

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

Pensieri su Geriatria ed anziano fragile

Il 51° Congresso della SIGG: commenti

Emergenza caldo

Lavoro, precarietà, invecchiamento e salute

Accreditamento all'eccellenza delle Unità Operative di
Geriatria

Carcinoma del pancreas e diabete mellito

Come eravamo

Impact Factor delle riviste geriatriche

Dicembre 2006

Volume LIV

Numero 6

GIORNALE DI GERONTOLOGIA, LIV/6, 547-621, 2006



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Cited in Embase the Excerpta Medica Database



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

DIRETTORE RESPONSABILE

Roberto Bernabei (Roma)

DIRETTORE ESECUTIVO

Gianfranco Salvioli (Modena)

COMITATO ESECUTIVO

Antonio Cherubini (Perugia)

Micaela Foroni (Modena)

Chiara Mussi (Modena)

Stefano Volpato (Ferrara)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Lisa Andreazzi

Giornale di Gerontologia

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca 1

56121 Ospedaletto (Pisa)

Tel. 050 3130285 • Fax 050 3130300

landreazzi@pacinieditore.it

COMITATO EDITORIALE

Raffaele Antonelli Incalzi (Roma)

Mario Barbagallo (Palermo)

Ettore Bergamini (Pisa)

Pier Ugo Carbonin (Roma)

Luigi Ferrucci (Firenze)

Giovanni Gambassi (Roma)

Antonio Guaita (Abbiategrosso)

Stefania Maggi (Padova)

Niccolò Marchionni (Firenze)

Giulio Masotti (Firenze)

Franco Rengo (Napoli)

Renzo Rozzini (Brescia)

Umberto Senin (Perugia)

Marco Trabucchi (Brescia)

COMITATO SCIENTIFICO

Giuseppe Abate (Chieti)

Giorgio Annoni (Milano)

Francesco M. Antonini (Firenze)

Fernando Anzivino (Ferrara)

Alberto Baroni (Firenze)

Luisa Bartorelli (Roma)

Antonio Bavazzano (Prato)

Bruno Bernardini (Genova)

Ottavio Bosello (Verona)

Santo Branca (Arcireale)

Vincenzo Canonico (Napoli)

Antonio Capurso (Bari)

Gianpaolo Ceda (Parma)

Alberto Cester (Dolo)

Ludovico Coppola (Napoli)

Gaetano Crepaldi (Padova)

Domenico Cucinotta (Bologna)

Walter De Alfieri (Grosseto)

Mauro Di Bari (Firenze)

Damasco Donati (Firenze)

Giuliano Enzi (Padova)

Renato Fellin (Ferrara)

Nicola Ferrara (Napoli)

Ettore Ferrari (Pavia)

Sandro Forconi (Siena)

Gianbattista Guerrini (Brescia)

Enzo Laguzzi (Alessandria)

Francesco Landi (Roma)

Enzo Manzato (Padova)

Monica Marini (Pistoia)

Domenico Maugeri (Catania)

Patrizia Mecocci (Perugia)

Mario Molaschi (Torino)

Vittorio Nicita-Mauro (Messina)

Gabriele Noro (Trento)

Patrizio Odetti (Genova)

Ernesto Palummeri (Genova)

Francesco Paoletti (Firenze)

Giovanni Paolisso (Napoli)

Mario Passeri (Parma)

Luigi Pernigotti (Torino)

Alberto Pilotto (San Giovanni Rotondo)

Paolo Putzu (Cagliari)

Giovanni Ravaglia (Bologna)

Franco Romagnoni (Ferrara)

Giuseppe Romanelli (Brescia)

Afro Salsi (Bologna)

Bruno Solerte (Pavia)

Gabriele Toigo (Trieste)

Giorgio Valenti (Parma)

Michele Varricchio (Napoli)

Carlo Vergani (Milano)

Mauro Zamboni (Verona)

Orazio Zanetti (Brescia)

Giuseppe Zuccalà (Roma)

SEDE DELLA SOCIETÀ

Via G.C. Vanini 5

50129 Firenze

Tel. 055 474330

Fax 055 461217

E-mail: sigg@sigg.it

<http://www.sigg.it>

© Copyright by

Società Italiana

di Gerontologia e Geriatria

Edizione

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca

56121 Ospedaletto (Pisa)

Tel. 050 313011

Fax 050 3130300

SOMMARIO

Editoriali

Editorials

Il piede nel passato, le mani nel presente ed il cervello nel futuro. Pensieri su Geriatria ed anziano fragile
A foot in the past, the hands in the present and the brain in the future. About Geriatrics and frailty
L. Ferrucci 547

Il 51° Congresso della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze
The 51st Congress of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics, Florence
G. Salvioli 552

Articolo originale

Original article

Emergenza caldo: gli anziani nella città di Napoli
Heat emergency: old people in the city of Naples
S. Pollice, A. Di Palma, M. Majello, F. Caserta, P. Ziccardi, M. Scognamiglio 555

Articolo di aggiornamento

Review

Lavoro, precarietà, invecchiamento e salute
Employment, unstable jobs, aging and health
G. Savorani 561

Documento del Gruppo di Studio SIGG

Document of the SIGG Study Group

Accreditamento all'eccellenza delle Unità Operative di Geriatria
The accreditation manual for Hospital Geriatrics Units in Italy
Documento del Gruppo di Studio SIGG: P. Piergentili, R. Antonelli Incalzi, A. Cester, W. De Alfieri, N. Ferrara,
V. Nicita Mauro 566

Caso clinico

Case report

Carcinoma del pancreas e diabete mellito: un caso clinico
Pancreatic cancer and diabetes: a case report
D. Martinelli, A. Timpini, S. Cossi, A. Marengoni 608

Come eravamo

612

Bollettino

Bulletin

Impact Factor delle riviste scientifiche
G. Salvioli 614

Indice per Autori 615

Indice per Argomenti 621

Informazioni per gli autori comprese le norme per la preparazione dei manoscritti consultabili al sito:
www.pacini medicina.it/index_statico.htm



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

G GERONTOL 2006;54:547-551

EDITORIALE
EDITORIAL

Il piede nel passato, le mani nel presente ed il cervello nel futuro. Pensieri su geriatria ed anziano fragile

A foot in the past, the hands in the present and the brain
in the future. About geriatrics and frailty

L. FERRUCCI

Longitudinal Study Section, Clinical research Branch, National Institute of Aging, Baltimore, MD,
USA

Parole chiave: Fragilità • Geriatria • Invecchiamento

Key words: Frailty • Geriatric medicine • Aging

Ho seguito con interesse la discussione sulla fragilità che si è sviluppata in seno alla SIGG. Alcune settimane fa, su invito del professor Salvioli, ho cominciato ad elaborare un contributo su questo tema che, almeno a mio avviso, è centrale per la stessa esistenza della geriatria come scienza, oltre che come specialità medica. Ho ripescato nell'archivio gli articoli più rilevanti, ho consultato Medline, fatto riemergere gli appunti presi durante i tanti simposi, riunioni, tavole rotonde e congressi su questo tema e ... ho buttato tutto nel cestino. Un problema così importante come insegnare la fragilità alla nuova generazione di medici e, soprattutto, di geriatri, non può risolversi in un esame della letteratura ma deve trovare prima di tutto radici nel nostro cuore, nella conoscenza che nasce dall'essersi presi cura degli anziani ogni giorno e dall'aver ricercato in maniera quasi ossessiva i segreti dell'invecchiamento nei meandri dei database o nel fondo di una provetta.

Permettetemi una digressione cerebrale, poi torno sul "cuore". L'essenza del problema l'abbiamo affrontata nelle appassionate discussioni a Tuscania che hanno preceduto la pubblicazione delle Linee Guida sull'anziano fragile. Il professor Senin, allora presidente della SIGG, ed il prof. Carbonin che, se non vado errato all'epoca era *Past-President*, se lo ricorderanno certamente. La nosologia diagnostica "i mille nomi delle malattie" e la fisiopatologia non esauriscono l'inquadramento clinico degli anziani e non offrono tutti gli elementi necessari per una cura efficace. Esistono delle prove concrete che l'intervento geriatrico basato sulla valutazione multidimensionale è efficace, ma quali siano gli elementi caratterizzanti di questo "intervento efficace" ed il perché della sua efficacia non sono chiari. Molto è ancora affidato all'esperienza, all'intuizione ed all'"*ars geriatrica*".

Il dato che emerge dall'esperienza clinica e dalla ricerca è che l'invecchiamento cronologico, pur in maniera disomogenea tra individuo ed individuo, determina una progressiva incapacità di tenere a freno le forze entropiche che tendono a fare emergere le malattie. La patologia che si rende clinicamente evidente a livello



PACINeditore

■ Corrispondenza: L. Ferrucci, Longitudinal Study Section, Clinical research Branch, National Institute of Aging, Baltimore, MD, USA - E-mail: FerrucciLu@grc.nih.gov

individuale dipende dalla variabilità genetica (che non emerge a livello fenotipico fino a che i meccanismi omeostatici sono integri) e dall'effetto cumulativo dell'esposizione ai fattori di rischio. La conseguenza è che mentre la manifestazione fenotipica della malattia è la stessa nelle diverse età, l'evoluzione clinica, la prognosi e la responsività ai trattamenti sono sostanzialmente diversi. Operando una violenta schematizzazione, nel soggetto giovane un trattamento che ha come target il tratto fisiopatologico disfunzionale ha una elevata possibilità di successo, perché l'intervento è intrinsecamente coadiuvato dai meccanismi omeostatici ancora integri. Nell'anziano, alla base della malattia è la disregolazione omeostatica¹². Ne deriva che un intervento che si focalizzi esclusivamente sulla malattia è raramente e solo parzialmente efficace. Gli esempi sarebbero tanti. Una accelerata aterosclerosi coronarica o la frattura di femore in un soggetto di 20 anni sono quasi certamente riconducibili ad un problema unico. In un soggetto di 100 anni, una grave aterosclerosi coronarica è quasi la regola ma non è certo riconducibile ad una causa unica. Un altro esempio sono le modificazioni ormonali con l'invecchiamento, argomento che sta tanto a cuore al prof. Valenti, che era tra gli interpreti di questa discussione. La riduzione età-correlata dei livelli di testosterone nell'uomo è stata trattata alla stregua di una malattia. Non più tardi di 15-20 anni fa, alcuni ricercatori avevano proposto che la supplementazione di testosterone o di DHEAs avrebbero risolto molti dei problemi dell'invecchiamento. La fine della storia la conosciamo ma... come mai la supplementazione di testosterone è efficace nell'ipogonadismo giovanile ma non (o molto meno) in quello età-correlato? Il problema è che nell'invecchiamento si attua un progressivo riaggiustamento dei segnali ormonali (e non solo) che comprende ma non è esaustivamente descritto dalle modificazioni del testosterone. Dati recenti suggeriscono infatti che le modificazioni ormonali con l'invecchiamento si comportano come una rete omeostatica, che somiglia in qualche misura al pattern di modificazioni ormonali tipiche della risposta allo stress²⁷. Ancora una volta, il meccanismo che determina il riaggiustamento omeostatico non è chiaro.

La biologia, la fisiopatologia, la clinica, le modificazioni comportamentali, gli elementi culturali e sociali suggeriscono concordemente che l'invecchiamento è un processo di riadattamento continuo che ha lo scopo di mantenere l'organismo in equilibrio ma che comporta quasi obbligatoriamente una perdita della capacità di adattamento e di ri-

sposta agli stress. In altre parole, il prezzo da pagare per la sopravvivenza è l'instaurarsi di una progressiva instabilità biologica, un'instabilità non teorica, ma che ha riscontro nella pratica clinica di tutti i giorni di chi si prende cura degli anziani fragili. Il livello di compromissione omeostatica equivale essenzialmente al livello di fragilità, e ciò rende ragione della sua natura multidimensionale e dinamica. Da questo punto di vista, sono d'accordo con il prof. Cucinotta: l'essenza della fragilità è il divenire. Il problema è capire come identificare e misurare la fragilità e come inserirla nel ragionamento diagnostico terapeutico del medico geriatra.

Facciamo un passo indietro nel tempo. Credo di trovare ampio consenso se affermo che la geriatria si è affermata come scienza quando ha riconosciuto che lo stato funzionale e la disabilità fisica e cognitiva riassumono la salute degli anziani meglio di qualsiasi altro indicatore medico fondato sul concetto di malattia. Prevenire o ridurre la disabilità rappresenta ancora oggi, come in passato, l'*outcome* di riferimento di ogni intervento medico sugli anziani. Tuttavia, la ricerca clinica ci ha insegnato che misurare l'instabilità biologica in termini di disabilità ha limiti importanti:

- 1) la disabilità come evento dicotomico è un *outcome* tardivo, che avviene quando tutte le possibilità di compenso sono esaurite e quindi l'efficacia degli interventi è limitata;
- 2) in una considerevole percentuale di casi la disabilità è frutto di una malattia unica e acuta, ad esempio uno *stroke* o una leucemia¹⁸;
- 3) il danno funzionale che caratterizza la disabilità instaura un processo che in poco tempo conduce alla fragilità, indipendentemente dalle cause che hanno determinato la disabilità stessa. A questo processo concorrono la relativa o completa immobilizzazione con relativo *detraining*, i problemi di nutrizione, la depressione, lo stato pro-infiammatorio ed altri elementi che non sono ancora chiari;
- 4) esiste evidenza che all'origine della disabilità "progressiva" sia identificabile un meccanismo stereotipo che è almeno parzialmente indipendente dalle patologie sottostanti. Ad esempio, è stato dimostrato che l'esercizio fisico nelle patologie croniche, come ad esempio la COPD, migliora lo stato funzionale e rallenta il decorso clinico senza avere effetti misurabili sui parametri di gravità della malattia⁹.

Lo studio della fragilità nasce proprio dalla constatazione che studiare la disabilità nelle attività della vita quotidiana è utile ma insufficiente. Alcuni pensano ancora oggi che spostare l'ottica dalla disabi-

lità alla fragilità non sia stata una buona scelta, e che una buona misura dello stato funzionale sia più che sufficiente agli scopi della geriatria. Ad esempio, l'utilizzazione dei test di performance fisica ha espanso la misura della disabilità oltre la definizione dicotomica. Nella stessa direzione si sono mossi strumenti *self report* che valutano la capacità ed il grado di difficoltà in un ampio range di attività e condizioni. La scuola di pensiero che ha creato, o meglio riscoperto, il concetto di fragilità ha scelto una via più difficile e, così facendo, si è assunta un impegno oneroso e rischioso^{10 11}. Se si rileggono gli articoli di Linda Fried precedenti alla definizione operativa di fragilità, si comprende meglio quale sia stato il processo che ha portato alla costruzione dell'algoritmo tanto discusso¹²⁻¹⁵. Sarebbe lungo ripercorrere quella strada, ma è utile delineare i limiti nei quali la Fried si è mossa:

- 1) se l'origine omeostatica della fragilità è corretta, la sua definizione deve essere necessariamente multisistemica o, in altre parole, sindromica;
- 2) se la fragilità è separabile dalle malattie che la determinano, allora deve avere una intrinseca fisiopatologia che ne collega gli elementi e ne giustifica l'evoluzione clinica indipendente;
- 3) dimostrare l'esistenza della fragilità come sindrome, richiede la verifica che il valore prognostico della diagnosi sindromica è superiore a quello additivo degli elementi che la costituiscono, analogamente a quanto si è fatto per la sindrome metabolica.

In questo contesto, una puntualizzazione sul dualismo "Fragilità - Disabilità" è importante. In molti pazienti le due condizioni sono chiaramente sovrapposte, e tale sovrapposizione rende lo studio della fisiopatologia della fragilità troppo complesso¹⁶. Per questo motivo, ho sempre suggerito che lo studio della fragilità debba iniziare dai pazienti non disabili, ma non ho mai sostenuto che il target della cura debbano essere solo i non disabili.

Si può continuare a discutere all'infinito sul fatto che l'algoritmo diagnostico della Fried sia o no il migliore. È possibile che, come suggerisce il prof. Gambassi, il gruppo di Hopkins abbia peccato di eccessivo protagonismo, un peccato originale che sta lentamente ripagando. Tuttavia, è innegabile che il gruppo della Fried è l'unico che ha prodotto un paradigma teorico dettagliato e lo ha supportato con una attività di ricerca solida e continuativa. Per l'algoritmo della Fried sono state dimostrate la natura sindromica, la validità concorrente, la validità predittiva e la sensibilità ai cambiamenti^{2 3 6 17-21}. Inoltre, gli elementi che si combinano nella sindrome sono misure che tutti noi dovremmo obbli-

gatoriamente rilevare in tutti i pazienti geriatrici. La discussione se raccogliere o non raccogliere questi dati mi sembra davvero sterile. Se il geriatra non sa se il suo paziente è in grado di camminare, ha una forza muscolare ed una velocità di cammino inferiore del 50% a quella normale di un soggetto di pari età, avverte una sensazione di stanchezza ed esaurimento fisico, ha perso peso negli ultimi tempi, allora davvero dobbiamo andare tutti a casa. Nell'anziano questi elementi hanno un valore prognostico e di orientamento terapeutico maggiori della pressione arteriosa e della colesterolemia. Vogliamo forse dimettere dagli ospedali pazienti anziani in cui la colesterolemia e la pressione arteriosa non siano state misurate? Certamente no, ma sarebbe altrettanto e forse più assurdo non rilevare gli elementi critici della *Frailty*. La decisione critica è capire se partendo da questi dati è possibile fare un salto in avanti nella comprensione della fisiopatologia dell'invecchiamento. È una scommessa entusiasmante che sta già fornendo i suoi frutti. Che fare, dobbiamo forse acquisire *tout court* la definizione della Fried? Forse sì, ma solo come stazione intermedia.

Lo *shift* dalla disabilità agli elementi della *Frailty* è, in fondo, un avvicinamento modesto ai meccanismi che regolano l'omeostasi nell'invecchiamento. Siamo ancora ad una sindrome terminale, con mortalità dell'ordine del 20-25% all'anno. Tuttavia, la disponibilità di un fenotipo intermedio ci permette di iniziare a identificare i biomarkers che si associano alla fragilità, di verificarne possibili associazioni con il background genetico, di cominciare a capire come mai alcuni soggetti sviluppano maggiore tossicità alle terapie anti-tumorali, di fare studi su durata e costo dell'ospedalizzazione che superano la penalizzazione delle geriatriche nei sistemi a DRG. La stessa Fried ha scritto più volte che da questi studi scaturirà una nuova definizione di fragilità, più precisa, più informata, più utile ed, analogamente alle precedenti, criticabile e soggetta a cambiamento. In questo senso, vorrei commentare quanto ha detto il prof. Marchionni. Io non credo che il domani ci riservi la misura della IL-6 per l'identificazione degli anziani fragili. L'esperienza condotta con la proteina C-reattiva in cardiologia suggerisce che non è questa la strada da percorrere. Forse, ingenuamente, l'ho anche detto in passato, ma non ci credo più. Tuttavia, lo studio dell'infiammazione e delle "*signaling pathways*" che concorrono a mantenere l'omeostasi ha prodotto risultati incredibili per la comprensione della fisiopatologia dell'invecchiamento. Ci ha permesso di rilevare tracce di una fisiopatologia comune in ma-

lattie che sembravano avere una genesi fisiopatologica indipendente come ad esempio la COPD, l'osteoporosi e la cardiopatia ischemica. L'identificazione di target terapeutici che sono già oggetto di trial clinici di prima e di seconda fase è stata solo una logica evoluzione di questa ricerca. Da questi trials verranno i farmaci capaci di modulare gli effetti dell'invecchiamento, i farmaci della geriatria di domani. La sintesi tra gerontologia e geriatria è qui, oggi, nelle nostre mani, ed è nostro dovere insegnarla ai giovani che si affacciano a questa difficile ma entusiasmante professione.

Voglio finire con i giovani. La geriatria sta vivendo una crisi di vocazione non solo nei giovani anche in molti che giovani non sono più. Curare gli anziani fragili è difficile. È necessario conoscere la medicina interna e sovrapporre ad essa le conoscenze della geriatria; essere disponibili a perdere la battaglia 99 volte su 100, ed anche la centesima volta sapere che è una vittoria di Pirro; essere capaci di apprezzare i minimi cambiamenti, non salvare la vita ma lenire il dolore, migliorare la qualità della vita di una anziana o della sua famiglia. Tuttavia, combattere con armi spuntate e scudi di cartone alla lunga fiacca anche i più forti, a meno che non ci sia la speranza di un futuro migliore. Questa speranza è nella ricerca. Il geriatra può accettare

che tutti i suoi interventi siano solo parzialmente e temporaneamente efficaci, se allo stesso tempo svolge una attività di ricerca che apre uno spiraglio di speranza. Se è pienamente cosciente non solo di quello che può fare, ma anche di quello che "vorrebbe poter fare" per il suo paziente geriatrico²²⁻²⁴. Mai come oggi la ricerca ci lascia intravedere una geriatria diversa, una geriatria in cui la stabilità e l'efficacia dei meccanismi omeostatici entrano a far parte del bagaglio diagnostico ed orientano gli interventi. Credo che non si possa fare la geriatria senza fare la ricerca o, per dirla con le parole del prof. Antonini, non possa esistere la geriatria senza uno sfondo gerontologico.

È giusto insegnare ai giovani geriatri che cosa è la fragilità oggi, ma è ancora più importante insegnare loro a costruire un percorso diagnostico-terapeutico che tenga conto del concetto di fragilità. Istigare il rispetto per tutte le esperienze accumulate nel passato, la motivazione ad agire nel presente e la speranza in una geriatria futura migliore, è un dovere ed un impegno.

La mia domenica è finita. Dalla finestra della mia casa si intravede un tramonto radioso che illumina le foglie variegiate dai mille colori autunnali, il rosso amaranto, il giallo ocra, il marrone terra bruciata, il verde veronese.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, Bartali B, Russo CR, Lauretani F, et al. *Biomarkers of frailty in older persons*. J Endocrinol Invest 2002;25(Suppl 10):10-5.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-63.
- Fried LP, Hadley EC, Walston JD, Newman A, Guralnik JM, Studenski S, et al. *From bedside to bench: research agenda for frailty*. Sci Aging Knowledge Environ 2005;31:24.
- Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2006;54:991-1001.
- Ceda GP, Dall'Aglio E, Maggio M, Lauretani F, Bandinelli S, Falzoi C, et al. *Clinical implications of the reduced activity of the GH-IGF-I axis in older men*. J Endocrinol Invest 2005;28(Suppl 11):96-100.
- Maggio M, Cappola AR, Ceda GP, Basaria S, Chia CW, Valenti G, et al. *The hormonal pathway to frailty in older men*. J Endocrinol Invest 2005;28(Suppl 11):15-9.
- Ferrucci L, Maggio M, Ceda GP, Beghi C, Valenti G, De Cicco G. *Acute postoperative frailty*. J Am Coll Surg 2006;203:134-5.
- Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, Salive ME, Corti C, Langlois J. *Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1996;51:M123-30.
- Mador MJ, Bozkanat E, Aggarwal A, Shaffer M, Kufel TJ. *Endurance and strength training in patients with COPD*. Chest 2004;125:2036-45.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-56.
- Morley JE, Haren MT, Rolland Y, Kim MJ. *Frailty*. Med Clin North Am 2006;90:837-47.
- Fried LP. *Health promotion and disease prevention in the care of older adults: preventive practice in primary care*. Md Med J 1989;38:121-3.
- Williamson JD, Fried LP. *Characterization of older adults who attribute functional decrements to "old age"*. J Am Geriatr Soc 1996;44:1429-34.
- Fried LP, Guralnik JM. *Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk*. J Am Geriatr Soc 1997;45:92-100.
- Fried LP, Bandeen-Roche K, Chaves PH, Johnson BA. *Pre-clinical mobility disability predicts incident mobility disability in older women*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55:M43-52.
- Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Jr, Walston JD. *Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and*

- disability in frail, older persons: a consensus report.* J Am Geriatr Soc 2004;52:625-34.
- ¹⁷ Chaves PH, Semba RD, Leng SX, Woodman RC, Ferrucci L, Guralnik JM, et al. *Impact of anemia and cardiovascular disease on frailty status of community-dwelling older women: the Women's Health and Aging Studies I and II.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:729-35.
- ¹⁸ Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, Guralnik JM, Fried LP. *Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women.* Am J Med 2005;118:1225-31.
- ¹⁹ Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, et al. *Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:589-93.
- ²⁰ Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C, et al. *Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study.* Am J Clin Nutr 2006;83:1142-8.
- ²¹ Bandeen-Roche K, Xue QL, Ferrucci L, Walston J, Guralnik JM, Chaves P, et al. *Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:262-6.
- ²² Lynn J. *Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services.* JAMA 2001;285:925-32.
- ²³ Hardy SE, Gill TM. *Recovery from disability among community-dwelling older persons.* JAMA 2004;291:1596-602.
- ²⁴ Boockvar KS, Meier DE. *Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore that I wish I could ...".* JAMA 2006;296:2245-53.



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatrics

G GERONTOL 2006;54:552-554

EDITORIALE
EDITORIAL

Il 51° Congresso della Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics, Firenze

The 51st Congress of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics, Florence

G. SALVIOLI

Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università di Modena e Reggio Emilia

Parole chiave: Congresso nazionale • SIGG • Novità

Key words: National congress • SIGG • News

“*La Longevità del Paese: risorsa e problema*” è stato il tema del 51° Congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics, anno 2006. La crescente longevità degli italiani comporta un numero sempre maggiore di disabili e non-autosufficienti che non trovano adeguate risposte assistenziali nelle esigue cure territoriali (assistenza domiciliare integrata e strutture residenziali); queste mostrano differenze interregionali e contrastano con i principi del diritto e della tutela della salute e dei livelli essenziali di assistenza (LEA); complessivamente la risposta del sistema sanitario ai problemi dei malati anziani sembra ancora insufficiente e inadeguata in termini di qualità; la tutela della salute dell’anziano nelle Regioni non è uniforme e i livelli essenziali di assistenza non sembrano garantiti.

Alcuni Simposi e letture hanno evidenziato problemi autentici ancora in attesa di risoluzione. Quello dedicato a “Farmaci ed Anziano” ha proposto l’attualità dei risultati del Gruppo di Farmacoepidemiologia dell’anziano (GIFA) rispetto ad iniziative che altri (Società italiana di Medicina interna - SIMI e FADOI - Federazione delle associazioni dei Dirigenti ospedalieri internisti <http://www.fadoi.org>) vogliono iniziare soltanto ora, dopo oltre 20 anni. Da parte della SIGG e soprattutto dei Geriatri non c’è stata la volontà di implementare le procedure adottate ed impiegate dello studio GIFA il cui database sta invecchiando. Il dato più clamoroso emerso è che ben pochi (< 3%) trial controllati sono riservati alla popolazione anziana nonostante che questa sia la più grande consumatrice di farmaci. È evidente l’ageismo: molti pazienti anziani ricevono più di 5 farmaci e il 15% dei ricoveri ospedalieri è motivato da effetti avversi ai farmaci. Non servono quindi ulteriori valutazioni epidemiologiche, ma provvedimenti capaci di ridurre queste tendenze pericolose per la salute dell’anziano (reazioni avverse).

Fra “*Le azioni e i servizi per la prevenzione della disabilità*” il contributo della ASL11 di Empoli è sembrato molto significativo perché realistico e ripetibile: il programma attuato di attività motoria preventiva e adattata rappresenta un modello organizzativo basato sul territorio a favore dei pazienti con condizioni in esito e stabilizzate come per esempio in seguito ad ictus (*obtaining optimal func-*

tional recovery and efficient managed care for chronic stroke population); poiché il processo di-
sabilitante è aggravato dall'effetto additivo della se-
dentarietà, si propone un'attività fisica idonea alle
condizioni presenti; si agisce attivamente sugli stili
di vita; il progetto è denominato AFA, da attività fi-
sica adattata; il dr. Benvenuti (Dipartimento della
Riabilitazione, AUSL 11 di Empoli) ne è l'ideatore e
ha riferito i risultati ottenuti con procedure che
non essendo incluse nei LEA, hanno richiesto un
contributo economico (minimo) dei pazienti e
l'aiuto del volontariato. Gli enti erogatori diventa-
no quelli profit e non-profit che si interessano al-
l'attività motoria con costi a carico dei partecipan-
ti che dovranno anche assicurarsi. Il modello è
esportabile con la buona volontà dei *riabilitator*,
dei geriatri e delle varie componenti sociali. Si tra-
tta di un percorso alternativo a quello sanitario.

*Lifestyle Interventions and Independence for el-
ders pilot* (LIFE-P) è uno studio pilota (coordinato
dal prof. Pahor) che dimostra che nell'anziano se-
dentario (meno di 20 min di attività/settimana) un
programma di attività fisica guidata e strutturata
(150 minuti alla settimana di cammino di buon pas-
so, esercizi per migliorare l'equilibrio e per au-
mentare la forza degli arti inferiori) migliora negli
anziani di 70-89 anni la velocità del cammino ridu-
cendo conseguentemente il rischio di disabilità;
ciò non si verifica invece nei controlli che seguiva-
no un programma di istruzioni per la *successful
aging*. Lo studio pilota dimostra che l'attività fisica
guidata (e non le raccomandazioni orali) rappre-
senta una metodologia utile per prevenire la disa-
bilità.

*“La gestione del malato anziano fragile fra ospe-
dale e territorio: aspetti clinici e assistenziali”* è il
titolo del simposio che coinvolgeva oltre alla SIGG
anche la SIMI e FADOI; si è cercato di descrivere il
contatto e l'interfaccia fra le società scientifiche
che sono vicine dal punto di vista normativo e an-
che nella realtà ospedaliera in quanto si prendono
cura di pazienti anziani complessi, con molte ma-
lattie, e disabilità conseguenti; l'*evidence based
medicine* a disposizione per questa casistica è scar-
sa e ancora non esistono Linee Guida condivise; il
rapporto ospedale-territorio è modesto, saltuario;
prevalgono interventi frammentari e aspecifici. Co-
sì aumenta l'utilizzazione dell'ospedale da parte di
anziani malati affetti da malattie croniche con con-
seguente disabilità e una lunga serie di ricoveri ri-
petuti ed impropri. La scheda di dimissione ospe-
daliera (SDO), unico documento utilizzabile per in-
dagini epidemiologiche applicate alla sanità reale,
sono largamente incomplete ed inadeguate a valu-

tare la qualità del sistema; nessuno cerca di miglio-
rarla introducendo elementi banali come la prove-
nienza del malato, il suo indice di massa corporea,
le ADL e IADL. Quelli descritti sono i problemi di
sempre. Il Medico di famiglia dice di non ricevere
durante il Corso di Laurea un'adeguata preparazio-
ne sui problemi degli anziani che vivono a casa. Il
Corso di Laurea dovrebbe essere modificato per es-
sere anche professionalizzante e non solo cultura-
lizzante come è attualmente. Nella realtà la Geria-
tria è ben diversa dalla Medicina interna nonostan-
te che si tenda a stemperare e disperdere l'essenza
della Geriatria un po' ovunque (si pensi all'abusato
“anziano fragile” e “paziente fragile” ormai improp-
riamente ubiquitari). Soltanto la Geriatria deve
svolgere didattica, ricerca e anche assistenza nei
setting dimenticati dalle altre discipline che sono
le residenze e il territorio (assistenza domiciliare
integrata): lo prevede anche l'ordinamento delle
scuole di specializzazione. Inoltre la Geriatria ha la
sua *mission* più importante e complessiva nella
continuità delle cure che si realizza con processi di
cura e metodologie analoghi su tutto il distretto sa-
nitario (ospedale, strutture, domicilio) possibil-
mente in presenza di un Dipartimento e con un im-
portante coinvolgimento della riabilitazione. A mio
parere nel corso del Congresso Nazionale non è
stata sfruttata l'opportunità di descrivere le attività
dei Dipartimenti di Geriatria già esistenti ed operati-
vi sul territorio nazionale; la Geriatria è in grado
di enunciare non solo risultati di ricerche, ma di
proporre le applicazioni pratiche della vera Geria-
tria su ampi territori e comprendenti *setting* diver-
si che operano insieme (evitando l'imperante fram-
mentazione) con procedure omogenee e possibil-
mente informatizzate. Il Dipartimento di Geriatria
sarebbe un formidabile strumento didattico e pro-
fessionalizzante per la Geriatria universitaria.

