglianza del paziente, il suo coinvolgimento in attività relazionali, misure di igiene del sonno, ecc.; sono invece esclusi farmaci sedativi e i mezzi di contenzione fisica.

Strategie di riabilitazione del delirium

Il rationale del quarto modulo è che un ambiente idoneo aiuta a migliorare le performances cognitive e funzionali del soggetto con delirium. Nella tabella 5 sono rias-

Tabella 3 - Assessment e trattamento delle potenziali cause di delirium.

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Sì/No	
Farmaci	<ul style="list-style-type: none"> Nuovi farmaci, modificazioni del dosaggio o discontinuità nella somministrazione Farmaci con effetti neurologici (es., sedativi, narcotici, anticolinergici) Se sì, contattare il medico per eventuale correzione della terapia	Sì	No
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> Segni/segno di infezione: febbre, congestione, lesione arrossata, secrezioni purulente Infezione delle vie urinarie, polmonite, ferita infetta, altro Se sì, contattare il medico per esami del sangue, colture, terapia antibiotica	Sì	No
Liquidi	<ul style="list-style-type: none"> Disidratazione: mucose disidratate, scarsa assunzione di liquidi, febbre, diarrea, terapia diuretica Scompenso cardiaco: dispnea, difficoltà nel cammino, edema agli arti inferiori Se sì, contattare il medico per eventuale terapia intravenosa/diuretica	Sì	No
Dolore non controllato	<ul style="list-style-type: none"> Dolore non controllato: dolore riferito, smorfie, agitazione Le dosi dei farmaci per il controllo del dolore è adeguata, sono stati prescritti farmaci non narcotici, sono stati utilizzati farmaci per il controllo del dolore solo al bisogno e non regolarmente Se sì, contattare il medico per eventuale correzione della terapia e per accorgimenti non farmacologici: posizionamento, impacchi freddi o caldi	Sì	No
Ritenzione urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Revisione schede minzionali: vi sono perdite rilevanti di urina o vi è oligoanuria Gonfiore addominale all'esame obiettivo dell'addome Se sì, contattare il medico per eventuale cateterizzazione, correzione terapia farmacologica e consulenza urologia	Sì	No
Occlusione fecale	<ul style="list-style-type: none"> Revisione schede intestinali: vi sono anomalie del transito intestinale Esame addome per gonfiore addominale: esplorazione rettale per individuare fecaloni o feci liquide Se sì, contattare il medico per svuotamento, altri interventi	Sì	No
Altro	Nuovi problemi medici, valori di laboratorio anomali, condizioni mediche croniche che si sono destabilizzate, altro (descrivere)	Sì	No
	Se sì, contattare il medico per rivalutazione della gestione		

sunti alcuni interventi che l'équipe può effettuare sull'ambiente, sul paziente e sui caregiver. Tra gli interventi riabilitativi è previsto un "Delirium Care Package", che include un calendario (1 giorno per ogni pagina scritto a grandi caratteri) ed un orologio da posizionare sopra la testata del letto del paziente. Per i familiari è prevista una brochure che sintetizza le caratteristiche cliniche del delirium, le sue

cause e le strategie di prevenzione e management. Il modulo contiene anche suggerimenti per la riabilitazione delle funzioni cognitive.

CONCLUSIONI

Da un punto di vista clinico, il delirium rappresenta oggi una delle sfide più difficili della geriatria, una sfida che richiederà un enorme im-

pegno negli anni a venire. Il delirium continuerà a rappresentare ancora per alcuni anni un pesante fardello economico per la società, un temibile fattore di rischio di mortalità a breve e lungo termine ed un intricato rebus dal punto di vista dei meccanismi etiopatogenetici per clinici e ricercatori.

Da un punto di vista pratico, però, il delirium offre un'opportunità unica. Può infatti essere l'occasione

Tabella 4 - *Mnemonic per la prevenzione e la gestione delle complicanze del delirium.*

