

Newsletter AIP – 25 febbraio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

mentre sto chiudendo questa newsletter arrivano le notizie sull'invasione dell'Ucraina. Quello che abbiamo sperato fosse impossibile si è realizzato, e pensiamo con orrore e timore a quello che capiterà al paese invaso e a tutta l'Europa. La politica è impotente rispetto alle armi e quindi, per chi crede, non resta che la preghiera. Per tutti la speranza di un mondo più civile.

Continua la "storia" dei farmaci fantasma... *JAMA* pubblica l'ennesimo lavoro nel quale si dimostra l'inefficacia dell'ivermectina nella cura del Covid-19. Provo una certa sorpresa che persone serie (e riviste altrettanto serie) si soffermino a dimostrare quanto è chiaro da tempo. Piuttosto è interessante il lavoro che segue quello sopracitato, nel quale si dimostra che **la distribuzione della prescrizione del farmaco negli USA non è stata omogenea, ma ha seguito un certo andamento del voto popolare**. Il lavoro in questione si conclude con un'implicita affermazione sulla debolezza di una medicina che non segue regole scientifiche, ma è influenzata da fattori estranei alle esigenze dei malati (ancora una volta si deve stressare la crisi della "scienza" in questi e in molti altri ambiti!). D'altra parte, dobbiamo riconoscere che questa incerta percezione sulle indicazioni "scientifiche" è stata in gran parte causata dalla mancanza di indicazioni sul futuro, mancanza effettiva, ma gestita in maniera pessima dagli scienziati-comunicatori, che hanno cavalcato qualsiasi spunto, anche effimero, pur di comparire.

Lo stesso sta succedendo, più in generale, per il futuro a breve: **dove andremo nei prossimi 10 mesi?** Qualcuno sostiene l'opportunità di una quarta dose per tutti e non solo per i più fragili. Walter Ricciardi, molto più serio della media dei suoi colleghi addetti all'epidemia, conferma l'opportunità di una quarta dose, ma soprattutto ha lanciato un monito ai decisori politici: non fate la follia di smantellare l'apparato per le vaccinazioni, ma, anzi, continuate con la trasformazione degli ospedali per renderli sempre più pronti alle future ondate o a possibili altre gravi emergenze. Lo ascolteremo?

Non giudico la decisione di togliere lo stato di emergenza... A questo proposito su *JAMA* del 6 gennaio è stato pubblicato **un forte editoriale che invoca una strategia nazionale per un "New Normal of Life with Covid"**, per evitare che "un maggior numero di cittadini americani siano vittime non necessarie di morbilità e mortalità, si amplifichino le iniquità nell'ambito della salute, miliardi di dollari vengano sprecati nella economia americana". Speriamo che anche in Italia si pensi a costruire una nuova normalità e non solo a riaprire le discoteche!

La lettera di Piliero, pubblicata venerdì scorso, ha suscitato una serie di adesioni, che mi hanno provocato grande tristezza. **Il ripetersi di azioni negative nei riguardi dei residenti nelle RSA è inaccettabile, qualsiasi possano essere le motivazioni organizzativo-psicologiche**. I vecchi fragili non devono mai, ripeto non devono mai essere le vittime di tensioni tra servizi, tra operatori, di incomprensioni, di errori. Però questi atti di disumanità non cesseranno da soli se non saranno costruiti dei percorsi che accompagnano l'ammalato dalla RSA all'ospedale. Dobbiamo prima di

tutto ricordare che, qualsiasi sia l'organizzazione dei servizi, resterà sempre un numero più o meno elevato di persone i cui problemi clinici non possono essere gestiti nelle RSA. Partendo da questo dato di realtà è indispensabile costruire a livello di distretto (dove funzionano!) linee guida che indichino chiaramente le modalità di accesso, le informazioni da fornire assieme al paziente trasportato dall'ambulanza, spesso senza un accompagnatore che ne conosce le condizioni di salute, i tempi di attesa in PS, quando rinviare alla RSA con un'adeguata terapia e quando invece ricoverare. Non vi è dubbio che l'ospedale si carica di un lavoro pesante... ma non è autorizzato a scegliere i malati che più gli piacciono! È significativo a questo proposito un dato in via di pubblicazione su *JAMDA*, ad opera di studiosi italiani e svedesi, nel quale si puntualizza la correlazione, osservata nelle persone residenti nelle RSA, tra la mortalità e specifici pattern di comorbidità. Indirettamente il lavoro indica l'importanza di un'attenta sorveglianza clinica delle persone che vivono nelle RSA; purtroppo, invece, spesso manca una presenza organizzata e competente per seguire l'evoluzione dello stato di salute dei residenti. Sarebbe tempo che su questo delicatissimo argomento vi fossero chiare prese di posizione da parte del Ministero, invece di continuare a ballare attorno all'idea che le RSA sono ambienti da evitare (e, se possibile, da distruggere!). Nel frattempo, però, è indispensabile che a livello del singolo distretto si provveda a costruire protocolli che regolino i rapporti tra le RSA di una certa area e l'ospedale di riferimento. Anche in previsione di un serio e articolato sviluppo della telemedicina è necessario costruire piani solidi, superando i conflitti che frequentemente si verificano. Ripetiamo ancora una volta: la telemedicina non è il collegamento tra due computer, ma un sistema complesso di relazioni tra competenze, culture, sensibilità diverse.

Un dato significativo su quanto resta ancora da fare per superare le disparità rispetto alla diagnosi di demenza è riportato su *JAMA* del 22 febbraio, nel quale si riporta che **la prevalenza della diagnosi di demenza tra i cittadini che accedono ai centri USA per la malattia di Alzheimer è molto più elevata tra i bianchi rispetto ai neri, nonostante gli studi epidemiologici abbiano dimostrato che tra gli ultra 65enni neri è molto più elevata la prevalenza di Alzheimer rispetto ai bianchi**. Il problema delle disparità in medicina è sempre più rilevante e non sembra controllabile; anche nel nostro Paese il recente aumento delle povertà preoccupa anche rispetto alla scarsa protezione sanitaria che di fatto, per ragioni diverse, colpisce questi cittadini. L'attenzione ai problemi delle minoranze è doverosa anche in Italia, in particolare di fronte ai dati pubblicati recentemente dall'ISS sull'accesso di migranti ai centri per la cura delle demenze. Nel 2019 lo studio ImmiDem ha infatti rilevato che 4500 migranti si sono rivolti a 343 CDCD, con una forte tendenza all'aumento negli anni.

Babette Dijk ha segnalato **“una lodevole e interessante iniziativa del principale museo d'arte Olandese, il Rijksmuseum**, dove sono custoditi i quadri dei pittori più famosi del secolo d'oro olandese, come la *Lattaia o Donna che legge una lettera* di Vermeer o la *Ronda di notte* o la *Sposa ebrea* di Rembrandt. Il problema dell'isolamento della popolazione anziana è molto sentito nei paesi del Nord Europa e in Olanda in particolare dove le persone che si sentono sole (anche per la forte spinta culturale ad abbandonare presto il nucleo familiare) sono il 47% degli adulti sopra i 18 anni. (<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers>). Nella sua pagina web il museo propone agli anziani che ne faranno richiesta di diventare amici di penna (come si usava una volta per posta o per mail a seconda delle preferenze) degli addetti del museo, che invieranno le lettere ogni due settimane raccontando aneddoti personali riguardanti le loro opere d'arte preferite custodite nel museo (<https://www.rijksmuseum.nl/nl/zien-en-doen/toegankelijkheid/rijksmuseum-zoekt-penvrienden>). Ovviamente l'immagine scelta per la copertina è la *Donna che legge una lettera* di Vermeer! Il tutto è finanziato da una fondazione (<https://www.fondssluytermanvanloo.nl>) che ha come mission quella di favorire il piacere di vivere delle persone anziane. Con tutti i musei sparsi sul nostro territorio, mi sembra una iniziativa che si

potrebbe facilmente replicare! A chi non piacerebbe poter scambiare due parole sulla *Venere di Botticelli?*”. Questa indicazione della nostra collega, molto attenta alle idee innovative che permettono di meglio prendersi cura degli anziani, nella sua originalità suggerisce come sia necessario inventare sempre nuove forme per assistere chi ha bisogno, a causa della solitudine, della malattia, di un disagio psicologico. Mi permetto di invitare i lettori a inviare ogni esperienza innovativa nella quale sono coinvolti per poterla immettere nel circuito di chi si impegna in questo ambito.... Sono molti di più di quanti pensiamo, vorremmo poter rappresentare per loro un luogo dove far conoscere le innovazioni intelligenti!

Mauro Colombo invia un punto di vista complementare all’**“Angolo” precedente**, che si rifà ancora alla newsletter dell’11 febbraio:

“Parallelamente alla esplorazione gerontologica che ha individuato in quantità raggiungibili con relativa facilità la quota di cammino benefico, un gruppo di studiosi di Trondheim ha riempito la lacuna di uno studio randomizzato controllato di alta qualità, circa la potenziale relazione causale tra le raccomandazioni correnti riguardo ai livelli di intensità nella attività fisica e la longevità. Lo studio – apparso nel 2020 sul *“British Medical Journal”* – è intitolato *“Generazione 100”*, ed ha coinvolto 1.567 persone [di età media 72,8 anni, per metà donne], reclutate nella municipalità della città [sede di una università della tecnologia in Norvegia]. Metà di loro [gruppo di controllo] seguiva le consuete raccomandazioni norvegesi [30’ di attività fisica moderata quasi tutti i giorni, svolta autonomamente]; i rimanenti venivano suddivisi in 2 gruppi di attività supervisionata, con 2 sessioni di 30 minuti ciascuna alla settimana, per 5 anni, di attività fisica moderata (30’ al 70% della frequenza cardiaca massima) o intensa (30’ al 90% della frequenza cardiaca massima). I 2 gruppi di trattamento combinati non hanno conseguito vantaggi in termini di mortalità complessiva, rispetto al gruppo di controllo: le differenze – che pure appaiono nel grafico – non erano statisticamente significative. Inoltre, l’esercizio svolto regolarmente da tutti i 3 gruppi ha prevenuto il calo fisiologico atteso con l’invecchiamento nel consumo di ossigeno di picco. Al di là di un guadagno marginale in mortalità cardiovascolare specifica, il gruppo che ha praticato attività supervisionata ad alta intensità ha ottenuto, rispetto agli altri 2 gruppi, migliori livelli di salute auto-percepita, sia a livello fisico che mentale [Stensvold, D., Viken, H., Steinshamn, S. L., Dalen, H., Støylen, A., Loennechen, J. P., Reitlo, L. S., Zisko, N., Bækkerud, F. H., Tari, A. R., Sandbakk, S. B., Carlsen, T., Ingebrigtsen, J. E., Lydersen, S., Mattsson, E., Anderssen, S. A., Fiatarone Singh, M. A., Coombes, J. S., Skogvoll, E., Vatten, L. J., ... Wisløff, U. (2020). Effect of exercise training for five years on all cause mortality in older adults-the Generation 100 study: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, m3485. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3485>].

Ma tornando alle nostre latitudini ed a livelli di attività fisica assai più facilmente praticabili, possiamo rifarci alla esperienza abbiatense dei 1.321 soggetti della coorte *“Invecchiamento cerebrale in Abbiategrasso”*, che ha seguito i nati tra il 1935 ed il 1939 per 4 volte (2009-10, 2012, 2014, 2018). Mediante un semplice questionario, le persone sono state suddivise in tre gruppi: inattivi/attivi/molto attivi: l’attività fisica svolta più di frequente era camminare per più di mezz’ora e la bicicletta, praticate nel tempo libero – al di fuori di necessità ma per il piacere di muoversi. I 3 gruppi – di numerosità vicina – hanno sviluppato traiettorie parallele e distinte nello innalzamento progressivo col tempo dello Indice di Fragilità: gli inattivi seguivano la traiettoria posta più in alto [indicativa di maggiore fragilità], i molto attivi all’opposto si collocavano nella traiettoria più bassa [indicativa di minore fragilità], gli attivi si ponevano nella traiettoria intermedia; viceversa, l’incidenza cumulativa di fragilità, tra il 2020 ed il 2018, vedeva la % di soggetti diventati fragili decrescere dal 28,1 per gli inattivi al 24,1 per gli attivi al 20,2 per i molto attivi. Le traiettorie dei 3 gruppi si separavano anche rispetto al tempo di esordio della fragilità, a significare che una attività fisica pur non strutturata secondo parametri allenanti – come volume, intensità e frequenza – sia collegata ad un minor rischio e ad una comparsa posticipata di fragilità. Un fenomeno simile si produceva anche riguardo alla velocità del cammino: la traiettoria di comparsa della fragilità era ritardata per i soggetti dal passo veloce, rispetto a quelli lenti, con una evoluzione intermedia per gli anziani dalla velocità di passo media. Quanto la velocità del cammino valga come misura di capacità funzionale, impiegata sovente come indicatore di fragilità negli studi sugli anziani, viene confermato anche dal riscontro di una diversa distribuzione delle persone lente tra gli inattivi (40,7%) rispetto ai molto attivi (19,2%). L’articolo in questione [L’attività fisica previene e rallenta la fragilità: studio longitudinale di popolazione (Valentina Biagioli, Mauro Ceroni, Antonio

Guaita]) è liberamente reperibile in rete sul sito de “I Luoghi della Cura online” [<https://www.luoghicura.it>], al numero 1 del 2022. Sintesi personale: la letteratura gerontologica ci fornisce solide indicazioni per proposte individualizzate di attività fisica, rispettose delle inclinazioni e delle concrete possibilità di ognuno”.

