



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 – sigg@sigg.it

Bollettino SIGG

Anno V

numeri 2-3- febbraio-marzo 2008

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	pag.	2
Nuovi progetti per la SIGG	"	3
Healthy Aging Life Trainer	"	4
Studio SHELTER	"	9
Infermieri in RSA	"	10
La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale	"	15
Newsletter EUGMS	"	21
Nuova rivista di musicoterapia online	"	22
Recensione Libri	"	23
Congressi e Convegni	"	25



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Editoriale del Presidente

Torno dalle ex giornate messinesi di medicina oggi divenute Congresso provinciale della Società dei Medici di Medicina Generale (SIMG). È in corso un dibattito con i vertici della stessa società per stabilire chi e come ci si occupa di non autosufficienza. I medici di medicina generale (MMG), d'intesa con il governo, pensano di riformare le cosiddette cure primarie (all'interno delle quali ricade la gestione della cronicità/fragilità/non autosufficienza) con le Unità di Medicina Generale (UMG...ricorda qualcosa?). Praticamente sono aggregati, fino a 25 MMG, che assicurano una copertura h24 dell'ambulatorio ma anche si candidano ad assumere infermieri professionali, fisioterapisti e quant'altra professionalità possa servire per coprire il resto. Per resto si intendono vari servizi, che penserei fisiologici del distretto tra cui, ad esempio, quella che i MMG chiamano la cronicità.

A Messina si è capito che dentro la cronicità non c'è solo il diabetico, magari 90enne ed altrimenti autosufficiente, ma genericamente anche il polipatologico non autosufficiente. Quello che per capirci io chiamo "il catorcio". Allora: il diabetico ultranovantenne autosufficiente non ho alcuna difficoltà a lasciarlo gestire dalla UMG... sul catorcio non ci sto. Ho sostenuto e continuerò a sostenere che è questo, il catorcio, un malato specialistico come quello neurochirurgico! E ci vuole una competenza specifica per gestirlo, quella del Geriatra.

Allora: ho sintetizzato in estremo un dibattito assai più vasto perchè vorrei da voi spunti, ulteriori riflessioni e suggerimenti per andare al meglio a un tavolo di trattativa e dibattito con i vertici dei MMG: mi serve il vostro aiuto per proporre un modello di assistenza al vecchio non autosufficiente che sia semplice ed efficace. E che risponda sul serio ai suoi bisogni.

Aspetto fiducioso

Roberto Bernabei



Nuovi progetti per la SIGG

Dopo un mese di sosta riprendiamo la pubblicazione mensile del nostro Bollettino SIGG. In molti ci hanno contattato per chiederci il motivo della mancata uscita del numero di febbraio, siamo lieti di aver constatato l'interesse per il nostro giornalino, abbiamo spiegato a tutti che, mancando un numero sufficiente di notizie, abbiamo preferito mettere insieme due numeri. D'altra parte il Bollettino è della SIGG ed in particolare dei Soci e c'è bisogno della collaborazione e dell'interesse di tutti, in particolare di chi ricopre ruoli in Società o in periferia, per far sì che giungano in redazione notizie, articoli o altro da pubblicare.

Il Presidente per continuare la sua tradizione di lanciare nuove idee e proposte per la geriatria, tanto per citarne una, la prossima è il "pneumolab SIGG 2008", Workshop sul tema della BPCO organizzato a Roma presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore dal 20 al 23 maggio 2008, ci propone l'istituzione dell' "Healthy Aging Life Trainer". Che cos'è questa nuova figura per il geriatra, gli obiettivi, le competenze e le possibilità di utilizzo è ampiamente illustrato nelle pagine che seguono. Negli ultimi anni i temi di stile di vita corretto, di necessità di seguire un'alimentazione equilibrata e di praticare attività fisica li ritroviamo sempre più spesso sia tra i mass media che negli incontri scientifici. L'idea quindi di istituire una figura dedicata e di dare al geriatra questo compito, prima che qualcun altro insorga ad esperto nel settore, mi sembra assolutamente da perseguire, visto che parliamo innanzitutto di concetti da utilizzare per invecchiare bene e perseguire l'obiettivo di un invecchiamento di successo. Naturalmente, questa che può essere una utile occasione per la geriatria di ampliare le proprie competenze va perseguita con tutti gli strumenti necessari, utilizzando se possibile la formula di un progetto finalizzato o altro, in modo da dare corpo all'idea e portarla avanti al meglio con il sostegno di tutti noi.

Dalla sezione Nursing della sezione regionale Lombardia abbiamo ricevuto due articoli del presidente e di un consigliere del Collegio dell'IPASVI Milano-Lodi sull'assistenza al paziente anziano in particolare di quello ricoverato in Residenze Sanitarie Assistenziali. Gli articoli, analizzando alcune criticità emerse nella gestione del paziente e nelle competenze di operatori non medici, propone soluzioni mirate ai singoli problemi. Quelli descritti non sono questioni che riguardano solo gli infermieri, nè sono limitati alla Lombardia, dove tra l'altro c'è un alto numero di strutture RSA, sicuramente li ritroviamo in diverse realtà nazionali, gli articoli possono servire quindi come confronto per trovare soluzioni comuni. Ben venga un commento sugli articoli da parte di geriatri operanti in RSA per sostenere o integrare quanto scritto. Il rapporto nell'ambito della SIGG con la sezione Nursing dovrebbe essere incrementato e favorito perchè, come abbiamo più volte sostenuto, il problema dell'assistenza all'anziano, soprattutto di quello in peggiori condizioni, non è di tipo medico o infermieristico ma frequentemente è di pura e semplice "assistenza", indipendentemente dai ruoli, in tal senso il lavoro in équipe e l'interesse per il paziente prescindono da competenze delle singole figure.

Nei mesi scorsi con il Prof. Salvioli ipotizzammo l'istituzione di un Bollettino dedicato al Nursing ed a tutte le problematiche delle figure non mediche dell'assistenza all'anziano. L'idea non è tramontata, l'abbiamo solo accantonata per il momento in attesa di tempi e condizioni più favorevoli, fermo restando che in questo Bollettino saremo lieti di ospitare articoli e segnalazioni che chiunque può inviarci in tema di assistenza medica ed infermieristica.

Vincenzo Canonico



Healthy Aging Life Trainer

Chi è: Geriatra specializzato nella prevenzione delle malattie età-correlate e maestro di *successful ageing*

Deve essere caratterizzato da un approccio multidimensionale (olistico, attento a tutti gli aspetti importanti per lo stato di salute e funzionale) e dal focus sul soggetto sano.

1. multidimensionalità
2. funzione vs stato salute (disabilità/polipatologia/politerapia)
3. focus sul sano/successful ageing

Per chi è: Soggetti 50+, cioè non solo anziani veri e propri, ma anche adulti alle soglie della terza età, (... sani)

Cosa è: esperto in

1. Prevenzione/educazione agli stili di vita sani
2. Self care (wellness, wellbeing, cura di sé)
3. Screening/diagnosi precoce
4. Inquadramento e gestione delle malattie età-correlate*

*** Malattie età-correlate:**

- a. Malattie cardiovascolari
 - Ipertensione arteriosa
 - Cardiopatia ischemica
 - Insufficienza venosa periferica
- b. Malattie metaboliche/endocrinologiche
 - DM di tipo II
 - Sindrome Metabolica
 - Obesità
 - Distiroidismi
- c. Malattie osteoarticolari
 - Osteoartrosi
 - Osteoporosi
 - Lombalgie Croniche
- d. Malattie cognitivo-psicologiche
 - Deterioramento cognitivo
 - Depressione
- e. Malattie uro-ginecologiche
 - Incontinenza urinaria
 - IPB (m)
- f. Problematiche della sfera sessuale
 - maschi
 - femmine



- Cosa usa:** Strumenti di valutazione e decisionali, creati ad hoc
- a. Il Minimum Data Set (scheda raccolta dati)
 - b. L'Assessment Protocol (algoritmo di supporto al decision-making)
 - c. Health&Care Planning
 - Il Report /Piano di intervento
 - Le Schede di Homework (orientate al self-commitment)

Strumenti di Valutazione e decisionali

Il Life Trainer (LT) utilizzerà strumenti di valutazione e decisionali di seconda generazione, cioè multidimensionali, standardizzati, multi-step, dotati di consistenza interna, omogenei nel “wording” e nel “time-framing”, con sensibilità e specificità adattate alla tipologia dei soggetti, fortemente orientati al supporto decisionale e ottimizzati al fine di facilitare il follow-up dei soggetti.