<p>1. Incontinenza urinaria/Catetere permanente Rimozione del catetere, a meno che vi sia incontinenza urinaria Impostazione di programma di igiene regolare Se il paziente è in grado di recarsi in bagno in modo autonomo, impostazione di programma di rapida minzione</p>
<p>2. Ulcere da pressione Mobilizzazione del paziente al di fuori del letto, tenendo conto della necessità di sicurezza Se il paziente non può essere mobilizzato, impostazione di programma intensivo di prevenzione delle ulcere da pressione</p>
<p>3. Cadute/ferite Modificazione dell'ambiente circostante per garantire la sicurezza Rimozione, quando possibile, delle contenzioni fisiche Interruzione o riduzione graduale dell'uso di farmaci sedativi</p>
<p>4. Problemi sonno Abolizione dell'uso di sonniferi, anche se prescritti, a meno che falisca il protocollo sottoriportato Realizzazione di programma non farmacologico di igiene del sonno che include: - adesione al normale ciclo sonno-veglia del paziente - riduzione dei "riposi" quotidiani - esposizione quotidiana alla luce del sole - riduzione caffeina e non somministrazione di diuretici nel pomeriggio - esercizio fisico serotino - riduzione dei rumori, dell'illuminazione e di altre fonti di disturbo notturno Realizzazione di protocollo del sonno notturno che include: - possibilità di coricarsi alle 21 o dopo (anche se abitualmente il paziente si corica prima) - utilizzo di luce soffuse durante il riposo notturno - musica rilassante utilizzando cuffie/stereo programmato - bevanda calda decaffeinata - massaggio rilassante alla schiena</p>
<p>5. Malnutrizione/aspirazione Controllo del cibo assunto, focalizzandosi su ciò che è calorico Osservazione del paziente durante l'alimentazione Assistenza per l'alimentazione, quando necessario (incluso alimentarsi con le mani) Abolizione delle restrizioni dietetiche Se vi sono difficoltà con la masticazione o deglutizione, assicurarsi che la posizione del paziente sia adeguata, accertandosi dell'uso della protesi dentaria e dell'umidità delle mucose. Se i problemi persistono, considerare una valutazione formale</p>

per ridisegnare nei reparti geriatrici un modello operativo "interdisciplinare" che attiva tutti i componenti dell'équipe su obiettivi comuni. Il delirium è un tipico esempio di competenza mista: il medico ricerca le cause sulle quali è stato attivato dall'infermiere e insieme a

tutte le altre figure dell'équipe si concertano gli atti opportuni e necessari. L'intervento non ha senso se non è condiviso ed in qualche modo ciò ha ricadute anche sulla qualità complessiva del servizio. Si pensi, ad esempio, al delirium ipocinético, che rischia di essere mi-

sconosciuto da un'équipe disattenta, mentre è prontamente riconosciuto e curato da un'équipe competente, con tutto ciò che ne consegue in termini di salute per i pazienti.

Il delirium inoltre può anche essere utilizzato come un marker dell'evoluzione clinica del paziente. Il medico, e con lui l'équipe, modificano i propri atteggiamenti terapeutici alla stessa stregua di quanto si verifica in un paziente con la febbre. Se il delirium persiste, indirettamente ciò significa che l'équipe non è stata in grado di individuare le cause sottostanti, né di mettere in atto gli interventi di management necessari. Al contrario, la rimozione del delirium è il risultato di una serie di interventi appropriati e dell'efficacia dell'équipe. Si potrebbe azzardare che il numero di "delirium risolti" in un reparto di riabilitazione geriatrica e di long-term care potrebbe costituire una nuova outcome measure. È chiaro tuttavia che tutto ciò non è ottenibile se non viene intrapresa un'attività formativa che coinvolga i membri dell'équipe e successivamente i familiari e gli stessi direttori amministrativi degli ospedali. La formazione è infatti una condizione necessaria ed imprescindibile per imparare a riconoscere lo stigma del delirium e per attivare le risposte terapeutiche. Il DAP (Delirium Abatement Program), che in questo articolo è stato presentato, ha già richiesto negli Stati Uniti uno sforzo notevole in termini di formazione. Parallelamente, iniziative di questo tipo dovrebbero essere promosse non soltanto nei singoli setting, ma anche tramite mezzi di stampa e televisivi. In una logica di sensibilizzazione e di formazione continua non occorrerebbero "de-

Tabella 5 - Piana interdisciplinare di cure del delirium.