Di seguito le consuete indicazioni, per le quali mi scuso con chi ci segue. Sono però convinto che rappresentano un modo concreto per sentirsi parte di una comunità che cammina verso una stessa direzione.

È online il programma del nostro **22° Congresso nazionale**, che si terrà a Firenze dal 23 al 25 maggio (in allegato il frontespizio). **Il termine ultimo per l'invio di abstract è fissato al 20 marzo**; l'invio dei lavori dovrà avvenire tramite l'apposita piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml> . Ricordo inoltre che per i soci in regola con la quota associativa 2022 sono previste delle **quote agevolate di iscrizione** (iscrizioni “early bird” entro il 27 marzo); per maggiori dettagli vi invito a consultare il sito ufficiale del Congresso <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> .

A proposito delle iscrizioni all'Associazione, ricordo che è sempre possibile **diventare soci AIP**, seguendo la procedura indicata sul sito AIP www.psicogeriatra.it . Per qualsiasi necessità la segreteria resta a disposizione all'indirizzo mail: aipsegreteria@grg-bs.it .

Ricordo che è sempre attiva la **linea gratuita “SoloLine. Una telefonata contro la solitudine dell'anziano”**, un mezzo che potrebbe essere molto utile per accompagnare persone anziane sole. In allegato la locandina.

Annuncio che **giovedì 10 marzo**, dalle 18.30 alle 19.30, si terrà il primo **webinar – Seminario di psicogeriatra** dell'anno; l'evento sarà dedicato a **“La valutazione neuropsicologica online per gli anziani: potenzialità e limiti dai risultati di una ricerca”** e l'iscrizione, come di consueto, è gratuita ma necessaria ai fini della partecipazione. Sul sito AIP è pubblicata la locandina, dove potrete trovare il link per provvedere all'iscrizione.

Segnalo infine che sul sito AIP è stato pubblicato il primo articolo del n. 1-2022 della **rivista Psicogeriatra**.

Un saluto settimanale, carico di preoccupazione

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

Newsletter AIP – 18 febbraio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

un esempio delle incertezze della medicina sono i **numerosi lavori usciti attorno all'efficacia del remdesivir fin dalle prime fasi dell'infezione da SARS-CoV-2**. Non ritorno su questo tema per scelta ideologica, cioè quella di associarmi alle incertezze sul sapere medico che si sono diffuse in questi tempi, ma per affrontare insieme con il lettore un esempio dei dubbi che talvolta ci assillano quando dobbiamo compiere una scelta in ambito terapeutico. *NEJM* del 27 gennaio presenta un lavoro sul remdesivir che riporta dati positivi, accompagnato da un interessante editoriale. Ci siamo soffermati su questo farmaco anche in newsletter precedenti, cercando di capire tra messaggi spesso contrastanti la reale utilità per la cura del Covid-19, almeno nelle fasi iniziali. Non ritengo, però, si possano trarre conclusioni definitive. Il farmaco è anche riportato in un articolo uscito su *JAMA* del 14 gennaio, in una review sui farmaci per i pazienti affetti da Covid-19 non ospedalizzati, tra i quali, oltre al remdesivir, sono discussi il sotrovimab (un anticorpo monoclonale), il nirmatrelvir-ritonavir, il molnupiravir.

Cito **tre articoli recenti sulle conseguenze a lungo termine dell'infezione da Covid-19**. La prima riguarda *Nature Medicine* di gennaio, che riporta le conseguenze sul sistema cardiovascolare, correlate con la gravità della malattia. La seconda, pubblicata su *JAMA* del 24 gennaio, riporta i dati di uno studio danese a lungo termine dopo il ricovero in terapia intensiva. Ad un anno, i problemi fisici più frequenti sono la sensazione di debolezza generale (40%), dolori articolari (25%), debolezza muscolare (25%), mialgia (20%). A questi si aggiungono sintomi cognitivi per oltre il 15%. *Annals of Neurology* (primo numero dell'anno) descrive un coinvolgimento multisistemico tra le sequele post acute del Covid-19 (disregolazione cerebrovascolare, neuropatia periferica e disautonomia, disregolazione respiratoria e infiammazione cronica).

Il nostro **collega Mauro Colombo**, che nuovamente ringrazio per la sua disponibilità ad approfondire i temi che lanciamo in questa newsletter, **ritorna a discutere di attività fisica e benessere e sulle modalità per meglio ottenere risultati significativi**. Ancora una volta si comprende come su argomenti così delicati non vi siano sempre risposte univoche; nella fattispecie, però, resta il dato indiscutibile che l'attività fisica fa sempre bene! Su questo tema posso richiamare l'impresa della grande Sofia Goggia, la cui favolosa performance è stata resa possibile da un'incredibile forza d'animo e dalle indicazioni di una scienza matura. È un esempio per molti anziani che talvolta si lasciano dominare dalla delusione, dalla perdita di speranza, dalla sfiducia nelle indicazioni della medicina!

Sempre su questa tematica, richiamo l'attenzione su un articolo comparso su *JAMA* del 4 gennaio, nel quale si rileva **l'effetto negativo dell'infezione da Covid-19, indipendentemente dall'ospedalizzazione, sull'attività fisica delle persone anziane**, confermando quanto sono state estese le conseguenze indirette della pandemia. In particolare, in questo ambito il lavoro suggerisce l'esigenza di programmi riabilitativi per gli ultracinquantenni che hanno avuto la malattia; molti

ospedali anche nel nostro Paese hanno adottato specifici programmi in questa direzione. È però importante che soprattutto la medicina di famiglia suggerisca ai cittadini l'importanza di non subire come ineluttabili le conseguenze del Covid-19 e l'importanza di rivolgersi ai luoghi dove poter ricevere adeguati trattamenti riabilitativi.

La solitudine post Covid è un'altra conseguenza negativa della pandemia, come indicato in un lavoro in via di pubblicazione su *JAGS*; è interessante a questo proposito la messa a punto di strumenti di valutazione semplici, che permettano una più facile e sicura rilevazione della solitudine da parte degli operatori sanitari. È altresì importante ricordare come ridotta attività fisica e solitudine siano spesso condizioni convergenti.

Scrive Colombo:

“Nella newsletter di venerdì 11 febbraio, Trabucchi ha citato una lettera di ricerca pubblicata sul numero del 24 gennaio di *JAMA Internal Medicine*, dove si sottolinea un vantaggio sulla sopravvivenza a partire da un aumento di soli 10 minuti per giorno nella attività fisica di livello moderato o vigoroso. È opportuno precisare che la previsione si applica tra i 40 e gli 84 anni, dopo correzione per una vasta e multiforme serie di covariate [età, sesso, razza ed etnia, livello di istruzione, indice di massa corporea, qualità della dieta, consumo di alcol, fumo, diabete auto-dichiarato, malattie ed insufficienza cardiache, ictus, cancro, bronchite cronica, enfisema, limitazioni nella mobilità e salute generale]. La stima controfattuale si è basata su 4.840 adulti rappresentativi della popolazione di provenienza, cui è stato applicato un accelerometro per 1 settimana. Il computo si traduce, riguardo alla popolazione statunitense, in una stima tra le 80.000 e le 140.000 morti prevenibili per un surplus di 10 minuti al giorno, che crescono tra le 177.000 e le 367.000 per 30 minuti [Saint-Maurice, P. F., Graubard, B. I., Troiano, R. P., Berrigan, D., Galuska, D. A., Fulton, J. E., & Matthews, C. E. (2022). Estimated Number of Deaths Prevented Through Increased Physical Activity Among US Adults. *JAMA internal medicine*, e217755. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.7755>].

Gli stessi Autori [tutti statunitensi], sempre su *JAMA*, 2 anni prima hanno messo in discussione la soglia benefica dei 10.000 passi quotidiani. Partendo dalla medesima base di dati, con il loro studio osservazionale hanno rilevato un dimezzamento della mortalità da tutte le cause passando da 4.000 a 8.000 passi quotidiani, a prescindere dalla cadenza del cammino. La mortalità si riduceva ad 1/3 passando dai 4.000 ai 12.000 passi. Suddividendo il campione in 4 classi di entità del cammino [<4.000 passi al dì / $4.000-8.000$ / $8.000-12.000$ / >12.000], la distribuzione nelle percezioni di salute si distribuiva in modo significativamente differente tra gli auto-giudizi “eccellente” / “molto buono” / “buono” / “discreto”. Le differenze nella distribuzione – soprattutto rispetto agli auto-giudizi più estremi – apparivano già dal confronto tra il gruppo che compiva <4.000 passi/die con quello immediatamente successivo [$4.000-8.000$] [Saint-Maurice, P. F., Troiano, R. P., Bassett, D. R., Jr, Graubard, B. I., Carlson, S. A., Shiroma, E. J., Fulton, J. E., & Matthews, C. E. (2020). Association of Daily Step Count and Step Intensity with Mortality Among US Adults. *JAMA*, 323(12), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1382>].

Ancora su *JAMA Internal Medicine*, Autori statunitensi [ed uno giapponese] avevano confutato –in ambito gerontologico – il mito dei 10.000 passi quotidiani, che, incidentalmente, sembra debba la propria origine al nome commerciale di un pedometro giapponese approdato sul mercato nel 1965. Seguendo per oltre 4 anni più di 16.000 donne statunitensi in media 72enni, che avevano indossato affidabilmente un accelerometro per 1 settimana, hanno constatato che – a parità di svariate altre condizioni – coloro che compivano 4.440 passi al giorno [2° quartile] avevano una mortalità ridotta del 40% rispetto a chi non superava i 2.700 passi [quartile inferiore]. Ulteriori vantaggi – via via decrescenti – erano colti nei 2 quartili successivi, ma una analisi per dati continui ha identificato un sostanziale appiattimento nella curva “dose–risposta” di mortalità oltre i 7.500 passi al giorno. Viceversa, oltre questa soglia, si allarga progressivamente l'area dell'intervento di confidenza al 95%. Anche in questo campione, una volta tenuto conto della numerosità dei passi, l'intensità della marcia non presentava una netta correlazione con la mortalità, a partire da cadenze ridottissime (comprese tra 1 e 39 passi al minuto) [Lee, I. M., Shiroma, E. J., Kamada, M., Bassett, D. R., Matthews, C. E., & Buring, J. E. (2019). Association of Step Volume and Intensity With All-Cause Mortality in Older Women. *JAMA internal medicine*, 179(8), 1105–1112. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0899>].

Il problema del delirium continua ad essere all'attenzione degli studiosi. Un lavoro di prossima pubblicazione su *JAMA* descrive le difficoltà che si incontrano alla dimissione dall'ospedale di

pazienti che hanno avuto il delirium durante il ricovero. Infatti, aumenta il rischio di non poter ritornare a casa, di essere trasferiti in reparti per non autosufficienti, e un eccesso di mortalità. Il lavoro conclude stressando l'esigenza che l'ospedale si faccia carico di cure adeguate prima di dimettere la persona con delirium verso ambienti meno attrezzati per controllare l'evoluzione della malattia.