Nelle sue linee essenziali lo strumento di valutazione è costituito da:

- una scheda elementare contenente il Minimum Data Set (l'insieme di informazioni indispensabili a definire lo stato clinico-funzionale del soggetto);
- un Assessment Protocol (l'insieme di algoritmi di supporto decisionale che aiutano il LT ad individuare le aree problematiche e a stabilire le priorità di intervento);
- un Health&Care Planning (strumento strutturato finalizzato alla elaborazione del counseling, con un output destinato al LT ed uno al soggetto).

Gli strumenti di valutazione e decisione saranno corredati da manuali d'uso che, nel fare riferimento alle evidenze scientifiche disponibili, alle linee guida ed alle regole di buona condotta clinica più accreditate, consentiranno un processo di sviluppo professionale continuo (Continuing Professional Development).

Metodologia di lavoro

Il LT, come primo passo indispensabile, dovrà riconsiderare dalle fondamenta il rapporto medico-paziente.

Dovrà infatti imparare a considerare il soggetto che a lui si rivolge come persona proiettata verso il futuro (con la sua aspettativa di salute e invecchiamento di successo) e non solo come paziente (con il suo portato di malattie e/o deficit funzionali).

Quindi, pur prestando la dovuta attenzione alle malattie eventualmente presenti, dovrà essere capace di spostare l'enfasi del proprio operato dalla cura della malattia verso la prevenzione e la pianificazione di tutte quelle strategie volte a garantire un invecchiamento di successo.

Un tale salto culturale sarà facilitato dall'adozione di strumenti di lavoro che già incorporano, nella propria struttura e filosofia d'uso, questa visione.

Per quanto detto, il LT non potrà limitarsi a prescrivere accertamenti e/o terapie, ma dovrà elaborare un piano di intervento globale, a più livelli, concreto con obiettivi raggiungibili, condivisi e misurabili con il soggetto, e che preveda sempre momenti successivi di rivalutazione (follow-up).

Per la tipologia dei soggetti/pazienti e per le caratteristiche del piano di intervento (non più solo medicine) una adeguata motivazione del soggetto diventa cruciale per l'aderenza al piano proposto e, di conseguenza, per il raggiungimento degli obiettivi.

In ultimo, l'approccio olistico al soggetto, ancora una volta facilitato dalla multidimensionalità degli strumenti di lavoro adottati, prevede che il LT sia in grado di sviluppare sia la competenza per gestire in prima persona i pazienti, anche clinicamente complessi, sia la sensibilità per ricorrere all'intervento di altri specialisti laddove necessario.



QUALIFICA DI LIFE TRAINER

Per potersi qualificare come Life Trainer, il geriatra deve dimostrare di:

- essere profondamente motivato
- essere capace di identificare i soggetti in target
- sapere eseguire l'assessment
- sapere stabilire le corrette priorità
- sapere pianificare le azioni e gli interventi
- sapere motivare i soggetti
- e garantirne il follow-up nel tempo

CORSO DI FORMAZIONE PER LIFE TRAINER

STRUTTURA:

In 2 step

1. Corso residenziale 12 ore (2 giornate)

- Sessioni Teoriche Lectures
- Sessioni pratiche Casi simulati, working groups

Si consegue

- Attestato di partecipazione
- crediti ECM

2. E-learning (web-based/cd based)

- Sessioni Teoriche Lectures
- Sessioni pratiche Casi reali

Si consegue

- Crediti ECM
- Qualificazione di LT, ottenibile dopo aver presentato:
 - . xx casi pratici elaborati su un format predefinito

Potrà essere poi previsto un 3° step per la formazione dei docenti dei LT, attraverso modalità miste

1. E-learning (web-based)

- Classi virtuali
- xx casi pratici elaborati su un format predefinito

2. Verifica finale

- tesi/relazione sull'esperienza di LT

Si consegue

- Crediti ECM
- Qualificazione di Docente di LT, ottenibile dopo aver presentato:
 - . xx casi pratici elaborati su un format predefinito
 - . aver superato la verifica finale

1 CORSO PILOTA RESIDENZIALE

Si prevede la realizzazione di un primo corso pilota residenziale, a cui affiancare se necessario un modulo di e-learning, per:

1. affinare le argomentazioni, i documenti/materiali a supporto e ottenere un consenso sugli strumenti
2. formare un primo pool di tutor



Data: Previsto tra il 1 ed il 15 giugno
Sede: Policlinico Gemelli
Partecipanti: 50 partecipanti, di cui 25 SIGG
Iscrizione: a pagamento, eventualmente offerta da Sponsor

ARGOMENTI / SESSIONI

1. Introduzione

- a. L'adulto alle soglie della terza età e il nuovo anziano
 - i. Profilo socio-culturale (domanda di salute, rispetto al passato soggetto più consapevole/informato, più sensibile/attento alla prevenzione e al benessere psico-fisico, soggetto più attivo nel rapporto medico-paziente, più spostato verso l'ageismo nella dicotomia rassegnazione-giovanilismo)
 - ii. Bisogno di benessere/aspettativa di invecchiamento di successo che viene avanzata al medico, non più solo intitolato della cura e guarigione (focus sul sano)
- b. La soddisfazione del bisogno
 - i. Quale medico raccoglie questa domanda di benessere/salute da parte di questa nuova figura?
- c. Il ruolo del geriatra come specialista ed esperto nell'approccio multidimensionale
- d. Il ruolo della SIGG

2. Il Life-Trainer

- a. Chi è
- b. Per chi è
- c. Cosa è
- d. La metodologia di lavoro [focus sul sano, la VMD, l'approccio orientato all'Health&Care Planning, follow-up, gestione olistica della malattia (gestione diretta vs. affidamento ad altri specialisti)]

3. Aree di intervento

- a. Educazione agli stili di vita sani/Prevenzione delle malattie età-correlate
- b. Self care (wellness, wellbeing, cura di sé)
- c. Screening/diagnosi precoce
- d. Inquadramento e gestione delle malattie età-correlate*

4. Modalità di lavoro

- a. Assessment clinico-funzionale (VMD)
- b. Assessment Protocol
 - i. Individuazione delle aree problematiche/di intervento
 - ii. Profiling
 - iii. Identificazione delle priorità
- c. Health&Care Planning
 - i. Azioni (trattamenti farmacologici e non, counseling, interv. specialistici)
 - ii. Pianificazione delle azioni individuate
 - iii. Rivalutazione periodica
- d. Gli strumenti
 - i. Il Minimum Data Set (scheda VMD)
 - ii. L'Assessment Protocol



- iii. L'output
- Il Report /Piano di intervento
 - Le Schede di Homework (orientate al self-commitment)

5. Esercitazioni pratiche – Gruppi di lavoro

Corso Pilota

Ricerca del consenso

- i. Discussione e consenso su un prototipo di Minimum Data Set
- ii. Discussione e consenso su un prototipo di Assessment Protocol
- iii. Discussione e consenso su un prototipo di Profiling
- iv. Discussione e consenso su un prototipo di Report & Schede di Homework

Corsi di Formazione

Casi simulati

- v. Uomo e donna relativamente sani
- vi. Uomo e donna complessi

Corso Pilota di Life Trainer®		
Giorno 1		
09:45-10:00	Apertura dei Lavori	
10:00-10:30	Introduzione	
10:30-11:30	Il Life Trainer®	
11:30-13:00	Le aree di intervento	
14:00-16:00	Le modalità di lavoro	
16:00:18:00	Gruppi di lavoro in (4) sessioni parallele	
Giorno 2		
09:00-13:00	Esposizione e discussione plenaria dei lavori dei gruppi	
13:00	Chiusura dei Lavori	