*“Informatica, robotica, intelligenza artificiale: le
nuove tecnologie a supporto dell'anziano fragi-
le”* è il titolo di uno workshop congiunto con la so-
cietà internazionale di Gerontotecnologia che ha
proposto l'utilizzazione di strumenti elettronici
che supportare e aver cura della crescente popola-
zione anziana. Il progetto *K4Care* ha l'obiettivo di
realizzare un sistema intelligente per l'assistenza
domiciliare all'anziano utilizzando procedure com-
patibili anche in altri *setting* di cura e di assistenza;
ma esiste già il VAOR-ADI che dovrebbe essere fi-
nalmente utilizzato. Questa evoluzione tecnologi-
ca che migliora sicuramente la comunicazione fra
gli operatori, per ora è molto modesta, richiede co-
me primo gradino iniziale la cartella clinica infor-
matizzata (in Francia il Ministero della Sanità la pro-

pone su un sito apposito) arricchita degli strumenti necessari per valutare i bisogni dei pazienti anziani, le procedure più idonee per esaudirli, i risultati, i costi con particolare riferimento alla utilizzazione di risorse infermieristiche ed assistenziali; è tempo che la valutazione multidimensionale geriatrica sia effettivamente applicata ricorrendo eventualmente ad incentivi. Ciò potrà avvenire se anche a livello del *core curriculum* del Corso di Laurea di Medicina e dell'aggiornamento obbligatorio saranno riservati crediti a questa necessaria innovazione diagnostico-terapeutica.

In base alla "*Esperienza delle Summer School SIGG*" i giovani Geriatri (specializzandi e specializzati) hanno chiesto di continuare questi eventi ricchi di occasioni di discussione e di conoscenza. Si vorrebbe valutare l'utilizzazione professionale del Medico geriatra con un apposito questionario da inviare ai neospecializzati. Le scuole di specialità di Geriatria sono sollecitate a provvedere alla parziale copertura dei costi per la realizzazione delle future edizioni della *summer school*. La visibilità dei giovani geriatri deve essere maggiore: la forza delle loro idee non deve essere limitata o condizionata dai "più vecchi"; l'innovazione è possibile solo con il loro impegno e dedizione. Sono gli unici che possono attenuare gli scontati contenuti edonistico-culturali che si insinuano ancora nei programmi dei convegni geriatrici.

"*Antiaging versus healthy aging medicine*" è la lettura nella quale il prof. Senin ha escluso, per ora, ogni possibile provvedimento terapeutico per ritardare i meccanismi dell'invecchiamento al fine di aumentare la speranza di vita massima. Le Ditte farmaceutiche impegnate in questo tipo di ricerca sono però tante; *Rejuvenation Research* è la rivista della classe *Geriatrics & Gerontology* che ha l'*impact factor* più elevato (> 8). L'AUSL11 di Empoli ha recentemente attivato una prestazione ambulatoriale *anti-aging*. Mi auguro che la disciplina Geriatria e Gerontologia non rimanga esclusa da queste fondamentali attività di ricerca e di sviluppo. Il messaggio della lettura del prof. Angelo Vescovi (Istituto di Ricerca per le Cellule staminali) è che si

sta facendo ricerca sulla terapia (e forse prevenzione) delle malattie neurodegenerative utilizzando le cellule staminali; alcune aree cerebrali sono dotate di cellule capaci di rigenerare in presenza di adeguati stimoli e di fornire così ricambio ai neuroni e alle cellule gliali danneggiate o morte. Gli aspetti comparativi di queste applicazioni (per ora solo sperimentali) sono molto rilevanti per la Medicina geriatrica.

Il programma del 51° Congresso della SIGG è stato molto intenso e molto partecipato; per molti simposi e letture però i temi sono stati i soliti e senza precisi significati geriatrici: non c'è stato bisogno di prendere appunti; molte delle informazioni ascoltate rimarranno pertanto un pallido ricordo. Rimane invece il piacere e la magia dell'incontro annuale di tanti Geriatri e di altre figure professionali (sempre troppo lontane dall'Auditorium) nonostante dissidenze, incomprensioni e qualche assenza ingiustificata; è stato comunque il momento per verificare progressi, ambizioni e possibilità future della nostra disciplina.

Il ruolo del Geriatra è ancora poco chiaro come la sua identità a livello accademico; professionalmente è troppo spesso legato ad attività marginali, in competizione con il Medico generico o con altre figure che si interessano dell'anziano per necessità contingenti; ma potrà migliorare e diventare più qualificato e pertanto indispensabile se aumenterà la qualità della sua preparazione da perseguire con una maggior partecipazione e l'efficace trasferimento alla pratica clinica delle nozioni specifiche, quelle più documentate e comprovate.

Il ruolo del Geriatra è ancora quello di tanti anni fa tranne rare situazioni locali di effettiva responsabilità nel governo della continuità delle cure della popolazione anziana di un ampio territorio, dall'ospedale per acuti al domicilio. La Geriatria pratica e anche il Nursing geriatrico, soprattutto quelli non ospedalieri, devono migliorare ed essere in grado di riferire risultati di efficacia ottenuti con metodologie note; allora potrà svolgere un ruolo più importante nella vita e nello sviluppo della SIGG.



Emergenza caldo: gli anziani nella città di Napoli

Heat emergency: old people in the city of Naples

S. POLLICE, A. DI PALMA, M. MAJELLO, F. CASERTA, P. ZICCARDI, M. SCOGNAMIGLIO

Dipartimento Assistenza Anziani, ASL NA1, Napoli

Objectives: Health Authority Naples 1 (ASL NA1), in accordance with the recommendations of Ministry of Health, developed a plan "summer heat wave emergency 2005" proposing action for prevention, monitoring and assistance to the frail elderly.

Methods: An increase in assistance was obtained through keeping the outpatients department open, reserving places at the Nursing Homes for family relief, identification of "preferential procedures" in specific Hospital Complexes, functional integration of the resources set-up by the Health Authority and by the Comune of Naples and setting-up and use of two home operating teams (geriatrician and professional nurse).

Results: 91.1% of patients followed by our service had the medical problems for which they were enrolled resolved. 6.6% patients were entrusted to home assistance. 4 patients used the places for family relief in Nursing Homes. Only 2 patients were transferred to the Hospital. No death occurred.

Conclusions: From our data it emerges that in the summer period patients at risk are not the general population over-65s but frail elderly both at health level and at social level.

Key words: Summer heat • Emergency for the elderly • Prevention

Introduzione

L'ondata di caldo, che ha colpito l'Italia nel 2003¹⁻⁵, ha determinato un atteggiamento di grande attenzione sugli anziani e soprattutto su coloro che, per condizioni socio-sanitarie, sono da considerarsi a rischio con successiva messa in atto di piani di prevenzione e monitoraggio dei rischi legati al caldo, nonché di intervento nei casi di emergenza. L'estate del 2003 registrò 7.659 decessi in più rispetto al 2002 e l'Istat attribuì tale incremento alla "forte ondata di caldo estivo che aveva provocato, nel periodo giugno-settembre, tanti morti in più rispetto agli stessi mesi del 2002"⁶⁻¹⁰.

Il Ministro della Salute¹¹, con l'Ordinanza del 16 giugno 2004 (G.U. n. 140 del 17.06.2004) dal titolo "Tutela delle persone anziane", ha stabilito che, per fronteggiare l'emergenza caldo ed evitare il fenomeno dell'aumento della mortalità, è necessario attivare una intensa collaborazione tra le AASSLL ed i Comuni. Il Dipartimento Prevenzione e Comunicazione del Ministero della Salute ha diffuso delle norme precauzionali generali per affrontare eventuali rialzi di temperatura ed umidità, rivolte prevalentemente a soggetti autosufficienti in grado di rilevare una



eventuale emergenza e di affrontarla seguendo i consigli esposti. La Regione Campania, in linea con le raccomandazioni del Ministro della Salute, ha elaborato un piano "emergenza ondate di caldo-estate 2005", proponendo interventi di prevenzione, sorveglianza ed assistenza attraverso l'informazione e la comunicazione, il monitoraggio del bisogno e la valutazione degli esiti di salute. A tal fine ha invitato i servizi del SSN e quelli comunali ad elaborare ed attuare dei piani operativi locali. Inoltre in via sperimentale, la Protezione Civile ha inviato quotidianamente al nostro Dipartimento un Bollettino meteorologico.

L'esperienza maturata, presso il Dipartimento Assistenza Anziani dell'ASL NA1, nel 2004, in merito alla gestione della emergenza conseguenti ad ondate di calore, è risultata estremamente positiva.

Il progetto messo a punto dall'ASL NA1, nell'estate 2005, aveva l'obiettivo di ridurre gli eventi acuti nei pazienti fragili, aumentando la qualità e l'appropriatezza degli interventi.

Metodi

Sulla base dell'esperienza acquisita, l'ASL NA1 ha individuato ed effettuato i seguenti interventi:

- potenziamento dell'assistenza a domicilio;
- regolare apertura degli ambulatori: si è provveduto ad una pianificazione strategica delle ferie del personale dipendente e convenzionato;
- riserva di posti di sollievo presso le RSA dell'ASL NA1: il ricovero è stato riservato a casi eccezionali, nei quali il soggetto, in particolare se solo, non autosufficiente ed in condizioni di precario compenso, aveva necessità di temporanea assistenza socio-sanitaria;
- individuazione di "corsie preferenziali" verso specifici Presidi Ospedalieri di riferimento: tale percorso era riservato per le ospedalizzazioni, che non presentavano il carattere di emergenza, ma avevano la necessità di ricoverare anziani non assistibili a domicilio e in precario compenso cardiocircolatorio;
- integrazione funzionale delle risorse attivate dall'ASL NA 1 e dal Comune di Napoli (Call Center, ADA, Telesoccorso, Pony della Solidarietà ecc.): l'intervento risultava necessario per rispondere in maniera efficace e sinergica alle richieste d'intervento integrato;
- attivazione di due Call Center e di due équipe operative domiciliari (geriatra ed infermiere professionale) per la copertura, su tutto l'ambito cittadino - Napoli Est e Napoli Ovest.

Il percorso operativo predisposto con le due équipe operative domiciliari (Fig. 1), coordinate dal Dipartimento Assistenza Anziani, ha regolarmente funzionato. I due numeri verdi (rispettivamente Napoli Est e Napoli Ovest), gratuiti ed appositamente istituiti, sono stati attivati direttamente dalla persona anziana in situazione di disagio e/o dal familiare, MMG, Medico di continuità assistenziale, operatori comunali e da qualsiasi cittadino che, per prossimità e/o competenza professionale, ha rilevato particolari situazioni a rischio.

Risultati

L'analisi dei dati evidenzia che, sul totale di telefonate pervenute ai due Call Center, l'83,3% (428) dei soggetti ha richiesto interventi esclusivamente sanitari (medico-infermieristici), mentre solo nel 16,7% è stato necessario attivare l'assistenza sociale.

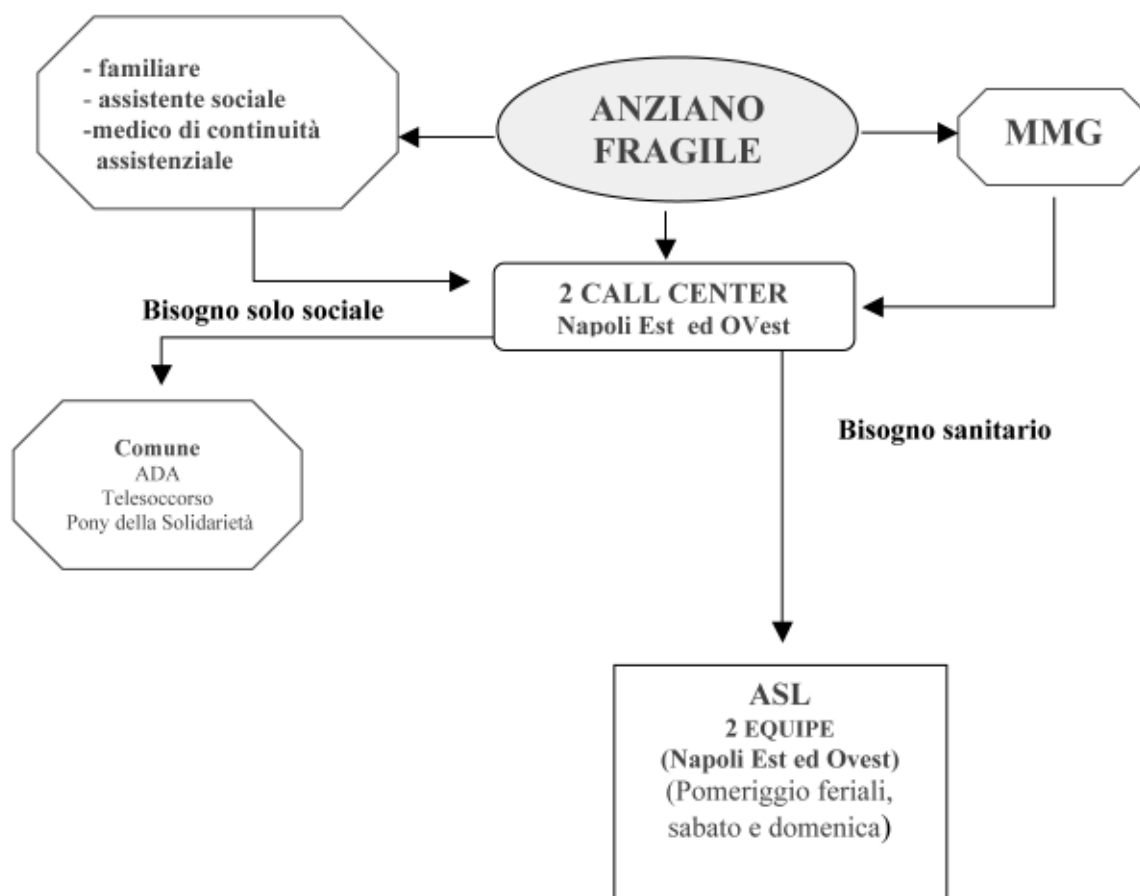
Per 156 anziani, dei 428 soggetti che hanno richiesto un intervento al Servizio Emergenza Caldo, è risultato necessario solo un consulto telefonico riguardo problematiche sanitarie. Dei 272 soggetti ultrasessantacinquenni, che hanno richiesto un intervento medico e/o infermieristico, il 28,7% ha richiesto un intervento singolo con risoluzione del problema clinico, mentre nella maggior parte dei casi è stata necessaria una presa in carico dell'utente con programma terapeutico individuale e con un numero di accessi infermieristici, che andava da un minimo di 3 volte/settimana ad un massimo di 7 gg/sett.

Le caratteristiche della popolazione presa in carico dal servizio è descritta nella Tabella I.

È interessante notare come, su 272 pazienti, la maggior parte risultano donne, il 51,5% è costituito da anziani con età compresa tra 76 e 85 anni e il 25% da ultraottantacinquenni. Quest'ultima rappresenta quella fetta di popolazione geriatrica definita degli *oldest-old*, che sono i pazienti più fragili, con polipatologia, non autosufficienti ed in precarie condizioni sociali (Fig. 2).

Il 91,1% dei pazienti seguiti dal nostro Servizio sono stati dimessi per la risoluzione dei problemi medici per i quali erano stati presi in carico. Il 6,6% dei pazienti sono stati affidati all'assistenza domiciliare. Quattro anziani hanno usufruito dei posti tenuti disponibili in RSA, riservati ai pazienti non autosufficienti e non assistibili al domicilio. Solo per 2 pazienti è stato necessario il trasferimento in ambiente ospedaliero e non si è verificato alcun decesso nel periodo osservato (Fig. 3).

La patologia, che più frequentemente ha richiesto

Fig. 1. Diagramma di flusso del progetto Emergenza Caldo Anziani 2005.**Tab. I.** Caratteristiche popolazione che ha richiesto interventi medico e/o infermieristico.

Anziani (n°)	272
M/F (%)	36,8/63,2
Età (anni)	80,7 + 3,5

l'intervento dell'équipe, è stata, come atteso, la disidratazione (29,4%), seguita dall'aggravamento delle lesioni da decubito già esistenti (20,5%), dalla demenza con presenza di disturbi comportamentali (14,7%), dall'artrosi e neuropatie con sintomatologia dolorosa (4,4%), dalle complicanze fratture del femore (2,9%) e da neoplasie (2,2%). Il restante 25,7% degli interventi sono stati effettuati per eventi acuti in soggetti affetti da patologie croniche quali diabete mellito, ulcere flebostatiche, patologie polmonari e/o cardiologiche (Fig. 4).

La Tabella II mostra la frequenza delle patologie nella popolazione studiata suddivisa per fasce di età.

Conclusioni

L'incremento del numero di decessi, verificatisi nel 2003 durante il periodo estivo, non è da attribuire esclusivamente all'aumento delle temperature, ma verosimilmente è provocato dall'aggravamento di patologie croniche preesistenti. Nella popolazione anziana un aspetto rilevante del problema è che le situazioni riconosciute come fattori di rischio sono spesso concomitanti e l'integrazione tra i fattori di rischio, in termini patologici non si limita alla sommatoria del rischio che caratterizza ciascuno di essi, ma ne configura una interazione di tipo esponenziale. Nonostante i progressi nelle strategie preventive e terapeutiche, le malattie cardiovascolari, ad esempio, rappresentano ancora la

Fig. 2. Suddivisione della popolazione studiata per fasce di età.

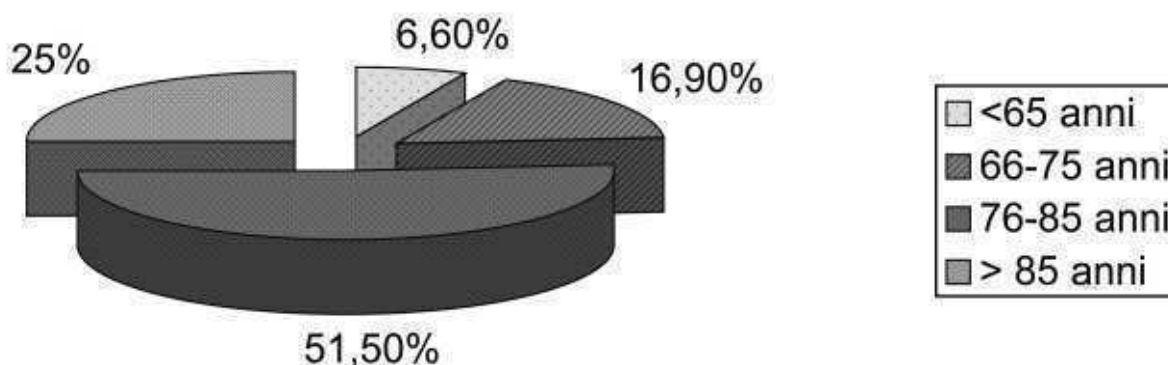
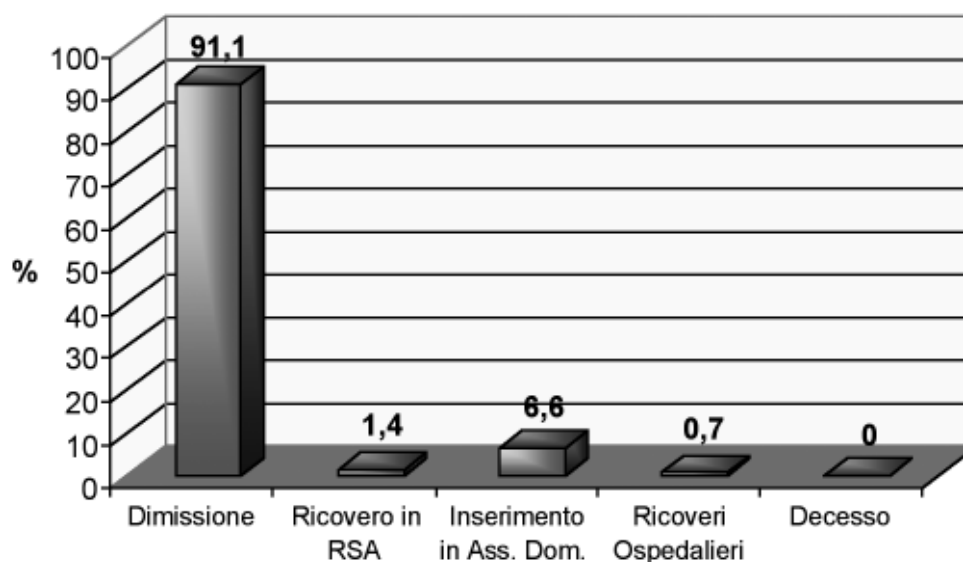
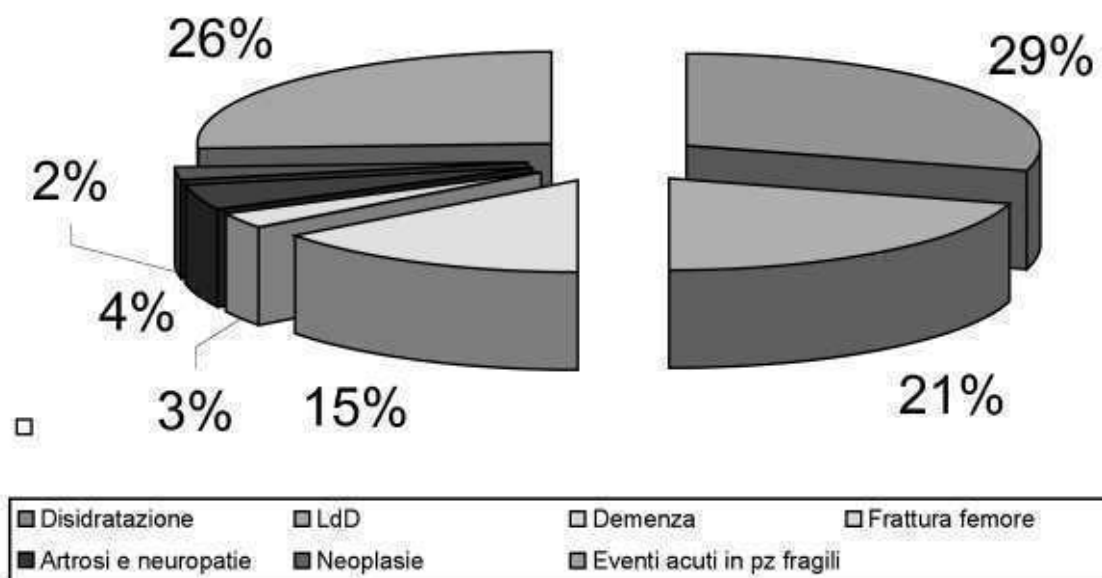


Fig. 3. Risultati ottenuti con il Progetto Emergenza Caldo Anziani 2005.



prima causa di ospedalizzazione e di morte nei Paesi industrializzati. La stessa età costituisce un fattore di rischio maggiore: è stato, infatti, calcolato che, a parità di altre condizioni, il rischio di morte nell'uomo per ictus o malattia coronarica aumenta di 3-4 volte per ogni decennio di vita dall'età di 45 anni, risultando a 80 anni trenta volte maggiore rispetto a un individuo di 50 anni. L'azione combinata di fattori di rischio "parafisiologici", ambientali, patologici di fondo o intercorrenti amplifica una particolare vulnerabilità che espone ad una condizione di aumentata morbilità sia la famiglia, sia il sistema assistenziale nel suo complesso, sia i servizi di supporto sociale.

In letteratura è stato riconosciuto che l'effetto di condizioni climatiche estive estreme (temperatura elevata associata ad elevato tasso di umidità dell'aria) costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per quella fascia di popolazione dei grandi anziani, che in tale situazione costituisce la categoria più vulnerabile e per la quale possono verificarsi rischi di peggioramento delle condizioni di vita e di salute. Contrariamente a queste considerazioni, la maggior parte delle chiamate ricevute per problemi di disidratazione o comunque per la necessità di terapia parenterali, hanno riguardato i pazienti con età inferiore agli 85 anni ed in particolare la fascia di età compresa tra i 76

Fig. 4. Frequenza di patologie nella popolazione studiata.**Tab. II.** Frequenza delle patologie, nella popolazione studiata, suddivise per fasce di età.

Età	Totale pazienti	Disidrat.	LDD	Demenza	Fratture femore	Neopl.	Artrosi e neurop.	Eventi acuti
< 65 aa	6,6%	0	14,3%	5,0%	0	0	0	11,4%
66-75aa	16,9%	37,5%	7,1%	5,0%	25,0%	0	16,7%	8,6%
76-85aa	51,5%	42,5%	42,8%	55,0%	50,0%	100%	66,6%	60,0%
> 85 aa	25%	20,0%	35,8%	55,0%	25,0%	0	16,7%	20,0%

e gli 85 anni. Infatti il gruppo di pazienti compresa fra i 76 e gli 85 anni è stato quello che sostanzialmente ha determinato il maggior carico assistenziale e non solo più numeroso. Tali pazienti erano i più disidratati, quelli con più piaghe da decubito e maggiori problemi di decadimento cognitivo e quelli che, portatori di patologie croniche, hanno presentato eventi acuti. Infine è interessante evidenziare che il 91,1% dei soggetti presi in carico è stato dimesso alla fine del periodo estivo e che solo lo 0,7% ha necessitato di ricovero in ambiente ospedaliero.

Da un punto di vista sociale abbiamo osservato che molti dei pazienti appartenenti alla fascia di età 76-85 aa vivono a domicilio con il coniuge anziano e spesso il supporto di un'adeguata rete assistenziale familiare e/o amicale, presente per tutto l'anno solare, viene a mancare nel periodo estivo. Inoltre, per 156 anziani l'attivazione del numero verde ha rappresentato un punto di ascolto competente, diven-

tando un riferimento per l'anziano, soprattutto solo, che non presenta reali bisogni di sostegno sanitario, assistenziale e sociale, ma che necessita o di qualche informazione o di essere semplicemente ascoltato. Da questi risultati emerge come a rischio non siano genericamente gli ultrasessantacinquenni, ma gli anziani fragili sia sul piano sanitario che su quello dell'isolamento sociale. Gli anziani soli e senza familiari rappresentano quelle persone con patologie croniche per le quali il ricovero in ospedale è non solo improprio e costoso, ma inutile. La fragilità dell'anziano è stata recentemente definita, in un documento della Comunità Europea, come "un insieme degli effetti negativi dell'invecchiamento", sottintendendo che a tali effetti negativi devono essere contrapposti altri positivi, in un equilibrio ampiamente disomogeneo nella popolazione e nelle varie fasce di età. Questa definizione interpreta l'invecchiamento come un fenomeno indipendente ed originale, disgiunto dal concetto di malattia,

il quale, d'altra parte, rappresenta la pietra miliare su cui si fonda l'architettura del SSN, la scelta della sua organizzazione strutturale, l'articolazione tra i livelli di assistenza, l'eleggibilità a certi servizi e prestazioni. Ma il concetto di *frailty* può essere esaminato da vari punti di vista: rispetto all'invecchiamento "normale" il soggetto anziano ha una traiettoria della caduta funzionale accelerata, che non è legata esclusivamente ad una specifica malattia, anche se da un punto di vista clinico una malattia scatenante può anche essere identificabile; la causa del declino è al contrario multisistemica e spesso multifattoriale, non solo legata a fatti biologici ma anche a fattori ambientali socio-economici e comportamentali.

L'area di fragilità andrebbe, quindi, individuata attraverso la valutazione multidimensionale, soste-

nendo reti alternative alla famiglia e riservando l'istituzionalizzazione solo ai casi più gravi. L'emergenza caldo ha sollevato il problema "anziani fragili" ed è emerso un aspetto che non può essere risolto attraverso una semplice misura di sostegno economico. È auspicabile che il "fondo" per questa fascia di popolazione favorisca sia un aumento della responsabilità finanziaria pubblica in questo campo che una mobilitazione della rete territoriale degli interventi a più livelli.

Si ringrazia per la collaborazione i medici della Napoli Est e Napoli Ovest: R. Acito, L. Altrui, M.T. Capuano, P.C. Cardace, T. D'Amato, N. Iaccarino, D. Manzella, L. Marrucci, S. Pollice, P. Rinaldi, L. Santangelo, P. Ziccardi.

Obiettivi: L'ASL NA 1, in linea con le raccomandazioni del Ministro della Salute, ha elaborato un piano "emergenza ondate di caldo-estate 2005", proponendo interventi di prevenzione, sorveglianza ed assistenza all'anziano fragile.

Metodi: Il potenziamento dell'assistenza all'anziano è stato attuato mediante la regolare apertura degli ambulatori, la riserva di posti di sollievo presso le RSA, l'individuazione di "corsie preferenziali" verso specifici Presidi Ospedalieri di riferimento, l'integrazione funzionale delle risorse attivate dall'ASL NA 1 e dal Comune di Napoli ed infine l'attivazione di due Call Center e di due équipe operative domiciliari (geriatra ed infermiere professionale).

Risultati: Il 91,1% dei pazienti seguiti dal nostro

Servizio sono stati dimessi per la risoluzione dei problemi medici per i quali erano stati presi in carico. Quattro anziani hanno usufruito dei posti tenuti disponibili in RSA, ed il 6,6% sono stati affidati all'assistenza domiciliare. Solo per 2 pazienti è stato necessario il trasferimento in ambiente ospedaliero e non si è verificato alcun decesso nel periodo osservato.

Conclusioni: Dai nostri dati emerge che nel periodo estivo a rischio non siano genericamente gli ultrasessantacinquenni, ma gli anziani fragili sia sul piano sanitario che su quello dell'isolamento sociale.

Parole chiave: Caldo estivo • Emergenza anziani • Prevenzione

BIBLIOGRAFIA

- 1 Foroni M, Maccaferri C. *Mortalità in eccesso della popolazione anziana durante l'estate 2003. Il Progetto Argento a Modena*. Giornale di Gerontologia 2004;52:111-2.
- 2 Conti S, Meli P, Minelli G, Solimini R, Toccaceli V, Vichi M, et al. *Epidemiologic study of mortality during the Summer 2003 heat wave in Italy*. Environ Res 2005;98:390-9.
- 3 Michelozzi P, de Donato F, Bisanti L, Russo A, Cadum E, Demaria M, et al. *The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities*. Euro Surveill 2005;1:10.
- 4 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Impact of heat waves on mortality - Rome, Italy, June-August 2003*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:369-71.
- 5 Conti S, Meli P, Minelli G, Solimini R, Toccaceli V, Vichi M, et al. *Epidemiologic Study of Mortality during summer 2003 in Italy*. Ig Sanita Pubbl 2004;60:121-39.
- 6 Istituto Nazionale di Statistica. *Stime preliminari della mortalità per causa nelle Regioni*. Periodo di riferimento 2003.
- 7 Brucker G. *Vulnerable populations: lessons learnt from the summer 2003 heat waves in Europe*. Euro Surveill 2005;1:10.
- 8 Garssen J, Harmsen C, De Beer J. *The effect of the summer 2003 heat wave on mortality in the Netherlands*. Euro Surveill 2005;1:10.
- 9 Ledrans M, Pirard P, Tillaut H, Pascal M. *The heat wave of August 2003: what happened?* Rev Prat 2004;54:1289-97.
- 10 Simon F, Lopez-Abente G, Ballester E. *Mortality in Spain during the heat waves of summer*. Euro Surveill 2005;1:10.
- 11 Ministro della Salute. "Tutela delle persone anziane" 16 giugno 2004 (G.U. n. 140 del 17.06.2004).



ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO

REVIEW

Lavoro, precarietà, invecchiamento e salute

Employment, unstable jobs, aging and health

G. SAVORANI

U.O. Geriatria Cucinotta, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico "S. Orsola-Malpighi", Bologna

By a psychobiology point of view there is not difference between job time and holydays time. Historically the day has been divided into three portions, each part of 8 hours (8 working hours, 8 resting hours and 8 of free time). Today a unifying vision of mind and body is emerging, this is also inducing an integration of working hours with resting and leisure times (This phenomenon can be also defined as harmony between science and jobs).

The gap restriction between environmental demands and decreased functional ability related to aging can be realized on one side by a continuous education of workers (learning also in old age) and responsibility (satisfaction/empowerment). On the other side a reorganized management according with the different abilities of elderly workers has to keep into consideration ethics and job quality and not only quantity. "The modern comprehensive approach – Stramba-Badiale said – to problems related with elderly workers uses several disciplines, such as biology, psychology, sociology, economy ... The question is: why Geriatrics and Occupational Medicine do not interact?"¹.