Riporto di seguito la [mail ricevuta dalla dottoressa Maria Piliero](#); [descrive una situazione purtroppo non infrequente, che colpisce gli anziani ospiti nelle RSA](#). Ne è la causa un misto di ageismo, di disprezzo per la vita anziana, di retorica contro le RSA. Faccio presente che nel caso descritto il sospetto diagnostico impediva qualsiasi trattamento all'interno della struttura e, quindi, che l'invio in PS è stata una decisione razionale, clinicamente motivata: “Buongiorno Professore, Dopo un po' di tempo torno a scriverle per raccontare quello che mi è successo una sera verso le 22. Partiamo dall'inizio. Domenica scorsa il mio collega invia una paziente dell'RSA in PS per sospetta occlusione intestinale. Il medico che l'accoglie al triage la “liquida” in meno di un'ora, dicendo che la signora aveva rifiutato il ricovero. Non soffermandosi sul fatto che una signora di 93 anni, proveniente da RSA, sola, sofferente e impaurita non era pressoché capace di esprimere un giudizio. Riaccolgo la paziente in RSA, imposto una doppia copertura antibiotica, idratazione in vena, sondino naso gastrico a caduta per ridurre la pressione addominale. Ieri pomeriggio le condizioni peggiorano, addome ligneo, peristalsi metallica, paziente sofferente... sentendomi impotente, contatto la figlia e la invio in PS. Erano le 16. Alle 22 lo stesso medico di domenica chiama in RSA chiedendo di me. Lo contatto da casa e mi aggredisce verbalmente con tono di voce altissimo. Mi chiede perché ho inviato la signora dopo il suo rifiuto al ricovero. Accusa le RSA che non hanno il coraggio di somministrare un po' di morfina e accompagnare alla morte. Gli chiedo, mentre lui respira per prendere fiato, perché domenica era disposto a ricoverarla e adesso no, la sua risposta “perché quel posto serve a chi ne ha più bisogno”. E voleva immediatamente un'ambulanza per far rientrare la paziente. Noi in RSA facciamo gli invii in PS quando non c'è altra soluzione. Se a marzo/aprile 2020 potevo accettare le urla al telefono dei colleghi del PS, oggi non le accetto. Non posso accettare le urla di un collega, solo perché invio una signora di 93 anni. Non possono sempre stare dalla parte della ragione e né creare questa guerra tra poveri. Ma quanti “accompagnamenti” facciamo in RSA?!?! Quante volte assistiamo i figli, i nipoti, in questa fase? Quante volte, anche noi ne usciamo sconvolti, perché non siamo robot e le morti seppur “naturali” ci provano? E non posso accettare questa “avversione” per le RSA alimentata quotidianamente dai mass media. Il mio sfogo è solo tristezza, perché ho scelto di lavorare in RSA e credo a quello che lei dice, che l'ospite non ha bisogno di sole cure ma del senso. Ogni giorno ripeto queste cose alla mia équipe che ormai, bonariamente, non ne può più”.

Riporto la prima pagina del programma scientifico del nostro **22° Congresso nazionale “Dopo la pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età”** (Firenze, 23-25 maggio – per maggiori informazioni inerenti il programma, l'invio di abstract e l'iscrizione potete consultare il sito ufficiale www.aipcongresso.it). Una partecipazione numerosa sarebbe un segnale di ripresa che vorremmo fosse definitiva; la medicina nel suo complesso deve dare un'indicazione precisa: studiare, approfondire, dibattere assieme è importante per lo sviluppo delle conoscenze sul piano scientifico. Sempre più il progresso ha bisogno di collaborazioni e di condivisione. Il ricercatore solitario è una bella immagine romantica, ma ormai solo romantica! Anche il medico solitario non è messo nella condizione di esprimere al meglio la sua competenza.

Invito i lettori a consultare il **documento AIP sugli Ospedali di Comunità**, che abbiamo diffuso nella newsletter del 4 febbraio ed è reperibile sul nostro sito www.psicogeriatra.it. Il testo indica alcune

soluzioni concrete per la loro realizzazione: secondo il PNRR dovrebbero essere diverse centinaia in tutta Italia! Invito ad utilizzare il documento per suscitare discussioni nelle sedi opportune, utili per mettere a punto progetti realistici e quindi realizzabili. Si deve evitare quanto molti temono e cioè che l'attivazione degli Ospedali di Comunità si fermi agli aspetti strutturali e non si giunga mai a renderli pienamente operativi. La costruzione di "muri inutili" è purtroppo molto diffusa nel nostro paese!

Ricordo infine la linea **SoloLine. Una telefonata contro la solitudine dell'anziano** (numero verde 800 699741); è un mezzo che potrebbe essere molto utile per accompagnare persone anziane sole. In allegato la locandina.

Con viva cordialità e il consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría) rivolto agli anziani

Newsletter AIP – 11 febbraio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

viviamo in un limbo che speriamo possa presto finire: non vi sono indicazioni precise, i cosiddetti esperti sono confusi, mancano davvero dati sui quali si possa costruire un'ipotesi di futuro, tra ottimismo e negazione delle speranze. Sono preoccupato per la capacità delle persone più deboli (giovani, anziani, poveri, soli) di costruire un'ipotesi di vita senza veder chiaro nel proprio futuro. Ritengo che i medici, e gli operatori sanitari in generale, debbano tenere in conto lo scenario di incertezza per offrire, invece, ipotesi che garantiscano una presenza. **Se il futuro è incerto, a livello di comunità e per quanto riguarda la salute individuale, la garanzia di un accompagnamento crea sicurezza, condizione della quale molti hanno grandissimo bisogno.**

D'altra parte in questo momento le società devono essere convinte che "scienziati, clinici e operatori della salute pubblica devono trovare spazio in questa importante fase della pandemia"; l'osservazione di Horton su *Lancet* del 22 gennaio potrebbe sembrare pleonastica, se non fosse chiaro che "il dibattito politico sul Covid-19 si è evoluto in un'aspra guerra culturale, in cui le discussioni sono diventate lotte tra diversi gruppi sociali, con convinzioni diverse su come le società dovrebbero essere governate". Come andrà a finire? Come espressione della cultura e della prassi clinica saremo in grado di far pesare nel dibattito che precede le decisioni anche chi si occupa di scienza e di salute? Oppure certi cattivi esempi hanno definitivamente compromesso la nostra presenza nella costruzione del futuro?

Allego un articolo uscito su *Corriere Salute* del 10 febbraio; ritorna sul problema degli Ospedali di un Comunità, argomento sul quale AIP ha prodotto un documento che è stato allegato alla newsletter del 4 febbraio e che è reperibile sul sito AIP. Il testo è stato largamente diffuso ed ha suscitato grande interesse; come AIP ci auguriamo possa costituire un piccolo supporto per le decisioni che dovranno essere prese nel prossimo futuro nell'ambito del PNRR. Personalmente non mi nascondo le difficoltà che dovranno essere superate, anche considerando che l'attenzione del governo è necessariamente concentrata sugli aspetti immediati della crisi economica.

Nell'ambito dei problemi che riguardano l'organizzazione dell'assistenza agli anziani fragili, richiamo l'attenzione sul numero di febbraio di *JAMDA*, che può essere consultato liberamente, nel quale sono pubblicati **oltre 20 articoli dedicati al futuro della Long Term Care**. È un materiale importante per chi in questi tempi si trova coinvolto nella costruzione di nuove ipotesi per l'organizzazione dell'assistenza all'anziano non autosufficiente. Come AIP seguiamo con attenzione il lavoro delle varie commissioni ministeriali dedicate alla stesura di una legge delega che prefiguri la rete assistenziale del prossimo futuro. Un'impresa non semplice, ma che finalmente sembra essere entrata in un binario positivo.

A proposito di organizzazione dei servizi *BMJ* del 17 gennaio discute il problema, verificatosi anche nel nostro paese, dei **letti occupati negli ospedali da persone che potrebbero essere dimesse, ma che non trovano un luogo adatto alla loro condizione**. Il fenomeno è stato esacerbato dalla crisi attuale, ma resta uno dei problemi più rilevanti per un'organizzazione adeguata dell'assistenza

all'anziano. Per evitare che i due poli – l'ospedale e le RSA – vengano occupati da cittadini bisognosi di una protezione temporanea, ma non breve, è necessario provvedere seriamente alla costruzione di reti articolate secondo i bisogni. Purtroppo, nel PNRR non si vede con chiarezza una risposta adeguata. In questa prospettiva, come indicato da *Nature* del 25 gennaio, vanno considerate anche le esigenze cliniche dei nostri concittadini affetti da long Covid. Infatti, le conseguenze somatiche e a livello psichico rischiano di aggravare le problematiche cliniche per tempi lunghi, provocando come conseguenza anche l'occupazione impropria di posti letto ospedalieri.

Peraltro, la letteratura continua a presentare **dati importanti sul rapporto tra attività fisica e durata della vita**. Secondo *JAMA Internal Medicine* del 24 gennaio anche un'attività fisica lieve (10 minuti al giorno) sarebbe in grado di ridurre la mortalità negli Stati Uniti di 110.000 persone per anno. L'insieme di queste osservazioni dimostra in modo sempre più convincente che la salute e il benessere di una popolazione richiedono interventi di ampio raggio sul piano della programmazione dei servizi e delle scelte dei cittadini. Manca però ancora la proposta di un modello di comunità che svolga un ruolo protettivo però senza togliere libertà ai cittadini.

Il 31 gennaio *Lancet* ha pubblicato il **“Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life”**; è un testo complesso sui fattori che caratterizzano la morte nel nostro tempo. Potrebbe essere utile in questo tempo di discussioni a livello legislativo sul valore della vita e sulle modalità per rispettarla; ricordo che AIP ha istituito un gruppo di studio sui problemi di fine vita.

Riporto il consueto **“Angolo di Mauro”**; con saggezza e cultura arricchisce sempre il dibattito sui grandi temi della medicina delle persone anziane:

“La vicenda clinica che ha recentissimamente interessato Trabucchi, da lui stesso descritta nella newsletter di venerdì 4 febbraio, toccando la questione dei fattori di rischio, è occorsa parallelamente alla pubblicazione su *JAMA* di un lavoro intitolato “Valutazione della adiposità e della funzione cognitiva in adulti” [tradotto letteralmente (Anand, S. S., Friedrich, M. G., Lee, D. S., Awadalla, P., Després, J. P., Desai, D., de Souza, R. J., Dummer, T., Parraga, G., Larose, E., Lear, S. A., Teo, K. K., Poirier, P., Schulze, K. M., Szczesniak, D., Tardif, J. C., Vena, J., Zatonska, K., Yusuf, S., Smith, E. E., ... Canadian Alliance of Healthy Hearts and Minds (CAHHM) and the Prospective Urban and Rural Epidemiological (PURE) Study Investigators (2022). Evaluation of Adiposity and Cognitive Function in Adults. *JAMA network open*, 5(2), e2146324. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46324>]. Tale studio, condotto su oltre 9.000 persone – in Canada e Polonia – con anamnesi negativa per patologia cardiovascolare a livello clinico, ha evidenziato una correlazione tra % di grasso corporeo globale, e quantità di tessuto adiposo viscerale, e prestazione cognitiva, dopo aggiustamento per presenza e rilevanza dei fattori di rischio cardiovascolare, e delle lesioni cerebrali vascolari. Più dettagliatamente, per ogni incremento di 1 deviazione standard in adiposità [corrispondente, nel campione in questione, ad un aumento del 9,2% nella % di grasso corporeo, o di 36 mL di grasso viscerale] le prestazioni cognitive al Digit Symbol Substitution Test (DSST) di 0,8 punti, che corrisponde ad 1 anno di invecchiamento cognitivo. Al medesimo test, le persone che si collocano nel 25% più alto [quartile] della distribuzione sia della % di grasso corporeo che di grasso viscerale, al confronto di quelle nel quartile più basso, ottengono in media 2,8 punti in meno, coincidenti con un invecchiamento cognitivo di 3 anni [stimato statisticamente sul medesimo campione]. Il DSST è un test temporizzato che impegna per 2 minuti di abbinare simboli e numeri, misurando la velocità e la coordinazione visuo-motoria, la capacità di apprendimento, l'attenzione, la concentrazione e la memoria a breve termine. Non sono state trovate associazioni tra massa adiposa totale [stimata con impedenzometria] o viscerale [misurata con risonanza magnetica nucleare] ed un test di cognitivtà generale [MoCa]. Lo scarto tra tessuto adiposo viscerale e sottocutaneo, riportata altrove in letteratura, non è stato qui ribadito: le due forme di tessuto adiposo sono risultate fortissimamente correlate. Due caratteristiche dello studio vanno sottolineate: si tratta di una indagine trasversale, che – soprattutto – riguarda adulti in media di 58 anni.

Un rapido excursus nella letteratura sembra confermare una situazione diversa in età avanzata, dove una contenuta adiposità pare continuare a risultare neutrale, quando non protettiva, rispetto alla cognitivtà; la situazione migliore sembra la stabilità ponderale, e un relativo incremento pare preferibile ad un calo. Una

simile linea di tendenza continua ribadirsi nei contesti più disparati, dalla Corea – con evidenza grafica – [Ha, J., Kwon, Y., Kwon, Y. J., Kim, D., Han, K., Jang, M., Park, S., Nam, G. E., Kim, Y. H., Kim, D. H., Park, Y. G., & Cho, K. H. (2020). Variability in body weight precedes diagnosis in dementia: A nationwide cohort study. *Brain and behavior*, 10(11), e01811. <https://doi.org/10.1002/brb3.1811>] all'Islanda [Eymundsdottir H, Ramel A, Geirdottir OG, et al. Body weight changes and longitudinal associations with cognitive decline among community-dwelling older adults *Alzheimer's Dement.* 2021;13:e12163. <https://doi.org/10.1002/dad2.12163>].