Corso di Life Trainer®		
Giorno 1		
09:45-10:00	Apertura dei Lavori	
10:00-10:30	Introduzione	
10:30-11:30	Il Life Trainer®	
11:30-13:00	Le aree di intervento	
14:00-16:00	Le modalità di lavoro	
16:00:18:00	Gruppi di lavoro in (4) sessioni parallele su casi simulati	
Giorno 2		
09:00-13:00	Esposizione e discussione plenaria dei lavori dei gruppi	
13:00	Chiusura dei Lavori	



Studio SHELTER (Services and Health for ELderly in Long TERm care)

La Comunità Europea, nell'ambito del 7° Programma Quadro ha finanziato lo studio SHELTER (Services and Health for Elderly in Long TERm care). Lo studio, che coinvolge 8 centri universitari in altrettanti paesi (Italia, Repubblica Ceca, Germania, Finlandia, Francia, Israele, Olanda e Regno Unito), sarà coordinato dal Centro di Medicina dell'Invecchiamento dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Il Principal Investigator dello studio è il presidente della SIGG, il Prof. Roberto Bernabei. Inserendosi nell'area tematica 3.2 del bando del 7° Programma Quadro 'Health systems and Long Term Care Facilities for the elderly ', lo studio si propone di applicare ad una popolazione di anziani in nursing home uno strumento di valutazione multidimensionale quale il Minimum Data Set (MDS) nella sua recentissima versione interRAI-LTCF. La finalità dello studio è di fornire uno strumento comune, standardizzato e validato per paragonare le caratteristiche dei pazienti in nursing home in differenti paesi e valutare la qualità dell'assistenza, l'utilizzo di risorse e gli outcomes dei pazienti stessi. L'entità complessiva del finanziamento è di circa 3 milioni di Euro.

*Graziano Onder
Rossella Liperoti*

*Centro Medicina dell'Invecchiamento
Università Cattolica del Sacro Cuore*



Infermieri in Rsa: Competenze e Responsabilità:

la mozione del Collegio Ipasvi di Milano-Lodi

Paola Gobbi, Anna Castaldo, Stefano Giudici, Stefano Mantovani, Gianluca Gazzola
Commissione Geriatria, Collegio IPASVI di Milano-Lodi

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il Collegio IPASVI di Milano-Lodi, al cui interno opera da alcuni anni la commissione geriatria, ha avviato nel 2007 un'indagine presso gli iscritti che esercitano la loro attività in RSA (sia come dipendenti che libero professionisti), per acquisire dati sulle loro condizioni lavorative, sul grado di soddisfazione e sulle competenze acquisite (o delle quali sentono la mancanza) in area geriatrica.

Obiettivo secondario era anche creare un'occasione di contatto con i colleghi, per tessere la "rete di infermieri competenti in assistenza geriatrica".

MATERIALI E METODI

Disegno. I dati sono stati raccolti utilizzando la metodologia del *focus group*.

Questi incontri sono stati organizzati sia nella sede del Collegio che in alcune RSA di Milano e Lodi; sono stati guidati da almeno due componenti della commissione geriatria, opportunamente formati; la discussione è stata condotta utilizzando alcune domande stimolo; i contenuti della discussione sono stati trascritti da due persone.

Partecipanti. Gli infermieri sono stati reclutati su base volontaria, attraverso un comunicato pubblicato sul sito e sulla rivista del Collegio, e mediante invito spedito per posta elettronica a tutte le RSA di Milano e Lodi. Alcuni infermieri sono stati reclutati anche sulla base di contatti personali.

Dati raccolti:

- Condizioni lavorative:
- Percezione del proprio ruolo/grado di soddisfazione:
- Competenze

RISULTATI

Sono stati organizzati e realizzati sette *focus group* nel periodo maggio – settembre 2007: cinque presso la sede milanese del Collegio, due presso altrettante RSA.

I partecipanti. Hanno partecipato 42 infermieri (8 uomini e 34 donne); di questi 28 sono italiani, 14 stranieri (9 Europa dell'Est: Croazia, Polonia, Ucraina, Romania; 4 Sud America: Perù, Ecuador; 1 Asia: Filippine) provenienti da 13 Residenze Sanitarie Assistenziali. L'anzianità di servizio mediana era di 17.5 (range 1-32); la mediana di esperienza nell'assistenza agli anziani era di 11 anni (range 1-32).

La durata di ogni *focus group* è stata in media di circa 100 minuti (range 90-135).

DISCUSSIONE

L'incontro con i colleghi che lavorano in RSA è stato estremamente utile per il Collegio Ipasvi di Milano-Lodi, permettendo l'individuazione di aree di criticità nell'assistenza infermieristica all'anziano, delle quali è possibile farsi carico programmando ed intraprendendo azioni di tipo migliorativo per il 2008. Abbiamo utilizzato i dati raccolti all'interno dei diversi *focus group* per classificare le criticità in categorie specifiche, e formulare per ciascuna di esse una serie di proposte *ad hoc* che sono state presentate a diversi interlocutori (dai politici agli amministratori,



ai Collegi e società scientifiche, ai dirigenti e operatori di RSA) sotto forma di mozione (ALLEGATO 1).

CONCLUSIONI

La ricerca condotta attraverso la metodologia dei focus group ha permesso al Collegio IPASVI di Milano-Lodi di venire in contatto con numerosi colleghi che lavorano nelle RSA; molti di questi hanno trascorso l'intera vita professionale nell'assistenza agli anziani istituzionalizzati, e quindi possiedono competenze molto avanzate in questo settore; si è costituita una rete di colleghi disponibili a collaborare con la Commissione Geriatria del Collegio, con i quali si potranno realizzare una serie di progetti nel 2008 per cercare di risolvere, laddove possibile, le criticità emerse durante gli incontri; il Collegio si è fatto carico di portare avanti le istanze della professione in questo ambito così strategico dell'assistenza: è stato organizzato un convegno nel novembre 2007, al termine del quale è stata prodotta una mozione inviata agli organi istituzionali competenti (Regione, Comuni, Province, ASL, Università).

(Le slide del convegno sono scaricabili dal sito www.ipasvimi.it; gli atti possono essere richiesti alla segreteria del Collegio: info@ipasvimi.it).

Allegato 1

Alla cortese attenzione di:

Presidente della Regione Lombardia
 Direzione Generale della Famiglia e Solidarietà Sociale
 Assessorato alla Sanità
 Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale
 Commissione 3^a Regione Lombardia
 Osservatorio sulle Professioni Sanitarie
 Vigilanza ed Accreditamento ASL – Città di Milano
 Vigilanza ed Accreditamento ASL di Lodi
 Vigilanza ed Accreditamento ASL Milano 1
 Vigilanza ed Accreditamento ASL Milano 2
 Vigilanza ed Accreditamento ASL Milano 3

E p.c.

Ministro della Salute
 Commissione Nazionale Definizione LEA assistenziali, Dipartimento
 Qualità, Ministero della Salute
 Presidenti Province di Milano e Lodi
 Sindaci Comuni di Milano e Lodi Assessorati Sanità e Servizi Sociali,
 Province e Comuni di Milano e Lodi
 Tribunale per i Diritti del Malato, Cittadinanzattiva
 Presidente Federazione Collegi IPASVI
 Presidenti Collegi IPASVI della Lombardia
 Direzioni Generali Residenze Sanitarie Assistenziali della Lombardia
 Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
 Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, sede nazionale e di Milano
 Organi di stampa
 Trasmissione Report, RAI 3

**Oggetto:****Elementi di criticità e proposte per l'organizzazione e la gestione dell'assistenza degli utenti nelle Residenze assistenziali per anziani (RSA) della Lombardia**

Egregi Signori,

al fine di tutelare la qualità dell'assistenza, il Collegio IPASVI della Provincia di Milano-Lodi intende ribadire e difendere l'elevato livello di professionalità degli infermieri portando alla Vs attenzione gli elementi critici riscontrati dai nostri iscritti in relazione alla gestione dell'assistenza all'interno delle Residenze sanitarie assistenziali per anziani della Lombardia.