Data	Problema	
	Il paziente ha sintomi e segni di delirium	
Data	Obiettivo: il paziente dovrà	Data fissata
	Identificare la/e causa/e di delirium e trattarle in modo appropriato	
	Il paziente non dovrà sviluppare complicanze dovute all'alterazione dello stato mentale	
	Il paziente non avrà ulteriori sintomi/segni di delirium a far data dal _____	
Data	Interventi	Disciplina
	Valuta le possibili cause di delirium	
	Farmaci in atto	Medico
	Possibilità di infezioni	Infermiere/medico
	Bilancio idrico (disidratazione, scomp. cardiaco)	Infermiere/medico
	Dolore non controllato	Infermiere/medico
	Ritenzione urinaria e/o fecale	Infermiere/medico
	Sintomo o segno suggestivo (comunicazione)	Infermiere
	Prevenzione e management delle complicanze	
	Rimozione del catetere Foley, se possibile	Infermiere/medico
	Scheda minzionale per prevenire incontinenza	Infermiere
	Minzioni programmate per prevenire incontinenza	Infermiere
	Protocolli prevenzione lesioni da decubito	Infermiere
	Verifica sicurezza ambiente per prevenire cadute	Tutta l'équipe
	Programma sorveglianza stretta	Tutta l'équipe
	Implementa protocolli per riposo notturno	Infermiere
	Verifica introito nutrizionale	Infermiere/dietista
	Verifica disturbi della deglutizione	Infermiere/logopedista
	Recupero della funzione	
	Usa, se caso, supporti protesici (occhiali, protesi)	Tutta l'équipe
	Apporta modifiche ambientali (luci, segnaletica, radio/musiche rilassanti)	Infermiere
	Delirium care package (calendari, orologi)	Infermiere
	Educa familiari sul delirium e sull'importanza delle visite (fornisci brochure su delirium)	Tutta l'équipe
	Verifica la capacità del paziente di partecipare alla cura quotidiana garantendone la sicurezza	Infermiere/psicoterapista
	Implementa monitoraggio delirium nel programma di dimissione e garantisca supporto fino dimissione	Medico/infermiere/caregiver/assistente sociale
	Approccia il paziente con calma e a voce bassa	Tutta l'équipe
	Interloquisci a voce bassa col paziente e mostragli attenzione	Tutta l'équipe
	Tenta di shiftare l'attenzione del paziente quando ha deliri	Tutta l'équipe
	Incoraggia le attività preferite del paziente	Tutta l'équipe
	Supporta il paziente nel mostrargli la realtà	Tutta l'équipe
	Segnala al medico se i segni di delirium persistono	Infermiere

linium rooms", cioè spazi dedicati per trattare pazienti con delirium, ma luoghi normali dove si impara a discutere in un'ottica di condivisione sulle condizioni cliniche del paziente. L'implementazione di scale e protocolli di valutazione dedicati e la discussione insieme all'équipe medica dei casi clinici potrebbe, ad esempio, costituire un buon punto di partenza per intraprendere l'attività formativa ed approfondire le nozioni teoriche. Si potrebbe arrivare in un secondo tempo ad individuare figure di riferimento all'interno dell'équipe (una sorta di "tutor" del delirium), che ricalcherebbe in qualche modo la felice intuizione dei Nuclei Alzheimer, in cui componenti dell'équipe si facevano carico di verificare l'adesione di tutti i componenti ai programmi di formazione, di management che erano stati pianificati.

BIBLIOGRAFIA

- Bergmann MA, Purphy K, Kiely DK, Jones RN, Marcantonio ER. A model for management of delirious postacute care patients. *J Am Geriatr Soc*, in press.
- Fick D, Foreman. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 2000; 26: 30-40.
- Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3 years retrospective study of occurrence, cost and utilisation. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2005; 60A:6: 748.
- Flayler JH, Morley JE. Delirium: a call to improve current standards of care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 341-343.
- Gustafson Y, Brånstrom B, Norberg A. Underdiagnosis and poor document-
- ation of acute confusional state in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 760-765.
- Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly patients: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996; 275: 852-857.
- Inouye SK, Viscoli CM, Ilerwitz RL, I lunt I D, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993; 119: 474-481.
- Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics associated with delirium persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol* 2004; 59A: 344-349.
- Levkoff SF, Evans DA, Liprin B et al. Delirium: The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 334-340.
- Lipowski ZJ. Delirium in the elderly patient. *N Engl J Med* 1989; 320: 578-582.
- Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1426-1436.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 516-522.
- Marcantonio ER, Kiely DK, Bergman MA et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 963-969.
- Marcantonio ERE, Simon SE, Bergmann MA et al. Delirium symptoms in postacute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 4-9.
- Margiotta A, Marré A, Bianchetti A. Il delirium. In *Le demenze di Trabucchi M*. Ed UTET 4ª edizione 2005.
- Musi C, Salvati G. Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nel fanziano. *Gior Gerontol* 2000; 48: 436-440.
- Spitale S, Bellè G, Trabucchi M. Staff training and use of specific protocols for delirium management. *J Am Geriatr Soc* 2006; 53 (8): 1445-1446.

Novità editoriale

A. Russ, S. Endres

FARMAPOCKET

Guida all'impiego clinico dei farmaci

Volume brossurato di 800 pagine
f.to cm 9,5x12,5
€ 15,00



CIC Edizioni Internazionali



Mutamenti delle famiglie, mutamenti dei modelli di cura

Carla Facchini

Docente di Sociologia della Famiglia e Coordinatrice del Corso di laurea in Servizio Sociale,
Facoltà di Sociologia, Università di Milano Bicocca

LE TRASFORMAZIONI DELLE TIPOLOGIE FAMILIARI

Se gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da fortissimi mutamenti della struttura della popolazione: e da un incremento della popolazione anziana, altrettanto rilevanti sono state le trasformazioni delle strutture familiari. In Italia, tra il 1961 e il 2001, la popolazione è aumentata di circa il 20%, ma le famiglie sono più che raddoppiate, col risultato di una forte contrazione del numero medio di componenti per nucleo, sceso da 4,1 a 2,8.