In ogni caso, [anche] in questo argomento, la prudenza interpretativa è opportuna: la possibilità di causalità inversa è esplicitamente chiamata in causa; vale comunque a mio avviso la regola generale di guardare i fenomeni gerontologici con occhio diverso: potremo trarne, soggettivamente, soddisfazione epistemologica, e, verso i nostri assistiti, indicazioni caute ed informate.”

Dedico l'ultima parte della newsletter alle vicende interne all'AIP.

Inizio con la consueta richiesta di **iscrizione alla nostra Associazione**, il modo per garantirci autonomia sul piano culturale e delle proposte cliniche. La pandemia ha avuto riflessi negativi anche in questo ambito, perché ha provocato una forte riduzione delle sponsorizzazioni. Per qualsiasi informazione potete rivolgervi alla segreteria all'indirizzo aipsegreteria@grg-bs.it.

Annuncio con piacere che il collega **Giorgio Pigato, psichiatra di Padova, è stato eletto Presidente della sezione triveneta di AIP**. Un cordiale augurio di buon lavoro a chi ha la responsabilità di guidare un forte gruppo di colleghi in una regione con una lunga tradizione di attenzione ai servizi dedicati alle fragilità umane.

Allego il frontespizio del programma del 22° Congresso Nazionale AIP “Dopo la pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età”, che si terrà a Firenze dal 23 al 25 maggio; in particolare ricordo che **l'invio degli abstract deve essere effettuato entro il 20 marzo**, attraverso l'apposita piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml>. Come di consueto, i tre migliori abstract verranno premiati nel corso della cerimonia inaugurale.

Infine, utilizzo ancora la newsletter per ringraziare le molte persone che ci seguono e hanno espresso la loro vicinanza per il malessere che mi ha colpito. È di grande soddisfazione nei momenti di difficoltà sentire il calore delle amicizie e di chi pensa sulla nostra stessa lunghezza d'onda.

Con viva stima, un cordiale augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

e barriere e non riescono ad aver accesso a un percorso qualificativo di chirurgia oncologica. Più volte società scientifiche italiane ed europee hanno chiesto una serie di misure per migliorare la qualità in chirurgia oncologica e l'accesso alle cure per i malati. Queste misure includono il riconoscimento dell'oncologia chirurgica come disciplina specialistica, un maggiore sostegno alla ricerca e all'innovazione e un ruolo maggiore della chirurgia nell'assistenza multidisciplinare.

Le richieste sono state formulate in una lettera aperta pubblicata da Esso (European Society of Surgical Oncology) lo scorso 9 novembre in concomitanza con il congresso annuale della società, tenutosi a Lisbona. Il tema dell'incontro di quest'anno era il futuro della chirurgia oncologica in Europa, un futuro che ha molte promesse per rendere l'oncologia chirurgica più sicura, più efficiente e minimamente invasiva. Tuttavia, la Esso ha bisogno del supporto dei leader europei per dare vita e seguito alle raccomandazioni e, in definitiva, per aiutare a fornire un trattamento di alta qualità. Ciò è particolarmente importante in vista della attuazione del Piano Europeo per la lotta contro il cancro.

**Presidente della European Society of Surgical Oncology (Esso), direttore Chirurgia Generale, Policlinico Gemelli, Roma*

L'ANZIANO FRAGILE E LE SPERANZE DEL PNRR



di **Marco Trabucchi***

Il Pnrr sta aprendo nuove importanti prospettive in molti ambiti della nostra vita nazionale.

Il governo sta agendo con determinazione e arriverà certamente a importanti risultati. Mi soffermo in particolare sugli ospedali di comunità, il cui inserimento nel Pnrr è stata una scelta importante, che potrebbe trasformarsi in un miglioramento significativo dell'insieme dell'assistenza alle persone anziane fragili.

Infatti, nell'organizzazione sanitaria italiana frequentemente mancano strutture in grado di gestire i problemi di salute del cittadino senza ricorrere al ricovero ospedaliero e garantendo un passaggio protetto al momento della dimissione.

Il compito, quindi, degli OdC è di rilievo, sia nella prospettiva del singolo, per la difesa della sua salute, sia nella prospettiva della comunità, per evitare un sovraccarico di lavoro dell'ospedale e delle Rsa. A regime, se si dovesse realizzare il programma indicato dal Pnrr, nel 2026 si arriverebbe a disporre di 0,88 letti per mille abitanti.

Di fronte a questa ottimistica prospettiva è necessario valutare le criticità. In primis l'organizzazione complessiva dell'OdC nell'ambito della rete locale dei servizi deve prevedere la gestione dell'elenco dei pazienti in attesa di ricovero, attraverso un'oculata selezione in base all'ipotesizzata efficacia del trattamento. Infatti, se il cittadino deve aspettare giorni per l'ingresso dal domicilio spesso ricorre all'ospedale.

Una seconda importantissima criticità riguarda la disponibili-

Se non si programma il futuro con chiarezza, attivando tutti i nodi della rete con i quali

l'Ospedale di Comunità dovrà collegarsi, c'è il rischio che questo diventi un parcheggio temporaneo in attesa dell'entrata in una Rsa

tà di personale; infatti, se in un OdC di 20 posti letto sono necessari 9 infermieri e 9 Oss (Operatori socio-sanitari), moltiplicando questi valori per le ipotizzate 381 nuove strutture, si evince che saranno necessari almeno 3400 infermieri ed altrettanti Oss. Saranno professionalità introvabili se non si inizia da subito una nuova politica degli accessi ai corsi universitari e ai corsi preparatori per gli Oss.

A proposito del personale, è necessario anche considerare che i relativi costi a iniziare dal 2027 non saranno a carico del Pnrr e quindi peseranno sui bilanci pubblici. Le stime compiute a questo proposito appaiono però inadeguate, perché la giornata di degenza, secondo le indicazioni del Piano, costerebbe solo 86 euro al giorno, dato evidentemente non corrispondente alla realtà, anche rispetto alla tariffa media degli OdC. In questo momento, sotto la pressione per la predisposizione di progetti da finanziare attraverso il Pnrr, vi è il rischio che vengano adottate vecchie logiche, costruendo strutture non sempre necessarie, continuando a creare nei territori disparità e disuguaglianze.

A questo si aggiunge la possibilità che vengano utilizzati progetti desueti, che non si inseriscono adeguatamente nella rete dei servizi territoriali, come invece viene indicato dal Pnrr. Inoltre, non è sufficiente per un reale funzionamento del sistema la predisposizione delle strutture senza prevedere un progetto di finanziamento. Se non si programma il futuro con chiarezza, attivando tutti i nodi della rete con i quali l'OdC dovrà collegarsi, vi è il rischio che questo diventi solo un parcheggio temporaneo per anziani in attesa di entrare nelle Rsa.

**Presidente della Società Italiana di psichiatria*



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022

Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Newsletter AIP – 4 febbraio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

questa settimana la newsletter AIP è meno ricca del solito a causa di un problema clinico che mi ha colpito, un deficit parcellare del 3° nervo cranico di tipo nucleare, provocato da ischemia lacunare. L'unico sintomo è la diplopia.

Desidero condividere con le lettrici e i lettori qualche impressione derivata da questa esperienza, non per raccontare i “fatti miei”, ma perché ritengo che abbia un qualche aspetto di carattere generale, che riguarda chi ha interesse per la medicina, la sua struttura culturale e la sua organizzazione concreta.

Mi sono fatto ricoverare all'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia, luogo dove sono al sicuro, anche perché vi lavorano molti medici allievi e amici. Quindi, avverto i lettori per evitare qualche possibile critica: alcune mie considerazioni potrebbero avere alla base un pregiudizio positivo...

Sul piano culturale sono stato colpito dalla interpretazione che molti colleghi hanno dato delle cause dell'evento clinico; quella invocata è stata infatti la multifattorialità. L'evento sarebbe stato provocato dall'assommarsi di condizioni, ciascuna delle quali non così incisiva da causare direttamente il danno (ipertensione, ipercolesterolemia, iperglicemia, stenosi carotidee, alterazioni del ritmo cardiaco, stress, ecc.). Mi sono domandato: l'adozione di un modello di intelligenza artificiale avrebbe permesso di costruire attorno al caso del sottoscritto un quadro più chiaro, quantomeno costruendo una gerarchia dei possibili fattori di rischio (sotto e sopra soglia)? Sono teoricamente convinto di sì, anche se occorreranno ancora molti studi e sperimentazioni prima di poter “sciogliere la complessità”. Vedi, a questo proposito, i numerosi lavori su “disentangling complexity in older patients” pubblicati su varie riviste. **Ma quale sarà lo spazio del medico nelle decisioni, quando la sua innata capacità di sintesi verrà superata dall'adozione dell'intelligenza artificiale? Oppure la sua capacità di cogliere le nuances biologiche e storiche della persona in cura sarà ancora indispensabile?**

Fortunatamente le incertezze sulla patogenesi non producono diversi approcci terapeutici tra i diversi esperti; compaiono, però, al momento di decidere, le differenze culturali tra geriatri, neurologi, oculisti. Nel mio caso il decisore è stato il neurologo, Eugenio Magni, che mi ha seguito con competenza e cortesia, con un approccio che denota una cultura medica vasta, come da sempre è quella del neurologo. Da parte sua, Renzo Rozzini, che mi ha accolto con la consueta generosità, ha dichiarato apertamente la soddisfazione per aver finalmente “catturato” Trabucchi, che fino a quel momento si era sottratto a qualsiasi interferenza riguardante la sua salute, affrontata sempre in autogestione. Per quanto riguarda il sintomo diplopia, è scomparso; nella fattispecie la mia “prognosi vivente” supera quella dei tecnici, resa difficile dalla sopraddetta “multifattorialità”.

Passando al piano organizzativo, sono stato favorevolmente colpito dall'accoglienza al Pronto Soccorso della Fondazione Poliambulanza. È una realtà che vede 88.000 accessi all'anno (pre Covid) e quindi complessa e articolata. Nonostante ciò, pur in periodo Covid, l'organizzazione nei suoi vari passaggi è stata veloce e quasi automatica, evitando attese inutili, che rischiano di provocare tanta

ansia nel malato e nella sua famiglia. Nel giro di tre ore sono stato sottoposto alla visita, al tampone, ai prelievi con i relativi risultati, all'ECG, a RM, al doppler dei vasi sovraortici. I medici e il personale sono evidentemente allenati a lavorare in serie, ma senza dimenticare la relazione con il cittadino, che non è mai sereno di fronte alle incertezze poste dalla malattia. Determinazione, competenza, serenità e cortesia potrebbero essere le parole che meglio descrivono l'accoglienza in PS. Mi sono chiesto se in luoghi così complessi sia sufficiente l'adesione ai protocolli o sia indispensabile anche una leadership "umana"; dopo la mia recente esperienza propendo per la seconda ipotesi.

Medici competenti e convincenti hanno organizzato il ricovero in Neurologia, e l'inizio degli approfondimenti. In reparto sono stato accolto con attenzione da personale in grado di capire le esigenze dei pazienti, determinate dalla malattia, dalle paure, dalle preoccupazioni per il futuro ed anche dalle condizioni sociali. Questa è nel concreto la tanto pubblicizzata personalizzazione delle cure, cioè la medicina di sempre che guarda in faccia il malato prima di occuparsi di tutto il resto. Le stanze ampie e ben organizzate mi hanno permesso di vivere bene. Il cibo era forse l'aspetto più debole; però ho pensato al rispetto che dobbiamo ad un ospedale che fornisce un'elevata qualità dell'assistenza, gratuitamente grazie al nostro Servizio Sanitario Nazionale; anche solo un pensiero critico sul cibo mi è sembrato un atteggiamento di egoismo e di superficialità che non mi appartiene. Nel periodo di degenza non ho percepito le conseguenze della grave riduzione del personale che investe tutti i servizi sanitari, causata da situazioni croniche, dalla fuga verso condizioni lavorative meno stressanti, dalle numerosissime quarantene per il Covid; ho peraltro intuito l'impegno organizzativo e i grandi sacrifici personali che hanno permesso di non far ricadere sui pazienti la criticità della situazione. Mi domando, però, fino a quando sarà possibile mantenere l'equilibrio conservato fino a oggi, se la situazione straordinaria dovesse continuare. Come è possibile difendere lo spirito di appartenenza ad un'istituzione quando la fatica sembra sovrastare qualsiasi impegno personale? Anche la naturale generosità di molti, dimostrata negli ultimi due anni, potrebbe vacillare. Di conseguenza, non è retorica sostenere che chi ha la responsabilità di guidare le strutture sanitarie in tempi così complessi ha un compito davvero enorme. A tal fine penso che questa breve descrizione dell'esperienza di paziente possa essere utile a qualcuno.