In particolare, Vi sottoponiamo le criticità e le relative proposte emerse in più occasioni e in ultimo nel convegno *“L'assistenza infermieristica in RSA: il presente e le prospettive future”* e *“Il consenso alle prestazioni sanitarie negli anziani: problematiche etiche e legali”*, organizzato dal Collegio IPASVI di Milano Lodi e tenutosi rispettivamente nelle giornate del 16 e del 17 novembre 2007.

Le criticità evidenziate sono correlate principalmente alla crescente complessità clinica assistenziale degli ospiti delle RSA, caratterizzati da una maggiore instabilità clinica, un aumento progressivo dei livelli di dipendenza e delle disabilità, ad un aumento dei bisogni sanitari e delle demenze. Tale complessità richiede l'attuazione di risposte sanitarie continue e molto complesse, che trovano nella situazione organizzativa attuale una difficile realizzazione.

CRITICITA' RILEVATE	LE NOSTRE PROPOSTE
<ul style="list-style-type: none"> - Lo standard dei 901 minuti settimanali ospite previsto dalla legislazione regionale per l'accreditamento delle RSA non è compatibile con le condizioni medie degli ospiti, i quali richiedono risposte sanitarie assistenziali più complesse e continue rispetto al passato. Il personale che garantisce prevalentemente lo standard è rappresentato da figure assistenziali di base (ASA e OSS) e in minima misura dalle figure sanitarie (infermieri, medici, fisioterapisti). - Il coordinatore infermieristico è generalmente incluso nella rendicontazione dei 901 minuti settimanali ospite, anche se è scarsamente dedicato alla pratica clinica assistenziale diretta all'ospite. 	<p>Lo standard minimo dei minuti assistenziali, ritenuto comunque un parametro superato per determinare il fabbisogno di personale assistenziale in RSA, dovrebbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere riferito alla situazione clinica e ai bisogni di assistenza dell'ospite, e quindi alla classificazione SOSIA, ovvero in base all'indice di complessità clinica-assistenziale di ciascun ospite. - Essere suddiviso per figure professionali, con una appropriata percentuale di minuti assistenziali erogati dai professionisti (in particolare infermieri). - Escludere dallo standard il tempo dedicato al coordinamento e/o alla direzione infermieristica.
<ul style="list-style-type: none"> - Manca una continuità assistenziale tra ospedale (quando i pazienti vengono ricoverati per problemi acuti) e la RSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivare modelli che garantiscono la continuità assistenziale, (es: le dimissioni protette)
<ul style="list-style-type: none"> - Il contributo sanitario regionale copre solo una minima parte delle spese sanitarie assistenziali, con la necessità da parte delle RSA di prevedere aumenti delle rette a carico degli utenti/familiari che presentano difficoltà di contribuzione sempre più crescenti. Già ora diverse RSA vantano crediti cospicui nei confronti delle famiglie degli ospiti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rivedere il sistema di finanziamento SOSIA sulla base delle risorse assistenziali e sanitarie effettivamente dedicate agli ospiti. - Prevedere dei premi per le strutture che recuperano i margini di autonomia degli ospiti, verificabili attraverso i passaggi delle classi SOSIA.

<p>- Il coordinamento del personale e dell'assistenza non è sempre affidato ad un infermiere</p> <p>- E' scarsamente presente la Direzione Infermieristica</p>	<p>- Incentivare modelli organizzativi che prevedano il coordinamento e la Direzione del servizio assistenziale con infermieri in possesso di una formazione specifica geriatrica e manageriale, in quanto principali garanti della gestione della qualità dell'assistenza.</p> <p>- Inserire la Direzione Infermieristica tra i requisiti per l'accreditamento delle RSA</p>
<p>- Nonostante l'elevato numero di OSS qualificati/riqualificati in Regione Lombardia (circa 10.000), pochi di questi sono inquadrati come tali (anche se di fatto svolgono le mansioni del profilo più elevato).</p> <p>- La maggior parte del personale di supporto è costituita da ASA, i quali presentano insufficienti conoscenze geriatriche, scarse capacità relazionali, difficoltà linguistiche.</p>	<p>- Attivare e incentivare la formazione permanente del personale di supporto con sistemi di accreditamento formativo</p>
<p>- L'infermiere presenta serie difficoltà ad esercitare tutte le sue funzioni, data la scarsa presenza in queste strutture. Nella maggioranza dei casi il tempo dedicato all'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche (somministrazione della terapia, medicazioni, gestione dell'emergenza) è di gran lunga superiore (> del 50%) alla valutazione e gestione dei bisogni di assistenza infermieristica degli ospiti e alla prevenzione dei problemi clinici.</p> <p>- Scarsa motivazione degli infermieri a lavorare nelle RSA principalmente per insoddisfazione delle condizioni professionali ed economiche, come dimostrato dall'elevato turn over (gli infermieri scelgono altre tipologie di strutture).</p> <p>- Un'elevata quota di infermieri è straniera con difficoltà linguistiche.</p> <p>- La reperibilità infermieristica notturna non è compatibile con i crescenti e continui bisogni sanitari degli ospiti.</p>	<p>- Valorizzare la figura dell'infermiere nelle RSA attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'incentivazione di modelli organizzativi (es. infermiere case manager) che garantiscano la presa in carico dell'utente e la gestione dell'assistenza multiprofessionale • la presenza dell'infermiere nella definizione degli standard assistenziali e nelle commissioni di vigilanza e controllo delle RSA e di altri servizi socio assistenziali da parte delle ASL <p>- Prevedere, tra i requisiti per l'accreditamento delle RSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la presenza di almeno il 30% di infermieri in possesso di master in area geriatrica; • la presenza attiva dell'infermiere durante il turno notturno; • un sistema di incentivazione e di valutazione periodica delle performance per tutte le figure professionali; • l'istituzione della direzione infermieristica.
<p>- L'affidamento del servizio di assistenza alle cooperative spesso non dà garanzia di continuità e qualità dell'assistenza e di integrazione (affiliazione con la struttura).</p>	<p>- Incentivare forme di stabilizzazione del personale attraverso il premio di qualità aggiunta ovvero attraverso i requisiti di accreditamento.</p>



Il Collegio Ipasvi di Milano-Lodi, in qualità di organo di vigilanza/controllo e di tutela della professione infermieristica, si farà carico entro sei mesi di istituire un tavolo tecnico con tutte le parti coinvolte nel processo di miglioramento continuo dell'assistenza in RSA per valutare le ricadute politiche, organizzative, assistenziali del presente documento.

Milano, 21 dicembre 2007

Dottor Giovanni Mutillo
Presidente Collegio IPASVI DI Milano-Lodi



La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale

Quando un paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero? La risposta più comune e immediata sembrerebbe: “Quando è guarito!”, cioè a seguito della risoluzione definitiva del problema di salute che ha portato quella determinata persona a farsi ricoverare.

Purtroppo, molti pazienti che gli infermieri assistono quotidianamente nelle realtà ospedaliere non ottengono dal ricovero una completa guarigione per la natura stessa della malattia e del suo andamento. Altri pazienti – che spesso vengono definiti “fragili” – nella migliore delle ipotesi risolvono il problema acuto che li ha condotti in ospedale (la frattura di femore, l’ictus, l’edema polmonare, la lesione da decubito complicata, l’infezione delle vie urinarie), ma non riescono a ripristinare lo stato di benessere o di autosufficienza che avevano prima del ricovero.

La dimissione viene di norma pianificata al termine di un periodo di ricovero finalizzato alla diagnosi e alla cura della malattia e all’assistenza della persona malata.