Diversi i fattori che stanno alla base di tale "assottigliamento" delle famiglie.

Il primo rimanda alla diminuzione delle nascite e, quindi, alla minor incidenza di famiglie con molti figli e all'aumento di coppie senza figli (Barbagli et al., 2003). Sono inoltre aumentate altre due tipologie che, per motivi speculari, non vedono, al loro interno, la presenza di figli. Una è costituita dalle coppie di recente costituzione che, a causa del prolungamento dell'intervallo tra matrimonio e procreazione, non risultano aver ancora avuto figli al momento del censimento; l'altra,

decisamente maggioritaria, è costituita dalle coppie anziane i cui figli, nonostante l'affermarsi di un modello di famiglia "lunga", in cui i giovani tendono a protrarre la loro permanenza nella casa dei genitori, hanno costituito un'autonoma famiglia.

Un secondo fattore è riconducibile al processo di nuclearizzazione, ossia alla frammentazione delle famiglie estese e alla costituzione di più nuclei familiari autonomi. Per cogliere la portata di tale processo, basti ricordare che, mentre ancora nel 1961, le famiglie estese (composte da più nuclei familiari o da un nucleo con al suo interno membri aggregati) costituivano quasi il 20%, attualmente esse sono meno dell'8%. Questa contrazione è da attribuire, in larga misura, al fatto che le persone anziane, anche una volta rimaste senza partner, continuano a vivere indipendentemente e sempre meno si inseriscono nella famiglia dei figli. Altri due fattori che hanno ridimensionato le famiglie estese sono la scomparsa di nuclei composti da fratelli o sorelle e una netta accentuazione della scelta "neo-locale" dei nuovi nuclei coniugali, ossia il fatto che praticamente "tutte" le coppie vanno ad abitare, al mo-

mento della loro costituzione, in un'abitazione autonoma rispetto a quella dei propri genitori.

Infine, giocano sulla diminuzione del numero medio dei componenti la minor propensione al matrimonio e l'aumento di separazioni e divorzi, cui sono riconducibili l'incremento di celibi e nubili e di famiglie monogenitoriali (Zanatta, 1997; Saraceno e Naldini, 2001).

Il risultato di questi processi è ben evidenziato dal confronto tra le distribuzioni percentuali delle famiglie nei diversi censimenti, a seconda del numero dei componenti. Particolarmente evidenti sono l'aumento dei nuclei composti da un'unica persona e il ridimensionamento di quelli più numerosi: i singles sono saliti da meno del 10% del totale dei nuclei, a oltre il 25%; le famiglie composte da almeno cinque o più componenti sono scese da oltre il 25% a meno dell'8% del totale (Tab. 1).

Ben diversa è, ovviamente, la distribuzione dei dati se si considerano non le famiglie, ma la popolazione. La maggioranza della popolazione - il 60,6% - continua infatti a vivere in nuclei composti da entrambi i genitori e dai figli, mentre il 16,8% vive in coppia senza figli e l'8,9% in nuclei monogenitoriali. La percen-

Tabella 1 - Numero di famiglie residenti per numero di componenti in Lombardia e in Italia ai censimenti (1961-2001) in valori %.

	1961	1971	1981	1991	2001
1	10,7	15,8	17,8	20,6	24,9
2	19,6	21,2	23,6	24,7	27,1
3	22,5	21,7	22,1	22,2	21,6
4	20,4	20,5	21,5	21,2	19,0
5	12,6	11,5	9,5	7,9	5,8
6 e +	14,4	9,4	5,4	3,4	1,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Numero medio dei componenti	4,0	3,6	3,3	2,8	2,6

Fonte: Dati Istat.

tuale di chi vive in famiglie "unipersonali" scende quindi a valori attorno al 10%-9,4% se si considerano quelli che vivono "soli", 11,5% se si considerano anche quelli che vivono con non parenti (Tab. 2).

Ma i dati mostrano anche una fortissima differenziazione delle tipologie familiari a seconda della classe di età.