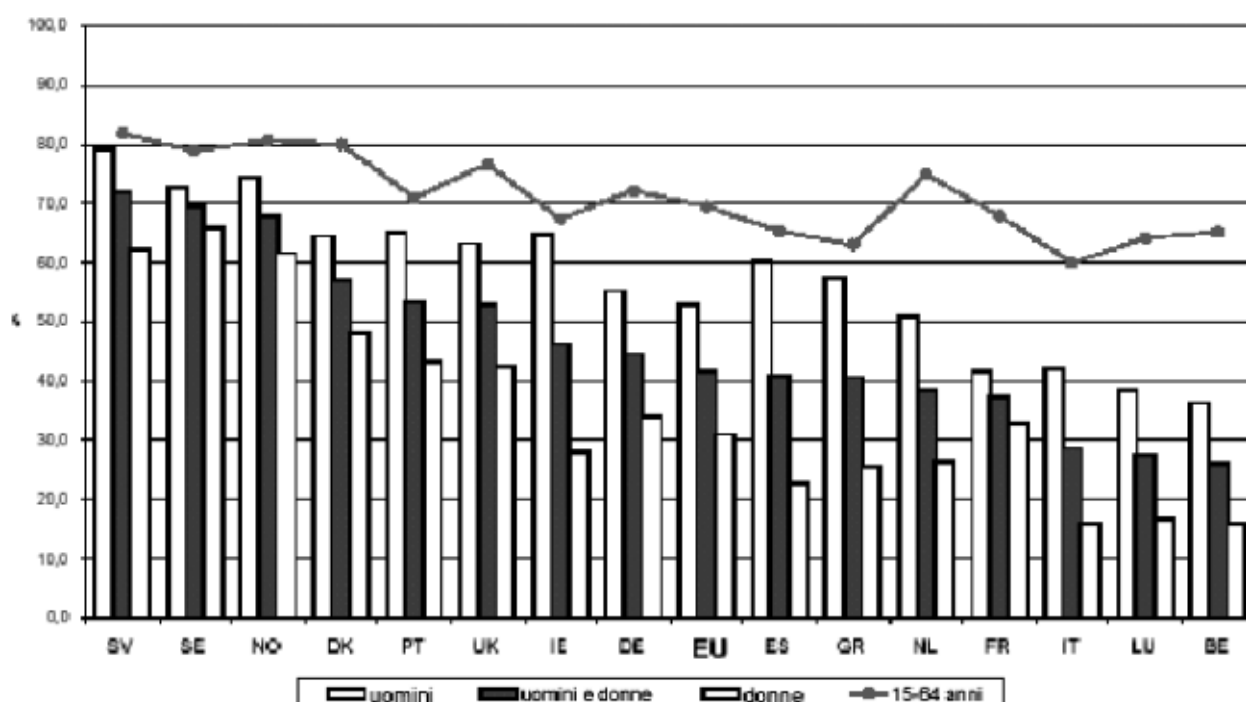
Key words: Aging society • "Elderly" workers • Health • Job quality • Life satisfaction

Demografia dell'invecchiamento ed occupazione

In tutti i Paesi a fronte dell'aumento dello sviluppo la partecipazione all'attività produttiva dei lavoratori "anziani" (55-64 a) è andata calando. Nel 2000 il tasso di occupazione generale era 53,5% in Italia e 65,8% in Emilia-Romagna, mentre il tasso di occupazione di "anziani" era 27,7% (29% in E.R.) peggiorato dal 1990 contro la media europea di 38,5%^{2,4} (Tabb. I e II). L'Italia era al penultimo posto mentre l'indicazione del Consiglio Europeo (Stoccolma, 2001) era quella di un tasso medio del 50% nel 2010 e gli occupati over 65 erano solo il 3-4%^{2,3}. Ancora, nel 2004 su 100 persone tra 55-64 aa. solo 31 lavoravano contro le 41 in Francia, 43 in Germania, 57 in Gran Bretagna e 70 in Svezia. Al contrario è noto che la longevità aumenta e il tasso di dipendenza senile pure: dal 13,3% nel 1960 si è passati al 26% nel 2003 e si arriverà al 48% nel 2030. Negli USA 78 milioni di *baby boomers* stanno "invecchiando" secondo la prassi lavorativa tradizionale ed il cambiamento di efficienza mentale e somatica dopo i 50 anni sta suscitando forte preoccupazione per una potenziale crisi socioeconomica. La crisi della General Motors è stata descritta così: ... La G.M. è un grande ente di assistenza sanitaria e pensionistica che marginalmente si occupa anche di fabbricare automobili! ... Un tale scenario, co-

Tab. I. Tasso di occupazione generale e dei giovani anziani in Italia e in Emilia-Romagna, anno 2000 ².

	Popolazione attiva				Giovani anziani (55-64 anni)			
	Maschi	Femmine	Totale	Variaz. % 1995	Maschi	Femmine	Totale	Variaz. % 1995
Emilia-Romagna	74,80%	56,70%	65,80%	6,80%	39%	19,70%	29%	1,40%
Italia	67,50%	39,60%	53,50%	5,40%	40,90%	15,30%	27,70%	2,80%

Tab. II. Tasso di occupazione degli anziani, 55-64 aa. Per paese, anno 2000 ³.

stituito da allontanamento precoce dal mondo del lavoro di persone altrimenti abili e da aumento in genere con l'età di disabilità, malattie, non autosufficienza e costi tali da far temere l'insostenibilità di qualsiasi sistema sanitario e previdenziale (il Ministero del Tesoro nel 2001 ha calcolato che nel 2050 la spesa per assistere gli anziani salirà del 61% mentre quella per malattie acute del 26%), è oggetto ormai di analisi quotidiane nonché di prese di posizione anche a livello delle massime organizzazioni mondiali ⁵⁶. Ed è stato titolato: *Possiamo permetterci il lusso di un ulteriore aumento della aspettativa di vita?* ⁷ D'altra parte come potrebbe essere altrimenti se per esempio negli USA ci sono solo 3,3 occupati per ogni pensionato contro i 16 del 1950? Ed in Italia si prevedono per il 2025 solo

due persone in età lavorativa per un anziano? Ma poi lavoro giovanile e lavoro degli "anziani" sono davvero incompatibili? Dal lato pratico molte aziende chiedono aiuto alla comunità scientifica per trovare rimedi immediati, pillole miracolose per la memoria o per altro, strategie per migliorare le performance. Al contrario, paradossalmente, alcune ricerche indicano che un terzo dei settantenni è attivo in casa e nei rapporti sociali ed il 50% soggettivamente desidera fare attività nel tempo libero e nel volontariato ². Da una indagine UE del 1993 emergeva che il 40% dei pensionati avrebbe preferito continuare il lavoro a certe condizioni. "L'assenza di strumenti volti ad attenuare l'impatto della transizione dal lavoro al non lavoro rischia di compromettere il raggiungimento di un più sano

equilibrio demografico del mercato del lavoro”³. Allora ... “È necessario creare un mercato del lavoro che da un lato sia aperto agli anziani capaci e disponibili ... dall’altro offra opportunità di pensionamento anticipato ...”⁴.

Invecchiamento e salute

La disabilità è la nuova sfida degli interventi per la salute, orientati alla riduzione del numero di anni di vita accompagnati da disabilità così da aumentare gli anni di vita in salute o senza disabilità.

È stato calcolato che nel 1998 il 43% dei *dalys* (*disability adjusted life years*) nel mondo era dovuto alle malattie cronico-degenerative e che il 28% era a carico degli over 60, pari a 161 milioni di anni su 575 milioni. Secondo il *ranking* mondiale delle prime dieci cause di *dalys* persi proiettate al 2020, la cardiopatia ischemica e la depressione maggiore saranno rispettivamente al primo e secondo posto e gli incidenti stradali saliranno dal 9° al 3° posto. Inoltre la coronaropatia negli ultrasessantenni è causa di 7 anni di vita con disabilità. In Italia stime abbastanza concordanti di ILSA e ISTAT indicano al 20-25% la prevalenza di disabilità oltre 65 anni ed al 47% oltre 80 anni. Gli over 80 sono 1 milione 800.000. La prevalenza della fragilità secondo lo studio InChianti del 2000 è 8% tra gli uomini e 11% tra le donne.

Tuttavia un tale carico di morbilità e disabilità non deve dar adito a visioni pessimistiche poiché: 1° queste alterazioni sono pur sempre minoranza a fronte di una maggioranza di sessanta/settantenni in condizioni di benessere con aspetti di cambiamenti del tutto fisiologici; 2° nei Paesi sviluppati si sta via via dimostrando la possibilità della loro compressione/prevenzione.

Ecco di seguito alcuni esempi.

Negli USA la misura reale della disabilità ha mostrato un calo progressivamente crescente di incidenza dal 1982 al 1999, rispetto alle previsioni più pessimistiche. Indagini osservative hanno documentato risultati positivi ottenuti con modifiche “spontanee” degli stili di vita, delle condizioni di lavoro e del livello socioeconomico.

In Finlandia è stato ottenuto il calo di disabilità da cardiopatie ed osteoporosi. Fattori di rischio comuni per disabilità e malattie causa di morte possono essere aggrediti congiuntamente (ipertensione, fumo, sedentarietà, alimentazione, alcool).

Questo scenario⁸ dimostra la possibilità di comprimere e posticipare di 10 anni l’insorgenza di disabilità agendo con stili di vita adeguati contro i fat-

tori di rischio suddetti, realizzando quindi una longevità attiva e di successo per l’individuo e per la società.

Inoltre per quanto riguarda l’invecchiamento fisiologico, processo universale ed inevitabile controllato solo in parte da fattori genetici, da tempo è noto che alimentazione e attività fisica agendo sull’equilibrio ossidazione/antiossidazione e infiammazione/antinfiammazione sono in grado di modularlo riducendo mortalità e disabilità ed aumentando la durata della vita anche di 2 anni rispetto alle persone sedentarie. Così sarcopenia ed osteopenia e debolezza muscolare possono essere efficacemente contrastate dall’attività aerobica ed anaerobica in anziani sia sani sia fragili fino a 90 anni. Anche i cambiamenti cognitivi e mnemonici, di attenzione divisa e difficoltà nei compiti *multitasking* di più recente studio possono essere migliorati con attività motoria e col training “neurobico” fino a 94 anni agendo sui meccanismi della plasticità e della neurogenesi cosicché l’apprendimento è possibile anche a 70 anni mentre a livello sperimentale non c’è differenza fra apprendimento da parte di topi giovani o topi vecchi. Inoltre l’esperienza può far prevedere al lavoratore meno giovane le possibili conseguenze negative poste dalle esigenze lavorative. Il congresso mondiale degli psicologi del 2003 ha raccomandato formalmente l’uso di strategie cognitive per contrastare il deficit della memoria.

In sintesi, secondo alcuni Autori si può affermare che anche i segni dell’invecchiamento possono essere suscettibili di prevenzione puntando con forza alla correzione degli stili di vita sbagliati attraverso strategie attuali (come il training globale, cognitivo, psicomotorio e sociale) efficaci almeno nel ritardare la comparsa dei disturbi età-associati (CIND, demenza, aterosclerosi, osteoporosi, neoplasie, disabilità) con evidenza circa dell’85%⁹.

Invecchiamento, lavoro e salute

Nel 1998 l’OMS stabilì che lavoro e disoccupazione (e reddito) erano determinanti sociali di salute¹⁰. Inoltre il reddito (PIL) pur influenzando salute, benessere e felicità, non è con essi in relazione crescente all’infinito, così come non è più da ritenersi l’indicatore ottimale di sviluppo del sistema-paese, secondo alcuni economisti moderni. Infatti la curva di Preston del rapporto PIL/salute raggiunge un *plateau* oltre il quale non sale, così come esiste anche una relazione tra benessere/felicità da un lato e produttività/salute dall’altro. Una persona felice è anche una persona sana? (Penninx). Il Premio

Nobel 2002 per l'economia è stato assegnato ad uno psicologo, Kahneman, e nuovi indicatori di sviluppo come il *National Wellbeing Account* considerano il benessere generale di un Paese.

Nel mondo del lavoro pubblico e privato sta emergendo una nuova dimensione di fragilità non più somatica ma soprattutto cognitiva e psicologica (ovviamente senza dimenticare i lavori tradizionalmente usuranti dal punto di vista fisico). Ne dà conferma il recente Congresso mondiale di Medicina del Lavoro svoltosi con il patrocinio dell'OMS ad un secolo dalla nascita, 1902. Il lavoro in prevalenza è cambiato profondamente e oggi influisce globalmente sullo stato di salute, incide sull'organismo in toto mediante il coinvolgimento dei sistemi integrativi omeostatici (nervoso, endocrino, immunitario) che diventano via via più vulnerabili con l'età, e quindi la medicina del lavoro si pone l'obiettivo di promuovere (prevenire) lo stato di salute complessivo del lavoratore. I nuovi rischi di tipo psicologico, da stress e *burn-out* causano ansia, depressione, somatizzazioni multiple e sono dovuti anche alla "24 hours working society", universo della comunicazione globale creata dalle nuove tecnologie.

Nella sanità o nelle catene di supermercati gli *stressors* psicoambientali si sono tradotti in assenteismo, insoddisfazione, furti delle merci, cattiva qualità nei rapporti col cliente e col malato e possono essere misurati con strumenti di tipo psico-cognitivo (Maslach, Gruetzner) e indici riferiti alla percezione soggettiva di soddisfazione e qualità di vita e di lavoro da parte del lavoratore stesso, *Life Satisfaction Index*, *Work Ability Index*².

Inoltre da altre indagini sui "meno giovani" è emerso che chi lascia il lavoro è mosso da problemi di salute e dal tipo di lavoro, gratificante o meno. Nello studio eurofinlandese del 1999 è stato visto che un lavoratore su quattro lascia per motivi di salute. Tuttavia il dato più interessante è che la percezione soggettiva di incapacità non sarebbe la motivazione principale, ma interverrebbero altri fattori di tipo ambientale.

Alcuni sarebbero:

- 1) il modello socioculturale negativo della vecchiaia, ageismo;
- 2) l'attuale modello aziendale.

Gli interventi innovativi che vengono proposti riguardano l'adattamento di un ambiente ergonomico, il quale è così risultato favorevole all'ottenimento di tempi di esecuzione uguali tra giovani e vecchi, e la realizzazione di un clima di relazioni interindividuali aziendali non conflittuali, ma soddisfacente dal punto di vista del lavoratore. Elementi

positivi a tal fine vengono indicati nella responsabilizzazione e nel ruolo decisionale (es. passaggio dal lavoro per mansioni al lavoro per settori nell'ambito infermieristico), nella motivazione, gratificazione e nell'aumento dell'autostima, il tutto attraverso l'aggiornamento delle competenze (*empowerment*) e la formazione continua¹¹. Inoltre va posta attenzione alla prevenzione degli infortuni e degli incidenti stradali, e delle malattie soprattutto cardiovascolari. In sostanza occorre tentare di ridurre il gap tra ambiente ostile e diverse abilità con l'età.

Gli strumenti delle azioni positive per il miglioramento della qualità del lavoro possono essere molteplici, dalla pausa caffè alla pausa pranzo; dal *siesta center* alla palestra aziendale (la ricreazione delle scuole!); dal ristoro musicale alla passeggiata alle interazioni sociali per il recupero del cervello. Facilitazioni efficaci possono essere l'asilo aziendale, la maternità lunga, un sistema di trasporti intelligente.

Anche il problema dell'idoneità al lavoro (ovvero alla mansione specifica) del lavoratore anziano va affrontato con un approccio corretto e flessibile (che dovrebbe vedere interessato il medico competente, ovvero il medico che nei luoghi di lavoro ha il compito, tra l'altro, di valutare l'idoneità dei lavoratori): se nella maggior parte dei casi la non idoneità parziale o totale alla mansione è legata a patologie di vario genere (dalle cardiovasculopatie alle osteoartropatie) più frequenti con l'età, occorre per altri specifici aspetti tenere conto che anche l'anziano "perfettamente sano", proprio in quanto "anziano", può non essere più idoneo ad alcune mansioni. Valga per tutte l'esempio del lavoro notturno, che è del tutto sconsigliabile agli over 50¹².

Conclusioni

In conclusione e raccogliendo l'invito di Ferrucci⁴ circa i settantenni sani (e che dire dei cinquantenni o addirittura dei quarantenni mal considerati da un mercato del lavoro strabico?), a seguito delle recenti evidenze sulle basi biologiche della interazione armonica tra corpo-mente-cervello, riteniamo che sia necessario realizzare un nuovo modello applicabile universalmente nelle situazioni di vita e di lavoro, nei Paesi più sviluppati ed in quelli meno sviluppati. Si tratta di un modello che pone più attenzione alle necessità dell'individuo migliorando nel contempo il prodotto/qualità del suo impegno attraverso la rimodulazione dei tempi di lavoro e delle fasi di vita nel loro insieme, rispetto alle "sto-

riche tre 8", a tal fine alternando impegno, divertimento e riposo senza fratture né contrapposizioni. Occorre utilizzare e non sprecare l'opportunità della dilatazione delle quattro fasi della vita avvenuta nel tempo: infanzia, adolescenza, maturità e vecchiaia (Seppilli). Sarebbe al contrario sbagliato, a mio parere, ritenere di voler "... smantellare la mistica del tempo libero rivolta a forme di edonismo (!) ..." ¹³, così negando valore alla soddisfa-

Dal punto di vista psicobiologico non c'è differenza fra tempo di lavoro e tempo libero. Rispetto alla storica suddivisione della giornata in tre parti di otto ore ciascuna (otto ore dedicate al lavoro, otto al riposo e otto al tempo libero), oggi è sempre più evidente nell'uomo l'unitarietà di corpo e mente con la conseguente necessità di integrazione tra lavoro, riposo e attività di piacere (sintonia tra scienza e lavoro).

La riduzione del gap tra richieste ambientali e ridotta abilità funzionale legata all'invecchiamento può avvenire: dal lato del lavoratore mediante la formazione continua (apprendimento anche in

ne, al benessere, alla realizzazione del sé, in sostanza alla felicità.

Quindi i lavoratori "anziani", che vecchi non sono, (e la longevità) non possono essere espulsi da tutte le mansioni, o peggio isolati dal contesto di vita; non sono a priori un lusso né un problema, ma risorse sia per se stessi sia per la società intera. Sol tanto se il sistema-Paese li gestisce male possono diventarli.

età avanzata) e la responsabilizzazione (soddisfazione/empowerment); dal lato dell'impresa mediante l'adattamento organizzativo alle mutate abilità dei lavoratori più anziani con l'assunzione di un ruolo etico e qualitativo globale, oltre che quantitativo. "Il moderno approccio globale ai problemi dell'anziano richiede l'intervento di diverse discipline che vanno dalla Biologia, alla Psicologia, alla Sociologia, alla Economia ... Perché Geriatria e Medicina del lavoro non dialogano?" ¹.

Parole chiave: Invecchiamento società • Lavoratori "anziani" • Salute • Qualità del lavoro • Soddisfazione

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Stramba-Badiale M. *Cervello senile ed attività lavorativa*. Giornale di Gerontologia 1987;35:463-5.
- ² Zecchini F. *Invecchiamento, lavoro e salute*. Lo Stato della salute e della sicurezza dei lavoratori in Emilia Romagna, 2° rapporto annuale dell'Istituto per il lavoro su salute e sicurezza 2002:354-75.
- ³ Contini B. *Prospettive di lavoro per gli anziani: una sfida per il prossimo decennio*. Università di Torino, Laboratorio R. Revelli, Centro Studi sul lavoro, Maggio 2003 (personale).
- ⁴ Ferrucci L. *I poeti dicono bugie*. Giornale di Gerontologia 2006;54:1-4.
- ⁵ Gruppo dei 10, Denver 1997. *Le conseguenze macroeconomiche e finanziarie dell'invecchiamento della popolazione*. Giornale di Gerontologia 2000;48:526-43.
- ⁶ Intervento del Ministro del Lavoro on. R. Maroni. *Prolungare la vita attiva. Politiche per l'invecchiamento in Italia*. 2° Conferenza Mondiale sull'invecchiamento, Madrid, Aprile 2002. Giornale di Gerontologia 2002;50:114-24.
- ⁷ Buiatti E. *Can we afford a further increase in life expectancy?* Aging Clin Exp Res 2004;16:1-2.
- ⁸ Di Bari M, Inzitari M, Crovetto B, Lumini A, Colombini A, Masotti G. *Invecchiamento nel mondo: compressione della mortalità, della morbidità, della disabilità*. Giornale di Gerontologia 2004;52:438-45.
- ⁹ Fratiglioni F, Paillard-Borg S, Winblad B. *An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia*. Lancet Neurol 2004;3:343-53.
- ¹⁰ Mussi C, Ventura P, Salvio G. *La prevenzione cardiovascolare: come implementare le conoscenze e i comportamenti in una società che invecchia?* G Arterioscler 2004;28:67-93.
- ¹¹ Bonora C. *La governance del sistema salute e sicurezza del lavoro. Una proposta di adeguamento dei livelli concertativi alla luce dell'innovazione e della flessibilità dell'organizzazione del lavoro*. Lo stato della salute e della sicurezza dei lavoratori in Emilia Romagna, 2° rapporto annuale dell'Istituto per il lavoro su salute e sicurezza 2002:11-27.
- ¹² Costa G. *Lavoro a turno e salute*. Med Lav 1999;90:739-51.
- ¹³ Golini A, Basso S, Reynaud C. *L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese ed un laboratorio per il mondo*. Giornale di Gerontologia 2003;51:528-44.

Il presente lavoro, rivisto, è stato presentato il 30 Maggio 2005 in occasione del Seminario: *Prevedere il rischio, prevenire le patologie, predisporre gli interventi*, organizzato dalla Associazione Osservatorio della Salute della Emilia-Romagna.

Ringraziamenti: Si ringraziano Silvia Bartolini, per l'impegno lungimirante quale Presidente dell'Associazione Osservatorio della Salute; Leopoldo Maggelli, medico del lavoro, per la disponibilità nell'aiuto e la competenza fornita; infine Gino Rubini e Germano Casanova per il materiale segnalato.

Accreditamento all'eccellenza delle Unità Operative di Geriatria

The accreditation manual for Hospital Geriatrics Units in Italy

Documento del Gruppo di Studio SIGG:

P. Piergentili (coordinatore), R. Antonelli Incalzi (Roma), A. Cester (Dolo), W. De Alfieri (Grosseto), N. Ferrara (Campobasso), V. Nicita Mauro (Messina)

Introduzione

Le norme con cui di solito in Italia vengono definite le caratteristiche dei servizi sanitari trattano principalmente aspetti non sanitari: piante organiche, costi, responsabilità medico legali e giuridiche. Questo è in parte dovuto alla oggettiva difficoltà di codificare in termini normativi i variegati aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria*. In parte però questa situazione riflette la carenza di cultura gestionale del mondo medico e sanitario italiano.

Aspetti prettamente scientifici non possono essere gestiti con strumenti legislativi. Questi ultimi hanno infatti tempi e procedure di aggiornamento del tutto inadeguati rispetto alla velocità del cambiamento delle conoscenze scientifiche, e non potrebbero perciò ragionevolmente fornire strumenti organizzativi tecnici, professionali e scientifici al passo coi tempi. La definizione di norme di comportamento assistenziale è quindi un dominio della cultura professionale, vale a dire degli ordini e delle società scientifiche.

La scarsa disponibilità del mondo medico e sanitario italiano a farsi carico dei problemi gestionali e finanziari dei servizi sanitari è un aspetto di cui bisognerebbe occuparsi in molto maggior dettaglio per capire perché una concreta pratica di valutazione della qualità stenti ad entrare nella routine professionale di chi eroga assistenza nel SSN.

Una completa analisi di questi problemi esula dagli scopi di questa introduzione. Vanno tuttavia sottolineate alcune cose. Prima di tutto che i professionisti sanitari sono gli unici soggetti in grado di introdurre elementi di razionalizzazione *equi* nell'assistenza sanitaria. Per equità qui si intende *dare a chi ne ha bisogno i servizi utili, e solo quelli provatamente utili, a trattare la sua situazione*. In altri termini, l'appropriatezza. Se le professioni sanitarie non prendono su di sé questa responsabilità, lasciano spazio a inevitabili manovre correttive degli organi gestionali del SSN (ticket, tagli generalizzati, ecc.), che ovviamente, data la loro generalità, hanno un notevole grado di iniquità. È vero che l'attenzione a questi temi sta aumentando fra i professionisti. Per esempio molte società scientifiche elaborano e pubblicano linee guida, manuali, ecc. È però altrettanto vero che la rappresentatività del mondo professionale sanitario, e di quello medico in particolare, è ancora in larga parte espressa dalle sue componenti sindacali, anche in temi che sono prettamente professionali. Questo è tanto più vero a livello locale.

* Il termine *assistenza sanitaria* ci sembra la più appropriata traduzione del termine inglese *health care*, con cui si individuano, nella letteratura internazionale, il complesso di attività erogate ai pazienti per trattare i loro problemi di salute, ed include le cure mediche, l'assistenza infermieristica, riabilitativa, etc.

Il lavoro qui pubblicato è quindi un passo della SIGG sulla strada di proporsi come soggetto di cultura professionale nei temi non strettamente clinici, ma gestionali e clinici, nel settore di competenza della società. L'Accreditamento all'eccellenza è una attività professionale che sicuramente contribuisce al livello di qualità delle prestazioni e che resta dominio privilegiato di una società scientifica come la SIGG.

Bisogna tuttavia fare un po' di chiarezza semantica su questi temi. Quale differenza esiste fra ACCREDITAMENTO, per esempio, e CERTIFICAZIONE od AUTORIZZAZIONE?

Diamo qui una definizione sintetica di accreditamento: esso è una attività di valutazione sistematica e periodica, mirata a mettere le premesse perché la qualità dell'assistenza sia continuamente sotto valutazione ed esista quindi una continua tensione verso il suo miglioramento.

Ecco anche, quindi, la differenza fra accreditamento ed autorizzazione o certificazione: se vogliamo provare a dare delle definizioni possiamo dire che:

- autorizzazione è quell'atto amministrativo e burocratico che permette ad un soggetto di svolgere una certa attività, avendo adempiuto a delle formalità ed avendo determinati requisiti;
- certificazione è quell'atto burocratico che attesta che un prodotto od un soggetto nella sua attività risponde a dei requisiti predeterminati;
- accreditamento è quell'attività professionale per cui un soggetto od un'organizzazione persegue un miglioramento continuo e costante della qualità attraverso una riflessione continua e costante sul proprio modo di essere e di operare.

Certificazione ed autorizzazione sono atti statici, burocratici. Una volta adempiuti, costituiscono una sorta di diritto acquisito, a meno di eventi traumatici. L'accreditamento è una attività continua, non burocratica ma professionale.

L'accreditamento è essenzialmente un processo professionale, ed in quanto tale non gestibile che dai professionisti stessi, anche se ovviamente è opportuno che questo avvenga nell'ambito di un quadro normativo più ampio, che però non costituisce assolutamente una *conditio sine qua non*. Una attività di promozione e valutazione della qualità può essere benissimo avviata e può benissimo portare a risultati positivi rilevanti anche nel totale disinteresse delle istituzioni. È chiaro che non si vuole intendere che sia bene che sia così. Il coinvolgimento in forme appropriate delle istituzioni è quanto mai opportuno ed utile, specie perché può supportare attività di promozione di qualità, offrire un ambito più vasto e consolidato entro cui condurle rispetto a ini-

ziative spontanee e soprattutto può incentivarle anche economicamente. Quello che si vuole qui sottolineare è che l'accreditamento resta però, comunque, una attività delle professioni.

Molti dei criteri emanati in forza di atti normativi riguardano caratteristiche strutturali e, qualche volta, organizzative (come vanno fatti i muri, quali devono essere i sistemi di smaltimento dei rifiuti, dotazione di personale e sua qualificazione formale, dotazioni tecnologiche e relative misure di sicurezza, ecc.). Tali caratteristiche però costituiscono solo una parte, e neppure la principale, degli elementi che determinano i risultati finali sui pazienti. Peso rilevante hanno certamente la preparazione reale e specifica del personale e ciò che il personale fa e come lo fa, ovvero il processo clinico. Nessuno dei criteri emanati in forza di legge riguarda il processo clinico o la sua valutazione.

L'accreditamento si occupa di tutto ciò. Le procedure di accreditamento hanno uno svolgimento diverso a seconda del campo di intervento e delle modalità procedurali scelte, oltre che delle finalità, che possono essere legate sia a problemi sanitari (garantire adeguati livelli di cura), che economici (retribuzioni delle prestazioni ritenute adeguate), ed ha conosciuto diversi tipi di approccio. Il punto di partenza è comunque sempre la definizione di una serie di criteri di buona qualità, individuati da esperti delle varie professioni nelle specifiche competenze, ricavandoli dalla letteratura, dallo stato dell'arte, dall'esperienza professionale.

I criteri sono definizioni indicanti la qualità stessa dell'assistenza, dotati di alcuni attributi come misurabilità, riproducibilità, semplicità, accettabilità, specificità, fondatezza scientifica. Tali elenchi di criteri vengono inviati ai servizi che aderiscono al programma, affinché si adeguino alle richieste. Dopo un intervallo di tempo prestabilito alcuni esperti, provenienti di solito da zone lontane, visitano tali servizi e, insieme agli operatori dei servizi stessi, verificano la rispondenza ai requisiti.

Nell'attivazione di un programma di accreditamento vanno tenuti presenti alcuni principi base:

1. necessità dell'indipendenza del gruppo di accreditamento, che deve essere esclusivamente professionale;
2. attenzione rivolta agli obiettivi del servizio, ai bisogni ed alle aspettative dei cittadini, agli aspetti strutturali, procedurali ed agli esiti;
3. importanza attribuita alle organizzazioni del lavoro, all'addestramento del personale ed alle attività di VRQ;
4. attenzione rivolta al continuo monitoraggio ed all'aggiornamento dei criteri;

5. identificazione e formazione di un gruppo di esperti da utilizzare come visitatori, con lo scopo non solo di verificare l'aderenza ai criteri nei singoli servizi, ma anche e soprattutto di favorire la conoscenza, la comunicazione e lo scambio di consulenze ed esperienze reciproche;

6. partecipazione volontaria e motivata al progetto. Alla luce di queste considerazioni sono cominciate nel nostro Paese le prime esperienze di accreditamento. La prima si è svolta nel Friuli ed ha coinvolto tutti i Servizi di Pronto Soccorso della Regione. Iniziata nel 1992, ha permesso un'analisi capillare di tutti i servizi, con una precisa raccolta di dati sulla loro realtà operativa, strutturale ed organizzativa. Ogni servizio ha ricevuto specifiche relazioni conclusive, che sono state utilizzate dai responsabili per programmare attività migliorative che si sono già rese evidenti nel ciclo di visite dell'anno successivo. L'ottimo risultato di questo programma ha spinto la Federazione dei Medici di Pronto Soccorso e di Medicina d'Urgenza a far proprio il programma ed a rilanciarlo in campo nazionale.

In particolare i risultati di questa attività sono stati i seguenti:

- raccolta sistematica di dati precisi, non solo quantitativi, ma qualitativi;
- attenzione concentrata su procedure, organizzazione e formazione;
- uso dei criteri non solo per l'analisi ma anche per la programmazione del servizio.

Altre iniziative del genere si stanno sviluppando principalmente in collaborazione con altre Società Scientifiche. Dato il ruolo estremamente professionale dell'accreditamento, questo aspetto va considerato come estremamente positivo perché pone questa attività nel suo ambito più naturale.

Nella realtà italiana, l'accreditamento costituisce una novità, anche se esso è già stato menzionato in documenti ufficiali, spesso in modo non appropria-

to. L'azione dell'accreditamento, infatti, per il solo fatto di essere messa in atto, di raggiungere il consenso su strutture e procedure essenziali alle cure, di definire criteri ed individuare carenze, di ottenere una valutazione più obiettiva, in quanto esterna, all'attività svolta e sulle attrezzature, nel contempo permette di avere a disposizione la consulenza di esperti in un'opera di confronto con altri e con se stessi, il che facilita la ricerca del miglioramento di qualità, ed aiuta a focalizzare l'attenzione su valori quali efficienza ed efficacia, e questo non solo da parte degli altri operatori, ma anche degli amministratori e, più in generale, dei cittadini.

L'accreditamento rappresenta un'ottima opportunità di scambio di informazioni, di esperienze, di consulenze, non ottenibili con semplici procedure di verifica interna della struttura stessa. Esso costituisce inoltre uno strumento importante di induzione al cambiamento ed alla soluzione dei problemi tanto per i sanitari che per gli amministratori e la struttura tutta.

Fonti

La fonte principale da cui questo manuale è stato derivato è il progetto di Accreditamento all'Eccellenza delle Residenze Sanitarie per Anziani dell'Istituto Superiore di Sanità. Da quel manuale è stata derivata l'impostazione metodologica e sono stati adattati ad una realtà ospedaliera molti requisiti. Inoltre sono stati esaminati i manuali della Regione Toscana e della Società Italiana dei Geriatri Ospedalieri (SIGOS).