Concludo queste considerazioni con una frase di don Primo Mazzolari, citata dal mio carissimo amico Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine di Brescia: **"Abbiamo imparato a valutare il carico massimo di una nave, la portata di un ponte, il carico di un cammello e non ci curiamo di sapere fino a quando reggano le spalle di un uomo"**. Chiedo a chi ci segue su questa newsletter di farsi carico, nelle diverse personali funzioni professionali, di questo invito; troppo spesso, infatti, non ci rendiamo conto del peso sulle spalle del collega, dei collaboratori, del familiare di un malato, dello stesso malato. Questa coscienza non risolve ovviamente i problemi, ma rappresenta un punto di partenza per chi vuole essere un adeguato punto di riferimento per avvicinarsi ad una buona salute. Le considerazioni derivate dalla mia personale positiva esperienza, che ho appena descritto, non sono in sintonia con alcune storie che ho ricevuto da parte di cittadini che si sono negativamente scontrati con la qualità dei servizi sanitari. Pur ammettendo che vi possa essere qualche differenza qualitativa tra i servizi prestati da un ospedale rispetto ad un altro, **il problema delle disuguaglianze in sanità rimane un aspetto particolarmente critico**. Il Covid-19 ha messo in luce situazioni che prima erano meno evidenti; la letteratura scientifica ha dimostrato, attraverso dati indiscutibili, che i poveri (di ogni tipologia) accedono con minore frequenza ai servizi sanitari e spesso i servizi loro dedicati sono di qualità inferiore. Perché anche in Italia possono essere tollerate differenze così gravi nel modo di curare i cittadini? Ricordo che i finanziamenti per le attività ospedaliere sono uguali per tutte le Regioni: perché, quindi, dobbiamo sopportare ancora così tanta ingiustizia?

Finisco queste righe al momento di essere dimesso. Vorrei dedicare un pensiero particolare a coloro che ritengono di scarsa rilevanza la chiusura ai famigliari delle strutture sanitarie. Io, pur dopo soli

3 giorni, non concordo con questa visione riduttiva sull'efficacia umana e clinica dei contatti con i famigliari e con chi si vivono legami affettivi.

Inizia l'ultimo anno, o poco più, di lavoro del governo Draghi, rinforzato dall'elezione di Mattarella. Sarà in grado di rendere operativi i "sogni" del PNRR? Ripeto quello che ho scritto numerose volte: senza un piano serio per il reclutamento di personale, qualsiasi innovazione sarà velleitaria. Penso alla formazione e al contratto con i medici di famiglia, alla mancanza, in generale, di medici, infermieri e dell'altro personale sociosanitario, e alla loro razionale collocazione sia all'interno degli ospedali, sia nella tanto sbandierata riorganizzazione della medicina territoriale. Sono preoccupato per le RSA, per le Case della comunità, per gli Ospedali di comunità, per la riorganizzazione degli ospedali anche nella logica di predisporre un'adeguata organizzazione per le possibili nuove ondate epidemiche. *BMJ* riporta il recente attacco da parte dell'ex capo della sanità inglese al suo governo, accusato di assoluta miopia di fronte al futuro. Noi cosa possiamo dire?

Rispetto al futuro, che ci riguarda tutti direttamente, *Nature* del 24 gennaio ha pubblicato un lavoro di Aris Katzourakis che inizia così: "La parola endemico è diventata una delle più abusate della pandemia. E molte delle assunzioni sbagliate ispirano un errato compiacimento. Non significa, infatti, che il Covid-19 arriverà ad una fine naturale". Sono considerazioni serie, che dovrebbero essere lette da quei politici che, ispirandosi ad idee sbagliate, si sentono esonerati dal prendere provvedimenti seri per assicurare alle nazioni un futuro, perché **"pensare che l'endemicità sia leggera e inevitabile è più che sbagliato, è pericoloso"**. Quindi chiediamo ai decisori serietà e impegno, evitando annunci prematuri, come quello sulla fine dell'emergenza al 31 marzo; siamo sicuri, ad esempio, che, come dice l'WHO, non possano comparire altre varianti, potenzialmente più aggressive di Omicron?

L'**"Angolo di Mauro"**, riportato di seguito, ancora una volta presenta una sintesi tra dati di letteratura e loro ricadute pratiche. **Il problema dei turni nelle RSA** meriterebbe, anche sulla base del pezzo di Colombo, una maggiore attenzione da parte di chi ha responsabilità di gestione di queste strutture:

"Sia indirettamente – in contrappunto alle iniziative di "ringiovanimento" promosse da Jeff Bezos, padrone di Amazon – sia direttamente – facendo riferimento ad un articolo di *JAMA Internal Medicine* sulla organizzazione delle strutture di ricovero per anziani – nella newsletter di venerdì 28 gennaio Trabucchi ha fatto riferimento alle RSA, ed alla loro più rappresentata tipologia di residenti: donne molto anziane con demenza. Ma, pensando alla [auspicata] ri-organizzazione delle RSA, occorre anche dedicare attenzione alla più tipica rappresentanza di operatori: donne intorno o sopra i 50 anni, spesso con decenni di lavoro in turni assistenziali alle spalle, e magari con propri oneri di cura familiari. La letteratura sta facendo lentamente luce su una ulteriore minaccia che incombe su tali figure: il deterioramento cognitivo collegabile con alcune modalità di lavoro notturno. Lo studio sulle infermiere danesi [Jørgensen, J. T., Hansen, J., Westendorp, R., Nabe-Nielsen, K., Stayner, L. T., Simonsen, M. K., & Andersen, Z. J. (2020). Shift work and incidence of dementia: A Danish Nurse Cohort study. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 16(9), 1268–1279. <https://doi.org/10.1002/alz.12126>⁵] si inserisce in questa linea, avendo seguito oltre 28.000 persone, in gruppi e con scadenze diverse, dal 1993 al 2009. In sintesi, è risultato che la persistenza in turni notturni per almeno 6 anni ha più che raddoppiato, od aumentato del 47% – a seconda delle coorti osservate e confrontate – il rischio di demenza, comprese quelle ad esordio dopo i 70 anni. Pur basandosi su un numero limitato di evoluzioni in demenza, le operatrici con pre-esistenti problematiche cardiovascolari o diabetiche, e quelle che assumevano ipnoinducanti, erano più esposte allo sviluppo di demenza in condizioni di turni notturni protratti. Non stupisce che le forme di demenza collegate al lavoro notturno erano di tipo generalmente "non-Alzheimer", anche se sul piano biologico sussistono le premesse – supportate da riscontri epidemiologici [per esempio dallo studio Whitehall II (*Nature Communication* | (2021) 12:2289 | <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22354-2> |

www.nature.com/naturecommunications]]* – di collegamenti tra alterazioni del sonno e sofferenza cerebrale. Pur nella consapevolezza di limiti metodologici dichiarati, il lavoro ha preso esplicite contromisure nei confronti del rischio di confondimento da causalità inversa. Sicuramente occorre proseguire negli studi sull'argomento, ma già da ora possiamo porre attenzione al limite dei 6 anni nella durata delle turnazioni notturne, per proteggere le preziose risorse umane che si dedicano alla cura di chi è ammalato: nella introduzione del lavoro citato, si afferma che – per durate più brevi – gli effetti avversi sul sistema nervoso centrale sembrano reversibili.

§ l'articolo in PubMed è disponibile solo come estratto

* la bibliografia riportata è successiva alla pubblicazione dell'articolo qui commentato [ndr]"

Passando ad alcune considerazioni di casa AIP, con piacere comunico l'elezione del **Prof. Franco Giubilei alla presidenza della sezione laziale di AIP**. Lo ringrazio per il prestigio che personalmente apporta alla nostra Associazione, certo che potrà realizzare importanti azioni a favore dell'anziano fragile.

Riporto come promemoria per i nostri lettori il frontespizio del programma del **22° Congresso nazionale AIP** che si terrà al Palazzo dei Congressi di Firenze dal 23 al 25 maggio. Ricordo in particolare la **scadenza del 20 marzo per l'invio di abstract** e quella del **27 marzo per l'iscrizione "early bird"** al Congresso (per maggiori dettagli vi invito a consultare il sito ufficiale dell'evento www.aipcongresso.it). Ritrovarci personalmente dopo tante difficoltà, spesso affrontate in solitudine, sarà per molti un momento rasserenante, oltre che di utile scambio sui molti eventi dei mesi scorsi.

Allego il testo del **documento AIP sull'Ospedale di Comunità**. In questo momento di estrema confusione rispetto alla realizzazione del PNRR abbiamo voluto costruire e diffondere alcuni punti di riferimento perché questo servizio importante per il nostro sistema delle cure possa essere realizzato nel modo migliore, superando le enormi difficoltà attuali. Qualora qualche lettore ritenesse che il testo può essere utile in sede locale è invitato a diffonderlo nei propri diversi ambiti, suscitando così qualche utile dibattito.

Un cordiale saluto e un reciproco augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Psicogeriatria

ANNO XVII - SUPPLEMENTO 1 - NUMERO 1 - GENNAIO-APRILE 2022

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ Proposta di modello organizzativo



Direttore Editoriale
Marco Trabucchi

Comitato Editoriale
Giuseppe Bellelli
Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Luigi Ferrannini
Giancarlo Logroscino
Alessandro Padovani
Claudio Vampini

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico
Maria Grazia Arena
Fabrizio Asioli
Giuseppe Barbagallo
Roberto Bernabei
Carlo Adriano Biagini
Stefano Boffelli
Amalia Cecilia Bruni
Carlo Caltagirone
Stefano Francesco Cappa
Fabio Cembrani
Rabih Chattat
Antonio Cherubini
Mauro Colombo
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Andrea De Bartolomeis
Luc Pieter De Vreese
Monica Di Luca
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Nicola Ferrara
Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Franco Giubilei
Guido Gori
Federica Gottardi
Antonio Greco
Antonio Guaita
Marco Guidi
Valentina Laganà
Daniela Leotta
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Bruno Mazzei
Alessandro Morandi
Enrico Mossello
Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Alfonso Papa
Luigi Pernigotti
Giorgio Pigato
Andrea Pilotto
Nicola Renato Pizio
Grazia Razza
Renzo Rozzini
Mario Santagati
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Gianluca Serafini
Carlo Serrati
Anna Laura Spinelli
Gabriele Tripi
Tiziano Vecchiato
Silvia Vettor
Daniela Viale
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani



Documento dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ Proposta di modello organizzativo

Joumana Bakri¹, Beatrice Gazzola², Roberto Borin¹, Marco Trabucchi³

¹ Ospedale di Comunità, Tregnago (VR)

² Distretto 2, ULSS Scaligera

³ Associazione Italiana di Psicogeriatrics

Indice

1. Introduzione	_____ pag.	4
2. Il modello organizzativo	_____ pag.	6
Organizzazione e responsabilità		
3. Il profilo clinico dei pazienti	_____ pag.	11
Le principali patologie trattabili		
Criteri di accogliibilità		
Criteri di non accogliibilità		
Procedure di ammissione		
Criteri di gestione delle liste d'attesa		
4. La degenza	_____ pag.	14
Degenza		
Dimissione		
Cartella clinica		
Visite specialistiche		
Ruolo del Fisiatra		
Gestione delle emergenze		
Farmaci, dispositivi, presidi e telemedicina		
5. I costi	_____ pag.	17
6. L'esempio dell'OdC di Tregnago	_____ pag.	18
7. Alcune criticità	_____ pag.	20
8. In conclusione, alcune considerazioni di carattere generale	_____ pag.	23

L'Associazione Italiana di Psicogeriatrica contribuisce al dibattito sull'organizzazione dei servizi per la salute, aperto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con un documento riguardante gli Ospedali di Comunità. Sono strutture di rilievo all'interno della rete territoriale riservata alle persone fragili, la cui organizzazione non è cresciuta secondo linee condivise, ma lasciando spazi ad interpretazioni non sempre lineari.

Per questo motivo l'AIP ha preparato il presente documento, che si rifà prevalentemente all'esperienza ormai consolidata dell'Ospedale di Comunità di Tregnago (Verona), per offrire un testo realistico, attuabile e attuato. In questo modo qualsiasi discussione viene condotta su dati e azioni, evitando interventi inutili su progetti teorici.