In questi ultimi anni, a seguito dell’introduzione nel servizio sanitario del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere basato sui DRG’s, tale periodo risulta di durata spesso troppo breve. Negli ultimi vent’anni, in tutti i sistemi sanitari avanzati, si è assistito ad una progressiva deospedalizzazione che ha coinvolto anche il nostro Paese: negli ospedali italiani pubblici e privati, infatti, dal 1980 al 1999 il numero dei posti letto è diminuito del 48% (da 542 mila a 280 mila); le giornate di degenza del 45% (da 138 milioni a 76 milioni); la degenza media si è ridotta del 41% (da 12.9 a 7.7 giorni) - (Maciocco et al, 2004).

Anche per questo motivo, la dimissione dei pazienti “fragili” assume una funzione decisiva per la cosiddetta “continuità assistenziale”, in quanto dovrebbe rappresentare il momento in cui viene assicurata un’attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e vengono predisposte le operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.

In questi casi la dimissione rappresenta un processo, e non un evento isolato. La sua pianificazione deve essere precoce al fine di creare le condizioni affinché pazienti e familiari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere (Naylor et al., 1999). Consta di diverse fasi, e ha l’obiettivo di anticipare e accompagnare i cambiamenti dei bisogni dei pazienti, garantendo la continuità delle cure (Rorden e Taft, 1990).

Naylor et al (1999) hanno dimostrato che la dimissione protetta coordinata e gestita da infermiere esperte (“*advanced practice nurses*”) produce risultati assistenziali migliori sui pazienti anziani osservati, rispetto al gruppo di controllo. Nello specifico: le infermiere esperte assumevano la responsabilità della dimissione protetta mentre il paziente era ancora ricoverato; visitavano il paziente in reparto; la presa in carico del paziente durava quattro settimane dopo la dimissione; il paziente riceveva la prima visita al domicilio entro 48 ore e la seconda entro 7-10 giorni; giornalmente riceveva una telefonata dall’infermiera; settimanalmente venivano contattati i familiari.

Gli interventi infermieristici consistevano nella valutazione: della natura e gravità dei problemi di salute; dei cambiamenti dovuti all’età; delle abilità fisiche, psichiche, cognitive, emozionali dell’anziano; degli obiettivi raggiunti alla dimissione. Inoltre l’infermiera esperta valutava i *caregiver*, in particolare relativamente alle conoscenze possedute e alla capacità di far fronte ai problemi di salute e sociali del familiare. L’infermiera, infine, tesseva i rapporti con i medici e gli altri membri del team assistenziale, ospedaliero e domiciliare.

Al domicilio veniva fornita formazione e consulenza al paziente e ai familiari per aumentare le loro capacità di gestire i problemi di salute, in particolare sugli aspetti relativi alle medicazioni, gestione dei sintomi, dieta, attività fisica e riposo, esami di controllo.

Il gruppo di controllo riceveva l’assistenza normale per le dimissioni dei pazienti adulti. I



risultati ottenuti hanno dimostrato nel gruppo di studio: una riduzione delle riammissioni, un allungamento dei tempi tra la dimissione e il rientro in ospedale; una diminuzione dei costi per l'assistenza. Nessuna differenza significativa è emersa tra i due gruppi per il numero di visite ricevute al domicilio e la soddisfazione per le cure ricevute.

La valutazione, la comunicazione e la pianificazione della dimissione sono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta (The Sarah Cole Hirsh Institute, 2000). In molti studi, Anderson e Helmes (1993, 1994, 2000) hanno osservato che solo la metà delle informazioni che le infermiere delle cure domiciliari ritengono importanti per la dimissione (incluse la valutazione delle capacità funzionali e dello stato psichico e la storia ed il contesto sociale del paziente) sono in realtà trasmesse da medici ed infermieri dell'ospedale. Alcuni elementi possono incrementare la qualità delle informazioni trasmesse: l'utilizzo di strumenti cartacei strutturati, la rintracciabilità (e conseguente assunzione di responsabilità) di chi trasmette le informazioni, una rete strutturata di rapporti fra chi dimette e chi accoglie il paziente nel territorio (Bull MJ et al, 2000).

La Joint Commission definisce il discharge planning *“il processo formalizzato nelle organizzazioni sanitarie che attivano un programma di continuità delle cure e follow-up specifico per ogni paziente. Il piano di dimissione identifica e documenta una sequenza di fasi, da porre in atto in tempi definiti, per raggiungere obiettivi che hanno lo scopo di garantire un sicuro rientro a casa o l'integrazione necessaria al proseguimento delle cure. Il piano di dimissione garantisce che il paziente rimanga ricoverato solamente per problemi clinici”*. (JCHAO, 2004).

Il gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale istituito dalla Regione Lombardia (al quale ha collaborato anche il Collegio Ispasvi di Milano-Lodi) propone la seguente definizione di dimissione protetta: *“si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani e affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura demenziale”* (Scaccabarozzi et al, 2007).

Le dimissioni protette non devono essere mai intese come “dimissioni precoci” del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l'iter assistenziale necessario, ma rappresentano un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori (professionisti ospedalieri, medici di Medicina generale, Distretti, Servizi sociali comunali) al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente.

Le dimissioni protette possono avvenire:

- per il domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o delle Cure Palliative
- per il ricovero in Istituto di Riabilitazione (IDR)
- per il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

L'ADI è un programma assistenziale domiciliare di tipo socio-sanitario integrato, erogato da caregiver professionali prioritariamente rivolto a soggetti fragili e/o anziani affetti da patologie cronico-degenerative o da disabilità. Prevede l'intervento di diverse figure professionali: MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione e ASA/OSS. È programmabile per una durata minima di un mese, eventualmente rinnovabile, e necessariamente contempla la presenza di un bisogno socio-assistenziale.

I criteri di eleggibilità sono:

- Presenza di un adeguato supporto familiare
- Condizioni di non autosufficienza o rischio di non autosufficienza per cause temporanee o permanenti



- Evidenza di bisogni sia sanitari che sociosanitari che richiedono quindi un'assistenza di tipo integrato
- Condizioni cliniche stabili
- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale, con peso assistenziale moderato
- Pazienti neuro-motulesi con perdita recente dell'autonomia, in fase post acuta di malattia, che necessitano di interventi riabilitativi, per il recupero e/o la stabilizzazione di menomazioni e disabilità, non erogabili ambulatorialmente o in D.H. Il potenziale riabilitativo, gli obiettivi e il programma di recupero devono essere definitivi da una valutazione fisiatrica prima della dimissione.

I pazienti candidati al trasferimento in IDR dai Reparti ospedalieri sono quelli, per lo più anziani, con disabilità fisiche o sensoriali che richiedono la presa in carico globale in regime di degenza. L'IDR geriatrico eroga interventi di riabilitazione estensiva o post-acuta, pertanto è indicato per quei soggetti che richiedono un programma di riabilitazione estensiva, non essendo più necessario sostenere un trattamento intensivo come quello dei reparti di riabilitazione ospedaliera.

I pazienti eleggibili per il ricovero in RSA sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, in genere anziani, non assistibili al proprio domicilio in conseguenza dell'elevato carico che comporta la loro dipendenza funzionale e/o per la assenza o insufficienza del supporto socio-familiare.

Il modello che viene preso a riferimento per un nuovo modo di fare assistenza, fondata sull'integrazione, comunicazione e partecipazione dei professionisti al raggiungimento di obiettivi comuni è quello dell'attivazione di reti tra loro integrate, come auspicato nel documento approvato il 18 ottobre 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Ministero della Salute) sulla *“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio.”*

La rete è finalizzata all'integrazione fra l'assistenza di base, i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza residenziale per facilitare l'accesso e l'erogazione tempestiva ed efficace delle prestazioni, assicurare appropriatezza, coordinamento e quindi continuità informazionale, relazionale e gestionale con attenzione alla valutazione dei risultati non solo clinici ma anche organizzativi e di compliance del malato e/o della sua famiglia.