Il gruppo di lavoro ha esaminato tutto questo materiale e ne ha derivato una sua proposta che si applica principalmente alle U.O. di Geriatria ospedaliera.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Biacoli P, Consalter A, Favaretti C, Liva C, Pitton U. *L'Accreditamento delle Strutture Sanitarie*. Società Italiana di Verifica e Revisione della Qualità 1996.

Collard R. *La Qualità Totale*. Milano: Franco Angeli Ed. 1991.

Di Stanislao F, Cavallo F, Renga G. *Organisation Analysis and Quality Evaluation*. In Proceedings of the the 11th ISQA Conference, Venice, 1994.

Morosini PL. *Le Esperienze di Accreditamento nei Paese Europei*. Atti della Conferenza Certificazione del Sistema Qualità nelle Aziende di Servizi, Milano 1995.

Morosini PL, Piergentili P. *L'accreditamento all'eccellenza delle strutture residenziali per anziani - Manuale di accreditamento*. Vega Ed. S. Lucia di Piave, 1998

Palmer HR. *La Valutazione degli Interventi Sanitari*. Ricerca e Pratica 1988;21:73-121.

GLOSSARIO

- **626:** Legge 626 del 1994 regola la sicurezza dei luoghi di lavoro.
- **A/B:** i requisiti sono suddivisi in due livelli. Il livello B è quello minimale, che tutti dovrebbero essere in grado di rispettare. Il livello A è invece il livello di eccellenza, un obiettivo per coloro che hanno già raggiunto il livello B.
- **Cliente interno:** nella teoria della qualità totale ciascun operatore di un'organizzazione ha dei clienti da soddisfare: i clienti esterni o finali (nel caso si un servizio sanitario gli utenti o i cittadini) o, se non è a contatto diretto con i clienti esterni, i clienti interni dell'organizzazione (i clinici per gli addetti ai servizi diagnostici, il personale sanitario per gli addetti ai servizi amministrativi, ecc.)
- **Evidence Based Medicine:** in Italiano **Medicina Basata sulle Prove di Efficacia** indica un insieme di attività tendenti ad adottare nella pratica assistenziale comportamenti basati su conoscenze sedimentate e ragionate, derivate su studi clinici di buona qualità, possibilmente studi clinici controllati, randomizzati e a doppio cieco. Largamente basato sulla ricerca bibliografica e la produzione di linee guida (internazionali, nazionali o di struttura).
- **Evento sentinella:** indicatore a soglia di allarme zero; il verificarsi di un solo caso è già sufficiente per dar luogo a una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili; da questa definizione risulta che gli eventi sentinella sono sempre eventi negativi; sarebbe però interessante indagare anche eventi sentinella positivi (ad esempio recuperi di autonomia inconsueti, ritorno a domicilio di un paziente entrato in condizioni gravi di salute e/o sociali).
- **Indicatore:** variabile misurabile che serve per descrivere fenomeni complessi; in MCQ è usato per monitorare e valutare le risorse, i processi o gli esiti di un servizio; è di solito, ma non necessariamente, rappresentata da una misura quantitativa con valenza statistica (media, percentile, proporzione, tasso).
- **ISO:** sistema di certificazione di qualità ISO. Nella colonna ISO in questo manuale è riportato il codice del manuale ISO9001 cui il requisito SIGG può far riferimento. Tale riferimento, che costituisce una novità nel campo dell'accreditamento, deve essere considerato del tutto sperimentale.
- **Linea guida professionale:** procedura relativa a comportamenti professionali che va vista come aiuto alle decisioni cliniche e non come qualcosa di vincolante e di eccessivamente limitante la libertà clinica; in altri termini si riconosce che la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali degli utenti è tale che può essere lecito o addirittura doveroso scostarsi da quanto suggerito dalla linea guida professionale; in questo caso però bisognerebbe specificare i motivi di tale scostamento.
- **MCQ o Miglioramento Continuo di Qualità:** insieme di attività e progetti, possibilmente facente parte della prassi quotidiana, per valutare e migliorare i livelli di qualità.
- **Obiettivo educativo:** ciò che i discenti devono sapere fare alla fine di un programma di formazione e che non erano in grado di fare prima, espresso in termini misurabili.
- **Procedura:** documento scritto che facilita l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi e rende più difficili variazioni di comportamento non giustificate e quindi serve a prevenire gli errori; deve indicare lo scopo di ciò che deve essere fatto, chi lo deve fare (le responsabilità), quando e dove deve essere fatto, con quali materiali e strumenti, come verificare e documentare ciò che viene fatto; più sinteticamente, si potrebbe dire che una procedura è un documento prescrittivo che esprime modalità definite per eseguire un'attività; il termine procedura viene qui usato sempre per indicare regolamenti, documenti di servizio, protocolli scritti.
- **RM:** Requisiti Minimi di accreditamento del DPR 14 gennaio 1997.
- **Soglia:** valore di riferimento di un indicatore; si distinguono soglie:
 - a) di **accettabilità:** valore dell'indicatore che rappresenta il limite superiore o inferiore perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile;
 - b) di **allarme:** valore di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale si deve sospettare la possibile presenza di un problema di qualità; l'accettabilità o l'allarme possono essere dati non da un valore singolo, ma da un *range*.

1. Organizzazione e struttura

- 1.1. Organizzazione Generale
 - 1.2. Struttura
 - 1.3. Manutenzione e sicurezza
 - 1.4. Organigramma e funzionigramma
- 1.1. Organizzazione Generale

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.1.1	4.2.2	B	Vi è un documento scritto e aggiornato che specifica:	Il documento deve essere stato approvato da non più di 5 anni e deve trattare almeno 3 dei 4 punti elencati.
	5.1		<ul style="list-style-type: none"> • la missione (il fine, gli scopi generali) dell'Unità Operativa (U.O.); • le categorie di utenti prioritari a cui intende rivolgersi; • le prestazioni e i servizi principali che essa intende fornire; • il modello di assistenza a cui fa riferimento. 	
	5.3		Vi è un documento che specifica le linee di sviluppo dell'U.O. e quello che si propone di fare a medio termine (piano strategico a 3-5 anni).	
1.1.2	5.1	A	Vi è un documento che specifica le linee di sviluppo dell'U.O. e quello che si propone di fare a medio termine (piano strategico a 3-5 anni).	È il piano strategico a 3-5 anni.
	5.4.1			
	5.4.2			
1.1.3	7.1	B	L'U.O. definisce un piano di lavoro annuale che contiene obiettivi misurabili.	
	7.2.1			
	7.3.1			
	7.3.4			
	8.2.3			
	8.3.4			
1.1.4	6.1	B	Vi è un organigramma ed un funzionigramma scritto dell'U.O.	Vedi le relative sezioni.
	6.2.1			
	6.2.2			
1.1.5	5.5.3	A	Viene redatta ogni anno una relazione che descrive le attività svolte, i costi sostenuti e il grado di raggiungimento degli obiettivi.	Sono utilizzati indicatori per il monitoraggio delle attività.
	5.6.3			
	7.3.4			
	7.3.5			
	7.3.6			
	8.4			
1.1.6	7.3.4	B	Gli obiettivi sono riesaminati a scadenze prefissate e comunque ogni volta che è necessario.	
	7.3.5			
	7.3.6			

1.2. Struttura				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.2.1	6.3 6.4	B	Ogni camera di degenza è provvista di non più di 4 posti letto con 9 mq per posto letto, al netto dei servizi (in alternativa 7 mq per ogni letto aggiunto ai primi due).	Almeno il 50% dei posti letto è situato in camere di degenza con servizi igienici riservati.
1.2.2	6.3 6.4	A	Almeno il 50% dei posti letto è inserito in camere di degenza di non più di 2 posti letto con 12 mq per posto letto, al netto dei servizi.	
1.2.3	6.3 6.4	A	Gli ambienti di degenza e di visita hanno un impianto di climatizzazione.	
1.2.4	6.3	B	Il 40% dei servizi è attrezzato per l'uso da parte dei disabili.	
1.2.5	6.3 6.4	B	Il reparto, nel rispetto degli standard imposti dalla legge 626/93, è dotato di: <ul style="list-style-type: none"> • un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con rubinetteria non manuale (a gomito, a pedale o elettronico); • un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta; • spazio per il coordinatore infermieristico; • un locale per medici; • un locale per soggiorno; • un locale per il deposito del materiale pulito; • un locale per deposito attrezzature; • un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle; • una cucina di reparto con annesso spazio per sosta carrelli di distribuzione vitto; • servizi igienici per il personale; • spazio attesa visitatori; • almeno un bagno assistito per piano di degenza; • spazio/armadio per deposito di attrezzature di igiene ambientale; • superfici resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce con raccordo arrotondato al pavimento; quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucolo; • una cappa per le lavorazioni dei farmaci antiblastici. 	
1.2.6	6.3 6.4	A	Sono presenti: <ul style="list-style-type: none"> • il televisore nel locale soggiorno; • un bagno assistito per ogni 20 posti letto; • un refettorio per gli utenti; • uno spazio di lavoro autonomo a disposizione dei medici; • servizi igienici autonomi e differenziati per sesso per i visitatori; • un computer con possibilità di collegamento con Internet a disposizione degli infermieri e del coordinatore; • un'edicola di facile accesso; • telefono e radio con auricolare. 	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.2.7	6.3 6.4	A	Il reparto è dotato di un locale specifico per colloqui/visite specialistiche, soggiorno e animazione ogni 30 posti letto.	
1.2.8	6.3 6.4	B	Sono presenti e funzionanti: <ul style="list-style-type: none"> • un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale anche in comune con altre degenze, se possibile sul piano funzionale; • un carrello per la gestione della terapia; • un carrello per la gestione delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico. 	Esistono procedure scritte per la verifica periodica della funzionalità delle apparecchiature vitali.
1.2.10	6.3 6.4	A	È possibile nel 20% dei ricoverati attuare terapia infusiva con pompe peristaltiche.	
1.2.11	6.3 6.4 7.1	A	È possibile il monitoraggio cardio-respiratorio completo per il trattamento degli ammalati critici.	
1.2.12	6.3 6.4	B	Sono rispettati i requisiti impiantistici previsti dalla legge 626/93.	
1.2.13	6.3 6.4	A	Sono presenti tecnologie accessorie per il controllo ambientale (telecamere, ponti radio di controllo delle uscite, altri sistemi di allarme acustici e/o visivi, ecc.).	Il controllo è necessario per i malati critici e/o con delirio.
1.2.14	6.3 6.4	A	La funzione assistenziale del day hospital si avvale anche di spazi autonomi ad essa riservati.	
1.2.15	6.3 6.4 7.1	B	La funzione assistenziale dell'ambulatorio si avvale di spazi autonomi, anche in comune con altre UU.OO.	
1.2.16	6.3 6.4 7.1	A	La funzione assistenziale dell'ambulatorio si avvale di spazi autonomi ad essa riservati con attrezzature dedicate al paziente geriatrico.	
1.2.18	6.3 6.4 7.1	A	Esiste una palestra annessa al reparto per i pazienti dell'U.O. di Geriatria in cui anche personale riabilitativo afferente ad altra U.O. svolge la propria attività attrezzata con strumenti meccanici ed apparecchi isocinetici. Esistono accorgimenti per garantire la sicurezza (corrimano, spigoli smussati, ecc.) e l'orientamento dei ricoverati (es. pareti e porte di diversi colori).	
1.2.22	6.3 6.4 7.1	B	Sono disponibili materassi ed altri presidi antidecubito.	Per ogni ricoverato che ne abbia bisogno, la disponibilità può essere garantita anche tramite un Service.
1.2.23	6.3 6.4	A	L'ambiente è confortevole, silenzioso, ben aerato e con temperatura e umidità ottimali.	

1.3. Manutenzione				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.3.1	6.3	B	Vi sono procedure scritte per la manutenzione ordinaria di tutte le apparecchiature e attrezzature.	
1.3.2	6.3	B	Gli interventi per rottura o guasti di apparecchiature avvengono entro 48 ore nel 70% dei casi.	Esistono comunque procedure per la gestione immediata delle emergenze tecnologiche (sostituzione apparecchi vitali, alternative efficaci, trasferimento competenze, ecc.).
1.3.3	6.2.2		Il personale interessato all'uso delle attrezzature è al corrente del piano di manutenzione e conosce i referenti per l'applicazione dello stesso.	
1.3.4	4.2.4	B	Vengono documentati gli interventi di riparazione effettuati.	
1.3.5	4.2.3	B	I manuali o gli opuscoli forniti dai produttori relativi al funzionamento e alla manutenzione delle attrezzature in dotazione sono disponibili e facilmente accessibili.	
1.3.6	6.3	B	È garantita la manutenzione degli arredi e dei locali.	
6.4				
1.4. Organigramma e funzionigramma				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.4.1	5.1	B	Il Direttore dell'U.O. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale/Dipartimentale.	
	5.3			
	5.5.2			
1.4.2	6.1	A	Esiste un funzionigramma dei medici, oltre a quello previsto dal contratto di lavoro.	Concordato con i medici stessi.
	6.2.1			
	6.2.2			
1.4.3	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 4 dirigenti medici per una dotazione di 20 posti letto.	Escluso il personale in formazione, frequentatori ed il Direttore.
1.4.4	6.1	B	È presente in organico un altro dirigente medico per ogni 7 ulteriori posti letto.	
1.4.5	6.1	B	È previsto un coordinatore del personale infermieristico.	La modulazione dei numeri di infermieri e addetti all'assistenza potrà variare in relazione ad una ridefinizione delle loro competenze, restando salvo il loro numero totale.
1.4.6	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 11 unità di personale infermieristico (compreso il coordinatore) per una dotazione di 20 posti letto.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.4.7	6.1	B	Sono presenti in organico 5 altre unità di personale infermieristico per ogni 10 ulteriori posti letto.	
1.4.8	6.1	B	Sono presenti in organico almeno 3 unità di personale di assistenza per una dotazione di 20 posti letto.	
1.4.9	6.1	B	È presente in organico un'altra unità di personale di assistenza per ogni 10 ulteriori posti letto.	
1.4.10	6.1	B	Esiste la disponibilità di almeno 38 ore settimanali di fisioterapia ogni 20 posti letto.	
1.4.11	6.1	B	Esiste la disponibilità di una diagnostica di neuropsicologia clinica.	Non si intende solo la consulenza occasionale, ma una disponibilità professionale formalizzata.
1.4.12	6.1 7.1	A	Sono previste attività di terapia occupazionale con personale dedicato.	
1.4.13	5.5.2	A	Esiste un Referente per le problematiche dell'umanizzazione all'interno del reparto.	Deve essere esplicitato anche nell'organigramma e nominato formalmente dal Direttore.
1.4.14	6.1 5.5.1 5.5.2	B	Il Direttore dell'U.O.:	
			<ul style="list-style-type: none"> definisce gli obiettivi dell'U.O. in accordo con gli indirizzi aziendali; definisce la tipologia e le caratteristiche qualitative dei prodotti offerti dall'U.O.; promuove accessibilità, continuità, efficacia, efficienza, attenzione alle opinioni dei clienti, sicurezza e tempestività delle prestazioni e dei servizi offerti dall'U.O.; cura la piena informazione dei cittadini-utenti; assicura l'appropriatezza degli interventi professionali e organizzativi per il contenimento dei costi; gestisce tutte le regole interne relative all'operatività quotidiana; individua le necessità di risorse e provvede alla loro negoziazione con la Direzione Aziendale/Dipartimento; organizza le attività, nel rispetto dell'autonomia tecnico-professionale e delle commesse responsabilità dei diversi componenti dell'U.O.; definisce le politiche di gestione del personale, pianifica la sua formazione e aggiornamento, provvede alla valutazione dello stesso e all'assegnazione della parte variabile della remunerazione, varia gli ambiti di esercizio dei singoli attraverso momenti di valutazione e verifica; stimola il coinvolgimento delle figure professionali dell'U.O. in programmi di miglioramento; promuove l'attività scientifica e garantisce la gestione clinica secondo linee guida, protocolli e procedure definiti; garantisce la gestione della documentazione sanitaria e della registrazione dei dati clinici secondo norme di buona pratica clinica. 	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
1.4.15	6.2.1 6.2.2	B	<p>Ogni Medico dell'U.O.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicura il corretto espletamento del servizio. Realizza l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, mantenendo la diretta responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite; • risponde al Responsabile di settore/sezione del rispetto degli indirizzi organizzativi e dei piani di lavoro definiti per il conseguimento degli obiettivi assegnatigli; • assicura la gestione clinica dei pazienti secondo la deontologia medica e le linee guida definite e programmando il proprio orario per assicurare continuità d'intervento, nonché disponibilità a rispondere e a gestire le emergenze; • garantisce la compilazione della cartella clinica o della cartella ambulatoriale e della documentazione necessaria a dare evidenza delle attività cliniche e diagnostiche; • garantisce il corretto sviluppo della propria funzione professionale specifica e ne rende conto al Direttore dell'U.O.; • contribuisce personalmente alla qualità totale, condividendo obiettivi, ottenendo consenso, rispettando regole e vincoli senza formalismi; • richiede consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici nel rispetto delle procedure e dei criteri aziendali definiti; • assicura una corretta informazione ai ricoverati e ai familiari nel rispetto della privacy; • aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, coerentemente con gli sviluppi scientifici e le attività dell'U.O.; • partecipa, insieme agli altri operatori dell'U.O., alla verifica dei risultati ottenuti ed al miglioramento della qualità dei servizi. <p>Il Coordinatore infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordina e garantisce la massima integrazione organizzativa e la gestione di strumenti atti ad ottenere l'ottimizzazione dell'assistenza erogata in rapporto alle risorse disponibili; • garantisce la corretta distribuzione e gestione del personale infermieristico, per assicurare la continuità dei processi operativi; • organizza e ottimizza i processi ripetibili di diagnosi e cura coordinandosi con i servizi e con le altre UU.OO.; • assicura la corretta gestione della cartella infermieristica; • provvede alla trasmissione della scheda infermieristica di dimissione per i soggetti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o istituzionalizzati; • assicura la qualità dell'assistenza infermieristica erogata attraverso sistemi di valutazione (schede di verifica); • assicura la corretta informazione sull'organizzazione assistenziale 	
1.4.16	6.2.1 6.2.2	B		

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
			<p>agli utenti con rispetto della privacy, avvalendosi anche del materiale predisposto (opuscolo informativo, bacheca per avvisi...) e verifica la diffusione della conoscenza dei processi di miglioramento da parte degli utenti (ritorno delle schede di gradimento);</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorisce l'attivazione del Servizio Sociale per le sue competenze; • sovrintende all'educazione sanitaria degli ammalati in relazione alla corretta esecuzione delle pratiche assistenziali e terapeutiche (gestione dei presidi, adesione agli schemi terapeutici, somministrazione di farmaci); • progetta e sperimenta modelli organizzativi di assistenza (schede infermieristiche, piani di lavoro, procedure); • promuove la formazione continua e favorisce l'inserimento degli operatori; • assicura l'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari garantendone la corretta gestione; • garantisce la corretta gestione delle apparecchiature assegnate. <p>Ogni Infermiere dell'U.O.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicura l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica relazionale ed educativa; • individua, valuta e gestisce i bisogni degli ammalati; • garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; • collabora con gli altri operatori sanitari e sociali; • aggiorna le proprie conoscenze, attraverso la formazione permanente, relative al proprio profilo professionale e alla ricerca; • assicura il segreto professionale e la privacy del paziente; • gestisce la cartella infermieristica e prepara la scheda di dimissione; • contribuisce all'addestramento del personale neoassunto alle nuove tecniche e al suo inserimento; • individua i bisogni assistenziali di base, relazionando ai medici ed ai riabilitatori, compilando la cartella infermieristica, dialogando con i ricoverati ed i familiari; • compila e somministra le scale di valutazione funzionale; • collabora alla formulazione di protocolli e procedure per il miglioramento della qualità dell'assistenza; • provvede all'educazione sanitaria degli ammalati e, quando ci siano, dei loro care-giver; • è il professionista esperto nel promuovere e favorire la conoscenza dei bisogni della persona anziana malata. <p>Ogni Operatore dell'assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coadiuva l'infermiere in tutte le sue attività; • in collaborazione e su indicazione dell'infermiere contribuisce all'assistenza all'ammalato, in particolare in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, e alla sua mobilitazione; 	
1.4.17	6.2.1	B		
	6.2.2			
1.4.18	6.2.1	B		
	6.2.2			

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
			<ul style="list-style-type: none"> • provvede alla raccolta e al trasporto di materiale biologico, sanitario ed economico; • provvede all'igiene dell'unità di degenza (letto, comodino...); • provvede al trasporto in carrozzina o barella degli ammalati; • contribuisce alla rilevazione dei bisogni con particolare attenzione all'alimentazione (rilevazione gradimento e gusti, segnalazione di condizioni di rischio di malnutrizione...) e alla sicurezza (rischio di cadute, di fughe, di infezioni ospedaliere...) e alla valutazione dello stato funzionale (ADL, IADL); • favorisce la socializzazione e il mantenimento delle relazioni interpersonali dell'ammalato; promuove attività occupazionali e/o ludiche. 	
1.4.19	5.3 5.5.2 6.2.1 6.2.2 8.5.1 8.5.2 8.5.3	A	<p>Il Responsabile del Sistema Qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantisce l'adeguata definizione degli elementi del Sistema Qualità (organizzazione, risorse e procedure); • verifica che le attività siano documentate; • definisce e porta alla realizzazione di un sistema di rilevazione dati e di un report periodico delle misure degli indicatori individuati per il controllo della conformità agli standard; • elabora metodologie per la rilevazione della non-conformità, atte a stabilire cause ed azioni correttive; • garantisce l'esecuzione delle verifiche interne pianificate e degli audit interni (ed eventualmente esterni); • garantisce la redazione del Manuale, delle procedure e di tutta la documentazione del Sistema Qualità per il raggiungimento della Certificazione; • programma e collabora alla formazione su tematiche tecniche e sul Sistema Qualità; • assiste la Direzione nella definizione delle politiche e delle strategie per la qualità; • segue l'evoluzione tecnica, scientifica e normativa e divulga le informazioni. 	
1.4.20	7.2.1 7.2.2	B	<p>Il lavoro di équipe è costantemente coordinato e non affidato alla semplice disponibilità dei singoli operatori.</p>	<p>Sono previste periodiche riunioni di tutto il personale per la buona organizzazione delle attività del reparto.</p>
1.4.21	5.5.2	B	<p>Sono previste deleghe in caso di assenza del titolare di una funzione.</p>	

2. Attrezzature sanitarie

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
2.1	6.3 7.1	B	È documentata la disponibilità di dispositivi medici, adeguata ai bisogni individuati dalla programmazione aziendale.	
2.2	4.2.4 7.1	B	Esiste documentazione da cui si rilevi che il Responsabile della struttura partecipa alla definizione delle specifiche tecniche dei prodotti ai fini della redazione del capitolato di gara.	
2.3	7.4.2	B	L'inventario delle apparecchiature in dotazione è aggiornato in modo continuativo.	La completezza dell'inventario è verificata con cadenza almeno annuale; le informazioni sono disponibili in forma aggregata o disaggregata per tipologia, centro di costo, data di acquisto, produttore.
2.4	7.4.1 7.4.2	A	L'inventario viene utilizzato al fine del rinnovo/innovazione tecnologici e per la programmazione dei relativi interventi.	Tale documentazione è resa disponibile al Responsabile dalla manutenzione.
2.5	7.4.3	B	Le singole apparecchiature sono corredate dal manuale tecnico e dal manuale d'uso.	Può essere di competenza aziendale (es. dell'U.O. Tecnologie Sanitarie), ma deve contenere: <ul style="list-style-type: none">- tempo medio di funzionamento- macchina;- frequenza dei guasti;- tipologia;- costo di manutenzione;- tipo e costo delle parti di ricambio.
2.6	4.2.4	A	Per ogni apparecchiatura esiste un registro cartaceo in cui sono riportati tutti i dati significativi relativamente ad ogni intervento di manutenzione effettuato.	Oltre agli arredi e ai dispositivi per le attività di routine (carrelli, sfignomanometro, bagno attrezzato, armadio farmacia, cucina o scaldavivande, lavapadelle, computer, diafanoscopio, elettrocardiografo, frigo-congelatore, refiotest), sono presenti: <ul style="list-style-type: none">- deambulatori, bastoni, tripod, tetrapodi (= ausili per la mobilità);
2.7	5.3 5.4.1 7.1	B	La struttura è in grado di offrire comfort ambientale e prestazioni con dispositivi e presidi corrispondenti alla missione.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
2.8	6.3 7.1 7.2.1	B	L'attrezzatura della palestra è in grado di soddisfare le esigenze assistenziali più frequenti:	<ul style="list-style-type: none"> - cinture, bretelle, manopole, sostegni braccia-gambe; - carrozine rigide, reclinabili, sedie a tipo comoda, sedie con braccioli; - archetti; - sollevatore; - materassi antidecubito (vedi struttura); - pompe peristaltiche; - pompe da infusione; - aspiratore; - bilance; - materiale per medicazione chirurgica. <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> parallele, ostacoli, specchio quadrato, lettino polifunzionale (elettrico tipo Bobath), spalliera, tavolo di statica, standing, scala per deambulazione, panche, sgabelli irrovesciabili, cyclette, sgabelli, carrucole-set puliterapia, tavolette oscillanti, pesi, cuscini e cunei, rulli, pallone Bobath, attrezzatura per confezionamento splint, elastici a compressione graduata, goniometro, cinture solleva paziente, telini ad alto scorrimento, piatto ruotante, cold-packs, tens, sacchetti di sabbia, testistica di valutazione (neuro-psicologica, autonomia, ecc.), tavolini semplici e con incavo regolabili e inclinabili, giochi vari e specifici, ausili per terapia occupazionale, ausili per la comunicazione-comunicatori, specchio da tavolo, computer-

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3. Processo assistenziale				
3.1. Valutazione e Piani assistenziali				
	3.1.1	B	È attivo un protocollo di valutazione che esplora: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilità • Cognitività • Stato affettivo • Rischio di piaghe da decubito • Rischio di cadute • Rischio di malnutrizione • Rischio di delirium 	Il protocollo è applicato a tutti i ricoverati all'ingresso e alla dimissione; viene indagata la mobilità e la cognitività all'ingresso e nel periodo precedente l'evento che ha determinato il ricovero; tutte le informazioni sono registrate sulla cartella clinica ed infermieristica, per quanto di competenza.
	3.1.2	A	Esistono protocolli differenziati per particolari tipologie di ammalati.	Per le patologie prevalenti in reparto (certamente per i due DRG più frequenti dell'anno precedente).
	3.1.3	B	La situazione socio sanitaria del ricoverato viene valutata al fine di garantire la continuità di cura dopo la dimissione.	Nel piano assistenziale sono riportati:
	3.1.4	B	È definito un piano assistenziale individuale.	- gli obiettivi assistenziali; - gli interventi pianificati per ciascun obiettivo; - gli indicatori di risultato.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.1.5	7.1 7.5.1	A	Ogni piano assistenziale ha un infermiere referente.	
3.1.6	7.1 7.5.1	A	Vi sono linee guida scritte relative alla continua attenzione per rilevare in modo tempestivo e segnalare per gli opportuni provvedimenti, eventi clinici avversi e situazioni cliniche critiche.	Nel piano assistenziale sono riportati: - i problemi rilevanti; - i problemi possibili.
3.2. Continuità assistenziale e rapporti con i servizi extraospedalieri				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.2.1	7.1 7.5.1	B	La situazione socio-sanitaria del ricoverato viene valutata al fine di garantire la continuità di cura dopo la dimissione.	La valutazione viene effettuata quando le condizioni rendono il ritorno a domicilio problematico o possibile con un supporto socio-sanitario.
3.2.2	7.1 7.2.1	A	La valutazione viene effettuata per tutti entro 3 giorni dal ricovero.	In modo da garantire la tempestiva identificazione dei soggetti che necessiteranno di supporto dopo la dimissione.
3.2.3	7.1 7.2.1	B	Alla valutazione partecipa l'assistente sociale.	
3.2.4	7.1 7.2.1	B	La valutazione segue uno schema operativo.	Lo schema tiene conto del supporto informale disponibile e dei desideri dell'ammalato a fronte del fabbisogno prevedibile di assistenza.
3.2.5	7.2.1	A	Lo schema tiene conto anche del supporto formale disponibile in base ad una diretta conoscenza dei servizi territoriali e delle relative possibilità, e dei desideri dell'ammalato a fronte del fabbisogno prevedibile di assistenza.	Esistono protocolli o procedure per la collaborazione e/o la trasmissione delle informazioni in maniera bidirezionale tra i nodi della Rete dei Servizi.
3.2.6	7.2.1 7.2.3	A	Viene discussa e concordata con i familiari la modalità per soddisfare il fabbisogno di cura e vengono direttamente avviate procedure volte ad attivare gli organi territoriali preposti al supporto formale.	Anche quando vi sia un miglioramento clinico-funzionale che renda ipotizzabile una riduzione del fabbisogno stimato.
3.2.7	7.1 7.2.1	B	La valutazione attiva una procedura operativa.	Viene fornita ai familiari una stima del fabbisogno di assistenza e un'indicazione delle modalità per godere del supporto formale.
3.2.8	7.2.2	A	La valutazione viene modificata in caso di eventi che alterino significativamente il fabbisogno atteso di assistenza.	Ogniquale volta vi sia un evento acuto che aggravi la situazione.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
------	-----	-----	-----------	------

3.2.9 7.1 B La lettera di dimissione fornisce un contatto per eventuali dubbi interpretativi.

Incluse recapiti telefonici e nomi dei medici da contattare per ogni chiarimento; fornisce anche un orario per le telefonate e spiega le modalità di acquisizione degli esami non ancora referati; dà anche informazioni sui servizi assistenziali non residenziali aggregati all'Unità per Acuti e sulle modalità di accesso.

3.2.10 6.3 B È disponibile un ambulatorio aggregato all'Unità per Acuti per garantire il follow up di soggetti che per livello di instabilità e complessità paiono necessitare di periodica rivalutazione.

La prenotazione è subordinata al parere del MMG, informato della situazione del suo assistito.

3.2.11 7.2.2 A Alla dimissione viene effettuata la prenotazione in ambulatorio da parte del personale dell'Unità per Acuti, se reputata necessaria. Esiste un'integrazione funzionale tra personale addetto all'ambulatorio e all'Unità per Acuti.

Vengono evitati disagi e perdite di tempo. L'informazione viene fornita prima della dimissione o contestualmente alla medesima in modo da consentire l'attivazione dei servizi. Viene usata una forma di comunicazione scritta (es. fax, e-mail) ed è prevista la trasmissione di una nota di avvenuta ricezione.

3.2.12 4.2.3 A L'U.O. fornisce di routine all'ambulatorio tutta la documentazione clinica in suo possesso prima che venga effettuata la visita ambulatoriale.

Esiste un coordinamento operativo con l'ADI o l'assistenza infermieristica.

3.2.13 7.1 B Esiste un coordinamento operativo con l'ADI o l'assistenza infermieristica.

3.2.14 7.1 A Esiste un rapporto formalizzato per la segnalazione ai servizi territoriali.

Esiste un rapporto formalizzato per la segnalazione ai servizi territoriali.

3.2.15 7.1 B I servizi territoriali segnalano direttamente malati che necessitano di ricovero in Unità per Acuti.

I servizi territoriali segnalano direttamente malati che necessitano di ricovero in Unità per Acuti.

3.2.16 5.5.3 A Il malato segnalato dai servizi territoriali ha una priorità di ricovero nell'Unità per Acuti.