Tra gli anziani, infatti, le coppie con figli lasciano il posto alle coppie senza figli, e la quota di chi vive da

solo sale al 27,3%. Alla percentuale di chi vive "solo" è poi da cumulare la percentuale, pari al 4,5%, di chi vive con "non parenti", dato che per le persone anziane tale tipologia, in forte crescita, è riconducibile, nella grande maggioranza dei casi, a coabitazioni con persone di servizio, ovvero con "badanti". Certo, in questi casi non si tratta di una effettiva solitudine, dato che la persona anziana vive con qualcuno che, oltre a essere presente, la ac-

cusisce; tuttavia, le convivenze che vengono in tal modo a costituirsi ben difficilmente possono essere considerate "famiglie", non solo perché alla base c'è un rapporto contrattuale di tipo economico, ma anche in quanto, in non pochi casi, si tratta di un rapporto temporaneo, che permane solo pochi mesi. Inoltre, è appena il caso di ricordare che poiché quasi tutte le "badanti" provengono da altri paesi, non solo il loro livello di conoscenza della lingua italiana è spesso assai modesto, ma che anche abitudini e stili di vita non necessariamente sono omogenei con quelli della persona anziana. Ne deriva che, anche se le persone anziane che vivono in queste situazioni non sono anagraficamente "sole", la loro quotidianità può essere connotata da una ridotta possibilità di comunicare e da un vissuto non molto dissimile di chi vive anagraficamente "solo".

Se consideriamo queste convivenze assimilabili alle effettive "solitudini", la quota di anziani "soli" raggiunge dunque il 31,8% (Tab. 2). La probabilità di vivere "soli", o con "non-familiari" diventa molto più elevata per i grandi anziani e per le donne (Tab. 3). Vive in queste tipologie il 19,9% e il 3,5% dei 65-74enni, ma il 44,5% e l'8% degli ultraottantacinquenni; il 13,7% e il 2,4% degli uomini, ma il 37,1% e il 7,7% delle donne (Tomassini e Glaser, 2003).

Tali differenze sono da mettere in relazione con la maggior probabilità che hanno di rimaner vedovi i "grandi anziani" da un lato, le donne dall'altro¹: nel 2001 era vedovo il 17,4% dei 65-69enni e il 68% de-

Tabella 2 - Tipologia familiare della popolazione italiana in valori %.

Tipologia familiare	Italia	Pop. 65 anni
Soli	9,4	27,3
Con non parenti	2,1	4,5
Coppia	16,8	41,5
di cui con figli	60,6	14,3
Monogenitoriali	8,9	6,6
Altro	2,0	5,7
Totale	56.594.021	

Fonte: Dati Istat, censimento 2001.

¹ È appena il caso di ricordare che tale divario è il prodotto sia della maggiore longevità femminile, sia del fatto che, mediamente, le donne sono tre o quattro anni più giovani del loro partner.

Tabella 3 - Tipologia familiare anziani per classi di età in valori %

Tipologia familiare	da 65 a 74	da 75 a 84	85 e più
Soli	19,7	34,7	44,5
Con non parenti	3,5	5,1	8,0
Coppia	46,9	39,7	19,6
Coppia con figli	20,6	7,3	2,7
Monogenitoriali come genitori	6,1	6,4	8,7
In nucleo come figli	0,3	-	-
Famiglie estese	2,9	6,8	16,5
Totale	100,00	100,00	100,00

Fonte: Dati Istat, censimento 2001.

gli ultraottantacinquenni; il 13% degli uomini e il 50,5% delle donne. Certo, su questi dati influisce la stessa maggiore presenza di donne nelle fasce di età più elevate, ma incide anche la diversa struttura che i corsi di vita femminili hanno avuto rispetto ai corsi di vita maschili, come dimostrano i dati a parità di classe di età. Ad esempio, nella classe d'età 65-74anni quasi un terzo delle donne vive al di fuori di un rapporto di coppia, "da sola", in quanto è o vedova, o nubile, o separata/divorziata, mentre tra gli uomini ciò riguarda poco più del 10%; dopo gli 85 anni la condizione di solitudine riguarda oltre il 60% delle donne e il 31% degli uomini.

Se cruciale è il ruolo giocato dal sesso e dalla classe di età, occorre anche rimarcare il ruolo giocato dal contesto territoriale e dai modelli culturali in essi prevalenti. Le condizioni di solitudine degli anziani aumentano infatti nelle grandi città, specie delle regioni nord-occidentali. A Milano, ad esempio, tra gli over 65, la quota dei soli raggiunge il 34,5% - ma supera il 44%

per gli ultra 75enni; di poco inferiori i dati di Roma, Torino o di Bologna - città che, pure, fino al censimento precedente, mostrava una quota di anziani soli inferiore alla media nazionale.

Infine, un ruolo non secondario è svolto anche dalle condizioni sociali individuali e della propria famiglia. I dati rilevati dalle indagini Multiscopo, che l'Istat effettua sistematicamente da ormai vent'anni, evidenziano infatti come la condizione di solitudine aumenti tra i ceti più scolarizzati.