Il gruppo regionale ha predisposto un progetto per il 2007 (purtroppo al momento non ancora avviato), che prevede la realizzazione di una serie di azioni ritenute prioritarie per creare, da parte dell'insieme integrato di servizi, professionisti e livelli di assistenza, la continuità delle cure tra ospedale e territorio:

1. Inserimento nella cartella clinica integrata dei pazienti ricoverati in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate di una specifica sezione dedicata alla valutazione del bisogno di continuità assistenziale;
2. Identificazione nell'ambito delle Direzioni sanitarie aziendali della funzione di Care Management con il compito di coordinare le dimissioni protette verso il domicilio o in strutture riabilitative sociosanitarie e socio-assistenziali del territorio in funzione di eventi indice puntualmente caratterizzati e/o di target selezionati di malati;
3. Identificazione di un'interfaccia ASL (distrettuale) per tutti gli interventi correlati alle dimissioni protette, con l'adozione di procedure semplificate ed unitarie per l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, il riconoscimento dell'invalidità civile ed il rilascio dei documenti di esenzione;
4. Realizzazione di un sistema organizzativo in grado di declinare la continuità delle cure come continuità tra i diversi servizi in modo da ricondurre ad unitarietà la molteplicità degli interventi ed in particolare:



- l'assistenza infermieristica domiciliare per malati terminali/compleksi/critici sui sette giorni
 - l'assistenza medica domiciliare ai malati terminali, complessi e critici dalle ore 8 alle ore 20 nei giorni feriali, nelle giornate festive e prefestive e in casi particolari nelle ore notturne, attraverso una disponibilità organizzata ed integrata dei medici di famiglia e di continuità assistenziale;
5. Condivisione delle informazioni tra le diverse componenti della rete assistenziale attraverso l'introduzione di tecnologie innovative che, mediante la scheda clinica informatizzata e l'utilizzo di un sistema mobile, facilitino il trasferimento in tempo reale di informazioni clinico-terapeutiche tra gli operatori della équipe curante impegnata a garantire la continuità assistenziale sulle 24 ore.

Il Care Manager ha il compito di definire (con il paziente e la sua famiglia, l'ASL, il medico ed il pediatra di famiglia, l'erogatore accreditato territoriale) le modalità organizzative della dimissione (di norma dal lunedì al venerdì con preavviso di almeno 72 ore, evitando le giornate festive), la tipologia di cure necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche sociali (servizi tutelari), prescrittive (assistenza integrativa-protetica) e certificatorie (esenzioni, invalidità civile).

Sia nel documento regionale, che in letteratura, questa funzione è di norma riconosciuta alla professione infermieristica. La scelta del profilo professionale non è causale: Mistiaen et al (1997) hanno documentato che quando il team che si occupa delle dimissioni protette è guidato da un terapeuta occupazionale i pazienti sono orientati ad un'assistenza basata sulla terapia occupazionale; così come l'assistente sociale segnala con maggior frequenza ai servizi sociali. Il team coordinato dall'infermiere ricorre invece più di frequente ai servizi di assistenza infermieristica domiciliare. L'Olanda, ad esempio, ha introdotto figure infermieristiche: 56 dei 117 ospedali olandesi (48%) hanno individuato infermieri dedicati (Dukkers van Emden et al, 1999).

Il mandato loro affidato non è omogeneo: in 42 ospedali hanno una responsabilità prevalentemente organizzativa; in 4 funzioni di consulenza e in 8 una funzione più legata a sviluppo di linee guida, direttive e procedure di dimissione. Anche in Italia le esperienze sempre più diffuse di Case Manager si stanno concentrando sulla gestione della dimissione (molto poche, sinora, le esperienze lombarde).

A livello ospedaliero dovrebbe essere incentivata la realizzazione di posti letto di LTC (lungo-degenza ad alta intensità di assistenza infermieristica) al fine di garantire la continuità terapeutica assistenziale per malati che, superata la fase acuta, necessitano di un programma di "stabilizzazione", così come previsto dalla tipologia riabilitativa di mantenimento, non essendo temporaneamente trasferibili al domicilio o presso le RSA.

Anche in Italia non mancano alcune esperienze significative.

Presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (A.P.S.S.) di Trento si è appena conclusa, dopo un anno, la fase di sperimentazione di un nuovo modello organizzativo finalizzato a coordinare il percorso di dimissione dei pazienti fragili, garantendo il raccordo tra cure ospedaliere e assistenza territoriale.

La funzione di "coordinatore di percorso" è stata affidata ad infermieri con specifica formazione e competenza (uno in ogni reparto "a rischio": medicina, riabilitazione, ortopedia), ai quali è stata riconosciuta una specifica indennità professionale aggiuntiva per i professionisti esperti. I primi risultati indicano che:

- Il 43% dei pazienti dell'area medica e il 25% nell'Ortopedia richiedono una pianificazione della dimissione (classe 2 e 3 della scala di valutazione del rischio di dimissioni difficili, secondo Blaylock, 1999);



- I pazienti in classe 2, con maggior rischio di dimissione non protetta, sono il 29,4% nell'area medica e il 21,3 % in Ortopedia;
- 1 paziente su 2 nell'area medica e 1 paziente su 4 in ortopedia richiede una dimissione pianificata e l'attivazione di percorsi di continuità (Guarnier et al, 2007).

Conclusioni

La pianificazione delle dimissioni e la continuità assistenziale pongono dunque una questione fondamentale e cioè se la realizzazione di un percorso di cura e di assistenza, che integri le prestazioni ospedaliere con quelle sul territorio (spesso di natura sociale e non più esclusivamente sanitaria) allo scopo di stabilizzare la situazione patologica e migliorare la qualità di vita dei pazienti, configuri un semplice problema di ordine organizzativo, collegato all'efficienza dei servizi, alla preparazione e integrazione degli operatori, al ricorso di appropriati strumenti (protocolli clinici e gestionali) e alla comunicazione efficace tra i diversi soggetti coinvolti. Piuttosto, la continuità assistenziale non deve oggi essere considerata, in quanto parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale, un problema di natura etico-professionale, da analizzare anche secondo la prospettiva dettata dai codici deontologici?

A questo proposito, valgono sia il Codice deontologico del medico (art.23: *“il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure”* e art.59 *“tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica”*), sia il Codice deontologico dell'infermiere (art.4.1 *“l'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”*; art.4.3 *“l'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura”* e art.4.7 *“l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi”*).

In questi articoli si ritrova anche un esplicito richiamo a uno dei principi fondamentali della bioetica: il principio di giustizia o di equità distributiva.

Tale principio esprime la ricerca dei criteri eticamente giustificabili per distribuire tra tutti coloro che ne hanno diritto le risorse e le cure disponibili (Engelhardt, 1991).

In ambito sanitario, il principio di giustizia si realizza idealmente con l'attribuire a ciascuno le cure minime necessarie per condurre una vita per lui dignitosa, secondo quella che è la sua concezione di dignità e decenza (Spinsanti, 2001).

Inoltre, in una società “giusta”, tutte le persone meritano uguale considerazione e rispetto e non sono ammesse discriminazioni per motivi di ordine ideologico, sociale, razziale o economico (Spinsanti, 2001).

Tuttavia, rappresenta una percezione diffusa che ai soggetti “fragili” – anziani, disabili, malati cronici – vengano offerti livelli di assistenza medica e infermieristica inferiori rispetto a quanto sarebbe clinicamente appropriato ed eticamente giusto.

Mi riferisco, ad esempio, a quei pazienti ai quali sono sottratte le informazioni che consentirebbero loro (e ai loro familiari) di ottenere le risorse assistenziali ed economiche necessarie al proprio domicilio (Gobbi et al, 2001).