Il malato segnalato dai servizi territoriali ha una priorità di ricovero nell'Unità per Acuti.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.2.17	4.2.4 7.1	B	Viene fornita tempestivamente ai familiari la documentazione necessaria ad attivare una procedura di trasferimento.	La relazione concerne sia lo stato clinico che quello funzionale, il fabbisogno di cure e di ulteriori esami in post-acuzie, permettendo così un'accurata stima della tipologia di malato e del carico assistenziale.
3.2.18	7.1	A	Esiste un canale di informazione diretta finalizzata al trasferimento degli ammalati.	
3.2.19	7.1	B	Le strutture residenziali segnalano direttamente malati che necessitano di ricovero in Unità per Acuti.	
3.2.20	7.1	A	Gli ospiti di strutture residenziali hanno priorità nel ricovero nell'Unità per Acuti.	Tale requisito si realizza in modo variabile in rapporto alla presenza e alle esigenze del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Breve e alla situazione logistica del reparto. Non è quindi ipotizzabile uno standard uniforme di latenza tra richiesta del ricovero e ricovero.
3.2.21	5.5.3 7.1	B	Il medico di famiglia viene avvisato in presenza di situazioni problematiche e consultato se l'inquadramento dell'ammalato lo richiede.	Viene coinvolto nella definizione del piano assistenziale successivo alla dimissione ove si configuri una variazione critica del fabbisogno di assistenza.
3.2.22	5.5.3 7.1 7.2.2	A	Esiste una collaborazione codificata con i servizi territoriali di assistenza geriatrica, per programmare il "futuro" assistenziale degli ammalati (piani di affidamento per il continuing care).	Prevede la programmazione degli interventi, la stima delle competenze necessarie e la definizione dell'eventuale ruolo di servizi aggregati all'Unità per Acuti (DH, Ambulatorio...).
3.3. Riabilitazione e riattivazione				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.3.1	7.1 7.5.1 7.5.2	B	Vi sono linee guida per la formulazione dell'eventuale piano riabilitativo dei ricoverati.	Vengono applicate ai soggetti giudicati a rischio di peggioramento dell'autonomia funzionale, sono scritte e applicate sistematicamente.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.3.2	4.2.4 7.1	B	Vengono adottate misure di prevenzione dei decubiti in tutti i soggetti giudicati clinicamente a rischio.	Secondo un protocollo scritto in tutti i ricoverati giudicati a rischio secondo la valutazione strutturata, ad es. perché allettati o parzialmente autonomi nelle variazioni posturali. La relativa scheda, anche se compilata al letto dell'ammalato, è successivamente inserita in cartella. Viene applicata sistematicamente a tutti i ricoverati entro 24 ore dall'ammissione.
3.3.3	4.2.4 7.1	B	È assicurata e registrata la variazione posturale ogni 2 ore e la cute è ispezionata ogni giorno, nei soggetti considerati a rischio.	Anche da parte del personale addetto all'assistenza del reparto, adeguatamente istruito dal fisioterapista o dal medico. Anche in assenza di una palestra.
3.3.4	7.1 7.5.1	B	Esiste una linea guida per l'individuazione precoce di soggetti a rischio di disidratazione e denutrizione.	
3.3.5	7.1 7.5.1	B	Viene effettuata una mobilitazione dei soggetti a rischio di sindrome da allettamento.	
3.3.6	7.1 7.5.1	A	Vengono effettuati esercizi di equilibrio, rieducazione posturale e della marcia, ecc.	
3.3.7	6.2.2 7.1	B	Il fisioterapista addestra il personale del reparto per il supporto ai programmi di riabilitazione anche in sua assenza.	
3.3.8	4.2.4 7.5.3	B	I problemi di comunicazione e sensoriali dei ricoverati (ad es. vista, udito, parola) sono registrati nella cartella individuale.	
3.3.9	6.2.2	B	Il personale sanitario è istruito in merito alle modalità di comunicazione con soggetti affetti da deficit sensoriali o rallentamento ideomotorio.	Sono disponibili ideogrammi per identificare le necessità del ricoverato o spiegarli determinate procedure. Il personale di reparto è in grado di ricorrere alla comunicazione mimica o della "voce bisbigliata".
3.3.10	6.2.2	A	Il personale sanitario è formato nelle tecniche di comunicazione non verbale (es. gestuale) e plurisensoriale (es. tattile-acustica).	È possibile la sostituzione delle pile, il resetting della modalità operativa o anche la revisione della protesi.
3.3.11	7.1	B	L'ammalato gode di assistenza efficace qualora lamenti malfunzionamento di protesi acustiche.	Si valuta sia la corretta percezione della voce umana che la presenza di eventuali acufeni fastidiosi.
3.3.12	7.5.1 8.2.3	A	Viene sistematicamente testata l'efficacia della correzione dell'ipoacusia nei portatori di protesi acustiche e garantito un eventuale intervento di rimodulazione.	
3.3.13	7.1	A	Nell'U.O. è tutelato il riposo notturno ed i prelievi sono effettuati dopo le h. 7.00.	
3.3.14	6.1	B	In caso di riferita difficoltà nella vista è disponibile un consulente oculista.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.3.15	7.1	A	La vista viene sistematicamente valutata in tutti i ricoverati e la consulenza oculistica praticata di conseguenza.	
3.3.16	7.1 7.2.3	B	È garantito l'accesso di familiari e amici tutti i giorni almeno due ore al giorno.	Il personale è addestrato nella misurazione di base tramite optogrammi (anche ideogrammi per soggetti analfabeti) si da selezionare i soggetti che, pur in presenza di correzione, abbiano un'acuità visiva inferiore a 6/12. Per malati particolari (es. estremamente agitati e che non possano essere sottoposti a terapia sedativa) è permesso l'accesso dei familiari anche per buona parte del giorno.
3.3.17	7.1	A	È garantito l'accesso di familiari e amici tutti i giorni per almeno due ore al mattino e due al di pomeriggio.	
3.3.18	7.1 7.2.3	A	Volontari regolarmente istruiti si prendono cura dei ricoverati privi di contatti esterni.	
3.3.19	6.3 7.1	A	I giornali vengono portati in reparto. I ricoverati dispongono del telefono, della radio e della TV in camera con auricolare.	
3.3.20	6.3	A	C'è disponibilità di stanze singole per soggetti in condizioni terminali o che possono destabilizzare altri ammalati.	Almeno una stanza singola ogni 8 posti letto.
3.3.21	7.1 7.5.1	A	Vi è attenzione al mantenimento di una corretta postura nelle diverse posizioni, per la mobilitazione e per l'aiuto diretto-indiretto al soggetto.	Il personale è a conoscenza dei modelli di postura a letto; anche i familiari e i volontari sono istruiti al riguardo e collaborano nell'assicurare il rispetto delle posture corrette. La mobilitazione non avviene solo su chiamata.
3.3.22	6.1	A	Il Reparto è frequentato da un Assistente Sociale dell'Azienda dedicato all'Ospedale, per la gestione o per l'intercettazione precoce del singolo caso.	Dalla chiamata all'intervento non debbono passare più di 24 ore.
3.3.23	7.1 7.5.1	A	Il fisiatra ed i riabilitatori forniscono informazioni per la stesura del progetto riabilitativo, attuano il programma concordato, ne verificano l'efficacia, compilano una scheda sul decorso riabilitativo.	
3.3.24	7.1	A	Al momento della dimissione, in accordo alle altre figure professionali che contribuiscono alla gestione del caso, i riabilitatori elaborano il piano riabilitativo da eseguire successivamente ed affidare al domicilio.	Il piano, scritto in modo semplice e chiaro, prevede obiettivi, strumenti e modalità di verifica dei risultati. Esiste un coordinamento operativo con i Servizi di Riabilitazione Territoriali.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4. Protocolli, linee guida, Evidence Based Medicine e percorsi diagnostico-terapeutici				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4.1	7.5.1	B	Esistono percorsi diagnostici e terapeutici standardizzati, scritti e accessibili a tutto il personale.	Almeno per la prevenzione e il trattamento di: piaghe da decubito, stato confusionale, malnutrizione, incontinenza.
3.4.2	7.5.1 7.5.2	A	L'Evidence Based Medicine condiziona la gestione dei ricoverati.	Rappresenta la base di percorsi diagnostico-terapeutici per condizioni dove esista un'ampia evidenza, come scompenso cardiaco e ipertensione. Permettono di attivare l'intervento, chiamando tempestivamente le figure professionali coinvolte (medico di guardia, rianimatore), ma non subordinando alla chiamata il primo intervento.
3.4.3	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la gestione delle urgenze cliniche.	Il carrello include un set di farmaci per l'urgenza la cui completezza è controllata periodicamente e sempre dopo ogni intervento di rianimazione.
3.4.4	6.3 7.1	B	È sempre disponibile un carrello attrezzato per le urgenze incluso un set per intubazione e un defibrillatore. È possibile effettuare il massaggio cardiaco su un piano di appoggio efficace.	
3.4.5	6.3	B	Tutte le camere dispongono di erogatore di O ₂ e aspiratore a muro.	
3.4.6	6.3	A	Il defibrillatore funge anche da pace-maker esterno ed è disponibile un monitor, distinto da quello del defibrillatore, che consenta di registrare ECG, frequenza respiratoria e ossimetria.	
3.4.7	6.2.2	B	Tutti gli infermieri sono in grado di effettuare il massaggio cardiaco, garantire la pervietà delle vie aeree, somministrare O ₂ e incannulare una vena.	Conoscono la procedura da seguire e, in particolare, la priorità del primo soccorso rispetto alla chiamata del rianimatore.
3.4.8	7.1	B	Il rianimatore è in grado di raggiungere il reparto entro 10 minuti dalla chiamata.	
3.4.9	7.5.1	A	Esistono indicazioni scritte in merito all'opportunità di non procedere alle manovre di rianimazione per determinati malati.	Tale decisione è condivisa dai parenti.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4.10	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la somministrazione dei farmaci ai degenti.	
3.4.11	5.5.2	B	La distribuzione è curata da un infermiere professionale che ne è pienamente responsabile.	La distribuzione è regolata dalla prescrizione medica documentata. La prescrizione è scritta, datata e firmata dal medico nella cartella personale del malato e trascritta dal coordinatore infermieristico nel registro della terapia, se questo è a parte.
3.4.12	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la distribuzione dei farmaci al bisogno.	È altresì disponibile una procedura per il controllo della scadenza dei farmaci. In rapporto con i tempi di fornitura dalla farmacia ospedaliera e con il consumo del reparto, il coordinatore effettua una verifica periodica, orientativamente settimanale, della consistenza delle scorte.
3.4.13	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la prescrizione dei farmaci.	
3.4.14	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per verificare l'occorrenza di errori nella terapia.	
3.4.15	7.4.1 7.4.2	B	Vi sono procedure scritte per verificare la disponibilità dei farmaci.	
3.4.16	7.1	B	L'incontinenza urinaria è oggetto di trattamento riabilitativo e farmacologico.	
3.4.17	7.5.1	A	Esistono procedure standardizzate scritte ed è disponibile la consulenza urologica per casi particolari.	
3.4.18	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per l'applicazione e gestione del catetere.	Il catetere è applicato solo su prescrizione medica e per oggettiva necessità, non quale surrogato di misure assistenziali diverse. Esiste un piano di impiego finalizzato alla rimozione in tutti i casi in cui ve n'è la possibilità.
3.4.19	7.5.1	A	Esistono norme prescrittive e gestionali scritte sull'applicazione del catetere.	L'applicazione delle norme è controllata dal coordinatore infermieristico; tale applicazione è sottoposta a verifica sistematica e non occasionale.
3.4.20	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per l'applicazione e gestione di strumenti di contenzione (bretellaggio, consetti, cinghie, sedie antitalzata, spondine bilaterali, manopole).	Si riconosce che la contenzione va applicata come ultima ratio, che può essere motivata solo dalla tutela sanitaria del soggetto e della necessità di terapie particolari e che

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4.21	4.2.4	B	L'applicazione dello strumento di contenzione e le modalità di verifica della sicurezza dell'ammalato sono documentate per iscritto.	<p>L'ammalato contenuto necessita di maggiore sorveglianza, prevedendone una periodicità a seconda della misura adottata. Il personale conosce i rischi della contenzione (compressione toracica, e addominale, lesioni di nervi periferici, asfissia, piaghe, incontinenza). La contenzione è decisa dopo un'attenta valutazione del caso, non associata con sedazione farmacologica. Si presta attenzione all'eventuale comparsa di abulia o accentuata agitazione, indice che va cambiata strategia. Si informano i parenti e, se è in grado di capire, il ricoverato della necessità di ricorrere alla contenzione.</p>
3.4.22	4.2.4	A	Per ogni contenzione è compilata una scheda con i motivi, le modalità, la sorveglianza prevista, l'ora di inizio e fine.	
3.4.23	7.5.1	A	Vi sono procedure scritte per la gestione di ventilatori esterni, B-PAP, C-PAP ed il personale è istruito sulle modalità di controllo.	
3.4.24	4.2.4	B	Esiste un diario scritto di tutte le procedure di controllo e v'è un piano di monitoraggio dell'ossimetria e di rilevazione dei segni vitali del malato ventilato.	
3.4.25	7.5.1	B	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento di infezioni nosocomiali.	<p>Il personale controlla periodicamente gli strumenti e sa come agire qualora suoni l'allarme e chi chiamare se il problema non è risolvibile; il personale è in grado di monitorare i segni vitali e valutarne l'adeguatezza agli obiettivi perseguiti, controllare che la pressione generata sia quella impostata.</p> <p>La scheda, anche se affissa al letto del paziente, è parte integrale della cartella in cui viene poi inserita. Soggetti infettati (es. gastroenterite, parassitosi, influenza) vengono trasferiti in Malattie Infettive o in camere singole e vengono adottate misure atte a limitare il rischio di contagio. I degenti sono informati del razionale alla base del trasferimento e della necessità di limitare i contatti.</p>

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4.26	6.2.2	B	Il personale è istruito nelle procedure di disinfezione e sterilizzazione di padelle e attrezzature medicali, nell'uso dei guanti, nelle pratiche di igiene degli allestati.	Esistono procedure aziendali.
3.4.27	7.5.1	A	Oltre allo standard minimale esiste una procedura scritta per l'automatica attivazione di misure diagnostiche e terapeutiche e di igiene ambientale ed una procedura di controllo dei risultati. Viene anche fatta un'analisi delle vie di contagio ospedaliero.	La procedura deve assicurare, a seconda delle necessità identificate dal medico, l'isolamento del malato, la disinfezione tempestiva di camera e bagno (oltre che di effetti leterecci e biancheria) il controllo dei vicini di camera e la limitazione temporanea dei loro contatti, l'indagine ambientale volta a identificare la patogenesi e a prevenire altri casi (es. coproculture dei vicini di letto di un degente con gastroenterite). È effettuata periodicamente (almeno una volta all'anno) un'analisi del trend sia quantitativo che qualitativo delle infezioni ospedaliere finalizzato all'adozione di misure preventive in grado di modificare la pratica prescrittiva e gestionale generale del reparto (es. incidenza e tipologia infezioni urinarie). Concerne le modalità di somministrazione, i problemi incontrati con ammalati particolari (problemi di deglutizione, rifiuto ...), il controllo della corretta assunzione, le modalità di verifica di eventuali effetti avversi, almeno per determinate categorie di farmaci di largo uso nel reparto. Il personale è perfettamente a conoscenza del rapporto tra FiO_2 e flusso in base al sistema di erogazione adottato, delle modalità di umidificazione del flusso di O_2 e dei principali segni e sintomi del sotto-dosaggio e sovra-dosaggio.
3.4.28	7.5.1	A	Oltre allo standard minimale, esiste una verifica periodica delle procedure e una valutazione di efficacia basata su indicatori oggettivi.	
3.4.29	6.2.2	B	È attuata una formazione sistematica del personale nell'uso e controllo della terapia farmacologia e nell'identificazione degli effetti avversi.	
3.4.30	6.2.2	A	È attuata una formazione sistematica del personale nell'uso e controllo dell'ossigenoterapia e nell'identificazione degli effetti del sovra- e sotto-dosaggio.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.4.31	6.2.2	B	È attuata una formazione sistematica del personale nella gestione dell'urgenza medica (posizionamento, tecniche di rianimazione, somministrazione di O ₂ immediato accesso venoso...).	Almeno due volte all'anno le tecniche e procedure vengono richiamate mediante un'esercitazione teorico-pratica. Il nuovo personale è tempestivamente istruito dai colleghi.
3.5. Documentazione clinica				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.5.1	7.5.1	B	Vi sono linee guida scritte per la tenuta della documentazione clinico-sociale relativa a ciascun ammalato.	Devono essere in uso strumenti validati di valutazione multidimensionale (VMD) e questi devono essere applicati in almeno il 75% dei soggetti.
3.5.2	4.2.4	B	La cartella fornisce una documentazione completa del processo assistenziale.	Sono evidenti: anamnesi dettagliata, esame obiettivo, VMD, lista dei problemi attivi e di quelli inattivi, diario giornaliero puntualmente aggiornato, terapia farmacologia e non farmacologia aggiornata su ogni nuova pagina (ove non codificata in un'apposita sezione) e in caso di cambiamenti, prescrizione degli esami, esito degli esami in ordine cronologico e per gruppi omogenei, terapia alla dimissione, sezione dedicata a problemi specifici da compilare al bisogno (es. mobilitazione degli allettati, riattivazione dei reduci da stato confusionale), epicrisi alla dimissione, piano terapeutico alla dimissione. Tutti gli esami pervenuti dopo la dimissione sono inseriti ordinatamente in cartella dopo essere stati visionati dal medico. Se rilevanti ai fini pratici, vengono comunicati all'interessato o al curante, secondo opportunità.
3.5.3	4.2.4	B	La cartella è integrata con esami referatati dopo la dimissione.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.5.4	4.2.3	A	Ogni anno viene verificata sistematicamente la qualità della cartella clinica in termini di chiarezza e completezza.	Su almeno il 10% delle cartelle scelte a caso; la verifica è effettuata da un medico esterno all'unità operativa secondo le procedure della Good Medical Practice.
3.5.5	4.2.4 7.5.2	B	Nella cartella sono segnalati in maniera evidente particolari esigenze o rischi.	In particolare allergie a farmaci o altre sostanze, particolari bisogni dietetici, rischio di suicidio, ed eventuali rischi per il personale (es. HCV positività).
3.5.6	4.2.4	B	Le informazioni di base dei ricoverati sono complete.	Sono riportati anche nome, indirizzo e numeri di telefono del familiare di riferimento o dell'eventuale tutore legale o del responsabile della struttura residenziale di provenienza o del medico curante.
3.5.7	4.2.4	B	Le cartelle sono scritte con chiarezza e aggiornate.	Tutte e integralmente.
3.5.8	4.2.4	B	Nella cartella infermieristica è facilmente identificabile il nome ed il recapito di una persona di riferimento.	Vengono raccolti tutti i numeri di telefono.
3.5.9	4.2.4	B	Ogni nota sulla cartella è datata e firmata.	In particolare quelle scritte dal medico di guardia o da consulenti; è facilmente individuabile l'autore della nota.
3.5.10	4.2.4 7.5.1	B	È riportata in cartella la necessità di accompagnamento in bagno e ogni particolare precauzione negli spostamenti o indicazione all'uso di ausili o sollevatori.	Anche se tali dati sono inseriti nella cartella infermieristica ed è prevista la verifica strutturata del rispetto di queste norme.
3.5.11	4.2.1	B	È tutelata la riservatezza dei dati sanitari e personali.	La cartella è conservata in modo da renderne difficile una consultazione non autorizzata.
3.5.12	4.2.1	B	Le cartelle sono facilmente reperibili e consultabili.	Tutti gli operatori autorizzati devono essere in grado di reperirle entro 5'. Deve essere segnalata l'assenza di cartelle temporaneamente in consultazione presso servizi diagnostici o consulenti ecc., con l'indicazione della loro ubicazione.
3.5.13	4.2.1 7.5.4	B	Viene gestita la documentazione clinica fornita dal ricoverato.	Sono inseriti in un apposito contenitore inserito nel fodero della cartella o nell'alloggiamento per la cartella e identificati come di proprietà del degente; viene annotata

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.5.14	4.2.4	B	Viene sistematicamente prodotta una lettera di dimissione.	in un apposito spazio della cartella l'acquisizione di tali referti e, quindi, la loro restituzione.
5.5.3				Ne viene inserita copia nella cartella clinica, anche in presenza di un'epicrisi; la lettera è dattiloscritta e firmata; il medico redattore è chiaramente individuabile; riporta il telefono del reparto.
3.6. DH, ambulatorio e ambulatorio diurno protetto				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.6.1	6.3	B	Esiste un DH nell'U.O.	Esistono linee guida per la selezione dei soggetti da avviare al DH a distanza dalla dimissione.
3.6.2	5.4.2	A	L'Unità per Acuti è funzionalmente integrata con il DH geriatrico con cui esiste un flusso bidirezionale di malati e di informazioni sui malati.	L'Unità per Acuti è funzionalmente integrata con un ambulatorio protetto cui affidare malati che, pur non richiedendo assistenza in DH, necessitano di una assistenza più intensa rispetto a quella assicurata dalla semplice visita ambulatoriale.
3.6.3	6.3	A	Esiste un ambulatorio diurno protetto.	L'ambulatorio offre anche un limitato set di prestazioni diagnostiche (es. ECG, prelievo) ed effettua un monitoraggio dello stato di salute per cogliere tempestivamente eventuali variazioni del fabbisogno assistenziale. Esistono linee guida per la selezione dei soggetti da avviare all'ambulatorio protetto.
3.6.4	6.3	B	C'è disponibilità di un ambulatorio.	Esiste un ambulatorio di Geriatria che consente la selezione dei ricoveri in elezione e, in assenza di un ambulatorio protetto, garantisce una rivalutazione periodica dei dimessi giudicati meritevoli di rivalutazione.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
3.6.5	8.2.3	B	L'integrazione tra DH, ambulatorio protetto e ambulatorio, ove non afferenti alla stessa U.O., viene periodicamente verificata.	V'è un contatto tra i medici delle varie strutture per consentire il trasferimento di un malato da un ambito assistenziale all'altro in rapporto al variare delle esigenze individuali. Il tempo di attesa per l'accesso al servizio viene monitorato e mantenuto inferiore a 30 giorni. È possibile segnalare e prenotare presso altri ambulatori (es. Oculistica) soggetti che necessitano di visite e prestazioni specialistiche.
3.6.6	6.3 8.2.3 8.2.4	B	L'offerta di servizi ambulatoriali rispetto al fabbisogno è conforme.	- È possibile ottenere la redazione di certificati ad uso legale (es. per riconoscimento invalidità); - vengono eseguiti test di performance fisica; - è possibile ottenere valutazioni neuropsicologiche; - è possibile ottenere la prescrizione di ausili e presidi.
3.6.7	6.3 7.1	A	Esistono servizi aggiuntivi dell'attività ambulatoriale.	In particolare sono disponibili: - le procedure per l'accesso agli archivi;
3.6.8	7.1	A	L'ambulatorio effettua prestazioni dedicate alla patologia geriatrica, ma con particolare attenzione al rilevamento della fragilità.	- le procedure che garantiscono la riservatezza delle informazioni anche non protette ai sensi della L. 675/96; - le procedure per la gestione ed il controllo retroattivo dei dati relativi al basamento informativo.
3.6.9	4.2.3	B	Le procedure per la tenuta e manutenzione degli archivi sono definite.	
3.6.10	4.2.4	B	Gli archivi relativi ai Flussi vengono aggiornati con periodicità non superiore a quella fissata dagli standard regionali ed è stato individuato, all'interno di ogni struttura organizzativa, un referente per la gestione delle informazioni di esercizio.	

4. Qualità

- 4.1. Sistema informativo
 - 4.2. Sistema delle verifiche e dei controlli interni
 - 4.3. Carta dei servizi
 - 4.4. Sistema qualità e umanizzazione
- 4.1. Sistema Informativo

SIGG	ISO	A/B	Requisito
4.1.1	4.2.4 8.3	A	Vi sono strumenti sistematici di segnalazione degli eventi negativi.
4.1.2	8.2.3 8.2.4 8.4	B	Si utilizzano nell'U.O. indicatori di esito (cioè di modificazione delle condizioni di salute dei ricoverati).
4.1.3	5.6.2 8.2.3 8.2.4 8.4	B	Il sistema informativo consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti dall'U.O.
4.1.4	4.2.4	B	Le informazioni di base dei ricoverati sono complete.
4.1.5	4.2.3 5.4.2	A	Il sistema informativo sui costi è analitico.
4.1.6	5.4.2 8.4	A	Esiste un sistema di ricostruzione dei costi per paziente trattato.
4.1.7	4.2.4	B	I dati gestionali originati dalla cartella clinica sono sistematicamente rilevati.

Note

Ad esempio cadute, altri traumi, infezioni contratte in ospedale, rifiuto dei farmaci, lesioni da decubito insorte nell'U.O., episodi di aggressività.

Devono essere specificati e devono fare riferimento a gruppi di ammalati; deve essere stato effettuato negli ultimi tre anni una rilevazione che descriva l'andamento nel tempo di indicatori di esito o deve essere stata progettata per iscritto la sua effettuazione entro 36 mesi.

Vi è un ritorno tempestivo di informazioni per più della metà degli obiettivi fissati. I dati vengono diffusi e discussi in reparto.

Spese generali, vitto, personale, spesa sanitaria (con distinta la spesa farmaceutica e di prestazioni di diagnostica strumentale), manutenzione ordinaria, manutenzione straordinaria, rinnovo attrezzature, oneri finanziari.

Devono essere rilevati: durata media della degenza generale e per le categorie prevalenti, tasso di occupazione posti letto, mortalità, destinazione alla dimissione, dati sullo stato funzionale e la comorbilità

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.2. Sistema delle verifiche e dei controlli interni				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.2.1	5.5.2	B	È stata nominata una persona responsabile della definizione delle procedure di sicurezza e della prevenzione delle malattie e degli infortuni professionali.	La nomina può essere di pertinenza aziendale.
4.2.2	8.2.1	A	Viene rilevato periodicamente il livello di soddisfazione dei ricoverati, delle loro esigenze e aspettative.	Almeno una rilevazione negli ultimi 3 anni deve essere stata analizzata e aver portato a modifiche migliorative. Il piano deve comprendere almeno alcuni obiettivi di qualità, collegati o meno con la carta dei servizi, ad esempio diminuzione dell'uso di contenzioni, riduzione degli effetti collaterali dei farmaci, ecc. Gli obiettivi devono essere formulati in termini misurabili, riproducibili, in modo che sia aversari sia sostenitori siano poi d'accordo sul fatto che siano stati raggiunti o meno. Inoltre il piano attuativo deve comprendere l'effettuazione di alcune attività fondamentali, collegate o meno al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, ad esempio costituzione di gruppi di miglioramento di qualità, effettuazione di almeno un progetto di MCQ professionale, di un progetto di MCQ organizzativo e di un progetto di MCQ rivolto agli aspetti di personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza (qualità percepita). Vedi funzionigramma.
4.2.3	5.3 5.4.1 5.4.2	A	Vi è un piano attuativo per la qualità che comprende le iniziative da effettuare nel corso dell'anno.	Un progetto comprende la scelta del problema in base a criteri di priorità, la definizione del problema, la
4.2.4	5.1	B	Nel complesso la direzione dell'U.O. è davvero attiva nel promuovere e sostenere le attività di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.	
4.2.5	5.3	A	Sono stati svolti progetti di Miglioramento Continuo di Qualità negli ultimi 36 mesi su almeno due di questi punti:	
	8.2.2		• appropriatezza delle ammissioni;	
	8.2.3			

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
------	-----	-----	-----------	------

8.2.4
8.5.1

- uso dei farmaci;
 - controllo delle infezioni;
 - incidenza di eventi sentinella;
 - valutazione di altri esiti;
 - nursing di base;
 - modalità di pianificazione e di verifica dei piani personalizzati;
 - qualità della documentazione clinica e sociale;
 - altri aspetti dei processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
 - sicurezza degli operatori.
- Le segnalazioni suddette portano anche all'analisi delle possibili cause e dei possibili fattori prevenibili.

definizione dei criteri di buona qualità e degli indicatori relativi, lo studio delle cause e la precisazione quantitativa dell'entità del problema, l'effettuazione di un intervento migliorativo, la valutazione dei risultati ottenuti, la comunicazione degli stessi.

4.2.6 8.4 A

Le segnalazioni suddette portano anche all'analisi delle possibili cause e dei possibili fattori prevenibili.

Le segnalazioni non dovrebbero avere solo uno scopo medico-legale, ma essere utilizzate a fine di MCQ; la maggior parte degli eventi gravi dovrebbe essere stata indagata e almeno una di queste indagini negli ultimi 3 anni dovrebbe avere portato a cambiamenti per ridurre il rischio che si verifichi di nuovo.

4.2.7 5.3 B
5.4.2
6.2.2

Nell'U.O. è promossa l'adozione di linee guida professionali.

4.2.8 5.3 B

Nell'U.O. è promossa l'adozione di procedure.

Dovrebbero essere in vigore o essere in progetto per la loro approvazione entro due anni linee guida professionali relative alla maggior parte delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e le prestazioni più importanti in termini di frequenza, di costo e di rischio per i ricoverati. Dovrebbero essere in vigore o essere in progetto per la loro introduzione entro due anni le procedure relative all'ammissione del ricoverato, alla gestione delle liste di attesa, all'accoglimento e la registrazione iniziale, alla gestione delle urgenze cliniche, alle modalità di prelievo, conservazione, identificazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento, alle modalità di compilazione, conservazione e archiviazione dei documenti clinici, alle modalità di pulizia e di sanificazione degli ambienti, alle modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti sanitari, allo smaltimento dei rifiuti.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.2.9	4.2.3	B	Le linee guida professionali e le procedure applicabili nel servizio sono riunite in appositi manuali.	Vi deve essere un elenco e deve essere specificato per iscritto dove le procedure e le linee guida professionali vanno conservate e sono disponibili.
4.2.10	4.2.3	B	Viene conservata una copia (ed una copia softanto) delle vecchie procedure e linee guida professionali al momento dell'approvazione di una nuova revisione.	Almeno un terzo delle procedure deve essere discusso ogni anno da gruppi di lavoro appositamente costituiti con rappresentanti di tutte le parti interessate; delle decisioni del gruppo deve esistere verbale scritto.
4.2.11	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Vi sono evidenze che le procedure sono soggette a revisione per valutare la loro adeguatezza.	Almeno un terzo delle linee guida professionali deve essere discusso ogni anno da gruppi di lavoro appositamente costituiti con rappresentanti di tutte le parti interessate e disamina delle nuove assegnazioni, metanalisi e linee guida professionali pertinenti apparsi nella letteratura scientifica; delle decisioni del gruppo deve esistere un verbale scritto.
4.2.12	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Vi sono evidenze che le linee guida professionali sono soggette a revisione per verificare la loro adeguatezza e attualità.	Almeno un terzo delle linee guida professionali deve essere discusso ogni anno da gruppi di lavoro appositamente costituiti con rappresentanti di tutte le parti interessate e disamina delle nuove assegnazioni, metanalisi e linee guida professionali pertinenti apparsi nella letteratura scientifica; delle decisioni del gruppo deve esistere un verbale scritto.
4.2.13	5.6.1 5.6.2 5.6.3	A	È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, di diffusione, di verifica dell'applicazione e di revisione delle procedure.	Per le patologie in cui è importante l'assistenza extra-ospedaliera.
4.2.14	5.6.1 5.6.2 5.6.3	A	È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, di diffusione, di verifica dell'applicazione e di revisione delle linee guida professionali.	Il riassegniamento deve avvenire almeno ogni 3 anni, essere documentato per iscritto e riguardare le informazioni disponibili sull'efficacia e l'efficacia del servizio, i miglioramenti introdotti per effetto delle attività di qualità, i risultati della verifica dell'applicazione delle procedure e delle linee guida professionali e l'adeguamento del sistema ad eventuali innovazioni tecnologiche e ad eventuali cambiamenti legislativi, sanitari e sociali.
4.2.15	5.6.1	A	Nell'elaborazione delle linee guida vengono coinvolti i Medici di Medicina Generale.	
4.2.16	6.2.2	B	Il personale sa dove sono le procedure e le linee guida professionali che lo riguardano e le può consultare velocemente.	
4.2.17	5.6.1 5.6.2 5.6.3	B	Il sistema qualità viene riesaminato ad intervalli regolari per valutare le sue capacità di produrre miglioramenti.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.2.18	4.2.4	B	Vengono effettuati progetti di MCO sulla completezza e la qualità dei dati rilevati dal sistema informativo di routine.	
4.2.19	5.5.2 6.2.2	B	È stato nominato un Coordinatore della formazione.	La nomina può essere di pertinenza aziendale.
4.2.20	6.4	B	Vi è una supervisione interna dell'igiene ambientale, anche se questa è appaltata a servizi esterni.	Il capitolato d'igiene ambientale è noto al Coordinatore infermieristico.
4.3. Carta dei servizi				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.3.1	7.2.3	A	I familiari vengono informati con un linguaggio chiaro e semplice dei loro diritti/doveri e di quelli dei ricoverati fin dal momento dell'ingresso.	
4.3.2	5.1 5.3	B	È stata approvata la carta dei servizi.	<p>Deve essere facilmente consultabile da ammalati, familiari e volontari, essere scritta con un linguaggio semplice e comprensibile da persone comuni; riporta tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni e i servizi forniti, comprese l'assistenza spirituale; - l'elenco del personale con l'indicazione delle loro funzioni; - le procedure di accesso e i tempi medi e mediiani di attesa; - la descrizione dell'U.O., con la tipologia delle camere; - i diritti ed i doveri dei ricoverati e dei familiari; - le modalità con cui sono raccolti e analizzati i reclami e i suggerimenti dei ricoverati e dei familiari e le modalità con cui viene dato loro risposta; - l'impegno a garantire il rispetto dell'individualità di ogni ricoverato; - l'impegno a favorire il mantenimento di orari del vivere quotidiano culturalmente accettabili, considerata la disponibilità di risorse; - l'impegno a consentire orari di visita ampi e flessibili; - l'impegno a favorire la collaborazione con familiari, amici, conoscenti;

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
				<ul style="list-style-type: none"> - l'impegno a richiedere e a favorire l'opera del volontariato, nel rispetto delle esigenze espresse dai ricoverati, e ad agevolare i contatti con associazioni o gruppi che possano tutelare i loro diritti; - l'impegno a garantire la riservatezza nella gestione dei dati e tutela della privacy; - l'impegno a favorire attività di MCQ professionale e la descrizione degli obiettivi di qualità professionale che l'U.O. si è proposta; - altri impegni nel campo della qualità percepita (relativi ad esempio alle modalità di relazione tra operatori e ricoverati e familiari, al comfort alberghiero, alle informazioni per gli utenti e i familiari, alle modalità di accoglienza, ecc.);
4.3.3	7.2.3	B	Della carta esiste una versione in forma di opuscolo facile da consultare.	<p>Deve fare riferimento alla carta per esteso, specificare come ottenerla, trattare in breve i temi di cui al requisito precedente.</p> <p>Deve essere stata distribuita a tutti i dipendenti, ai ricoverati e/o ai loro familiari, alle direzioni dei servizi sociali e sanitari della zona, alla maggior parte delle associazioni di utenti e di volontariato della zona, alla maggior parte dei medici generali della zona.</p> <p>È stata formulata o aggiornata da non più di 3 anni.</p>
4.3.4	7.2.3	B	La carta nella sua versione ridotta è stata ampiamente distribuita.	
4.3.5	5.1 5.3 5.6.1	B	La carta viene periodicamente aggiornata.	
4.3.6	5.1 7.2.3	A	Sulla carta sono definiti i rapporti con le associazioni di tutela e di volontariato e/o con associazioni che rappresentano soggetti affetti da specifiche patologie ed i loro familiari.	
4.3.7	6.2.2	A	Tutte le categorie di personale addetto all'assistenza sono state formate nelle abilità di comunicazione di base.	<p>Mostrare cortesia e rispetto, ascolto attivo, esprimere commenti positivi, esprimere critiche in modo assertivo e non aggressivo.</p>
4.3.8	7.2.3	A	L'U.O. dispone di opuscoli e depliant scritti in modo divulgativo per gli ammalati ed i loro familiari sulle principali patologie o trattamenti geriatrici (demenza, trattamento con anticoagulanti orali, ecc.)	