Su questa differenziazione giocano due fattori. Il primo è che sono stati soprattutto i ceti più scolarizzati e con un più elevato status sociale, e residenti nelle regioni settentrionali, specie nelle grandi città, ad adottare anticipatamente, e in modo più marcato, comportamenti demografici e familiari innovativi, certamente più improntati a valori di libertà e di autorcalizzazione ma che, in età anziana, espongono maggiormente al rischio di un minor inserimento nelle reti familiari. Il secondo fattore è costituito dal fatto che mentre per i nuclei disa-

gnali il reddito dell'anziano, costituito dalla sua pensione, piuttosto che dall'assegno di accompagnamento o di cura, può rappresentare, pur se modesto (Cer, 1996), una risorsa non secondaria per il bilancio familiare (Gambardella, Morlicchio, 2005), per le famiglie agiate tale reddito, anche se più elevato, difficilmente modifica la complessiva disponibilità economica. Ne consegue che l'accettazione dell'anziano nel nucleo dei figli adulti può essere sostenuta, nelle famiglie di modesto livello sociale, anche da considerazioni di carattere economico. Il risultato è che, mentre in passato, il vivere "non" in famiglia riguardava soprattutto le fasce più povere della popolazione anziana che, con la perdita della capacità lavorativa, diventavano un "carico" economico per i propri figli, attualmente tale condizione interessa maggiormente chi ha condizioni sociali elevate, anche per l'ampia possibilità di ricorrere a "badanti" che permette, all'anziano, di rimanere a casa. La presenza di una badante consente di evitare l'istituzionalizzazione che, specie in un paese con una cultura "familiarista" come il nostro, tende a comportare un vissuto molto problematico sia per l'anziano che per i suoi familiari.

PERSISTENZA E TRASFORMAZIONI DELLE RETI FAMILIARI

Certo, il dato anagrafico non rileva tutti quei casi in cui le persone anziane, pur abitando da sole, vivono vicino ad altri familiari, e in particolare ai figli: vale a dire che non necessariamente la solitudine anagrafica si traduce in un isolamento sociale e in un ridotto inserimento

nella rete dei rapporti primari. Come emerge da numerose ricerche, i legami di solidarietà tra le generazioni continuano ad essere forti, agevolati del resto dalla frequente vicinanza abitativa di genitori anziani e di figli adulti (Facchini, 1997; Cioni, 2000). D'altro canto, come noto, la grande maggioranza di anziani non-autosufficienti continua ad essere accudita "nella" e "dalla famiglia". Tuttavia, questi dati, pur non precludendo la rilevanza di quella che è stata definita "la famiglia estesa modificata", implicano che, nella vita quotidiana, le persone anziane, specie le donne, devono affrontare forti problemi di solitudine e che non necessariamente trovano tra i loro familiari il sostegno a esse necessario per le incombenze di cura della casa e della propria persona (Facchini, 2004).

Tali considerazioni acquistano maggior forza se si considera che si sta assistendo ad un tendenziale indebolimento della tradizionale rete di sostegno costituita dalla parentela non convivente. I dati dell'ultima Indagine Multiscopo effettuata dall'Istat nel 2003 rileva infatti, per gli anziani, un aumento della quota di chi ha una rete parentale "rarefatta" - che appare inoltre soggetta ad un invecchiamento e ad un'augmentata presenza di componenti con problemi di limitata autonomia. Tale rarefazione è più accentuata per gli anziani soli, specie se celibi, nubili, separati o divorziati, mentre è decisamente attenuata per chi vive in coppia e per i vedovi. "Il 51,5% degli anziani celibi/nubili presenta una rete parentale 'rarefatta' (nessun parente o nessun parente incontrata almeno una volta a settimana; un valore questo che raggiunge il 62% nel centro delle aree metropolitane ... I vedovi soli pre-

sentano una rete rarefatta in misura molto minore (13,3%)" (Istat, 2005, pag. 279). Certo, il peggioramento rispetto ai valori rilevati nella precedente indagine è limitato, ma limitato è anche il periodo di tempo intercorso tra le due indagini. Più evidente appare infatti il mutamento se si considera un periodo temporale più lungo, come nel caso degli aiuti ricevuti in caso di necessità: sempre le Indagini Istat rilevano che le famiglie con almeno un componente con oltre 65 anni che hanno ricevuto aiuti sono scese dal 28,9% del 1983 - anno della prima Indagine - al 18,3% del 2003. In diminuzione, pur se in modo molto più attenuato è anche la quota di grandi anziani che ha ricevuto aiuti, scesa dal 35,6%, al 31,4%.

VERSO NUOVI MODELLI DI PRESA IN CARICO?