La pressione dei tempi per la realizzazione del PNRR impone una discussione, approfondita ma rapida, di proposte realizzative spesso non omogenee. Non è possibile percorrere altre strade se l'Italia vuole rispondere alla fiducia concessa dall'Europa, rispondendo in modo adeguato ad un bisogno in continuo aumento. Anche per questo nostro dovere come nazione non possiamo lasciare spazio ad un pessimismo pregiudiziale; i problemi realizzativi sono molti, come indicato nel testo, ma non possono essere sufficienti per giustificare la rinuncia a sperimentare soluzioni valide.

1. Introduzione

Gli ospedali di comunità sono presidi sanitari presenti in molte Regioni, che nel corso degli anni, in modo variegato e dissimile, hanno definito funzioni e requisiti.

Nel gennaio 2020 è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sull'Ospedale di Comunità (OdC) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e a quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015.

Viene pertanto definito che l'Ospedale di Comunità è un Presidio sanitario di cure intermedie con tempi di degenza brevi, per pazienti che necessitano di un periodo di stabilizzazione clinica, monitoraggio e modulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti, e per quelli provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare al fine di prevenire un ricovero ospedaliero inappropriato. L'OdC garantisce un setting clinico-assistenziale adeguato a favorire la stabilità clinica e recupero delle funzionalità residue.

Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è indicato l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità o Struttura per le Cure Intermedie. Viene ribadito che tale struttura fa parte della rete territoriale ed è destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Viene indicata una capienza minima di 20 posti letto, e fino ad un massimo di 40, che la gestione è prevalentemente infermieristica, con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche. Viene altresì previsto che l'Ospedale di Comunità possa facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adat-

to alle esigenze di cura dei pazienti. Non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari. In particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali del DPCM 12/01/2017 (“definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” articoli 29-35). L’OdC può avere una sede propria, essere collocato in una “Casa della comunità”, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all’assistenza territoriale distrettuale.

A metà del 2026, dovrebbero essere attivi complessivamente 10.738 posti letto negli Ospedali di Comunità/Cure Intermedie. Poiché nella prima distribuzione dei posti letto da realizzare per singola regione, indicata nella documentazione a corredo del

PNRR, si è effettuata una distribuzione proporzionale dei posti letto senza tener conto di quelli già attivati, a regime la distribuzione dei posti letto tra le Regioni italiane sarà molto differenziata. La conseguenza potrebbe essere che le Regioni che si sono attivate negli ultimi anni (per un totale di 3163 letti), avranno una dotazione di posti letto superiori alle Regioni ancora prive di tali strutture, con una maggiore offerta assistenziale, ma con costi di gestione più elevati. Questo documento propone un possibile modello organizzativo e gestionale di Ospedale di Comunità, anche alla luce di un decennio di esperienza della struttura di Tregnago, e dei progressi della cultura clinico-assistenziale di questi anni. Per tale motivo si utilizzano definizioni chiare, modalità di gestione replicabili, lasciando però un possibile spazio a differenziazioni tra strutture, legate alla logistica e alla realizzazione/ristrutturazione necessarie nelle varie realtà territoriali.

2. Il modello organizzativo

Quanto si propone fa riferimento a strutture di 20 posti letto, realizzate preferibilmente in contesti dotati di un minimo di servizi sanitari accessori (punto prelievi, attività specialistica ambulatoriale di base, radiologia tradizionale, punto di Continuità Assistenziale), frequentemente disponibili in ex strutture ospedaliere riconvertite, Case della Salute, altre strutture territoriali.

L'Ospedale di Comunità è una struttura *sanitaria* atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che non richiedono assistenza ospedaliera in reparti per acuti, ma necessitano di prestazioni clinico-assistenziali, non trattabili in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico, per un periodo indicativamente di 4-6 settimane.

Gli obiettivi sono:

- garantire un appropriato percorso di cura del paziente in fase post-acuta o cronica riacutizzata, con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
- prevenire ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- organizzare e favorire il rientro a domicilio con i presidi necessari al fine di facilitare l'assistenza ed attivazione della dimissione protetta;
- prevedere e attivare l'eventuale necessità di un inserimento in struttura protetta in modo definitivo se necessario;
- condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il curante "Medico di Medicina Generale" e con i caregiver, al fine di garantire una continuità assistenziale dopo la dimissione;
- razionalizzare le risorse;
- migliorare la qualità e la completezza delle informazioni nella fase di trasferimento.

La principale finalità dell'OdC è, nella maggioranza dei casi, il reintegro a domicilio dei pazienti, anche pianificando adeguatamente una dimissione ed una domiciliarità protette, con l'erogazione dei servizi sociali e sanitari disponibili.

Organizzazione e responsabilità

L'OdC garantisce una media di 1.850 minuti settimanali di assistenza, comprensivi dell'assistenza infermieristica e OSS, per paziente.

In particolare, per un nucleo di 20 posti letto, l'OdC garantisce:

- 1 coordinatore infermieristico full time;
- 9 infermieri h24;
- 1 infermiere care manager diurno;
- 9 OSS h24;
- 1 FKT full time per i pazienti che necessitano di riattivazione motoria;
- 1 assistente sociale part time per favorire la transizione del paziente verso il setting di cura più appropriato per le sue condizioni sanitarie e sociali.

L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è prestata da medici specialisti di area geriatrica-internistica, che garantiscono l'assistenza medica routinaria ed una reperibilità diretta telefonica h12.

Nella fascia diurna è assicurato l'intervento in loco entro i 45 minuti in caso di necessità, attraverso un sistema di pronta reperibilità. La presenza medica in struttura è garantita per un totale di 40 ore settimanali, dal lunedì al sabato, garantendo ammissioni e dimissioni nei 6 giorni della settimana (compreso il sabato).

Il Responsabile Clinico dell'OdC è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato e le modalità operative di ciascuna Regione) con registrazioni di variabili in ingresso e alla dimissione.

Al momento dell'ingresso espone il piano assistenziale al paziente e/o ai familiari, comprensivo dei tempi di degenza previsti. È disponibile a colloqui con i familiari in orari e modalità concordate.

Contatta il medico curante del paziente prima della dimissione, che avviene con le modalità della cosiddetta "dimissione protetta", favorendo un accesso dello stesso nella struttura per concordare le modalità di dimissione, le necessità assistenziali e curando direttamente l'eventuale prescrizione di ausili.

Compila, per la parte di propria competenza, la cartella clinica fino alla chiusura della stessa e redige la lettera di dimissione.

Si relaziona con le Unità Operative dell'Ospedale per acuti di riferimento, con il quale sarà steso un protocollo d'intesa finalizzato alla creazione di una corsia preferenziale nei rapporti con l'OdC, soprattutto in relazione ad eventuali ricoveri, a consulenze specialistiche, alla gestione di possibili criticità organizzativo-gestionali ed alla definizione di protocolli terapeutici condivisi.

Assicura un monitoraggio clinico quotidiano, anche il sabato e la domenica, attraverso procedure codificate di passaggio di consegne cliniche e di accessibilità alla documentazione clinica da parte delle figure medico-sanitarie che dovessero alternarsi negli orari notturni, festivi e prefestivi.

Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere care-manager e gli altri professionisti, incluso il fisiatra che eventualmente contribuisce, ove necessario, ad associare un piano riabilitativo aggiuntivo al piano assistenziale. Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente.

È altresì responsabile della gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, della documentazione clinica (cartelle) e della documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi), della gestione del rischio clinico e della qualità, dell'applicazione della nor-

mativa regionale e delle misure igienico-sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente.

La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto. La cartella dovrà essere informatizzata, a cura dei Servizi informatici dell'Ente titolare della struttura, per permettere di alimentare i flussi informativi regionali.

Dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi l'assistenza medica per urgenze o necessità di monitoraggio sarà garantita dall'Azienda Sanitaria a titolo non oneroso attraverso un medico di Continuità Assistenziale della sede più vicina all'Ospedale di Comunità, che interverrà in qualità di medico consulente e provvederà ad aggiornare la cartella clinica su quanto effettuato o disposto.

Nei giorni di sabato e/o domenica e festivi, in orario diurno, l'Azienda Sanitaria potrà garantire a titolo oneroso un accesso programmato di almeno 1 ora al giorno e garanzia di accesso "a chiamata in caso di necessità" (per eventi clinici non urgenti) entro 45 minuti su richiesta motivata dell'infermiere/coordinatore infermieristico della struttura. Il suddetto orario concorre al raggiungimento dello standard di assistenza settimanale.

Il Responsabile Gestionale è il direttore dell'U.O.C. Cure Primarie dell'Azienda Sanitaria o suo delegato.

Tale responsabile, anche avvalendosi di strutture organizzative distrettuali, può, in casi selezionati, organizzare con un protocollo di triage ingressi rapidi di pazienti eleggibili dall'ospedale o da altro luogo di cura, concordati con il responsabile medico della struttura e in collaborazione con la Direzione Medica dell'Ospedale.

Tale Medico, con competenze di organizza-

zione dei servizi, supportato da una segreteria amministrativa, avrà le seguenti funzioni:

- ricezione ed esame delle richieste di ingresso in OdC provenienti dalle strutture ospedaliere, pubbliche o accreditate, dell'Azienda Sanitaria od Ospedaliera e dai Medici di Medicina Generale;
- valutazione della congruità e della priorità delle richieste;
- inserimento delle richieste accettate in una lista d'attesa da trasmettere al Responsabile Clinico per la gestione dell'ingresso in struttura;
- aggiornamento quotidiano della priorità delle richieste;
- monitoraggio dell'efficacia ed efficienza organizzativa in collaborazione con il Responsabile Clinico della struttura.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, con il progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza in Ospedale di Comunità, con la partecipazione, se possibile, del MMG del paziente, che potrà, in quella occasione, valutare il paziente, ricevere consegne cliniche e assistenziali e concordare un accesso domiciliare post-ricovero, per favorire la continuità assistenziale e la collaborazione con il caregiver familiare o non.

Il collegamento funzionale tra la struttura, l'ospedale e il domicilio sarà mediato dal Punto unico di accesso distrettuale, che provvederà alla gestione e allo scorrimento della lista di attesa, all'evasione delle richieste di ingresso in struttura, in sinergia con l'infermiere care-manager dell'Ospedale di Comunità che coordina l'accoglimento del paziente in struttura e il successivo percorso alla dimissione.

Il Distretto, in collaborazione con la struttura, garantisce ai MMG del paziente di avere accesso alla struttura per favorire il colloquio con il personale che assiste il paziente.

Il Coordinatore Infermieristico è un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla L. 1° febbraio 2006 n. 43 e successive modifiche. È responsabile delle seguenti attività:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- gestione del personale;
- sviluppo e formazione del personale;
- costruzione di relazioni collaborative e interprofessionali;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- gestione della sicurezza.

L'Infermiere Case Manager si inserisce all'interno di un modello organizzativo finalizzato a favorire la presa in carico dell'assistito. Svolge le seguenti attività:

- coordina il percorso del paziente dall'ingresso, durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva;
- è responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente;
- mantiene le relazioni tra il paziente, la famiglia, i servizi domiciliari e l'ospedale nel caso il ricovero sia proposto da un reparto in modo da attuare il progetto di recupero/mobilizzazione;
- attiva la procedura della dimissione protetta con il Servizio ADI/rete dei servizi, con la prescrizione degli ausili eventualmente necessari una volta che il paziente torna al domicilio;
- predispose, in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, il piano di educazione terapeutica del caregiver utilizzando per l'addestramento, se del caso, le stanze all'interno dell'OdC.

L'Infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Le sue principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati/disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. Svolge le seguenti attività:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment dell'assistito e della famiglia/caregiver;
- agisce sia individualmente, sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) è l'operatore che svolge l'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario. Favorisce inoltre il benessere e l'autonomia dell'assistito. Le principali attività dell'OSS sono:

- assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero;
- intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Le competenze dell'OSS previste dall'allegato B della L.R. 16 agosto 2001 sono:

- competenze tecniche;
- competenze relative alle conoscenze richieste;
- competenze relazionali.