4.4. Sistema qualità e umanizzazione

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.4.1	6.2.2	B	Il personale ha mostrato iniziativa ed interesse per la valutazione e il miglioramento della qualità.	Ha proposto negli ultimi 24 mesi almeno 2 cambiamenti ragionevoli nelle pratiche amministrative o assistenziali. È auspicabile che il piano identifi chi i bisogni formativi (vedi glossario) di tutte le figure professionali congruenti con gli obiettivi di sviluppo e di qualità dell'U.O., in particolare per quanto riguarda gli interventi riabilitativi non specialistici, le metodologie del MCCQ, il modo di rapportarsi ai malati con demenza, l'uso dei farmaci, l'identificazione e il trattamento delle infezioni, la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito. All'ingresso, durante il ricovero ed alla dimissione. Sono coinvolti: associazioni di categoria sindacali, gruppi organizzati, ecc.
4.4.2	5.4.1 5.4.2 6.2.2	A	È in corso un piano di formazione e di aggiornamento del personale.	
4.4.3	7.2.3	B	Esiste una procedura scritta su come viene consegnata qualsiasi documentazione ad ogni paziente.	Tipo "la cassetta delle idee".
4.4.4	7.2.3	A	È previsto l'intervento di una commissione di malati o loro rappresentanti nella compilazione e/o nell'aggiornamento dei materiali sopra citati.	
4.4.5	4.2.4 7.2.3	B	È prevista una procedura, supportata da un'apposita modulistica interna, per la presa d'atto di pareri, ringraziamenti, istanze, lamentele sulle cure e sui processi assistenziali prestati o su qualsivoglia momento della degenza ospedaliera.	
4.4.6	7.2.3	A	Vi è un'urna, un contenitore dove raccogliere qualsiasi istanza.	
4.4.7	7.1	B	Il personale è informato dell'esistenza dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e sa indicarne l'ubicazione agli utenti.	
4.4.8	7.1	A	Nei limiti del possibile il paziente può ottenere una riassegnazione del posto letto, per ragioni motivate.	
4.4.9	7.2.3 5.5.3 7.1	A	È previsto che un medico di fiducia del malato possa inter-reagire con il personale ospedaliero nelle strategie assistenziali.	Esiste un documento che esplicita questa possibilità (es. esistono orari privilegiati per i contatti).
4.4.10	6.2.2 7.1	B	Tutti conoscono le procedure del consenso informato per le varie competenze e riconoscono la modulistica relativa alle varie procedure di raccolta del consenso (trattamento dei dati sensibili, trasfusioni, interventi, procedure invasive, ecc.).	
4.4.11	7.2.3	B	I medici e gli infermieri sono sempre disponibili per incontri e questi degli utenti e dei familiari.	Eccetto particolari momenti come la visita, ecc.
4.4.12	7.2.3	B	Gli orari di visita sono estesi il più possibile.	
4.4.13	7.2.3	B	Esiste una informativa scritta e ben visibile all'utenza, sulle modalità di visita ai ricoverati e su come ottenere informazioni.	Esibita al pubblico.

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.4.14	6.2.2 7.1 7.2.3	A	Vi è qualche momento in cui il personale ausiliario (OTA, OSS, ecc.) viene informato sul modello di comunicazione possibile ed auspicabile per il singolo ammalato.	Tutti conoscono la comunicazione relativa a soggetti con disturbi del comportamento, psicosi, demenza; ed esiste la figura dello psicologo di supporto alle attività cliniche e di counseling.
4.4.15	4.2.3	B	Vi sono procedure sulla tutela della privacy e sulla gestione delle informazioni.	
4.4.16	7.5.4	B	Vi sono procedure relative alla presa in carico di beni ed alla tutela di valori del ricoverato (denaro, gioielli, ecc.).	
4.4.17	5.2	B	Viene garantita la possibilità di culto, secondo la scelta religiosa dei singoli utenti.	
4.4.18	7.1 5.1 7.1	A	Viene garantita una mediazione culturale con le persone di nazionalità straniera.	
4.4.19	7.2.3	A	Le informazioni stampate sono disponibili anche nelle lingue straniere più diffuse.	Si tiene conto anche delle particolarità locali (comunità ed etnie insediate).
4.4.20	7.2.3	A	Vi è facilità all'uso del telefono e degli strumenti di comunicazione.	Sono identificate aree adibite all'uso dei cellulari, e c'è disponibilità di carta e matita per assumere appunti o scritture, ecc.
4.4.21	7.2.3	A	È disponibile un punto di ristoro (bar, macchine distributrici di bevande, ecc.) facilmente reperibile.	
4.4.22	7.2.1	A	Viene rilevata l'amenità alimentare all'ingresso o vi è comunque scelta di cibi personalizzati.	
4.4.23	7.2.3	B	Il personale di assistenza può essere facilmente identificato attraverso tessere o cartellini facilmente leggibili dall'utenza, o altre modalità.	Per esempio una bacheca con nome e foto del personale; non sempre gli utenti hanno la capacità di leggere cartellini con carattere molto piccolo.
4.4.24	7.2.3	B	Viene dato del LEL agli utenti, tranne specifica richiesta degli stessi.	
4.4.25	6.4 7.2.3	B	I letti sono confortevoli, le lenzuola sempre pulite, non vi sono cattivi odori in reparto se non per brevissimi periodi di tempo.	
4.4.26	5.1 6.2.2	A	Esiste un'attività di volontariato, che frequenta il reparto con continuità almeno 5 gg la settimana; a tal fine esistono regole per l'accesso (inclusi orari e copertura assicurativa), e programmi condivisi con il Direttore ed il Coordinatore nella gestione dell'attività prestata.	
4.4.27	6.2.2	A	Il volontariato viene formato a cura del personale dell'U.O.	
4.4.28	6.3	A	Esistono spazi di socializzazione e di privacy per gli utenti ed i familiari.	
4.4.29	5.2 7.2.3	A	Se un soggetto ha gravi difficoltà cognitive, viene sempre identificato un tutore o comunque una persona responsabile di dare il consenso al trattamento e l'autorizzazione al rilascio di informazioni sanitarie riservate e di gestire le finanze.	
4.4.30	6.2.2	B	Il personale viene sollecitato a frequentare e può facilmente frequentare corsi specialistici per l'assistenza ai malati terminali.	Ad esempio nelle cure palliative, nell'accanimento terapeutico, nella cura del

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
4.4.31	5.4.2 7.2.3	A	I familiari che lo desiderino possono accedere al servizio mensa interna.	dolore, nella gestione del lutto o nel controllo dei sintomi, nel supporto psicologico al morante ed ai familiari. Anche a pagamento.
4.4.32	5.1 5.3	B	Il sistema premiante è orientato al raggiungimento degli obiettivi dell'U.O. e al miglioramento della qualità delle prestazioni.	
4.4.33	5.3	A	In particolare, sono applicati, per stimolare l'impegno e la qualità del lavoro, incentivi: a) economici (compenso incentivante); b) funzionali (assegnazione di funzioni superiori nell'ambito dello stesso livello); c) altri.	
4.4.34	6.2.2	B	Il personale ha mostrato iniziativa ed interesse per la valutazione e il miglioramento della qualità.	Ha proposto negli ultimi 24 mesi almeno 2 cambiamenti ragionevoli nell'organizzazione o nelle pratiche assistenziali, registrati nei verbali delle riunioni.
5. Gestione, soddisfazione, formazione del personale				
5.1 Tipo ed entità delle risorse				
5.2 Inserimento e formazione del personale				
5.1. Tipo ed entità delle risorse				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.1.1	6.1 6.2.2	B	È stato definito il fabbisogno di personale per categoria professionale e posizione funzionale.	Vedi organigramma e funzionigramma.
5.1.2	6.1 6.2.2	B	Il personale presente corrisponde agli standard regionali.	
5.1.3	6.2.2	B	La dirigenza medica ha titolo specifico per la pratica geriatrica.	Almeno il Direttore dell'U.O. è in possesso della Specializzazione in Geriatria. La docenza nella disciplina soddisfa il criterio, per i dirigenti di struttura non complessa, il titolo è sostituibile con 5 anni di anzianità nella branca.
5.1.4	6.2.2	B	Il Direttore dell'U.O. ed almeno il 50% dei medici sono in possesso della Specializzazione in Geriatria.	
5.1.5	5.5.1	B	I dirigenti medici con incarico professionale (CCNL art. 27,	La scelta degli obiettivi negoziati, anche ai fini

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.5.2			comma 1, lett. b, c) sono investiti pienamente della responsabilità di gestione di parte delle risorse dell'U.O.	dell'attribuzione di risultato, consente una pianificazione degli investimenti e delle risorse differenziata per le diverse aree di responsabilità; esiste corrispondenza tra retribuzione di posizione e ruolo formalmente attribuito.
5.1.6	4.2 6.2.2	B	Ciascun membro del personale ha un proprio fascicolo dove vengono conservati: <ul style="list-style-type: none"> • il nome e l'indirizzo e il recapito per i casi di necessità o emergenza; • la documentazione degli studi fatti e dei precedenti lavori; • la documentazione dei corsi a cui ha partecipato come discente e come docente; • i riferimenti di eventuali pubblicazioni; • eventuali referenze; • ruoli particolari ricoperti nell'ambito delle attività di MCQ; • raggiungimento o meno di obiettivi concordati, incentivi ottenuti; • la documentazione relativa al rispetto delle condizioni d'incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato nella struttura. Vi sono procedure scritte che assicurano la confidenzialità dei fascicoli individuali del personale. Vi sono riunioni organizzative regolari.	La gestione e la conservazione dei fascicoli è competenza aziendale. Esiste una procedura di struttura o di presidio che assicura l'aggiornamento della documentazione.
5.1.7	4.2.3	B	Vi sono procedure scritte che assicurano la confidenzialità dei fascicoli individuali del personale.	Almeno una volta ogni sei mesi e con la partecipazione dei responsabili dei vari servizi e rappresentanti delle diverse categorie professionali. Inoltre ogni riunione deve essere documentata da un verbale comprendente l'elenco dei convocati, dei partecipanti, l'ordine del giorno e le disposizioni conseguenti.
5.1.8	7.1 7.5.1	B	Vi sono riunioni organizzative regolari.	
5.1.9	8.2.2	B	Viene monitorato e analizzato regolarmente il tasso di assenteismo.	Un riferimento al clima interno deve far parte delle valutazioni e del resoconto annuale e può essere rilevato o come percezione del Responsabile dell'U.O. maturata da colloqui individuali o di gruppo e/o mediante questionari <i>ad hoc</i> .
5.1.10	8.2.2	B	Viene monitorato e analizzato il tasso di turnover e/o la vita professionale media delle varie categorie di personale.	
5.1.11	8.2.2	B	Oltre che mediante l'analisi del turnover del personale e dell'assenteismo, si è cercato di conoscere, per mezzo di vere e proprie indagini o in altro modo, cosa pensa il personale delle condizioni di lavoro, dei rapporti inter e intraprofessionali e quale sia il suo livello di soddisfazione.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.1.12	5.5.3	B	Vi sono strumenti per far conoscere al personale le iniziative prese dalla direzione o dal personale stesso.	Almeno una bacheca in ogni ordine di struttura o altro strumento per richiamare l'attenzione.
5.1.13	7.1	A	I turni e gli straordinari sono organizzati in modo da assicurare la massima continuità possibile dell'assistenza.	Esistono procedure aziendali o di struttura che prevedano la gestione delle emergenze relative alla assenza del personale in modo tale da rispettare la specificità degli operatori impegnati in UU.OO. specialistiche ed assicurare la continuità assistenziale.
5.1.14	7.1	B	I turni della dirigenza medica rispondono all'esigenza di assicurare la massima continuità assistenziale.	Le attività cliniche assegnate sono svolte almeno 5 giorni su 7, per ogni singolo dirigente.
5.1.15	5.3 6.2.2	B	La direzione riconosce che fa parte delle attività formative e incoraggia anche: <ul style="list-style-type: none"> • la partecipazione alla redazione di linee guida professionali e di procedure; • la partecipazione a progetti di MCQ; • l'effettuazione di stage formativi presso altre strutture; • la supervisione sul lavoro dei nuovi assunti da parte di un collega più esperto; • l'attività di docenza e di tutoraggio. 	Più di un'esperienza negli ultimi 3 anni.
5.1.16	6.1	B	Esiste un piano di orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione o trasferito da altra U.O.	Sono previsti: presentazione agli altri operatori, affiancamento ad un operatore esperto, gradualità nell'assegnazione di responsabilità. Vi sono procedure scritte per valutare il personale neoassunto prima della conferma.
5.1.17	6.2.2	A	Tale piano prevede un periodo di affiancamento di almeno 20 giorni per consentire la piena acquisizione della metodica di lavoro.	
5.2. Inserimento e formazione del personale				
SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.2.1	6.2.2	B	Il personale infermieristico ha seguito corsi di formazione specifici per l'area geriatrica.	Almeno il 30% degli infermieri.
5.2.2	5.5 6.2.2	B	Per ogni dirigente o supervisore o responsabile di progetto esiste una descrizione scritta delle sue funzioni/risponsabilità. Anche per ogni altra categoria di personale e posizione funzionale esiste una descrizione scritta delle sue funzioni/risponsabilità specifiche per il servizio, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.	In modo che ognuno sappia che cosa ci si attende da lui: vengono definiti finalità del ruolo e responsabilità, in forma più di obiettivi che di singole e parcellari mansioni. La descrizione è effettuata utilizzando dei verbi che fanno capire come i risultati potranno essere valutati. Ad esempio "assicurare,

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.2.3	5.4 6.2.2	B	Il fabbisogno formativo e di aggiornamento del personale viene periodicamente rilevato.	completare, valutare, garantire, definire", piuttosto che "contribuire, gestire, coordinare", a meno che non si specifichino quali sono i risultati attesi o gli scopi dell'azione.
5.2.4	6.2.2	A	Vi è un collegamento tra funzioni/responsabilità e sviluppo professionale del personale.	È auspicabile che siano identificati annualmente i bisogni formativi (vedi glossario) di tutte le figure professionali congruenti con gli obiettivi di sviluppo e di qualità dell'U.O. Almeno 2 esempi nell'ultimo triennio di funzioni/responsabilità o assegnazione di obiettivi di lavoro collegati con l'identificazione e il conseguente soddisfacimento di bisogni formativi. Sarebbe opportuno anche che la descrizione del ruolo e del lavoro richiesto venissero aggiornate dopo l'acquisizione di competenze nuove in seguito alla partecipazione a programmi formativi. La maggior parte dei programmi formativi a cui hanno partecipato gli operatori dell'U.O. nell'ultimo anno rispondevano ai requisiti dell'ECM.
5.2.5	6.2 7.3.1	B	Vi sono procedure scritte per valutare i programmi formativi a cui inviare il personale.	Almeno il 50% di tali iniziative viene fatta una relazione in una riunione con apposito ordine del giorno. Almeno i 2/3 degli operatori devono conoscere il proprio ruolo. Nelle iniziative diverse sono comprese i corsi precongressuali e postcongressuali.
5.2.6	5.5.3 6.2.2	B	Il personale che ha partecipato ad iniziative di formazione esterne viene invitato a diffondere le conoscenze/abilità acquisite.	
5.2.7	6.2.2	B	Il personale è addestrato per la gestione delle emergenze (incendi, evacuazione in caso di calamità).	
5.2.8	6.2.2	B	Nel complesso, l'U.O. destina la maggior parte del proprio budget formativo a iniziative di formazione diverse dalla partecipazione a convegni.	
5.2.9	6.2.2	A	Il 30% del credito formativo nel triennio è maturato con la partecipazione a corsi e non a eventi congressuali.	
5.2.10	6.2.2 7.4	A	Vi sono accordi con scuole di diploma universitario per infermiere e/o fisioterapista e/o assistente sociale per l'effettuazione di tirocini nell'U.O.	Almeno una proposta documentata di avere un tirocinante presso l'U.O. negli ultimi 36 mesi.
5.2.11	6.2.2	B	I rapporti con le figure professionali che cooperano alla definizione	Nell'U.O operano fisioterapisti, terapeuti

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
			del piano d'intervento e alla sua realizzazione sono definiti da procedure scritte e da accordi di cooperazione tra le diverse UU.OO. ed/o UU.FF.	occupazionali, logopedisti, assistenti sociali la cui partecipazione è regolata da procedure scritte o altro documento che stabiliscano l'impegno orario e che assicurino la continuità assistenziale.
5.2.12	6.2.2	B	I servizi e gli operatori di supporto all'attività delle UU.OO. (amministrazione, servizi tecnici, ecc.) hanno definito chi sono i loro clienti interni e le modalità di collaborazione e supporto.	Sono definiti tempi minimi di intervento per determinate attività (riparazioni, ecc.).
5.2.13	6.2.2	A	Esiste una rilevazione sistematica della soddisfazione dei clienti interni.	In particolare non devono essere attribuite responsabilità di obiettivi il cui raggiungimento dipende da altre persone su cui la persona incaricata non ha nessun potere o se è già stata data ad altri la responsabilità di fare cose simili.
5.2.14	5.5	B	La funzione responsabilità e l'autorità (possibilità di decidere) corrispondono.	Gli obiettivi dovrebbero essere espressi in termini misurabili: sono ridiscussi se si verificano eventi imprevisti.
5.2.15	5.5	A	Con ogni quadro dirigente e intermedio e responsabile di progetto vengono negoziati ogni anno gli obiettivi che si impegna a raggiungere.	Almeno presentazioni di casi difficili o esemplari (auditi) e resoconti da parte degli operatori che abbiano frequentato corsi o stage.
5.2.16	5.4 6.2	B	A parte la partecipazione ai progetti di MCQ, vi sono altri momenti di formazione interna.	In media almeno il 10% del tempo di lavoro per il personale dirigente e il 3% per il personale esecutivo.
5.2.17	5.4 6.2.2	A	Viene dedicata alle attività di formazione (partecipazione a corsi e a convegni e in tutte le forme descritte sopra) una frazione adeguata del tempo di lavoro.	In media almeno il 10% del tempo di lavoro per il personale dirigente e il 3% per il personale esecutivo.
5.2.18	5.4 6.2.2	B	Viene dedicata alle attività di formazione (partecipazione a corsi e a convegni e in tutte le forme descritte sopra) una frazione adeguata del tempo di lavoro.	Almeno quelle tenute nella propria regione.
5.2.19	5.5	A	Nell'U.O. esiste una periodica esplorazione delle iniziative di aggiornamento di tutte le categorie professionali e una sistematica diffusione delle informazioni raccolte.	Non solo nel senso suddetto (le attività di MCQ possono rientrare nella formazione), ma anche nel senso che le attività di MCQ possono portare ad identificare bisogni formativi che vanno inclusi nel piano di formazione. Almeno un esempio concreto negli ultimi 2 anni.
5.2.20	5.6 7.2	A	Vi è un collegamento tra attività di MCQ e formazione.	

SIGG	ISO	A/B	Requisito	Note
5.2.21	5.6	B	Il personale dirigente è stato formato nel come valutare le attività di qualità ed il funzionamento del sistema qualità.	
5.2.22	6.1 6.2.2	A	Il personale ha facile accesso a informazioni sull'assistenza all'anziano e sul MCQ.	Specificare almeno 3 fonti accessibili.
5.2.23	6.2.2	A	Gli operatori collaborano a progetti di ricerca.	
5.2.24	8.2	A	Viene stimata periodicamente la proporzione del tempo di lavoro che le varie categorie di personale passano a diretto contatto con i ricoverati e/o coi familiari.	

CASO CLINICO
CASE REPORT

Carcinoma del pancreas e diabete mellito: un caso clinico

Pancreatic cancer and diabetes: a case report

D. MARTINELLI, A. TAMPINI, S. COSSI, A. MARENGONI

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Brescia, I Medicina-Geriatria, Spedali Civili, Brescia, Fondazione "Richiedei", Gussago

A 79 years old woman affected by cognitive impairment was referred by her general practitioner to our Geriatric Unit for the onset of visual hallucinations. Laboratory tests showed a severe hyperglycaemia, hyperosmolality, and acute renal failure. A nonketotic hyperosmolar state as first presentation of an unknown diabetes was diagnosed. Ultrasounds showed a pancreatic cancer.

Key words: Cognitive impairment • Multi-morbidity • Diabetes • Pancreatic cancer

La signora E.B. di 79 anni venne inviata dal proprio medico curante al nostro ambulatorio geriatrico per l'insorgenza negli ultimi dieci giorni di allucinazioni visive. Italiana, pensionata, ex casalinga, vedova da 30 anni, viveva da sola aiutata dai figli che facevano funzione di caregivers.

L'anamnesi fisiologica era normale, la paziente non aveva familiarità per diabete mellito, non era segnalato abuso di alcolici e non aveva mai fumato. L'anamnesi patologica remota comprendeva: decadimento cognitivo di grado lieve a probabile genesi vascolare e degenerativa, parkinsonismo, ipertensione arteriosa sistemica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, artropatia polistazionale, glaucoma all'occhio sinistro. Al momento della visita i familiari riferivano la comparsa da circa dieci giorni di peggioramento dello stato funzionale con perdita di autonomia nelle attività di base della vita quotidiana (*Basic Activity of Daily Living*, BADL)¹, instabilità posturale, allucinazioni visive, poliuria con peggioramento dell'incontinenza urinaria. La signora pesava 72,9 kg (riferita perdita di peso di circa 6 kg in 6 mesi) ed era alta 163 cm.

A domicilio la terapia consisteva in acido acetilsalicilico 100 mg, pramipexolo 0,18 mg, valsartan + idroclorotiazide 80/12,5 mg, furosemide 25 mg e celecoxib 200 mg al bisogno.

Poiché il quadro clinico non era univocamente interpretabile come aggravamento del decadimento cognitivo si preferì ricoverare la paziente nella nostra Unità di Geriatria per acuti. All'ingresso la paziente si presentava disorientata nel tempo e nello spazio, eupnoica, con cute e mucose visibili disidratate, in assenza di ittero.

■ Ringraziamenti: gli Autori ringraziano il prof. Vittorio Grassi ed il prof. Giuseppe Romanelli per i loro preziosi suggerimenti.

■ Corrispondenza: dott.ssa Daniela Martinelli, I Medicina, Spedali Civili, piazzale Spedali Civili 1, 25123 Brescia, Italy - Tel. +39 030 2528479 - Fax +39 030 2528476 - E-mail: danimartin@libero.it

L'obiettività cardio-polmonare era nei limiti di norma. L'addome era globoso per adipe, trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda e la peristalsi intestinale valida. All'esame obiettivo neurologico non vi erano segni di focalità ma lieve bradicinesia e rigidità. L'assessment multidimensionale geriatrico all'ingresso mostrava: *Mini-Mental State Examination* (MMSE)^{2,3} corretto per età e scolarità di 10,7/30 (disorientamento temporo-spaziale, compromissione della memoria immediata e del richiamo, compromissione della capacità di calcolo, aprassia costruttiva); 5 funzioni perse su 6 nelle BADL¹ (dipendente nel fare il bagno, vestirsi, andare alla toilette, nella mobilità, incontinenza urinaria); Indice di Barthel⁴ di 45/100; 8 funzioni perse su 8 nelle attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL)⁵. Una valutazione effettuata presso un altro ente circa tre mesi prima dava un decadimento cognitivo di grado lieve con un MMSE^{2,3} di 23/30 e autonomia nelle IADL⁵ e BADL¹.

La paziente non rispettava i criteri della *Confusion Assessment Method* (CAM)⁶ per la diagnosi di delirium: vi era evidenza di un cambiamento acuto rispetto alla condizione di base nello stato cognitivo ma la paziente non aveva difficoltà a focalizzare la propria attenzione e la sintomatologia non era fluttuante durante il giorno; il pensiero, seppur rallentato, era organizzato e coerente e non era presente un alterato livello di coscienza.

All'ingresso sono stati richiesti i primi accertamenti diagnostici: gli esami laboratoristici di routine e una Tac encefalo. La Tac encefalo effettuata senza mezzo di contrasto non dava segni di lesioni cerebrali focali parenchimali recenti in sede sotto- e sovratentoriale. Mostrava segni di atrofia cerebrale con modico ampliamento dei solchi periencefalici e discreta dilatazione delle cavità ventricolari. Gli esami di laboratorio evidenziavano una glicemia pari a 705 mg/dL, insufficienza renale acuta (Urea 126 mg/dL, Creatinina 1,80 mg/dL), sodiemia di 135 mEq/L, potassiemia di 4,45 mEq/L, aumento dell'osmolarità plasmatica (354,1 mOsm/L, con valore di riferimento di 285 ± 5), pH arterioso nella norma (7,42), iperuricemia (10,4 mg/dL), aumento della fosfatasi alcalina (613 U/L), bilirubinemia normale (bilirubina totale 0,40 mg/dL, di cui diretta 0,15 mg/dL), infezione delle vie urinarie da *Escherichia Coli* con glicosuria (44,61 g/L) e assenza di chetonuria (Tab. I). Si programmava un'ecografia dell'addome che mostrava reni di volumetria ai limiti inferiori della norma con profili bozzuti ed iniziale assottigliamento della componente parenchi-

male ma soprattutto evidenziava una neoformazione della testa del pancreas. La successiva ricerca di eventuali metastasi mediante Tac torace e addome documentava l'esistenza di lesioni ripetitive epatiche, spleniche e linfonodali e ostruzione del Wirsung da parte dell'espanso (pur in assenza di ittero).

Si faceva quindi diagnosi di sindrome iperglicemica-iperosmolare non chetosica come prima manifestazione di diabete mellito.

Immediatamente si somministravano 10 U endovena di insulina rapida, 500 ml di soluzione fisiologica con 10 U di insulina rapida e 10 mEq di cloruro di potassio e altri 500 ml di soluzione fisiologica e veniva impostato un trattamento con un antibiotico a largo spettro. Successivamente veniva determinata l'emoglobina glicosilata che risultava pari a 12,5%. Nel giro di pochi giorni grazie al controllo del profilo glicemico e alla risoluzione del quadro di iperosmolarità l'orientamento spazio-temporale della paziente migliorava e scomparivano le allucinazioni. Si somministrava nuovamente il MMSE^{2,3}, dove si otteneva un nuovo punteggio di 17,7/30. Anche la funzione renale rientrava nei limiti della norma. Successivamente la paziente sviluppava dolore addominale e vomito. Veniva quindi presa in carico dai colleghi oncologi.

Conclusioni

Abbiamo descritto la presentazione anomala di un carcinoma del pancreas in una paziente geriatrica. Il quadro sintomatologico di esordio (allucinazioni, peggioramento dello stato funzionale e incontinenza urinaria) avrebbe potuto essere imputabile alla naturale progressione del decadimento cognitivo, alla terapia assunta a domicilio o all'insorgenza di delirium. Quest'ultimo è stato valutato ed escluso per insufficienza dei criteri necessari secondo la scala CAM⁶. Per quanto riguarda eventuali effetti collaterali della terapia la paziente era in trattamento per il parkinsonismo con un farmaco dopamino-agonista che può essere responsabile della comparsa di allucinazioni visive⁷. La disidratazione poteva essere spiegabile dall'uso cronico di diuretici. La paziente inoltre viveva sola e non era verosimilmente in grado di compensare la poliuria con un'adeguata assunzione di liquidi. Le indagini attuate hanno permesso di diagnosticare un diabete mellito, al cui inadeguato compenso metabolico poteva essere attribuito il peggioramento del quadro clinico. Causa del diabete mellito era un carcinoma della testa del pancreas.

Tab. I. Parametri bioumorali della paziente all'ingresso e alla dimissione.

Esame Emocromo	Ingresso	Dimissione	Valori di riferimento
RBC	4,35	4,10	4,10-5,10 x 10 ⁶ /mm ³
HGB	13,2	12,6	12,0-16,0 g/dL
HCT	39,4	37,3	37,0-47,0%
MCV	90,6	90,8	82,0-96,0 fl
PLT	202	150	140,0-400,0 x 10 ³ /mm ³
WBC	8,9	9,2	4,0-10,0 x 10 ³ /mm ³
Glucosio	705	189	65-110 mg/dL
Urea	126	77	18-50 mg/dL
Creatinina	1,8	1,27	0,50-1,10 mg/dL
Uricemia	10,4		2,4-6,0 mg/dL
Sodio	135	141	130-146 mEq/L
Potassio	4,45	4,33	3,70-5,40 mEq/L
Osmolarità plasmatica	354		valore medio di riferimento: 285 ± 5 mOsm/L
Hb glicosilata	12,5		4,8-5,9%
Fosfatasi alcal.	613		75-240 U/L
Bilirubina fraz.			
Totale	0,40		0,10-1,00 mg/dL
Diretta	0,15		0,05-0,30 mg/dL
Esame urine			
Peso specifico	1010		1002-1030
Nitriti	Pos.		Negativo
Proteine	Neg.		< 20 mg/dl
Glucosio	44,61 g/L		Negativo
Corpi chetonici	Neg.		Negativo
Emoglobina	25		Fino a 10
pH	5		Fino a 8
Sedimento	Sedimento		
Leucociti	Parecchi		
Eritrociti	Rari		
Germi	Alcuni		

Determinazione della osmolarità
(ricavata dalla formula: Na⁺ (mEq/L) x 2 + Glicemia (mg/dL)/18 + urea (mg/dL)/2,8

La sindrome iperglicemica-iperosmolare non chetotica (glicemia attorno ai 600 mg/dL - osmolarità plasmatica attorno alle 350 mOsm/kg in assenza di significativa chetonemia) rientra nel vasto quadro delle encefalopatie metaboliche. Si tratta di un'alterazione funzionale ad ampio spettro in grado di interessare tutti i livelli del sistema nervoso, reversibile dopo appropriata correzione delle anomalie metaboliche. La sua patogenesi è stata molto studiata senza raggiungere conclusioni definitive. È tuttavia assai verosimile che l'alterata osmolarità del liquido extracellulare cerebrale (che è in equilibrio con il liquor) svolga un ruolo rilevante, unitamente alla disidratazione⁸⁻¹¹.