Se la famiglia continua dunque tuttora a costituire l'asse cruciale nella cura agli anziani non autosufficienti, i mutamenti in atto fanno prevedere che non necessariamente questo ruolo continuerà a permanere nei prossimi anni. Due, in particolare, gli elementi che renderanno il ruolo della famiglia sempre meno scontato: la verticalizzazione delle reti familiari, il mutamento sociooccupazionale, entrambi particolarmente evidenti in questa regione.

Con il primo elemento ci riferiamo al fatto che mentre i grandi anziani di oggi hanno avuto mediamente da un lato "lunghi" e stabili matrimoni, dall'altro almeno due figli, i 60-70enni, e ancor più le generazioni che seguono, specie dei ceti scolarizzati, nelle regioni sel-

tentrionali e nei contesti urbani, hanno avuto sia matrimoni più instabili, sia un minor numero di figli. Analogò è stato il decremento per quanto riguarda fratelli e sorelle: numerosi per le classi di età più anziane, meno presenti per quelle più giovani. Ne consegue che mentre gli "attuali" grandi anziani hanno reti familiari ricche di "legami forti" (Micheli, 2002), e quindi tendenzialmente solide, i "futuri" grandi anziani avranno reti familiari assai meno ricche, più frequentemente composte da pochi componenti: minore sarà dunque la possibilità che essi trovino, all'interno del loro contesto familiare, i supporti necessari in caso di non autosufficienza.

Almeno altrettanto rilevanti i mutamenti sociooccupazionali: da un lato si registra un incremento dei tassi di occupazione femminile, dall'altro si sta innalzando, per uomini e donne, l'età al pensionamento.

Consideriamo dapprima il tasso di occupazione femminile, che attualmente, è pari, nella classe di età 20-64 anni, al 34,4%. In realtà, considerando le specifiche classi di età decennali, si rileva che nelle classi di età più giovani si assiste, anche per le donne coniugate con figli, a una massiccia permanenza nel mercato del lavoro (Tab. 4).

Queste modifiche dei tassi di occupazione femminile si intrecciano con quelli del sistema pensionistico (Ferrario, 2005): come noto, le riforme degli ultimi anni prevedono sia una graduale scomparsa delle pensioni di anzianità, sia il mutamento del calcolo dell'importo delle pensioni e il passaggio ad un modello contributivo. Tali mutamenti sempre meno permetteranno, o almeno disincentiveranno fortemente uscite "anticipate" dal

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Tabella 4 - Tasso di occupazione femminile per classi di età - Italia, 2003.

Età	Italia
20-24	32,5
25-34	55,7
35-44	57,9
45-54	50,4
55-61	18,5
Totale	34,4

Fonte: Elaborazione dati Istat, indagine sulla forza lavoro, 2003.

mercato del lavoro, e il loro effetto sarà ancora più consistente per le donne, che maggiormente hanno usufruito, finora, di pensionamenti anticipati.

Nel prossimo futuro, quindi, da un lato le donne "giovani adulte" sempre meno usciranno, a seguito del matrimonio o della nascita dei figli, dal mercato del lavoro, ma assumeranno modalità di permanenza sostanzialmente simili a quelle maschili, a seguito dei mutati modelli di identità femminili (Leccardi, 1996; Villa, 2004); dall'altro sempre più le donne "tardo-adulte", protrarranno la loro permanenza nel mercato del lavoro a seguito delle trasformazioni del sistema pensionistico. Il risultato di questo duplice mutamento sarà che la quota di donne tardo-adulte non occupate, in quanto casalinghe o pensionate, si contrarrà, per lasciar spazio a lunghe permanenze nel mercato del lavoro.

Ma questi mutamenti avranno una grande portata sul sistema delle cure familiari. Infatti, mentre attualmente le donne di 50-60 anni, che rappresentano le principali fornitrici del lavoro di cura (Iwigg,

1993; Facchini, 2001), hanno, proprio in quanto "non" presenti nel mercato del lavoro, una disponibilità oggettiva a prendersi cura dei grandi anziani (in qualità di figlie o di nuore), nel prossimo futuro i mutamenti in atto nel sistema occupazionale tenderanno ad appannare tale disponibilità. Se si considera che tale minore disponibilità "oggettiva" delle donne si intreccerà da un lato con un incremento dei grandi anziani e delle condizioni di "lunga" non autosufficienza, dall'altro con i processi di nuclearizzazione e di "fragilizzazione" delle reti familiari, è facile prevedere un aumento della pressione verso il sistema dei servizi o, comunque, verso il sistema extra-familiare della "cura".

Vale a dire che se il modello italiano della presa in carico delle persone anziane è stato fino a ora fortemente centrato, come del resto in molti altri paesi mediterranei, sulla famiglia e sulla tenuta delle solidarietà tra le generazioni (Esping Andersen, 1990), l'insieme dei mutamenti in atto comporterà la necessità di un ripensamento complessivo e l'individuazione di strategie in grado di coniugare le crescenti necessità degli anziani non autosufficienti con le trasformazioni familiari e occupazionali in atto.