Bibliografia

- Anderson MA, Helms LB, Black S, Myers DK., A rural perspective on home care communication about elderly patient after hospital discharge. *Weste Journal of Nursing Researche* 2000; 22:225-243
- Anderson MA, Helms LB. An assessment of discharge planning models: Communication in referrals for home care. *Orthopaedic Nursing* 1993; 12 (4): 41-49
- Anderson MA, Helms LB. Quality improvement in discharge planning: An evolution of factors in communication between health care providers. *Journal of Nursing Quality* 1994; 8:62-72
- Bull MJ, Hansen HE, Gross CR, Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning, *Journal of Cardiovascular Nursing* 2000; 14(3):76-87
- Chaboyer W, Kendall E, Foster M. Use of the Brass index to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs *Nurs Crit Care* 2002; 7: 171-5.
- Codice Deontologico del Medico, 2006
- Codice Deontologico dell'Infermiere, 1999
- Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Ministero della Salute, 18 ottobre 2006
- Dukkers van Emden DM, Wynand JGR, Berns M. Transitino of care: an evaluation of the role the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999; 30:1186-94
- Engelhardt H.T., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, 1991.
- Gobbi P, Grimoldi L, Arbia C, Carcione G, Mariani M, Mediani M et al, La presa in carico infermieristica della persona anziana *Nursing Oggi Geriatria* 2001; 1: 31-37
- Guarnier A, Brugnara M, Sommadossi C, I pazienti a rischio di dimissioni difficile: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria di Trento, *Atti del Convegno "Le sfide emergenti dell'infermieristica"*, Trento, 19-20 ottobre 2007
- Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCHAO, 2004
- Maciocco G, Comodo N. Cure intermedie: basi concettuali. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2004;3:1-3
- Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D, de Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after doscharge from an acute care setting. *J Adv Nurs* 1997; 25:1233-40
- Miastiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with postdischarge problems. *J Adv Nurs* 1999; 5: 10: 50-56
- National Center of Health Statistics. *National Hospital Discharge Survey: Annual Summary, 1997*. 144(3), 1-70. 1999. Washington D.C., U.S. Departement of Health and Human Services
- Naylor M, Brooten DB, Campbell R, Jacobsen B, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA* 1999, 281 (7); 613-620
- Rorden J, Taft E. *Discharge planning: Guide for Nurses*. Philadelphia: Saunders. 1990
- Scaccabarozzi et al. Gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale. Regione Lombardia, Assessorato alla Sanità. 30 ottobre 2007
- Spinsanti S., *Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire*, McGraw-Hill, Milano, 2001.
- The Sarah Cole Hirsh Institute, State of the Evidence Review, *Hospital to Home: Planning the Transition*, 2000

*Paola Gobbi
Consigliere Collegio IPASVI di Milano-Lodi*



Newsletter EUGMS

This First Newsletter is addressing all geriatricians, internists, and other health professionals interested in the geriatric field.

We would like to draw your attention to the upcoming 5th congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).

The EUGMS is the European association of geriatricians and our mission is to develop geriatric medicine in Europe and support availability of geriatric services to all European citizens, as well as promoting education, continuing professional development and high quality evidence-based geriatric medicine.

Organizing congresses is one aspect of fulfilling our mission, and the organizing committee is pleased to announce

Welcome to the 5th EUGMS Congress, 3-6 September 2008 in Copenhagen, Denmark.

Scientific Programme

We are proud to announce that the Scientific Programme is now completed and we have the pleasure of announcing the participation of several highly esteemed researchers and key opinion leaders in various fields of the geriatric discipline.

Opening Lecture

For the opening lecture we are pleased to have Professor James W. Vaupel, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany and Professor Kaare Christensen, Ageing Research Centre, University of Southern Denmark talking about “The Plasticity of Ageing and Disease. Merging Demography, Epidemiology, and Genetics”. They are both fascinating speakers who are able to turn complex questions on ageing and mortality into less complicated answers.

Her Majesty Queen Margrethe II is our patron and has been invited to participate in the opening ceremony.

1-day session for allied health professionals

As a novel idea and to underline our long tradition of interdisciplinary work we have added to the programme a 1-day session focusing on the primary work field of therapists but also very relevant to physicians and other allied health professionals. Key note speaker will be Professor Florence Clark, University of Southern California, speaking about her concept of ‘Life-style redesign’.

The congress party will take place in Restaurant Paafuglen, one of Tivoli’s landmarks. A jazz band will provide a stimulating entertainment throughout the evening, and delicious food will be served from various buffets.

This is an excellent occasion for networking with congress delegates, speakers, chairmen, and committee member.

Be sure to sign up for both events when you register. For more information about the congress; please have a look at our website: www.eugms2008.org

We look forward to seeing you in wonderful Copenhagen.

5th Congress of the EUGMS Organising and Scientific Committee



Nuova rivista di musicoterapia Online

Dallo scorso Novembre Online la rivista www.musicoterapia-anziani.eu direttore responsabile il sottoscritto, nella redazione della rivista il geriatra Giovanni Gelmini e il neurologo Massimiliano Godani.

Un angolo della rete ove trovare riferimenti alla musicoterapia nelle sue applicazioni nel campo della geriatria, del sociale, dell'handicap, disabili, anziani, Alzheimer, Parkinson, persone autosufficienti. Un'occasione per parlare di musica, ricerca, formazione, didattica, convegni, seminari, laboratori di ricerca esperienze sul campo.

Il progetto nasce nel Settembre 2006 dall'esperienza e dal lavoro sinergico in equipe fra operatori, musicoterapeuti, animatori, fisioterapisti, geriatri, neurologi, medici di base, famigliari che da tempo si confrontano sul binomio Anziano Musica e si concretizza nel 2007 con la registrazione della rivista presso il Tribunale di Parma (n.14 del 21 novembre 2007) come rivista Online accreditata.

L'intento della pubblicazione è la promozione e il confronto fra persone che considerano centrale la figura ed il vissuto musicale dell'anziano intesa come risorsa di percorsi riabilitativi e terapeutici.

Sito patrocinato e accreditato dal Progetto Anziani Musicoterapia.

E' on line il Volume 0 (2007) 1 (2008)

Vi è la possibilità di svolgere ricerche specifiche:

- per volume di pubblicazione e numero cronologico di pubblicazione articoli
- per categoria
- per parole chiave
- per Autori (cliccare sul nominativo dell'autore per avere un elenco dettagliato di tutti i suoi contributi)
- per mensilità
- per giorno di pubblicazione

Sito in lingua Italiana con traduzione digitale in lingua inglese. Visualizzazione e navigazione abilitata anche per dispositivi mobili.

Podcast: molti articoli o pagine saranno correlati con file audio o video direttamente ascoltabili/visibili dalle pagine della rivista.

Aperta a tutti la facoltà di proporre la pubblicazione di proprio materiale. Chi volesse pubblicare propri scritti o esperienze può inviare come allegato il proprio materiale a roberto.bellavigna@tiscali.it. La redazione si riserva di valutare attentamente il materiale inviato e di decidere autonomamente la messa online delle proposte ricevute. L'obiettivo della rivista è quello di creare un database monitorato, documentazione con il contributo di tutti.

Roberto Bellavigna



Recensione libri

ALZHEIMER SENZA PAURA

Manuale di aiuto per i familiari

Perchè parlare, come parlare

di Pietro Vigorelli

Rizzoli 2008, 252 pp.

Pietro Vigorelli, che da anni si occupa di “terapia conversazionale” con la persona malata di Alzheimer, ha pubblicato numerosi libri ed interventi significativi e dirige in prima persona un gruppo attivo che si occupa di formazione degli operatori sull’argomento, ci presenta l’ultimo suo prodotto. E’ un manuale rivolto ai familiari care-givers di pazienti con demenza. Il volume propone un approccio innovativo, tante volte non considerato dai medici curanti oltre che dai familiari, che si basa sulla validità dell’uso della parola e della conversazione sia per comprendere i messaggi che per comunicare con il paziente, quando questi, come succede nelle fasi avanzate di terapia, ha difficoltà più o meno gravi di esprimersi.