Per quanto riguarda la relazione tra diabete mellito ed adenocarcinoma pancreatico due sono le ipote-

si maggiormente dibattute: il carcinoma del pancreas come causa di diabete o il diabete come fattore di rischio per l'insorgenza della neoplasia. Il 70-80% circa dei pazienti affetti da adenocarcinoma pancreatico presenta un diabete franco od un'alterata tolleranza glucidica (IGT, *Impaired Glucose Tolerance*)¹². Inoltre circa il 70% dei casi di diabete cancro-associati vengono diagnosticati contemporaneamente al carcinoma o nel corso dei due anni precedenti alla sua scoperta^{13 14}. La patogenesi alla base di questa associazione è tuttavia ancora da chiarire.

Un semplice sintomo in un paziente geriatrico non dovrebbe mai essere interpretato in maniera univoca perché potrebbe celare un quadro clinico complesso. Oltre ai mutamenti fisiologici che l'in-

vecchiamento di per sé comporta è noto come più del 60% dei pazienti anziani sia affetto da multi-morbilità¹⁵ e assuma polifarmacoterapia, fattori che possono alterare le tipiche modalità di presentazione delle diverse patologie. In età geriatrica la multi-morbilità è una regola piuttosto che un'eccezione: spesso più patologie coesistono ed interagi-

scono l'una con l'altra rendendo complessa la definizione diagnostica. I sintomi che accompagnano una certa patologia non sono necessariamente l'espressione diretta dello stadio evolutivo della stessa, ma possono essere la manifestazione di malattie coesistenti¹⁶.

La signora E.B. di 79 anni, affetta da decadimento cognitivo, venne inviata dal proprio medico curante al nostro ambulatorio per la recente insorgenza di allucinazioni visive. Gli esami di laboratorio mostravano iperglicemia, iperosmolarità ed insufficienza renale acuta. Si faceva diagnosi di sindrome iperglicemica-iperosmolare non chetotica

come prima manifestazione di diabete mellito. L'ecografia dell'addome evidenziava una neoformazione della testa del pancreas.

Parole chiave: Decadimento cognitivo • Multi-morbilità • Diabete mellito • Carcinoma del pancreas

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. *Progress in the development of the index of ADL*. Gerontologist 1970;10:20-30.
- ² Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
- ³ Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M. *Mini-mental state examination: a normative study in Italian elderly population*. Eur J Neurol 1996;3:1-5.
- ⁴ Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel Index*. Mar St Med J 1965;14:61-5.
- ⁵ Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969;9:179-86.
- ⁶ Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium*. Ann Intern Med 1990;113:941-8.
- ⁷ Graham JM, Grünewald RA, Sagar HJ. *Hallucinosi in idiopathic Parkinson's disease*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1997;63:434-40.
- ⁸ Arief AI, Carroll HJ. *Nonketotic hyperosmolar coma with hyperglycemia: clinical features, pathophysiology, renal function, acid-base balance, plasma-cerebrospinal fluid equilibria and the effects of therapy in 37 cases*. Medicine (Baltimore) 1972;51:73-94.
- ⁹ Katzman R, Pappius HM, (eds). *Brain Electrolytes and Fluid Metabolism*. Baltimore: Williams & Wilkins Co. 1973.
- ¹⁰ Siesjö BK, Sørensen SC, (eds). *Ion Homeostasis of the Brain. The regulation of hydrogen and potassium ion concentrations in cerebral intra- and extracellular fluids. Proceedings of the Alfred Benzon Symposium III*. Munksgaard (Copenhagen) and Academic Press (New York) 1971.
- ¹¹ Fraser CF, Arief AI. *Metabolic Encephalopathy*. In: Arief AI, De Franco RA, eds. *Fluid, Electrolyte and Acid-Base Disorders. Second Edition*. New York: Churchill Livingstone 1995.
- ¹² Wang F, Herrington M, Larsson J, Permert J. *The relationship between diabetes and pancreatic cancer*. Mol Cancer 2003;2:4.
- ¹³ Gullo L. *Diabetes and the risk of pancreatic cancer*. Ann Oncol 1999;10(Suppl 4):79-81.
- ¹⁴ Gullo L, Pezzilli R, Morselli-Labate AM. *Diabetes and the risk of pancreatic cancer. Italian Pancreatic Cancer Study Group*. N Engl J Med 1994;331:81-4.
- ¹⁵ van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. *Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases*. J Clin Epidemiol 1998;51:367-75.
- ¹⁶ Mecocci P, Cherubini A, Senin U. *Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza. Un continuum? First Edition*. Roma: Critical Medicine Publishing 2002, pp. 306-310.



COME ERAVAMO ...

L'assistenza domiciliare (AD) agli anziani

XX CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA (SIGG), 1973, PALERMO; GIORNALE DI GERONTOLOGIA, 1973, SUPPL LII

L'inserimento del tema dell'assistenza domiciliare agli anziani nei lavori scientifici del Congresso nazionale della SIGG viene interpretato come il riconoscimento alle iniziative della SIGG in questa particolare modalità assistenziale. Il prof. Giovanni Favilli, Presidente della SIGG in quell'anno e Patologo generale, parlò, presiedendo la tavola rotonda, di incontro fra le scienze biologiche e sociali nella realizzazione dell'AD che rappresenta un servizio aperto, autentica alternativa alla istituzionalizzazione delle persone anziane. Soltanto la continua promozione di questi servizi, la loro capillare diffusione nel nostro Paese, potranno permettere una politica assistenziale che non sia violenta, repressiva, emarginante, ambigua ed iniqua nei confronti dei cittadini anziani.

Il promotore della tavola rotonda fu il prof. A.M. Maderna, psicologo dell'Università di Milano, che con alcuni suoi collaboratori (prof. M.A. Aveni-Casucci) teorizzò l'AD sostenendo anche che "il fumoso verbalismo e lo smog dialettico" rappresentano autentici alibi per evadere il problema dell'assistenza agli anziani che già si proponeva come importante. L'AD è ritenuta una rivoluzione assistenziale che consente soluzioni più rispondenti ai bisogni degli anziani; c'è la necessità di prendere coscienza dei veri bisogni dei più vecchi per salvaguardare anche la loro dignità. L'organizzazione della AD richiede personale preparato ad affrontare i problemi particolari delle cure domiciliari.

In quella occasione il prof. Francesco Alberoni, sociologo dell'Università di Milano, parlando di Vecchiaia e Società, sostenne la possibilità di un reale progresso scientifico nella lotta contro la vecchiaia; le malattie di questa età sono fortemente aggravate dall'atteggiamento sociale verso la vecchiaia. Si sottolinea l'importanza del bisogno collettivo e la necessità di trovare soluzioni utili ed efficaci al problema dei vecchi; non devono prevalere l'incredulità e il disinteresse. Si descrive l'espulsione dei vecchi dal sistema produttivo come causa della loro senilizzazione precoce di tipo psicologico e sociale; i vecchi non sono vecchi, ma vengono psicologicamente invecchiati: così la società prevale sulla natura con biologizzazione dei fatti sociali.

Fra gli attori dell'incontro congressuale oltre alla Psicologia dell'Università di Milano, la Geriatria di Napoli, l'istituto geriatrico comunale di Torino, i servizi sociali di diversi Comuni: fu presentata un'indagine conoscitiva riguardante la tipologia dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani in Italia; erano circa 60 le iniziative e le esperienze attivate sul territorio nazionale. Il prof. A. Ciuca riferì invece dell'assistenza domiciliare medico-sociale agli anziani in Europa.

Nella parte dedicata ai Fondamenti ideologici e concettuali ed esperienze di servizi di assistenza domiciliare alle persone anziane in Comuni di differenti dimensioni: problemi e presupposti per le scelte politiche, problemi di studio, programmazione, pianificazione e funzionamento dei servizi: primi risultati, indicazioni e prospettive per il futuro: si riportano le esperienze dei Comuni di Milano, Firenze, Pordenone, Codogno.

Commenti

È rilevante il fatto che tanti anni fa uno Psicologo sia stato chiamato dalla SIGG a coordinare il problema dell'assistenza domiciliare delle persone anziane; la ge-



rontologia sociale e psicologica sono individuate come argomenti fondamentali di ricerca. In realtà l'AD è un'espressione importante della Geriatria; utilizzando idonei strumenti di valutazione potrebbe individuare i bisogni dell'anziano e le procedure più utili per intervenire con la massima efficacia. Ma nei decenni non è stato così; le politiche pubbliche di assistenza hanno molto spesso i caratteri di prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento o assegno di cura) in presenza di disabilità rilevante (in Italia i non autosufficienti sarebbero 2,8 milioni); le reti informali e l'assistenza finanziata dalle famiglie sono molto rilevanti anche se si intrecciano con l'intervento pubblico in modo casuale non raramente caotico anche per la complicata collaborazione del settore sanitario e sociale. La diversa implementazione dell'AD nelle regioni italiane non testimonia l'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Dal 1973 le iniziative di AD si sono estese a tutti i Comuni italiani anche se il numero complessivo degli assistiti con questa metodologia non sia perfettamente noto e ancor meno le metodologie assistenziali che non hanno ancora raggiunto l'attenzione della ricerca medica e della didattica accademica nei corsi di laurea sanitari. Nel 1992 il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del Ministero della Salute prevedeva un ruolo importante dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) in cui un compiuto programma di assistenza geriatrica per gli anziani non autosufficienti affetti da forme stabilizzate di malattie croniche doveva basarsi sulla valutazione multidimensionale geriatrica e degli indirizzi qualificati anche riabilitativi della unità di valutazione geriatria (UVG) sui casi da assistere. Le attività di assistenza domiciliare più generiche e anche numericamente più rilevanti sono avulse dalle attività complessive del SSN anche se i soggetti assistiti costituiscono un attivo serbatoio di anziani non autosufficienti, da ospedalizzare o da istituzionalizzare. In alcune Regioni l'AD diventa un "sistema di cure domiciliari" realizzato dal Medico di famiglia: agisce con un'équipe di operatori sanitari e sociali di non precisata competenza e

con forte integrazione fra socialità e sanità e facendo riferimento a livelli differenziati di cure in relazione ai bisogni; il tutto è realizzato con piani personalizzati nell'ambito del Dipartimento di cure primarie; non si fa persistentemente riferimento al Geriatra o alla Geriatria. L'ospedale, le strutture residenziali e le forme diverse di assistenza domiciliare dovrebbero agire in modo coordinato ed efficace; l'informatizzazione e l'interconnessione dei diversi settori della sanità è il presupposto indispensabile per raggiungere questo obiettivo; esse tardano però a realizzarsi anche se tanto se ne parla; l'innovazione, soprattutto nei processi curativo-assistenziali, non c'è probabilmente perché la scelta di coloro che dovrebbero innovare è stata errata; l'accessibilità, la qualità, l'equità del sistema esistente non sono oggetto di adeguate attenzioni; l'auspicata *long-term care* rimane così un problema. Le badanti o aiutanti domiciliari rappresentano un fondamentale strumento di assistenza domiciliare alle persone più anziane; si tratta di una forma assistenziale "fai da te" sulla cui qualità non è possibile esprimere giudizi positivi. Rimane la consolazione che in alcune rare sedi l'ospedalizzazione a domicilio mette in collegamento diretto l'ospedale con il domicilio rendendo reale un'ipotesi collaborativa rilevante. La possibilità di collegare in via telematica il domicilio dove vive l'anziano con un centro di riferimento, che valuta in tempo reale gli avvenimenti fornendo anche indicazioni utili (telemedicina), rappresenta un'altra possibilità di sviluppo.

Complessivamente le cure domiciliari in questi decenni hanno subito profondi mutamenti soprattutto in senso numerico: in Italia si assistono a domicilio soltanto 24 anziani su 1000 con differenze regionali clamorose; il numero è veramente modesto se confrontato con molti altri Paesi europei. La partecipazione della Geriatria e del Geriatra alla assistenza domiciliare è marginale; scarso è l'interesse della ricerca clinica applicata a questo settore. Complessivamente gli scarsi risultati ottenuti dalla Geriatria in questi decenni dovrebbero essere motivo di riflessione.



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

G GERONTOL 2006;54:614

BOLLETTINO
BULLETIN

IMPACT FACTOR (IF) DELLE RIVISTE SCIENTIFICHE

GERIATRICS & GERONTOLOGY - Anno 2005

Age Ageing	2,19
Ageing Res Rev	4,15
Aging Clin Exop Res	1,30
Am J Geriat Psychiat	2,92
Arch Gerontol Geriat	0,76
Biogerontology	2,36
Clin Geriatr Med	1,34
Dement Getriatr Cogn	2,60
Drug Aging	2,07
Exp Aging Res	0,68
Exp Gerontol	3,00
Geriatr Nurs	0,33
Geriatrics	0,95
Gerontology	1,63
Growth Develop Aging	0,66
Int J Geriatr Psych	2,16
Int Psychogeriatr	0,79
J Am Aging Assoc	0,14
Journal Am Geriatr Soc	3,47
J Anti-Aging Med	1,69
J Geriatr Psych Neur	1,62
J Gerontol A- Biol	3,50
J Gerontol B-Psychol	2,00
Maturitas	2,00
Mech Ageing Dev	2,81
Neurobiol Aging	5,31
Rejuv Res	8,57
Z Gerontol Geriatr	0,54

Si noti che la rivista con l'IF più elevato è *Rejuvenation Research* che sostituisce *J Anti-Aging Med* (che è ancora citata); le variazioni rispetto agli anni precedenti sono modeste per quanto riguarda la geriatria clinica.

Il Giornale di Gerontologia ha riportato anche negli anni precedenti le variazioni dell'IF delle riviste geriatriche confrontandole con quelle delle riviste dell'area medicina interna.



PACINIeditore

Indice per Autori

- Abate G., 483, 484
 Abate M., 483, 484
 Abati E., 457, 520
 Abbate R., 477
 Abbatecola A.M., 335, 457, 472
 Abete C., 511
 Abete P., 102, 352, 355, 492, 506
 Abruzzese R., 352
 Accetta M.G., 479, 498
 Accomando I., 518
 Affronti M., 530
 Aglialaro C., 481, 486, 497
 Agosti C., 457
 Agostini F., 497
 Agostoni M.C., 470
 Agueli R., 464
 Alberici A., 457
 Alessandrini P., 291
 Alfieri R.R., 482
 Alimeni E., 495
 Allegri G., 475, 491, 513
 Aloisi O., 521
 Alunno Pergentini S., 513, 533
 Amato M.G., 123
 Ambrosi F., 480
 Amici D., 324
 Amici G.P., 492, 525
 Ammendola S., 491
 Ammendolea C., 473, 526
 Andreati C., 443
 Andreoni R., 457
 Andrigo M., 374
 Anerdi G., 316
 Angelini A., 458, 465
 Angrilli A., 501
 Annicchiarico R., 313, 324
 Annoni F., 458
 Annoni G., 227, 458
 Antonelli Incalzi R., 170, 566
 Antonini F.M., 518
 Anzivino F., 443
 Aprile E., 468
 Aquino F., 468
 Aragona V., 501
 Araujo Y., 458, 470, 533
 Ardoino G., 466
 Arecco M.A., 464
 Arienti R., 467
 Arizzi C., 486
 Arma P., 498
 Arnone F., 522
 Arosio B., 458
 Artone A., 459
 Assanelli D., 514
 Astaro G., 522
 Attanasio A., 145, 459, 467, 474
 Atti A.R., 96, 459
 Audisio R.A., 479
 Aveni Casucci M.A., 475
 Baccaglioni K., 489, 495
 Bacchi G., 459, 494
 Bachini N., 510
 Badini I., 460
 Baggio A., 376
 Bagnara L., 460
 Bagnasco P., 474
 Balbis E., 460
 Balboni F., 467
 Baldasseroni S., 510, 522
 Baldelli M.V., 468, 485
 Baldon M., 460
 Baldoni M., 227
 Balestrieri A., 476, 505
 Ballarini P., 461
 Balsamo T., 461
 Bandiera F., 514
 Bandinelli S., 459, 457, 465, 471, 472, 474, 477, 484, 495, 499, 535
 Bandirali M., 534
 Bandirali M.P., 517
 Bano F., 498
 Barabani M., 481
 Barasciutti E., 461
 Baratto L., 281, 471, 529
 Barbagallo M., 464, 481, 491, 518, 465, 469, 478, 484, 486, 486, 497, 502, 530
 Barbagallo P., 515, 525, 532
 Barbatto B., 477
 Barbero M., 461, 464, 335
 Barbieri M., 457
 Barbieri S., 503
 Barbiero E., 459
 Barillaro C., 462, 502
 Barisione E., 462, 499, 504, 530, 533
 Barone A., 462, 497
 Baroni F., 271, 494
 Barraco A., 462, 481, 505
 Barrué C., 313
 Bartoli D., 513, 533
 Bartorelli L., 421
 Baruffi C., 365
 Basaria S., 459, 503
 Basile G., 463, 510
 Basile M., 534
 Basso C., 463, 475, 501, 523
 Basso F., 360
 Battaglia G., 463, 497, 507
 Battaglini C., 483, 484
 Bavazzano A., 511
 Bavazzano E., 463
 Bedin M., 145
 Beffa Negrini P., 429
 Belgiovine G., 464
 Bellani P.L., 494
 Bellanti F., 528
 Bellavia G., 464, 484, 486, 502
 Bellavigna R., 424
 Bellelli G., 28, 164, 283, 462, 499, 504, 530, 533
 Bellini M.A., 469
 Belloi L., 493, 533
 Belloni Sonzogni A., 433
 Beltrame B., 461, 464
 Beltrami L., 310
 Belvedere G., 464, 484, 486, 497, 502
 Belvedere M., 464, 465, 478, 481, 484, 486, 491, 497, 502, 518
 Ben G.P., 520
 Benatti M., 465
 Bendini C., 458, 465
 Benedetti C., 96, 486
 Benelli L., 469, 470
 Benetollo P., 506
 Benini P., 356
 Benvenuti E., 465, 495, 516
 Benvenuto T., 520
 Berardelli M., 329
 Berardi D., 459
 Berardinelli P., 526
 Bergamaschini L.,
 Bergamini E., 482, 489, 531
 Bergamini M., 519
 Bernabei R., 58, 170, 309, 462, 473, 476, 480, 481, 487, 488, 492, 494, 496, 501, 502, 504, 505, 508, 515, 521, 523, 529, 532, 535
 Bernard C., 421
 Bernardi U., 461
 Bernardini B., 284
 Berrettini S., 436
 Bertocci B., 24, 474
 Bertocco S., 475
 Bertoglio S., 466
 Bertolio S., 466, 486, 490, 526
 Bianchetti A., 299, 327, 466, 478, 514, 521
 Bianchi D., 501
 Bianchi G., 497, 503
 Bianchi V.D., 501
 Bianchini C., 522
 Bianco G., 466, 468, 528
 Biasia L., 400, 477
 Biazzi B., 475, 491, 513
 Bicchi M., 467
 Bierti L., 467
 Bigi A., 434
 Binetti O., 471
 Biondi T., 467, 513, 533
 Biondo S., 463
 Blackford A., 503
 Blè A., 96, 534
 Bloise A., 466
 Bo M., 153, 305
 Bobbo D., 467
 Bocca S., 484
 Bodini S., 521
 Boffelli S., 411, 467, 487, 512, 523, 524
 Boiardi R., 468
 Bolognesi A.G., 503
 Bombarda S., 341
 Bonacchi P., 463
 Bonacci E., 468, 528
 Bonacina G., 534
 Bonati C., 496
 Bonati P., 474
 Bonato C., 457
 Bonato E., 467
 Boncinelli L., 364, 490
 Boncinelli M., 513
 Bondesan L., 374
 Bonelli M.A., 482
 Boni M., 496, 468, 511
 Bonifazi F., 223
 Bonin M., 356
 Bonino P., 480
 Bonometto P., 507, 513
 Borgarelli C., 501
 Borghetti A.F., 482
 Borri R., 468
 Borroni B., 457
 Bortolotti R., 469
 Bortot V., 477
 Boschi L., 509
 Boschi S., 469
 Bosco A., 496
 Boselli G., 508
 Botta F., 460
 Bottoli A., 413
 Braga-Basaria M., 503
 Braidì G., 493
 Bramanti F., 467, 513, 533
 Brandi A., 384
 Brandi M.L., 477
 Breschi M., 467
 Bresolin F., 510
 Bressan A., 469, 470
 Brighina C., 102
 Brignole M., 352
 Brillì C., 388
 Brizioli E., 372
 Brucato V., 464, 469, 478, 491, 530
 Bruni A.C., 494
 Brunini M., 531
 Buja A., 532
 Buonocore S., 508
 Buzzigoli L., 513, 533

- Cabodi S., 478
 Cabras E., 470
 Cacciatore F., 352, 355, 492, 534
 Caddeo G., 470, 476, 533
 Cadeddu S., 476, 505
 Cafariello C., 469, 470
 Cafiero M., 466
 Calabresi C., 458
 Calabria M., 457, 471
 Calabrò M., 387, 467, 477
 Calamandrei S., 381
 Calcara L., 484
 Calcaterra A., 431
 Caldi F., 338
 Caltagirone C., 313, 324, 527
 Calvani M., 535
 Calzato D., 41, 82
 Camm A.J., 490
 Camonico M., 467
 Campana F., 324
 Campanozzi M.D., 472
 Campigotto F., 486
 Candè N., 530
 Cantatore A., 470, 491
 Cantini E., 471, 477, 495
 Canu E., 494
 Canu L., 476
 Canuti A., 509
 Capilupi L., 509
 Capon A., 509, 527
 Cappa S.F., 405, 478
 Cappelletto F., 531
 Cappelli R., 509
 Cappuccio M., 471
 Capra R., 471, 529
 Caprioli R., 470, 491, 519, 534
 Capurso A., 472
 Capurso C., 472
 Capurso S.A., 472
 Caputo A., 461
 Caputo M., 485, 486, 505, 507, 512
 Carassale L., 472
 Caratozzolo O., 526
 Carbone P., 479
 Cardin F., 466, 486, 526
 Cardo Santo S., 469
 Carducci M., 503
 Caretta F., 362
 Carini F., 227
 Carlier P., 460
 Carnaghi L., 467
 Carniel L., 492
 Caronzolo F., 472, 479, 498
 Carotenuto E., 526
 Carpaneto J., 316
 Carpaneto V., 508
 Carugo S., 310
 Casali E., 472
 Casanova A., 496, 487
 Casarotto A., 490
 Cascavilla L., 473, 527
 Caserta F., 555
 Casoni R., 493
 Cassano S., 526, 473
 Cassano T., 528
 Cassinadri A., 467, 487
 Castagna A., 473, 526
 Castellani L., 512
 Castellaro I., 459
 Castellini P., 468
 Castello L., 489
 Cataldi A., 535
 Catananti C., 473
 Cattadori E., 503
 Cattaneo N., 517, 534
 Cavagnaro P., 291, 506, 531
 Cavalieri M., 474, 499
 Cavalieri C., 123
 Cavallero P., 24, 474
 Cavalli C., 512
 Cavalli N., 400
 Cavallini G., 482, 489, 531
 Cavallini M.C., 513
 Cavallo E., 502
 Cavoni M.A., 474, 482
 Ceccato C., 529
 Cecchetto G., 11, 145, 459, 474
 Cecchi F., 465
 Cecchi S., 436
 Ceda G.P., 459, 465, 472
 Cellai T., 500, 506, 533
 Celletti E., 483
 Cembrani F., 289
 Censi A., 394
 Ceresini G., 459
 Ceretti A., 517, 534, 532
 Cerniglia M., 484
 Cerrato F., 153
 Cesa-Bianchi G., 475
 Cesari M., 480, 488, 494
 Cesaro K., 492
 Cester A., 363, 389, 566
 Cherubini A., 96, 481, 486, 487, 505, 510, 524
 Chiamenti A.M., 475, 480, 520
 Chiandetti C., 504
 Chianese L., 475, 512, 517, 527, 528
 Chiappa A., 444
 Chiarantini D., 500, 510
 Chiari S., 460
 Chiarpotito E., 333, 489
 Chioatto P., 509
 Chiorri C., 233
 Chitò E., 471
 Chiurlia E., 499
 Chizzoli B., 526
 Ciaburri M., 462
 Ciarrocchi R., 504
 Cielo A., 475, 491, 513
 Cilesi I.G., 471
 Cirinei E., 481, 487
 Cirino L., 508
 Citta S., 491
 Clementi A., 518
 Clerici D., 517, 534
 Cocco P.L., 511
 Codemo A., 475, 523
 Coghe F., 476, 533
 Coin A., 507, 513, 532
 Colacicco A.M., 472
 Colaianni S., 461
 Colaizzo D., 489
 Colangeli G., 443
 Colangelo G., 473
 Collini L., 468
 Colloca G., 58, 476, 501, 508, 532, 535
 Colombi C., 522
 Colombo D., 429
 Colombo M., 476
 Comacchio A., 400
 Comitale E., 475, 512, 517, 527, 528
 Compiano M., 508
 Congiu M.G., 476, 505
 Corbi G., 477
 Corna D., 520
 Cornali C., 216, 477, 483, 489
 Corrieri N., 284
 Corritore M., 515, 527
 Corsi A.M., 471, 477, 495
 Corsi M., 459
 Corsini G., 41, 82, 479, 508, 443, 475, 513
 Corsinovi L., 153
 Corsonello A., 204
 Cortés U., 313
 Corti M.C., 475
 Cossetti P., 517
 Cossi S., 494, 608
 Cosso P., 521
 Cossu M., 467
 Costa G., 477
 Costa T., 478
 Costantini M., 457
 Costanza G., 469, 478, 481, 491, 530
 Costanzi E., 505
 Cotelli M., 478
 Cotroneo A.M., 478
 Cottalasso D., 460
 Cottini E., 478
 Cottino M., 476
 Coveri M., 504
 Cozzio S., 531
 Crepaldi G., 288, 304, 463, 475, 501, 503
 Crescenti P., 479
 Crestani C., 443
 Crijns H.J., 490
 Crisafulli C., 515, 525, 532
 Cristini C., 475
 Crosignani N., 396
 Crovetto B., 500
 Cruciatti F., 512
 Curiale B., 478
 Curiale V., 479
 Curreli N.M.C., 476, 505
 Cuzzolaro M., 223
 Cuzzoni G., 479
 D'Agostino M., 17, 495
 D'Alloro N., 483, 484
 D'Ambrosio D., 102, 352, 492
 D'Ambrosio P.L., 347, 509, 515, 527
 D'Amico F., 472, 479, 498
 D'Anastasios C., 504
 D'Angelo M.G., 508
 D'Angelo R., 524
 D'Antoni E., 530
 D'Introno A., 472
 D'Orta V., 521
 D'Urbano M., 483
 D'Urso L., 491
 Da Col P., 517
 Dal Forno G., 494
 Dalia G., 484
 Dall'Acqua F., 479, 508
 Dall'Oglio B., 467
 Dallapiccola B., 489, 473, 509, 527
 Dalmonte E., 459
 Damiani G., 497
 Dammora F., 501
 Damonte T., 464
 Danese P., 480, 488
 Daolio D., 493
 Dario P., 316
 Davi G., 474
 De Alfieri W., 506, 566
 De Angelis G., 521
 De Benedictis G., 329
 De Biasi F., 520
 De Conto T., 496
 De Falco C., 503
 De Gasperi M., 480
 De Gianni G., 400
 De Girolamo G., 458
 De la Pierre F., 480
 De Lisio S., 533
 De Lorenzo A., 17, 495
 de Matthaeis A., 530
 De Negri F., 514, 516, 525
 De Paduanis G.A., 469
 De Ronchi D., 459
 De Santis C., 518
 De Stefano A., 466
 De Vreese L.P., 418
 Del Forno D., 17, 495
 Del Grosso Destreri N., 475, 480, 520, 523
 Del Monte P., 488
 Del Piano A.M., 461
 Del Rosso A., 500
 Del Zanna G., 415
 Deleo M., 464, 481
 Dell'Acqua D., 467
 Dell'Agnello G., 481
 Dell'Antonia F., 400
 Dell'Aquila G., 481, 487, 505, 510, 524
 Della Fonte M., 379
 Della Morte D., 102, 352, 492
 Dentamaro M., 481, 497
 Desenzani S., 482
 Dessi Fulgheri P., 485, 498, 507, 525
 Dessi S., 511
 Destro C., 356

- Di Bari M., 500, 520
 Di Bella G., 465, 491
 Di Bello M., 482
 Di Biase A., 482
 Di Caprio M., 512
 Di Cesare S., 444
 Di Donna M., 482
 Di Fabio A., 483
 Di Fazio I., 216, 477, 483, 489
 Di Gioacchino G., 307
 Di Girolamo A., 499
 Di Iorio A., 483, 484, 535
 Di Lallo D., 509, 527
 Di Mario F., 489
 Di Mauro R., 467
 Di Minno G., 489
 Di Palma A., 555
 Di Palma M.R., 496, 502, 504
 Di Pietro M., 518
 Di Prima A., 464, 484, 486, 497, 502
 Di Rico M., 484
 Di Serio C., 522
 Di Silvestre G., 484
 Di Todaro F., 96
 Di Todaro M., 535
 Diani T., 495, 517
 Dijk B., 531
 Dinoi P., 482
 Diomede Canevini M., 447
 Dobs A., 503
 Dominguez L.J., 464, 465, 469, 478, 481, 484, 486, 49, 497, 502, 518, 530
 Donati A., 482, 531
 Donato D., 492, 498
 Dotti C., 522
 Dozio M.R., 484, 510
 Durante A., 485
 Duvina M., 517
 Emiliani S., 503
 Enzi G., 466, 486, 489, 490, 495, 507, 513, 526, 529, 532
 Ercolani S., 324, 485, 486, 505, 507, 512
 Erzili E., 255
 Espinosa E., 485, 498, 507
 Esposito D., 501
 Esposito F., 102
 Fabbo A., 485
 Fabbri C., 388
 Fabio R., 517, 534
 Fabris P., 374
 Facchi E., 477, 483, 489, 494
 Faccioli E., 466, 486, 490, 526
 Falciani F., 388
 Faletti S., 460
 Falvo F., 479
 Fantasia F., 468, 528
 Fantini A., 520
 Farinelli M., 471
 Fatichenti M., 510
 Fattirolli F., 499
 Favaro D., 525
 Favaro L., 400
 Favaro M.S., 374
 Fazio G., 530
 Fazzo P., 534
 Federici A., 324, 530
 Federici M., 530
 Felaco D., 524
 Felciani F., 469, 470
 Feliziani F.T., 486
 Fellin R., 96, 474, 499, 535
 Ferini Strambi L., 307
 Ferlisi A., 478, 481, 484, 486, 491, 497, 518
 Ferlisi M., 464, 465, 484, 486, 497, 502
 Ferlucci C., 271, 494
 Ferracin S., 487
 Ferrando U., 527
 Ferrara N., 477, 566
 Ferrarese S., 509
 Ferrari A., 526
 Ferrari B., 459
 Ferrari D., 476
 Ferrari E., 487
 Ferrari M.G., 24, 474
 Ferrari P., 468
 Ferraro E., 465
 Ferretti R., 481, 487, 505, 524
 Ferri M., 487, 512, 523, 524
 Ferri R., 494
 Ferri T., 493
 Ferrini A., 488
 Ferrucci L., 1, 287, 477, 457, 459, 465, 471, 472, 474, 484, 495, 499, 500, 524, 535, 547
 Filippi A., 488
 Filippini C., 443
 Fiorino S., 341
 Firetto S., 271, 494
 Fodale G., 491
 Fontana F., 469, 470
 Fontana L., 131, 460, 479, 498
 Foppiani L., 488
 Forconi S., 469, 509
 Forlani C., 459
 Foroni M., 255, 487
 Fortezza P., 484
 Forti P., 488
 Fortuna P., 509
 Francescano L., 442
 Franceschi C., 475
 Franceschi M., 347, 358, 473, 489, 498, 509, 515, 519, 527
 Franchi F., 503
 Franchin A., 489, 495
 Francia R., 533
 Francisetti F., 153
 Franco S., 518
 Franzoni S., 216, 477, 483, 489
 Fricia T., 507, 513
 Friedman D., 479
 Frigo A.C., 532
 Frisoni G.B., 494
 Froio T., 489
 Fuligni P., 533
 Fumagalli S., 338, 490, 499
 Fumo N., 517
 Furfaro A.L., 460
 Furgi G., 477, 534, 355
 Fusco D., 58, 521
 Fusco F., 490, 523, 528
 Fuson F., 466, 486, 490, 501, 526, 529
 Gabelli C., 411, 475, 480, 494, 520, 523
 Gaglio G., 472, 479
 Galan A., 490
 Galeone F., 491
 Galetti G., 470, 491, 519, 534
 Galetti P., 491
 Galimbeni G., 526
 Galimberti L., 458
 Galioto A., 478, 481, 352
 Galizia G., 500, 506
 Galletti C., 401
 Galli R., 442, 443, 475, 491, 513
 Gallo U., 492, 498
 Gallotta G., 503
 Gallucci M., 461, 492, 514, 511, 525
 Gambardella A., 475, 512, 517, 527, 528
 Gambassi G., 170, 297, 496, 502, 504
 Gamberini S., 496
 Gandelli M., 526
 Gandolfi M.C., 476
 Gangarossa A., 492
 Gangemi S., 463, 510
 Garau J., 508
 Gardella M., 471
 Gardellini A., 504
 Gareri P., 478
 Gargiulo G., 102, 352, 492
 Gariglio F., 493
 Garruti A., 493, 515
 Garulli M., 493
 Gasbarrini A., 307
 Gasparetto C., 479, 522
 Gaspari L., 483
 Gasparini G., 466, 486, 490
 Gasparrini A., 525
 Gasperi L., 514
 Gattaceca R., 204
 Gatti A., 493, 508
 Gatti S., 216
 Gebbia V., 464
 Gelmini G., 493
 Genovese A., 389
 Gentile R., 493
 Gentile S., 494
 Georgakakis I., 494
 Geppetti P., 520, 522
 Geroldi C., 115, 460, 471, 478, 494
 Gervasoni P., 457
 Ghirelli L., 500, 506
 Ghisellini S., 500
 Ghisla M.K., 271, 494
 Giacomini V., 471, 477, 495
 Giallauria F., 17
 Giallauria F., 495
 Giambartino G., 518
 Giammattei V., 467
 Gianelli M.V., 506, 514
 Giannandrea E., 525
 Giannunzio D., 494
 Gianotti M., 164
 Giantin V., 489, 495, 529
 Giardini S., 465, 495, 517
 Giglio E., 492
 Gilberti N., 457
 Gioia A., 392
 Giona E., 153
 Giordano A., 496
 Giorgi R., 525
 Giorgini C., 284
 Giovannini S., 492, 496, 504
 Girardello R., 400, 468, 496, 511
 Girasole G., 497
 Gissi C., 496
 Giudice A.M., 491
 Giuffrida F., 481, 497
 Giuliano M., 478
 Giunta A., 464, 465, 484, 486, 497, 502
 Giusti A., 462, 497
 Giusti S., 516, 525
 Gobbi G., 503
 Gollin D., 480, 520
 Golotta P., 463, 497, 507
 Golzio C., 348, 500, 506
 Gonella M., 493, 508
 Gorgni S., 503
 Gori A., 513, 533
 Gori A.M., 477
 Gori F., 338
 Gori G., 439, 465, 495
 Granata A., 479, 498
 Grandone E., 489
 Grassi V., 271, 494, 532
 Grasso V., 464
 Greco A., 358, 498, 519, 530, 534, 335
 Grembiale R.D., 473, 526
 Grilli A., 485, 498, 507, 525
 Grillo A., 524
 Grimelli O., 493
 Grion A.M., 492, 498
 Grippa A., 417, 472, 479, 498
 Guaita A., 476
 Gualdi P., 468
 Guarducci L., 499
 Guerini F., 462, 499, 504, 530, 533
 Guerra G., 499
 Guerra O., 535
 Guerreschi M., 521
 Guerri E., 499
 Guglielmi L., 494
 Guidera N., 517
 Guizzardi G., 474
 Gullo M., 513
 Guralnik J., 457, 465, 472
 Guralnik J.M., 474, 535
 Gurzi M., 457
 Guzzanti E., 481