Nell'ambito delle competenze tecniche, in collaborazione con le altre figure professionali, svolge i seguenti compiti:

- attua i piani di lavoro;
- aiuta i pazienti totalmente o parzialmente dipendenti nelle attività di vita quotidiana (igiene personale, cambio della biancheria, aiuto nell'espletamento delle funzioni fisiologiche e nella deambulazione, etc.);
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni;
- effettua piccole medicazioni e sostituzioni delle stesse;
- aiuta per la corretta assunzione dei farmaci prescritti;
- attua interventi di prevenzione di lesioni da decubito;
- osserva, riconosce e riferisce alcuni dei

più comuni sintomi di allarme che l'assistito può presentare (pallore, sudorazione, etc.);

- cura il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare;
- garantisce il trasporto del materiale biologico sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici secondo protocolli stabiliti, nonché degli assistiti, anche allettati, in barella o carrozzina;
- attua interventi di primo soccorso;
- assiste la somministrazione delle diete;
- collabora alla composizione della salma;
- aiuta nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, recupero e mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- effettua il disbrigo di pratiche burocratiche.

Il Fisioterapista, su indicazione del Responsabile Clinico della struttura o del consulente fisiatra, garantisce interventi di mobilizzazione e riattivazione motoria, orientativamente a circa il 50% dei pazienti accolti.

3. Il profilo clinico dei pazienti

L'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della traiettoria o del percorso assistenziale del paziente. Rispetto all'ospedale, prevale l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica.

L'Ospedale di Comunità accoglie elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, le ADL (cioè il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare, la continenza), ma con tre diverse possibili traiettorie prognostiche:

- pazienti le cui funzioni/abilità perse sono potenzialmente recuperabili, ma è necessario un periodo di convalescenza (es.: carico non concesso, esiti di sindrome da allettamento o di intervento chirurgico maggiore, insufficienza respiratoria), durante il quale favorire la mobilitazione e la riattivazione, con un percorso da iniziare in OdC e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito);
- pazienti le cui funzioni/abilità motorie o cognitive sono definitivamente perse (dipendenti), non sono recuperabili, dovendo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo per definire se la nuova situazione funzionale è compatibile con un rientro a domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione (adattamento alla disabilità definitiva);
- pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, e la malattia ha una prognosi infausta a breve termine.

Le principali patologie trattabili

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità sono:

- BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;

- vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- patologie cardiache con necessità di modulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- malattie croniche del fegato, malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counseling;
- malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitano di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
- cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
- patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
- necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;
- ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;
- pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitano di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento.

Criteri di accoglibilità

I criteri indispensabili di accoglibilità presso l'Ospedale di Comunità sono i seguenti:

- assenza di problematiche acute in atto;
- condizione clinica stabile (Scala MEWS < 0 = 2);
- inquadramento diagnostico definito;
- programma terapeutico delineato;
- invio del modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" completo in tutte le sue parti.

Criteri di non accoglibilità

I criteri di *non* accoglibilità presso l'Ospedale di Comunità sono i seguenti:

- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS > 2);
- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di accoglibilità);
- programma terapeutico non ben delineato;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- unica motivazione all'ingresso la presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto;
- modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" non valutabile perché incompleto.

Se, tra la data di invio del modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" e la data stabilita di trasferimento, sopraggiungono complicanze è compito del Medico dell'U.O. richiedente comunicare, via mail o telefono, la sospensione del trasferimento.

In particolare, il trasferimento del paziente deve essere sospeso se, nelle 48 ore precedenti, è presente uno dei seguenti aspetti:

- Frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- Pressione arteriosa sistolica <70 o ≥ 200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- Temperatura ascellare $\geq 38,5$ °C;
- Frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30 ;
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- Sanguinamento in atto;
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile.

Nel caso di sospensione del trasferimento, nel momento in cui il paziente rientrerà nei criteri di accoglibilità, dovrà essere inviata nuova richiesta di aggiornamento.

Procedure di ammissione

La presa in carico da parte dell'Ospedale di Comunità è condizionata dalla proposta effettuata:

- da un Medico Ospedaliero per un paziente in dimissione ospedaliera;
- da un Medico di Medicina Generale per un paziente già in cure domiciliari o non, che presenta la patologia e i criteri di accoglibilità sopra definiti.

La richiesta deve contenere le informazioni utili ad inquadrare le cure necessarie al paziente, con evidenziata l'impossibilità della presa in carico in regime domiciliare o residenziale classico, e riferita a condizioni che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane).

Il Medico Ospedaliero e il Medico di Medicina Generale richiedono il ricovero in Ospedale di Comunità attraverso l'indirizzo e-mail dedicato allegando, compilato, il modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità".

Criteri di gestione delle liste d'attesa

I criteri sotto riportati hanno lo scopo di garantire la gestione della lista d'attesa secondo i principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti.

Primo criterio di gestione delle liste d'attesa è la data di arrivo della richiesta; fatta salva la necessità di considerare prioritarie le seguenti condizioni:

- accettazione rapida per pazienti dimissibili da reparti ospedalieri giudicati accoglibili;
- bilanciamento tra le richieste provenienti dall'ospedale e dal territorio in relazione alle rispettive necessità;
- criticità legate a periodi di elevata morbosità segnalate dalla Direzione Medica Ospedaliera;
- esigenza di liberare con urgenza posti letto in area medica o chirurgica segnalate dalla Direzione Medica Ospedaliera;
- case mix meglio sostenibile dall'OdC.

4. La degenza

Degenza

Al momento dell'ingresso in Ospedale di Comunità, al paziente e/o ai familiari vengono consegnati:

- il "Contratto di Degenza";
- la Carta dei Servizi della struttura;
- l'Informativa per il trattamento dei dati personali;
- il consenso al trattamento dei dati del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il Contratto di Degenza deve essere firmato dal paziente/beneficiario e/o familiare/garante e dal Responsabile Clinico dell'OdC o suo delegato al momento dell'ingresso in struttura. Il contratto va firmato in due copie originali, una consegnata al paziente/beneficiario e/o familiare/garante e l'altra inserita nella cartella clinica.

Nel Contratto di Degenza viene esplicitata, fra l'altro, l'accettazione del pagamento degli oneri dovuti in caso di prolungamento della degenza oltre i 30 giorni, come previsto dalla normativa vigente: il ricovero è gratuito per gli assistiti fino al 30° giorno di degenza, dal 31° al 60° giorno i contraenti si impegnano a corrispondere a favore dell'Azienda Sanitaria una quota di compartecipazione alla spesa di 25,00 euro al giorno, che aumenta a 45,00 euro al giorno dal 61° giorno di degenza. La giornata di accoglienza dell'ospite e la giornata di dimissione sono conteggiate tra le presenze effettive, precisando che lo stesso posto letto non potrà essere conteggiato due volte nella stessa giornata. I giorni di accesso in Pronto Soccorso o di ricovero ordinario non vengono addebitati.

Tutte le prestazioni di riabilitazione sono erogate in regime di esenzione dalla compartecipazione (ticket), mentre le prestazioni ambulatoriali sono erogate in regime di esenzione solo fino al 60° giorno di degenza, fatte salve le esenzioni di legge.

All'ingresso viene formulato un Piano assistenziale e durante la degenza il paziente viene rivalutato ad intervalli regolari, per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali individuati all'ingresso.

Qualora gli obiettivi assistenziali non vengano raggiunti entro 60 giorni, il Responsabile Clinico formula un nuovo piano assistenziale. Il tempo di degenza va definito in base al quadro clinico, riabilitativo e le necessità correlate all'assistenza, non in base all'esigenza della famiglia.

Dimissione

L'UVMD, con il progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza, preferibilmente nella struttura stessa, con il coinvolgimento diretto del MMG di scelta, l'assistente sociale del territorio, in modo tale da garantire la continuità delle cure e la collaborazione con il caregiver/familiare ed eventualmente con il Servizio ADI e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

La responsabilità clinica per la dimissione/transizione del paziente si declina nelle seguenti attività:

- valutazione alla dimissione e facilitazione del rientro a domicilio;
- prescrizione e verifica della fornitura eventuali di protesi ed ausili necessari nel post-ricovero, in collaborazione con il fisiatra;
- colloqui regolari e normati con i pazienti ed i familiari.

Alla fine del periodo di permanenza nell'OdC il Responsabile Clinico redige una lettera di dimissione indirizzata al MMG nel quale descrive:

- le principali attività diagnostico-terapeutiche svolte;
- i principali fatti clinici intervenuti nel corso della permanenza del paziente nell'ODC;
- le indicazioni necessarie per continuare il percorso assistenziale.

Al momento della dimissione, nel caso di ricovero superiore ai 30 giorni, il coordinatore infermieristico consegna al paziente/beneficiario e/o familiare/garante il modulo "Prestazioni Effettuate", per il pagamento della quota di compartecipazione alla spesa. Una copia del modulo va inserita anche nella cartella del paziente.

Cartella clinica

Va utilizzata una cartella clinica informatizzata, che comprenda la seguente documentazione:

- richiesta di inserimento in OdC;
- scheda S.Va.M.A. (o altre scale di valutazione adottate nelle diverse Regioni) e lettera di dimissione ospedaliera (paziente da Ospedale);
- scheda S.Va.M.A. ed eventuale verbale UVMD (paziente da territorio);
- documento riportante le firme di accettazione delle condizioni di ricovero, il consenso informato ed il consenso al trattamento dei dati personali;
- diario medico;
- scheda di accertamento infermieristico/piano assistenziale;
- diario infermieristico;
- richieste/referti/esami di laboratorio;
- termografica;
- terapia farmacologica in corso e successivi aggiornamenti;
- lettera di dimissione, con relativa valutazione S.Va.M.A.

La cartella viene completata con diagnosi di dimissione (classificazione ICD-9) e firmata dal Responsabile Clinico.

Visite specialistiche

Il Responsabile Clinico può richiedere consulenze da parte di specialisti ospedalieri con ricettario SSN o prescrizione dematerializzata (DEMA).

Le visite specialistiche verranno effettuate da specialisti operanti all'interno di un poliambulatorio pubblico o accreditato.

Tutte le prestazioni di riabilitazione sono erogate in regime di esenzione del ticket, mentre le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono erogate in regime di esenzione dal ticket solo fino al 60° giorno di degenza, fatte salve le esenzioni di legge.

Ruolo del Fisiatra

La presenza del Fisiatra, se non presente in organico nella struttura, sarà assicurata dal Dipartimento/U.O.C. di Riabilitazione; è incaricato di programmare un progetto riabilitativo integrato e di monitorarne l'attuazione in sinergia con il personale della struttura.

Gestione delle emergenze

L'invio in Pronto Soccorso presso l'Ospedale di riferimento dell'Azienda Sanitaria può essere disposto dal Responsabile Clinico o dal medico di Continuità Assistenziale; si dovrà attendere l'esito di tale invio (osservazione in PS, permanenza in OBI, ricovero ospedaliero), mantenendo il posto letto per un periodo massimo di 48 ore.

Farmaci, dispositivi, presidi e telemedicina

Sono prescritti dal Responsabile Clinico dell'Ospedale di Comunità con utilizzo della modulistica aziendale e forniti dal Servizio di Farmacia Ospedaliera.

Possono essere forniti all'OdC tutti i farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

L'Azienda fornisce attraverso il servizio di farmacia ospedaliera i prodotti necessari per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione è subordinata al rispetto, da parte del Responsabile Clinico, dei criteri di appropriatezza definiti dalle specifiche direttive e linee guida regionali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera.

L'Azienda assicura la fornitura dei presidi personalizzati, ausili e dispositivi, analogamente a quanto fornito alle strutture residenziali extraospedaliere.

Uno spazio specifico nell'organizzazione degli OdC deve essere riservato alla Telemedicina. Infatti, lo stretto collegamento con servizi specialistici rappresenta un mezzo per evitare, quando possibile, trasferimenti dei pazienti verso l'ospedale, operazione sempre particolarmente stressante per il malato stesso e spesso "ingombrante" per l'ospedale. Però, per essere funzionante, è necessaria la stesura di un protocollo particolareggiato con le diverse strutture di riferimento e l'impegno formale di rispondere alle richieste nei modi e nei tempi stabiliti.

5. I costi

Gli standard indicati per un Ospedale di Comunità con 20 posti letto fanno stimare i seguenti costi annui:

Personale	860.000 euro
Costi alberghieri	219.000 euro
Farmaci e ausili	73.000 euro
Totale annuo	1.152.000 euro

Totale per posto letto: **158 euro al giorno**

Tale valutazione si fonda sull'esperienza dell'OdC di Tregnago; si osserva però che si tratta di costi medi rilevabili in qualsiasi altra struttura.

6. L'esempio dell'OdC di Tregnago (VR)

La Tabella 1 riporta la provenienza dei pazienti ricoverati negli anni 2015-2020 nell'OdC di Tregnago; i dati indicano una distribuzione sostanzialmente paritaria tra l'ospedale e il domicilio. La Tabella 2 indica invece la destinazione dei pazienti alla dimissione; il dato più importante è la percentuale dei ritorni a domicilio, che supera l'80% dei casi. Peraltro, è interessante anche il ridotto numero dei decessi, che indica un'adeguata selezione dei pazienti da ricoverare (l'OdC non è un hospice).