Certo, una soluzione potrebbe essere quella di ricorrere in misura crescente al lavoro di servizio fornito da immigrati, ma occorre anche rimarcare che, attualmente, tale ricorso è reso possibile sia dall'estrema povertà in cui versano le popolazioni che vivono nelle aree da cui queste persone provengono, sia da condizioni economiche degli anziani italiani relativamente tranquille. Ma non necessariamente

te lo scarto, attualmente così forte, tra il reddito medio italiano e quello dei paesi di immigrazione continuerà a essere tale nei prossimi anni. Da un lato i processi di allargamento della comunità europea, da cui provengono molte immigrate occupate nel lavoro di cura, fanno ipotizzare processi di crescita economica, e quindi di adeguamento retributivo, in questi paesi; dall'altro non è scontato che le condizioni economiche degli anziani italiani continuino a renderli in grado di ricorrere a tali sostegni.

Certo, le politiche di sostegno alla domiciliarità che si sono sviluppate in questi ultimi decenni hanno affettivamente svolto un'importante funzione di "filtro" nei processi di istituzionalizzazione, e hanno comportato una drastica contrazione di quei ricoveri "impropri" che, precedentemente a questi interventi, costituivano, invece, la maggioranza dei casi. Sembra però difficilmente ipotizzabile che tali politiche possano continuare a essere sufficienti in presenza da un lato di un estendersi di condizioni di cronicità e di dipendenza e di un incremento di singleness, dall'altro di una situazione contrassegnata da processi di forte individualizzazione e dalla frammentazione del tessuto sociale (Bauman, 2002; Beck, 2002).

BIBLIOGRAFIA

Barbagli M, Castiglioni M, Della Zuanna G. Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti. Bologna, Il Mulino, 2003.

Bauman Z. La società individualizzata. Il Mulino, Bologna, 2002.

Beck U. Che cos'è la globalizzazione. Rischi e prospettive della società planetaria. Carocci, Roma, 2002.

Cer: Gli anziani in Italia. V rapporto su condizioni economiche e qualità della vita. Roma, Spigoli Edizioni, 1996.

Cioni L. Solidarietà tra generazioni. Anziani e famiglie in Italia. Milano, Angeli, 2000.

Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge, Polity Press, 1990.

Facchini C. Gli anziani e la solidarietà tra le generazioni. In: Barbagli M., Saraceno C. (a cura di), Lo stato delle famiglie in Italia. Bologna, Il Mulino, 1997.

Facchini C. Lavoro di cura e centralità nelle reti familiari delle donne della età di mezzo. In: Bramanti D. (a cura di), La famiglia fra le generazioni. Milano, Vita e Pensiero, 2001.

Facchini C. Les personnes âgées seules: conditions de vie, réseaux familiaux et vécu indivi-

duelle. In: Pitaud P. (a cura di), Solitude et isolement des personnes âgées. Ramonville, 2004.

Ferrario P. Le politiche sociali e legislative per gli anziani nel sistema dei servizi italiano. In: Facchini C. (a cura di), Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa. Angeli, Milano, 2005.

Gambardella D., Morlicchio E. (a cura di) Famismo forzato. Carocci, Roma, 2005.

Istat. Forze di lavoro: media 2003. www.istat.it/Lavoro/Lavoro-e-ai/index.htm, 2003.

Istat. Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2004. Roma, 2005.

Istat. Dati censimento. www.istat.it

Iccardi C. Futuro breve. Le giovani donne e il futuro. Torino, Rosenberg & Sellier, 1996.

Micheli GA. La nave di Ieseo. Milano, Angeli, 2002.

Saraceno C., Naldini E. Sociologia della famiglia. Bologna, Il Mulino, 2001.

Tomasini C., Claser K. Anziani, sistemazioni abitative e assistenza. In: Pinnelli A., Racioppi F., Rettanti R. Genere e demografia. Bologna, Il Mulino, 2003.

Twigg J. Informal care in Europe. York, The University of York, York, 1993.

Villa P. La diffusione del modello di famiglia a doppia partecipazione nei Paesi europei e in Italia. Tendenze, caratteristiche comuni e differenze. Inchiesta. Famiglie, genere e relazioni economiche, n. 146, 2004.

Zanatta AL. Le nuove famiglie. Bologna, Il Mulino, 1997.

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello

V. Anzelmo, A. Catalano, F. Clemente, F. Graziano, L. Pacilli, G. Santacroce

MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

Presentazione di G. Del Barone

Volume brossurato di 400 pagine
f.to cm 12x19
€ 30,00



CIC Edizioni Internazionali