- Heydari A., 468
- Ianes A.B., 466, 500, 521
- Iavarone A., 503
- lemma G., 473
- Imoscopi A., 466, 526
- Inelmen E.M., 466, 486, 490, 507, 513, 526, 532
- Ingegneri T., 485, 505
- Intorre F., 223
- Inzitari M., 500, 520
- Iovino V., 352, 492
- Ivaldi C., 500
- Izzo S.C., 459
- Jacono M., 471, 529
- Kontodimas S., 490, 523, 528
- Kuffenschin G., 115, 471
- La Masa M., 461
- La Monica A., 491
- La Sala A., 476, 505
- Lacava R., 478
- Lamanna L., 444
- Lamenza F., 503
- Lamura G., 481
- Lamurae G., 240
- Landi A., 348, 500, 506
- Landi F., 473, 480, 488, 515, 523, 529
- Langellotto A., 352
- Lapi F., 520
- Lasaponara F., 527
- Lasaracina A., 518
- Lattanzio F., 309, 476, 481, 487, 505
- Laudisio A., 492, 501, 508, 532, 535
- Lauretani F., 457, 459, 465, 471, 472, 474, 477, 484, 495, 535
- Lauretani F.L., 471, 477, 495
- Lauretani K., 499
- Lazzari I., 475, 491, 513
- Leandro G., 515
- Leonardi R., 494
- Leoncavallo A., 483, 484
- Leonelli F., 519
- Lepore M., 501
- Lepore V., 474
- Lepori T., 513, 533
- Lerro S., 461
- Lescai F., 475
- Leuzzi C., 499
- Lhotska L., 324
- Licandro A., 518
- Licata G.,
- Limongi F., 463, 501, 503
- Lione L., 501
- Lionetti L., 311
- Liperoti R., 481, 487, 502, 505, 529
- Lissolo S., 502
- Lo Balbo C., 463
- Lo Bue A., 464, 465, 484, 486, 497, 502, 518
- Lo Monaco R., 494
- Locatelli S., 457
- Locatelli S.M., 502
- Loi L., 401
- Lombardi P., 468
- Lombardo G., 479, 498
- Lombino M., 502
- Longo D.L., 524
- Longo M.G., 515, 527
- Longobardi G., 477
- Lopopolo L., 496
- Lorè E.A., 503
- Lorenzetti B., 507
- Lorenzetti L., 514, 516, 525
- Lorido A., 503
- Lozzi F., 443
- Lucarini S., 506, 531
- Lucchetti M., 204
- Lucchi E., 462, 499, 504, 530, 533
- Lucci R., 17, 495
- Luchetti L., 503
- Lumini A., 467
- Lumini E., 398
- Lunardelli M.L., 496
- Luppino A., 153
- Lussignoli G., 115, 444, 471
- Macedda N., 476, 505
- Maccioni E., 476
- Macellari V., 516
- Macheda T., 528
- Maggi C., 281
- Maggi S., 288, 356, 463, 501, 503, 532
- Maggio D., 486
- Maggio M., 459, 465, 472, 503, 524
- Magnifico F., 462, 499, 504, 530, 533
- Magnolfi S.U., 518
- Maiani G., 223
- Maina E., 478
- Maio A., 524
- Maioli F., 488, 504
- Majello M., 555
- Malentacchi F., 518
- Malgarise M., 458, 470, 533
- Malin N., 500
- Maltese G., 463
- Mameli V., 479
- Mammarella F., 492, 496, 504
- Manakos A., 17, 495
- Manca E., 301, 504, 533
- Mancini M., 462, 481, 496, 505
- Mancioli G., 481, 487, 505, 524
- Mandas A., 476, 505
- Manenti R., 478
- Manes-Gravina E., 462
- Manferrari M., 474
- Mangialasche F., 505
- Manicone M., 493
- Mannucci E., 522
- Mantineo G., 145, 459
- Mantovani G., 522
- Manuele S., 515, 525, 532
- Manzato E., 489, 495, 506, 507, 529, 532
- Manzato G., 461
- Manzi A., 501
- Maraldi C., 186
- Maraviglia A., 348, 500, 506
- Marchegiani A., 506
- Marchese G., 469, 502, 530
- Marchese M., 102
- Marchesini L., 443
- Marchetti C., 504, 506
- Marchionni N., 338, 490, 499, 500, 513, 520, 522
- Marciani M.G., 527
- Marengoni A., 494, 608
- Maresca L., 17, 495
- Margiotta A., 466, 521
- Mariani E., 485, 486, 505, 507, 512, 522
- Marietti D., 469
- Marilli R., 384
- Marin S., 507, 513
- Marinari U.M., 460
- Marinescu M.G., 96
- Marini M., 390
- Marinozzi M.L., 485, 498, 507
- Mariotti G., 468
- Marotta G., 510
- Marra C., 527
- Marrè A., 462, 499, 504, 530, 533
- Marsico G., 463, 497, 507
- Marsili V., 240
- Martella S., 503
- Martinelli D., 608
- Martinelli E., 153, 493, 508
- Martinez-Velasco A., 313
- Martini E., 465, 472, 514
- Martini F., 526
- Marzari C., 501
- Marzetti E., 309, 494, 508
- Masera F., 372
- Masotti G., 348, 499, 500, 510, 513., 520, 522
- Massone L., 508, 535
- Mastacchini S., 508
- Mastroianni F., 461, 464, 482, 518, 521
- Mastromattei A., 509, 527
- Mastronicola C., 515
- Mastronuzzi V.M.A., 469, 509
- Matera M.G., 473, 489, 509, 515, 527
- Mattanza C., 467
- Matteazzi A., 509
- Matteo R., 520
- Matteuzzi A., 467
- Mattia V., 527
- Maugeri D., 515, 525, 532
- Mauro A., 352
- Mayer F., 513, 533
- Mazzo S., 524
- Mazza M., 463
- Mazzali D., 485
- Mazzei G., 503
- Mazzella F., 352, 355, 492
- Mazzeo M.C., 481
- Mazzi M.L., 469
- Mazzoleni A., 519, 534
- Mazzoli A., 469, 470
- Mazzoni E., 204
- Mazzuco S., 514
- Mecocci P., 324, 485, 486, 505, 507, 512, 522
- Meini C., 510
- Melchiorre M.G., 240
- Mencarelli M.A., 465, 495
- Menchetti M., 459
- Menculini G., 510
- Mennoia G., 496
- Mento A., 463
- Menza C., 469
- Mereu R.M., 470
- Merlo A., 500
- Metastasio A., 486
- Metelli M.R., 514, 516
- Metter E.J., 459, 503
- Mezzetti A., 483
- Miceli S., 473
- Micera S., 316
- Michelazzi R., 517
- Migliorati G., 484, 510
- Mignemi S., 459
- Milan G., 503
- Milanese G., 481, 497
- Militello C., 490
- Minciotti G., 458
- Minciullo P.L., 510
- Minello A., 510
- Minervini S., 468, 496, 511
- Minetti L., 531
- Minghetti P., 360
- Minicuci N., 466
- Miniussi C., 478, 408
- Miraglia F., 518
- Mirone V., 490, 511, 523, 528
- Mitidieri Costanza V.A., 511
- Mocali A., 511
- Mocerino C., 475, 512, 517, 527, 528
- Modena M.G., 499
- Modugno M., 496
- Molaschi M., 153, 493, 508, 527
- Molla D., 517
- Monacelli F., 249, 530
- Monai D., 227
- Monastero R., 507
- Moncini C., 534
- Monetti L., 459
- Moniello G., 524
- Monorchio A.M., 466
- Montanari D., 531
- Montecucco I., 512
- Montesi F., 488
- Monti M., 493, 512, 526
- Monzon C., 467
- Morabito B., 493
- Morandi A., 467, 512, 524
- Morasso P., 471, 529
- Moretto M., 508
- Mori L., 440
- Morichetti C., 460
- Morichi V., 485, 498, 507, 525
- Moroni F., 514, 516, 525
- Morrione A., 348, 500, 506
- Mosa P., 443, 475, 491, 513
- Mosca R., 503
- Mosconi S., 123

- Mosele M., 526
 Mossello E., 513
 Motta L., 502
 Mucciaccia L., 461
 Mugelli A., 296, 520
 Mugelli C., 467, 513, 533
 Mulas C., 511
 Mulone S., 507, 513
 Mussi C., 126, 255, 354, 465, 487, 499, 500, 506
 Mussi S., 493
 Musumeci G., 532
 Nania V., 528
 Nardelli A., 496
 Nardi R., 341
 Nardin E., 509
 Nativio V., 504
 Neirotti M., 493
 Nerattini M., 516
 Neresini F., 467
 Neri G., 532
 Neri M., 115, 417, 458, 460, 465, 472, 514
 Neviani F., 458, 465, 472, 514
 Nicita Mauro V., 463, 510, 566
 Nico F., 508
 Nicola E., 153
 Nicoletti N., 478
 Nicolini A., 496
 Nieddu A., 488
 Nieuwlaat R., 490
 Nini P., 519
 Niro V., 347, 489, 515, 509
 Noale M., 501, 503
 Norfo C., 511
 Noro G., 195, 469, 500, 506
 Noro O., 531
 Oddo G., 484
 Odetti L., 316
 Odetti P., 41, 82, 249, 479, 485, 501, 506, 508, 530, 535
 Oliveri M., 462
 Olivetti A., 466, 521
 Olivieri V., 495
 Onder G., 473, 480, 488, 515, 523, 529
 Onea G., 515
 Onetto F., 514, 516, 525
 Ongaro F., 461, 492, 514
 Onnis A., 519
 Orini S., 514
 Orsitto G., 473, 509, 515, 527
 Orso F., 522
 Ossino M.C., 515
 Paccagnella A., 365
 Pacchioni M., 494
 Padeletti M., 338
 Padovani A., 457
 Paganelli R., 483
 Pagani M., 462, 499, 504, 530, 533
 Pagano F., 462
 Pagliari P., 521
 Pagni P., 504
 Pahor M., 186, 295, 296
 Paiusco P., 400
 Palazzo M., 493, 515
 Palmacci C., 515
 Palmari N., 481, 487, 505
 Palmas M., 470
 Palumbo D., 497
 Palummeri E., 462, 497, 500
 Pancani S., 467, 513
 Pandolfi P., 533
 Pani A., 494
 Panti A., 297
 Pantusa A., 468, 528
 Panunzi C., 513, 533
 Panza F., 472
 Panza G., 102
 Panzuto G., 489, 495
 Paoletti F., 511
 Paolisso G., 335, 457, 465, 472
 Papadia F., 479
 Papini D., 516
 Paragliola T., 514, 516, 525
 Paris F., 347, 473, 515, 527
 Parisi G., 516
 Parisi P., 463
 Parlato V., 491
 Parodi M., 457
 Pasquini V., 467, 513
 Passarino G., 329
 Patacchini F., 481, 505
 Patafi M., 510
 Patriarca S., 460
 Patrone P., 508
 Pavanello L., 400
 Pavoni N., 509
 Pazzaglia M., 514, 516, 525
 Pazzi G., 466
 Pecchi A., 484
 Pedace C., 344
 Pedone C., 170
 Pedone V., 504
 Pedron S., 480
 Pegoraro R., 367
 Pellerito S., 522
 Pelliccioni P., 496
 Pellizzari M., 506
 Peloso M., 507, 513
 Pelucchi L., 517, 532, 534
 Pentimone F., 514, 516, 525
 Peperoni G., 491
 Perissinotto E., 532
 Perna F., 223
 Perra C., 517
 Perri R., 494
 Perticone F., 473, 526
 Peruzzi A., 513
 Petraccia E., 484
 Petrella V., 475, 512, 517, 524, 527, 528
 Pettrini M., 367
 Petrò E., 123
 Petronini P.G., 482
 Petrucco A., 517
 Petruzzi E., 518
 Petruzzi I., 518
 Pezzano C., 472
 Pezzella P., 534
 Piattelli G., 498
 Piccinino A., 469, 470
 Picciocchi E., 473
 Picciolo V., 497, 518
 Picucci L., 496
 Piergentili A., 518
 Piergentili P., 566
 Pierini M.G., 518
 Piffer L., 400
 Pignatale D., 518
 Pileri C., 356
 Pileri F., 17, 495
 Pilon S., 527
 Pilotti A., 457
 Pilotto A., 347, 358, 489, 498, 473, 509, 515, 519, 527, 534
 Pineo A., 478, 481, 491
 Pini B., 483
 Pini R., 510
 Pinzani P., 518
 Pioli G., 462, 497
 Pipicella T., 479, 498
 Pirali F., 460
 Pirani A., 533
 Piras G., 401, 470, 519
 Pisacane N., 488
 Pisoni I., 519
 Pitteri A., 496, 468, 511
 Pitti G., 519
 Pizzocri S., 310
 Pizzonia M., 462, 497
 Pizzorni C., 520
 Placentino G., 347, 473, 509, 515
 Polesello G., 475, 480, 520, 523
 Poli G., 333, 489
 Polito A., 223
 Pollice S., 555
 Ponte E., 153
 Ponzoni A., 457, 520
 Popa N., 510
 Porceddu C., 533
 Postiglione A., 503
 Pozzebon M., 477, 387
 Pozzi C., 500, 513, 520
 Pozzi M., 495
 Pradelli J.M., 485
 Prete C., 479, 488
 Previderè G., 476
 Prigigallo F., 498, 530
 Priori F., 494
 Projic Mezzoli K., 532
 Pronzato M.A., 460
 Prudente L., 521
 Psaroudaki M., 17, 495
 Puddu A., 485
 Puerari F., 164
 Putignano E., 464, 478, 481, 491, 518
 Putzolu M., 511
 Putzu P.F., 301, 458, 470, 476, 504, 533
 Puzio G., 524
 Quattrocchi P., 510
 Quilici P., 488
 Radaelli S., 501
 Radice L., 458
 Raffaelli A., 480
 Raglio A., 164
 Ragni S., 421
 Ragonesi M., 54, 233
 Ramundi N., 483
 Ranieri P., 466, 478, 521
 Ranzini M., 96
 Rappelli A., 485, 498, 507
 Rasero L., 371, 388
 Raucchi C., 352
 Ravaglia G., 488
 Ravalico T., 493
 Razzano M., 462, 497
 Reda E., 518
 Rega M.L., 401
 Regini C., 492
 Rengo F., 102, 352, 355, 477, 492, 519, 534
 Restelli J., 487
 Riaño D., 320, 324
 Riboli D., 392
 Ricci A., 467, 523
 Ricci G., 466, 500, 521
 Ricciardi D., 521
 Riccio D., 301, 522
 Ricevuti G., 479, 522
 Riello F., 506
 Rietti E., 488
 Rinaldi L.A., 281
 Rinaldi P., 507, 512, 519, 522
 Risi J., 421
 Risso R., 531
 Riva F., 512
 Rizzo M.R., 335
 Roccato E., 516
 Rocco M., 515
 Rodella S., 388
 Rolfo E., 488
 Rollone M., 522
 Romanato G., 288, 501, 503
 Romanelli G., 514
 Romani R., 512
 Romboli B., 522
 Roncato A., 374
 Ronchetto F., 502
 Rosa E., 444
 Rosati C., 523
 Rossi A., 462, 481, 490, 505, 523, 528
 Rossini P.M., 457, 478, 527
 Rotondo T., 488
 Rovagnati S., 519
 Roveyaz L., 480
 Rozzini R., 467, 487, 512, 523, 524
 Ruaro C., 475, 480, 520, 523
 Ruberto C., 526
 Ruggiero C., 459, 472, 481, 487, 505, 524
 Russo A., 480, 488, 515, 523

- Russo E., 472, 479
 Russo S., 102
 Russolillo A., 483, 484
- Saba L., 524
 Sabatini F., 444
 Sabatini T., 467, 487, 512, 523, 524
 Sabbatini F., 115, 471
 Saccomanno F., 524
 Saiani M.G., 400
 Saieva A.M., 356
 Sala S., 521
 Salsi F., 465
 Salvato C., 492, 525
 Salvi F., 485, 498, 507, 525
 Salvioli G., 5, 7, 71, 80, 134, 136, 140, 201, 255552
 Salvo R., 488
 Sampugnaro M.C., 467
 Sanfilippo V., 519
 Sanguineti R., 530
 Santacaterina M., 506
 Santacaterina S., 506
 Santamaria G., 514, 516, 525
 Santangelo A., 515, 525, 532
 Santi I., 493, 526
 Santillo E., 473, 526
 Santini F., 494
 Santoriello A., 528
 Santoro C., 466, 486, 526
 Santoro I., 54
 Santus G., 460
 Sarcone E., 513
 Sarti S., 507, 513
 Saugo M., 496, 506
 Savorani G., 561
 Sbaragli S., 467
 Scaglia L.,
 Scalia S., 525
 Scalmana S., 527
 Scarafiotti C., 527
 Scarcelli C., 347, 489, 509, 515, 527
 Scarpino O., 494
 Schiattarella V., 503
 Schinella M., 468
 Sciarpa M., 518
 Scognamiglio M., 555
 Scudellari A., 514
 Scuderi N.R., 480
 Scurati S., 458
 Secco C., 496
 Segato E., 458
 Selmin F., 360
 Senin U., 481, 485, 486, 487, 505, 507, 510, 512, 524
 Serafini V., 522
 Sergi G., 513, 486, 490, 507, 526, 529, 532
 Seripa D., 347, 473, 489, 509, 515, 527
 Serra S., 475, 517, 512, 524, 527, 528
 Serratore C., 496
 Serviddio G., 528
 Sessa S., 518
 Sforza G., 499
 Sgadari A., 496, 504
 Sgrò G., 468, 528
 Sgura F.A., 499
 Sicuteri R., 490, 523, 528
 Siddi S., 533
 Silveri M.C., 407
 Silvestri A., 475, 512, 517, 524, 527, 528
 Silvola F., 532
 Simeone D., 491
 Simione I., 352
 Simonato M., 489, 495, 529
 Simoncini S., 510
 Simone P., 498
 Simone S., 495, 517
 Simonetti M., 388
 Simoni D., 513
 Simonini M., 529
 Simpson E.E.A., 223
 Sinforiani E., 494
 Sini M., 522
- Sioutis F., 499
 Siri M., 508
 Siviero P., 463, 466, 475, 486, 501, 503
 Soave A., 509
 Soldato M., 473, 529
 Solfrizzi V., 472
 Solimeno-Cipriano A., 475
 Solinas A., 504, 522
 Sorbino G.A., 510
 Sorrentino P., 503
 Spaliviero S., 400
 Spalletta G., 514
 Spallino M., 517, 529
 Spassini W., 494
 Spatola P., 472, 479
 Spazzafumo L., 525
 Speciale S., 28, 462, 499, 504, 530, 533
 Spinelli L., 469, 470
 Stocco S., 145
 Storace D., 485, 530
 Storti T., 457
 Stramaglia G., 498, 530
 Strohenger L., 110
 Stuart M., 516
 Sutura L., 469, 518, 530
 Sutura M., 223
- Taccani D., 479
 Taddei M., 531
 Tagliapietra M., 145, 459
 Taglienti A., 491
 Taglieri G., 482
 Talarico G., 526
 Talassi E., 405
 Tamborra R., 528
 Tarantini F., 522
 Tassinari A., 443
 Tassinari I., 510
 Tasso E., 531
 Taub D., 503
 Tava G., 506
 Tava O., 531
 Tavella E., 508, 531
 Terrevazzi S., 517, 532
 Testa G., 352
 Testai M., 515, 525, 532
 Tibaldi R., 496
 Tibaldi V., 508
 Tidda G., 467
 Timpini A., 608
 Toffanello E., 529
 Toffanello E.D., 490, 532
 Tognetti A., 419, 421
 Tognoni G., 516
 Tomassini C.R., 516
 Tomei A., 467, 513
 Tonucci M., 372
 Torchia C., 468
 Torpilliesi T., 513
 Torres F., 464, 482, 518, 521
 Tossato M., 58, 476, 501, 508, 532, 535
 Tosi B., 467
 Tossani C., 11
 Totaro L., 517
 Trabace L., 528
 Trabucchi M., 28, 164, 216, 462, 466, 467, 477, 478, 483, 487, 489, 499, 504, 512, 521, 523, 524, 530, 533
 Tranchina E., 486
 Trasciatti S., 479, 488
 Travagli V., 509
 Travaglini N., 467, 487, 512, 523, 524
 Traverso C., 520
 Traverso N., 331, 460
 Trentaz L., 480
 Trolese M., 507, 513
 Trudu A.M., 476, 505
 Tucci S., 473
 Turci M., 493, 533
 Turco R., 28, 462, 499, 504, 530, 533
 Tuttolomondo A., 342
- Ubezio M.C., 164
 Umidi S., 458
 Ungar A., 348, 500, 506, 510
 Urdiales C., 313
- Vacca S., 519
 Valenti G., 459, 465, 472, 509
 Valgiusti D., 508
 Valice S., 535
 Vallone F., 284
 Vallotti B., 513, 533
 Valoti P., 522
 Vangelista S., 529
 Vannucchi L., 495
 Vara A., 514, 516, 525
 Vardas P.E., 490
 Varricchio M., 475, 512, 517, 524, 527
 Vatino S., 472
 Vavalle C., 96, 443
 Vazzana R., 471, 495
 Vecchiato E., 145
 Vellone E., 401, 519
 Velo G.P., 525
 Vendemiale G., 472, 498, 528, 530
 Veneziano M., 17
 Ventagli M., 509
 Venturino A., 464
 Vergani C., 458, 460, 467
 Vernuccio L., 481, 518
 Vezzari M., 480
 Viale D., 470, 533
 Viati L., 352, 355, 492
 Vido P., 477
 Vigna G.B., 474
 Vignati M., 517, 534
 Vigorelli P., 437
 Vigorito C., 17, 495
 Villani D., 164, 494
 Vincenti C., 500
 Violo A., 514
 Virgilio A., 466, 521
 Visconti C., 492
 Vismara V., 534
 Vitale D.F., 355, 534
 Vitali F., 531
 Vitelli A., 17, 495
 Viti N.V., 534
 Viviani G.L., 82, 485, 501, 508
 Voci T.D., 478
 Volpato S., 474, 499, 534, 535
- Weinrich M., 516
 Wierer U., 480, 520
- Zacco B.,
 Zagone G., 469, 486
 Zambaldi P., 195, 469
 Zamboni V., 476, 501, 532, 535
 Zanardi L., 509
 Zanardo M., 11, 459, 474
 Zanetti E., 397
 Zanetti G., 471
 Zanetti M., 460
 Zanetti O., 115, 444, 457, 460, 478, 494
 Zanieri S., 348
 Zanocchi M., 153, 508
 Zanon A., 494
 Zaru C., 470
 Ziccardi P., 555
 Ziguora E., 508, 535
 Ziliani A.M., 451
 Zipeto A., 484
 Zocchi C., 470, 491
 Zuccalà G., 309, 462, 476, 492, 494, 501, 508, 521, 532, 535
 Zucchi P., 485
 Zuliani G., 96, 474, 535
 Zuliani O., 499
 Zuniga G., 480
 Zunino L., 464
 Zurla R., 503

Indice per Argomenti

Accreditamento <i>Accreditation</i>	140	Doxazosina <i>Doxazosin</i>	126	Paternità <i>Paternity</i>	7
Ageismo <i>Ageism</i>	7	Epidemiologia <i>Epidemiology</i>	110	Paziente anziano <i>Old patient</i>	17, 102, 136, 233, 255
AIDS <i>AIDS</i>	123	Etica medica <i>Medical ethics</i>	145	Polifarmacoterapia <i>Pbarmacology</i>	11
Ambiente rurale e urbano <i>Rural and urban environmental</i>	204	Farmacologia tradizionale <i>Traditional pbarmacology</i>	170	Polimiosite <i>Polymyositis</i>	195
Anziani <i>Old people</i>	71	Fibrillazione atriale <i>Atrial fibrillation</i>	153	Precondizionamento ischemico <i>Ischbemic preconditioning</i>	102
Anziani autosufficienti <i>Self-sufficient elder</i>	24	Formazione <i>Professional activities</i>	5	Prevenzione <i>Prevention</i>	555
Anziani non autosufficienti <i>Frail older people</i>	240	Fragilità <i>Frailty</i>	28, 255, 547	Problemi <i>Problems</i>	170
Anziani <i>Elderly</i>	54, 126, 134, 170, 255, 271	Funzioni stomatognatiche <i>Stomatognathic functions</i>	233	Qualità del lavoro <i>Job quality</i>	561
Arterite di Horton <i>Giant Cell Arteritis</i>	271	Geriatrics <i>Geriatrics</i>	201	Relazione <i>Relationship</i>	164
Artrosi <i>Osteoarthritis</i>	216	Glicerolo <i>Glycerol</i>	96	Restrizione calorica <i>Caloric restriction</i>	102, 131
Assistenza domiciliare <i>Home care</i>	204	Grandi anziani <i>Aged 75 and over</i>	204	Riabilitazione cardiologica <i>Cardiac rehabilitation</i>	17
Attività fisica <i>Physical activity</i>	102	Ictus ischemico <i>Ischbemic stroke</i>	96	Ricerca scientifica <i>Scientific research</i>	249
Auto mutuo aiuto <i>Self help groups</i>	240	Improvvisazione sonoro-musicale <i>Sound-music improvisation</i>	164	Ricerca sull'invecchiamento <i>Aging research</i>	1
Batteriuaria asintomatica <i>Asymptomatic bacteriuria</i>	58	Infarto del miocardio <i>Myocardial infarction</i>	17	Ricovero ospedaliero <i>Hospital stay</i>	136
Caldo estivo <i>Summer beat</i>	555	Infezioni di ferite chirurgiche <i>Surgical-wound infection</i>	54	RSA <i>Nursing home</i>	140
Carcinoma del pancreas <i>Pancreatic cancer</i>	608	Invecchiamento società <i>Aging society</i>	561	Salute <i>Health</i>	561
Chirurgia implantare <i>Implant surgery</i>	227	Invecchiamento <i>Ageing</i>	131, 186, 223, 547	Sanguinamenti <i>Bleeding</i>	153
Compensio metabolico <i>Metabolic control</i>	82	Ipoalbuminemia <i>Serum albumin</i>	11	Sessualità <i>Sexuality</i>	123
Compiti <i>Education</i>	5	Ipocalcemia <i>Hypocalcaemia</i>	115	Sintonizzazioni affettive <i>Affect attunement</i>	164
Complicanze <i>Adverse effects</i>	145	Ipoparatiroidismo secondario <i>Secondary hypoparathyroidism</i>	115	Società scientifica <i>Scientific society</i>	249
Congresso nazionale <i>National congress</i>	552	Ipotensione ortostatica <i>Postural hypotension</i>	126	Soddisfazione <i>Life satisfaction</i>	561
Continuità <i>Continuity</i>	71	Italia <i>Italy</i>	134	Solitudine <i>Loneliness</i>	24
Decadimento cognitivo <i>Cognitive impairment</i>	608	Liberalizzazione <i>Competition-based economics</i>	201	Soluzioni protesiche <i>Prosthetic solutions</i>	227
Declino cognitivo <i>Cognitive decline</i>	186	Malnutrizione <i>Malnutrition</i>	11	Sopravvivenza <i>Survival</i>	80
Delirium <i>Delirium</i>	28, 115	Mannitolo <i>Mannitol</i>	96	Steroidi <i>Steroids</i>	96
Demenza <i>Dementia</i>	145, 164	Medici <i>Physicians</i>	5	Stili di vita <i>Lifestyles</i>	102
Deterioramento cognitivo <i>Cognitive impairment</i>	223	Medicina geriatrica <i>Geriatric medicine</i>	1	Terapia antitrombotica <i>Antitbrombotic therapy</i>	153
Diabete di tipo 2 <i>Type 2 diabetes</i>	41	Miopatie Infiammatorie <i>Inflammatory myopatbies</i>	195	Terapia insulinica <i>Insulin therapy</i>	41
Diabete mellito <i>Diabetes</i>	608	Mortalità <i>Mortality</i>	80	Testamento biologico <i>Advanced directives information</i>	134
Diabete nel vecchio <i>Diabetes in elderly</i>	82	Musicoterapia <i>Music therapy</i>	164	Training fisico <i>Exercise training</i>	17
Diabete tipo 2 <i>Type 2 diabetes</i>	82	Novità <i>News</i>	552	Trattamento antibiotico <i>Antibiotic therapy</i>	58
Distimia <i>Dysthymia</i>	216	Nutrizione enterale <i>Tube feeding</i>	145	Valutazione multidimensionale <i>Compehensive geriatric assessment</i>	41
Dolore <i>Pain</i>	216	Obesità <i>Obesity</i>	131	Vecchiaia <i>Elderly</i>	28
				Vulnerabilità <i>Vulnerability</i>	102