Tabella 1 – Provenienza dei pazienti.

Anno	Domicilio	Ospedale	Totale
2015	121 (58.5%)	86 (51.5%)	207
2016	107 (52.9%)	95 (47.1%)	202
2017	106 (53.8%)	91 (46.2%)	197
2018	108 (54.3%)	91 (45.7%)	199
2019	116 (57.7%)	85 (42.3%)	201
2020	50 (42.0%)	69 (58.0%)	119
TOTALE	608 (54.1%)	517 (45.9%)	1.125

Tabella 2 – Destinazione dei pazienti alla dimissione.

Anno	Domicilio	Ospedale	Altre strutture	Decessi
2015	170 (87.2%)	12 (6.2%)	12 (6.1%)	1 (0.5%)
2016	166 (81.8%)	15 (7.4%)	14 (6.8%)	8 (4.0%)
2017	163 (82.8%)	7 (3.6%)	21 (10.6%)	6 (3.0%)
2018	169 (84.5%)	10 (5.0%)	16 (8.0%)	5 (2.5%)
2019	156 (77.2%)	14 (7.0%)	24 (11.9%)	8 (3.9%)
2020	99 (81.8%)	13 (10.7%)	6 (5.0%)	3 (2.5%)
TOTALE	923 (82.5%)	71 (6.36%)	93 (8.32%)	31 (2.77%)

La Tabella 3 riporta l'età degli ospiti per sesso negli anni di osservazione.

Tabella 3 – Età media degli ospiti dell'OdC per anno e sesso.

Anno	M	F
2015	80.7	82.3
2016	81.6	83.8
2017	79.6	83.4
2018	79.8	83.7
2019	78.8	84.7
2020	78.1	83.6

La Tabella 4 riporta dal 2015 al 2020 le giornate totali di presenze e la degenza media nell'OdC di Tregnago.

Tabella 4 – Utilizzazione dell'OdC dal 2015 al 2020.

Anno	Giornate totali di presenza	Media in giorni
2015	5460	24,5
2016	5489	25,2
2017	5474	25,8
2018	5474	25,4
2019	5473	25,3
2020	4359	32,7

Dalle tabelle si deduce una sostanziale stabilità dei dati sia per quanto riguarda la provenienza e la destinazione dei pazienti, sia l'età media, indicatore indiretto dello stato di salute.

Il modello presentato, corredato di numeri

che esemplificano il suo funzionamento, è fondato su alcuni aspetti, che lo caratterizzano. 1) L'OdC di Tregnago è collocato nell'ambito di una comunità civile coesa, che ha seguito negli ultimi 10 anni con attenzione e preoccupazione la crescita dell'OdC; questa caratteristica ha risparmiato molte tappe faticose che si incontrano in realtà che invece sono più attente agli aspetti burocratici che ai risultati; 2) L'OdC di Tregnago è collocato in un'area e in una realtà di servizi sanitari che da decenni guardano alla difesa della salute, della dignità e della libertà dei cittadini. La rete dei servizi domiciliari è sviluppata ed efficiente, per cui sull'OdC non gravano pesi organizzativi e clinici indebiti; 3) L'OdC di Tregnago è collocato in un piccolo ospedale dismesso molti anni fa; ne utilizza i locali, benché profondamente ristrutturati, ma anche una serie di servizi ambulatoriali e per l'emergenza, che rendono il lavoro clinico più sereno e sicuro. Però non risente di retaggi vetero-ospedalieri, in modo da evitare costi difficilmente sopportabili.

I dati riportati sull'attività dell'OdC degli ultimi anni riassumono in pochi numeri l'efficienza della struttura, ma soprattutto l'efficacia, cioè la capacità di gestire le persone fragili permettendone la permanenza al domicilio in condizioni di buona salute. Un risultato raggiunto attraverso la competenza e la presenza costante di medici, infermieri e altri operatori sanitari, formati alla costruzione di interventi di cura equilibrati, attraverso un uso parsimonioso delle tecnologie e una capacità di attenzione e di accompagnamento adeguata allo stato di salute dei pazienti. Si tenga presente che la salute dell'anziano fragile è costantemente in un equilibrio precario, per cui sono sempre necessari interventi che sappiano equilibrare l'intensività e la continuità.

7. Alcune criticità

L'esame del documento del 1° marzo 2021 del Centro documentazione e ricerche della Camera dei deputati, dal titolo: "Case della salute ed Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", evidenzia una disomogeneità di funzione, organizzazione e finalità degli Ospedali di Comunità nelle Regioni, che non può sussistere in un momento in cui è prevista nel prossimo quinquennio una forte implementazione di posti letto territoriali ed investimenti economici di rilievo. Il rischio di creare strutture doppie, confusione sulle traiettorie assistenziali nell'ambito della fragilità e un sostanziale spreco di risorse è elevato e richiede la condivisione, almeno nella comunità scientifica, di un modello base di Ospedale di Comunità, con finalità chiare, standard adeguati e costi definiti. Come osserva Franco Pesaresi, "... *il potenziamento del nuovo setting assistenziale non è privo di criticità perché va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione*".

Va rilevato, inoltre, che alcune affermazioni nella legislazione, sia nazionale che delle Regioni, possano risultare fuorvianti o non congrue rispetto agli obiettivi di un Ospedale di Comunità. Si fa riferimento a indicazioni come "a bassa complessità", "a gestione prevalentemente infermieristica", "a bisogni che richiedono una bassa tecnologia". La fimosità implicita in tali definizioni mal si adatta al target che si è documentato nelle esperienze più qualificate di Ospedali di Comunità in funzione da anni, con il rischio di generare inappropriatelyzza e rischi clinici. La stessa indicazione, contenuta in vari documenti, di inserire Medici di Medicina Generale in associazione a prestare alcune ore ciascuno presso la struttura, rischia di non garantire le necessarie continuità di assistenza medica e l'adeguata competenza nell'assistere pazienti ancora in fase subacuta o in fase di riacutizzazione.

L'inserimento degli Ospedali di Comunità nel PNRR è stata una scelta di grande importanza, che potrebbe trasformarsi in un miglioramento significativo dell'insieme dell'assistenza alle persone anziane fragili nel

nostro paese. Infatti, nell'organizzazione sanitaria italiana mancano strutture in grado di gestire i problemi di salute del cittadino senza ricorrere al ricovero ospedaliero e garantendo un passaggio adeguatamente protetto al momento della dimissione, evitando inoltre l'ingresso in strutture come le RSA, che nella grande maggioranza dei casi non prevedono un ritorno a casa dell'ospite. Il compito quindi degli OdC è di rilievo sia nella prospettiva del singolo, per la difesa della sua salute, sia nella prospettiva delle comunità, per evitare un sovraccarico di lavoro dell'ospedale e delle RSA. A regime, se si dovesse realizzare il programma indicato dal PNRR, nel 2026 si arriverebbe a disporre di 0.18 letti per mille abitanti. Di fatto, ipotizzando che alla metà del 2026 negli OdC dovrebbero essere a disposizione 10.738 pl (3163 già attivi nelle Regioni, 7620 che verranno attivati nei 381 nuovi OdC previsti del PNRR) e ipotizzando che la degenza media si mantenga attorno ai 25 giorni e che ogni letto potrebbe ospitare circa 15 pazienti/anno, in totale sarebbero 160.000 i cittadini che non graverebbero sul complesso dei servizi ospedalieri e delle RSA, con rilevanti vantaggi per la salute individuale e collettiva.

Di fronte a questa ottimistica previsione è necessario valutare le criticità, alcune delle quali particolarmente delicate (vedi di seguito). In particolare, è importante evitare quanto affermato da taluni, e cioè che gli OdC sono prevalentemente un'operazione edilizia, priva di possibilità concreta di realizzazione, per varie ragioni organizzative, ma, in particolare, perché il sistema attuale non sembra in grado di integrarsi con questa nuova proposta da realizzare su larga scala.

In primis l'organizzazione complessiva dell'OdC nell'ambito della rete locale dei servizi deve prevedere la gestione dell'elen-

co dei pazienti in attesa di ricovero attraverso un'oculata selezione in base all'ipotizzata efficacia del trattamento. Infatti, se il cittadino deve aspettare giorni per l'ingresso dal domicilio, spesso ricorre all'ospedale; inoltre, l'ospedale non può caricarsi di tempi di degenza superiori a quelli clinicamente determinati, per evitare di snaturare la sua stessa natura di servizio all'acuzie.

Una seconda riguarda la disponibilità di personale; infatti, se, come indicato in questo documento, in un OdC di 20 pl sono necessari 9 infermieri e 9 OSS, moltiplicando questi valori per le 381 nuove strutture, si evince che saranno necessari almeno 3400 infermieri ed altrettanti OSS. Saranno professionalità introvabili se non si inizia da subito una nuova politica degli accessi ai corsi universitari e ai corsi preparatori per gli OSS, arricchiti di contenuti specifici per i servizi dedicati a cittadini affetti da peculiari condizioni di salute. Questa condizione di penuria di personale potrebbe avere conseguenze negative anche sulla distribuzione territoriale delle nuove strutture (si ricordi che nelle Regioni del sud è previsto un maggior impegno economico-organizzativo per garantire un avvicinamento agli standard).

A proposito del personale, è necessario anche considerare che i relativi costi, a iniziare dal 2027, non saranno a carico del PNRR e quindi peseranno sui bilanci pubblici. Le stime compiute a questo proposito appaiono però inadeguate, perché la giornata di degenza, secondo le indicazioni del Piano, costerebbe solo 86 euro al giorno, dato evidentemente non corrispondente alla realtà, sia in confronto a quanto indicato in questo documento, sia rispetto alla tariffa media degli OdC già attivi. Nel Piano di sostenibilità allegato al PNRR è indicato che il finanziamento potrà derivare dai risparmi ottenuti attraverso la riduzione della spesa ospedaliera. Si tratta certamente di un obiet-

tivo auspicabile, ma altrettanto irrealizzabile, in particolare nei primi anni di attivazione degli OdC, anche considerando la ben nota rigidità della spesa ospedaliera. Infine, è necessario considerare i costi dovuti alla realizzazione dei nuovi OdC, che nel Piano ammontano a 1 miliardo di euro. In questa progettualità sono inoltre presenti numerosi limiti, come, ad esempio, l'indicazione di stanze a 4 letti, modello di 50 anni fa!

Quindi è necessario programmare gli OdC tenendo conto realisticamente e rigidamente di:

- a) effettiva capacità di organizzarne la collocazione nella rete di servizi;
- b) effettiva disponibilità di personale;
- c) effettiva capacità del sistema sanitario di sostenere i costi degli OdC dopo la conclusione del PNRR.

8. In conclusione, alcune considerazioni di carattere generale

In questo momento, sotto la pressione per la predisposizione di progetti da finanziare attraverso il PNRR, vi è il rischio che vengano adottate vecchie logiche, costruendo strutture non sempre necessarie, continuando a creare nei territori disparità e disuguaglianze. A questo si aggiunge la possibilità che vengano utilizzati progetti desueti, che non si inseriscono adeguatamente nella rete dei servizi territoriali come viene indicato dal PNRR.

Inoltre, non è sufficiente per un reale funzionamento del sistema la predisposizione delle strutture senza prevedere contemporaneamente un progetto di funzionamento, sia interno che rispetto all'esterno. Se non si programma il futuro con chiarezza, attivando tutti i nodi della rete con il quali l'OdC dovrà collegarsi, vi è il rischio che questo diventi solo un parcheggio temporaneo per anziani in attesa di entrare nelle RSA. Deve invece essere chiaro che l'OdC è una struttura qualificata sul piano clinico-assistenziale, dove il "low cost" non è predittivo di un "low care" e dove l'obiettivo non è l'attesa dell'istituzionalizzazione, ma il ritorno a casa nelle migliori condizioni di salute possibili.

Direttore Editoriale: Marco Trabucchi

Rivista registrata presso il tribunale di Firenze

Registrazione: n. 5808

Data di registrazione: 1/12/2010

Proprietario: Associazione Italiana Psicogeriatría

online: ISSN 2611-8920

testo stampato: ISSN 2611-9420

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:

www.psicogeriatría.it

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Casa Editrice: Cobalto s.r.l.

24121 Bergamo - Via A. Maj, 24

Stampa: Grafiche Masneri s.n.c.

25036 Palazzolo s/O (BS) - V.le Europa, 7

www.psicogeriatra.it

online: ISSN 2611-8920
testo stampato: ISSN 2611-9420