Sappiamo che la gestione del paziente demente è particolarmente complessa e non esistono attualmente terapie risolutive ma solo approcci (farmacologici e non) che ci consentono di ritardare l’inesorabile peggioramento. L’autore propone una serie di accorgimenti per comunicare con il paziente utilizzando non solo tecniche appropriate di comunicazione, ma anche strategie non verbali per far sentire il paziente a suo agio, protetto, dandogli quella sicurezza che, a causa della malattia, ha perso insieme a tante altre funzioni. Numerosi nel libro sono i suggerimenti per una comunicazione efficace, quali il parlare lento, semplice, evitando discorsi lunghi e con numerosi concetti, utilizzando al posto della parola, o insieme ad essa, le espressioni facciali ed il linguaggio del corpo, sia per trasmettere che per comprendere quello che il paziente vuole esprimere a volte con lamenti o vocalizi.

La proposta dell’Autore è di formare il parente care-giver affinché esca dal “tunnel dell’impotenza” e diventi un “curante esperto” che ha a disposizione gli strumenti necessari da utilizzare nelle circostanze semplici o complesse della gestione quotidiana, evitando nello stesso tempo gli errori che spesso si commettono interagendo con il paziente. Vengono illustrate le tecniche di “terapia conversazionale” sia individuali che di gruppo, di cui l’autore ha larga esperienza, che permettono attraverso l’attivazione di meccanismi di compenso, risvegliando la motivazione, attivando processi di facilitazione e riconoscendo le identità multiple del paziente, di farlo vivere in una realtà quotidiana che non vede ostile e lontana dal suo nuovo mondo. Un capitolo importante nel libro è quello sulla “capacitazione”, tecnica che consente al paziente, utilizzando l’ascolto e la parola e sfruttando competenze elementari, di svolgere attività che lo rendono felice, indipendentemente da obiettivi prefissati.

Ogni capitolo del libro si conclude con esercizi che il familiare deve eseguire per migliorare le sue capacità di comprendere il linguaggio del paziente e cogliere alcuni segni, apparentemente non importanti, che spesso il paziente trasmette con gesti, espressioni ed atteggiamenti particolari.

In sintesi è un libro di grande utilità non solo per familiari ma anche per i medici che si occupano di cura dei pazienti dementi, soprattutto di quelli più gravi. Si possono trovare risposte a quesiti posti dai care giver a cui non sempre si riesce a dare spiegazioni valide e nello stesso tempo si ha un approccio più completo per la cura del paziente. L’Autore ha il grosso merito, utilizzando la sua esperienza di psicoterapeuta, di aprire, con una facile comprensibilità, uno scenario di cura innovativo in una malattia in cui c’è bisogno non solo del farmaco, di cui ben sappiamo i limiti a lungo termine, ma anche di familiari istruiti ed aggiornati periodicamente su nuove metodologie ed approcci al paziente.

Vincenzo Canonico



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

IN VIAGGIO CON LUIGI

Come affrontare una metamorfosi

di Carla Gandolfi e Piero Angelo Bonati

Edizioni Diabasis 2008 232 pp.

“Lui non è un malato di Alzheimer, è Luigi, con la sua storia, le sue emozioni ancora molto vive come nervi scoperti che basta solo sollecitare, con la sua capacità di pensiero, di ragionamento, con le sue paure che mi faccio raccontare, che affronto con lui per esorcizzarle.” Con queste parole Carla Gandolfi descrive Luigi, il suo compagno di vita, che la malattia le ha insegnato a conoscere in un modo nuovo e ancora più profondo. Un viaggio fra i dubbi e le paure di chi assiste alla graduale metamorfosi di un proprio caro, ma anche di chi ne comunica con coraggio la diagnosi e ne segue lucidamente l’aspetto medico.

Un libro emozionante, che insegna ad accettare la diversità dell’altro, unico motore per un’esistenza nuova fatta di affettuose cure giornaliere e intimità. “Da una settimana Luigi è molto sereno, direi ‘in armonia’: ha lo sguardo luminoso, sorride sempre, parla poco, ma recepisce bene tutto. Io gli parlo molto e lui ascolta, ride divertito per le cose buffe che gli dico, sembra quasi che aspetti certe battute e su quelle ride come se avesse memoria di tutte le volte che le ho dette.”

Le ragioni del libro:

- Per prendere coscienza della malattia di Alzheimer, intorno alla quale esiste ancora molta ignoranza e, quindi, paura.
- Le pagine intense ed emozionanti avvicinano l’esperienza di Luigi a quella di tanti altri malati.
- Per l’originale duplicità del libro, che mette insieme la testimonianza diretta di chi vive la malattia in prima persona e l’analisi scientifica e psico-sociale degli specialisti impegnati a combatterla quotidianamente.
- Per la rilevanza del problema nella nostra società è un libro adatto a ogni tipo di pubblico.
- In appendice, un utilissimo apparato di informazioni pratiche.

Piero Angelo Bonati



CONGRESSI E CONVEGNI

SEMINARI MULTIPROFESSIONALI ANCHISE IDENTITÀ, DISIDENTITÀ E IDENTITÀ MOLTEPLICI NELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER

Milano Febbraio-Novembre 2008

(Destinati a Medici, Psicologi, Operatori professionali)

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli

info@gruppoanchise.it ; www.gruppoanchise.it

GERIATRICS SOCIETY, TURKEY

GERIATRICS 2008

Antalya (Turchia) 5-8 Aprile 2008

www.geriatri2008.org www.geriatrics2008.org

Per informazioni:

geriatri2008@flaptour.com.tr geriatrics2008@flaptour.com.tr

SEMINARIO

PUNTO UNICO DI ACCESSO E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE E VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELL'ANZIANO

Roma, 23 aprile 2008

Segreteria Organizzativa: Studio Vega sas – San Vendemiano

Tel. 0438 401630 – fax 0438 403895

www.studiovega.it - info@studiovega.it - Convegni

2nd NAPOLI WORKSHOP OF BEHAVIORAL NEUROLOGY:

FOCUS ON FRONTAL LOBES

Napoli, 6 maggio 2008

Segreteria scientifica: Bruno Ronga, Alessandro Iavarone

tel. 081-2545478 fax: 081-2545436

brunoronga@libero.it aleiavarone@libero.it

Segreteria organizzativa: NISOTOUR

tel. 081-8031304, fax: 081-8037775;

nisotour@nisotour.it

CONGRESSO REGIONALE SIGG – SIGOs

“MALATTIA CEREBROVASCOLARE E DEMENZA NELL'ANZIANO: ATTUALITÀ CLINICHE E ASSISTENZIALI”

Pistoia, 30-31 maggio 2008

Segreteria Organizzativa: Ad Hoc Eventi – Firenze

Tel. 055 5396842 - Fax 178 2201553

info@adhoc-eventi.it



**THE 6TH INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE
INTERNATIONAL SOCIETY FOR GERONTECHNOLOGY**

Pisa 4-7 Giugno 2008

Local Organizing Committee Chair: Giuseppe Anerdi - Pontedera (Pisa)

Tel. 050 883420 Fax. 050 883497

E-mail: g.anardi@sssup.it, ezlab@arts.sssup.it

**5th CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICIN SOCIETY
GERIATRIC MEDICINE IN A TIME OF GENERATIONAL SHIFT**

Copenhagen 3-6 Settembre 2008

e-mail: info@eugms2008.org - www.eugms2008.org

**TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO
QUARTO CONVEGNO NAZIONALE SUL DOLORE**

Pisa 23-24 ottobre 2008

www.cittadinanzattivatoscana.it

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

53° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

“L’ITALIA? NON E’ UN PAESE PER VECCHI”

Firenze, 26-29 novembre 2008

9° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

Firenze, 27 novembre – 29 novembre 2008

7° CORSO DI RIABILITAZIONE

Firenze, 27-28 novembre 2008

4° CORSO PER PSICOLOGI

Firenze, 27 novembre – 28 novembre 2008

3° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI

Firenze, 29-28 novembre 2007

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze

Tel.055 474330 – Fax 055 461217 e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it

Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: sigg2008@zeroseicongressi.it