

residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

TECNOLOGIA

Nuovi strumenti
per l'assistenza



ALIMENTAZIONE E SALUTE

Prevenzione e cura
passano anche
dalla tavola

RS100 STRUTTURE

Il corso 'Superare
la contenzione si può, si deve!'
fa tappa in Lombardia



LINES SPECIALIST

Prodotti assorbenti per incontinenza

**100% TRASPIRANTE
SULLA PELLE**



IL 1° CON

LOZIONE LENITIVA



Superare
la contenzione
si può,
si deve!

rs100strutture.it

RS100 STRUTTURE

2019



Bologna
22 febbraio

Emilia-Romagna

Padova
12 aprile

Veneto

Milano
21 giugno

Lombardia

Torino
25 ottobre

Piemonte

Bari
13 dicembre

Puglia



QUALITÀ ATTIVA



346755AG_06

ATTIVA, come la loro vita.

Riscoprire il sapore di casa, con un modo nuovo di pensare gli arredi per residenze assistite.

Una linea che risponde all'evoluzione di una terza età sempre più attiva, in cui la persona anziana non vive solo all'interno della struttura assistita ma continua ad uscire a socializzare.

La linea ATTIVA è un sistema versatile per progettare spazi assistiti che soddisfino gli standard di ergonomia e sicurezza senza rinunciare alle sensazioni di un ambiente domestico.





5 EDITORIALE

6 PRIMO PIANO

La degenza riabilitativa.
Facciamo chiarezza

Pietro Fiore

10 IL MEDICO

Le nuove tecnologie
del progetto Giotto

Politecnico di Torino

12

Il pioniere della robotica
ortopedica

Piergiuseppe Perazzini

15

RS100 STRUTTURE

I numeri della regione
Lombardia

La Redazione

21

ALIMENTAZIONE E SALUTE

Progetto "La forza
sia con voi!"

Giorgio Leoni

26

Alimentazione sana
e demenza

Gabriella Casu

30

Pronti alla sfida
con il cambiamento

Gabriella Casu

34

Mangiare sano
per invecchiare meglio

Giovanni Antonio Checchia

40

LA STRUTTURA

1918-2018: una storia lunga
cent'anni

Paolo Viana

44

BUSINESS SOLUTION

La Tecnologia RFId a sostegno
della lavanderia per la RSA

Sys-Dat Sanità

46

IL PROGETTO

L'arte di offrire sollievo

Ferruccio de Bortoli, Giorgio Trojsi

50

L'INTERVISTA

"Nuove" RSA in Puglia

Nicola Castro

54

SALUTE E BENESSERE

Sentirsi "stilisti" per un giorno

Sara Cavagnoli

56

TECNOLOGIA

Tecnologia multimediale
e terza età

Deborah Annolino

59

Affrontare
l'incontinenza urinaria

Giovanni Ferrari

63

GESTIONE

Le regole della "nuova" privacy

Lucia Spadoni, Gabriele Chiarini

67

SCENARI

L'anziano nella medicina legale,
un tema moderno

Gloria Luigia Castellani

70

VETRINA

Segreteria commerciale



CHANGE YOUR
THINKING



La cartella clinica elettronica innovativa

tuttixte.it | ✉ info@tuttixte.it | ☎ 031 56 21 610

Cercasi geriatri (urgentemente)

Maria Giulia Mazzoni
Direttore Responsabile



L'Italia, lo abbiamo detto più volte anche dalle colonne della nostra rivista, è un Paese che invecchia ma che, a ben vedere, non sembra pronta a farlo nel migliore dei modi. L'ultimo allarme arriva dal presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, il professore Raffaele Antonelli Incalzi che senza mezzi termini descrive una società che si rivelerà presto del tutto impreparata ad affrontare i cambiamenti sociali che l'attendono. A fronte di un sensibile aumento dell'età media – sottolinea infatti Incalzi – gli specialisti in grado di curare a 360 gradi gli anziani affetti da comorbidità o da malattie complementari sono infatti stimabili in poco più di 2.000 unità, un numero per giunta destinato a divenire ancora più basso – leggasi insufficiente – rispetto alle crescenti necessità. Tradotto in termini semplici: presto non saremo capaci di soddisfare appieno la 'richiesta'.

Ma per comprendere ancora meglio la portata della denuncia di Incalzi, facciamo un po' di conti partendo da una premessa: gli over 65, in Italia, sono circa 13,8 milioni ma il loro numero, stando alle proiezioni, è destinato a raggiungere i 20 milioni nel 2050. Ora, tutti sappiamo che dalla soglia dei 70 anni di età, circa l'80% degli anziani risulta affetto da almeno due o più patologie croniche (parliamo ad esempio di cardiopatie, osteoporosi, pressione alta o diabete), il che implica la necessità di essere seguiti da un medico specializzato.

"Non di rado i medicinali che fanno bene per una malattia potrebbero peggiorarne un'altra. La valutazione d'insieme della salute degli anziani e, soprattutto degli over 80, è quella che spetta al geriatra, vero e proprio coordinatore in grado di tarare le cure sulle necessità e fabbisogni del singolo paziente".

Serve un geriatra, quindi, che con esperienza e competenza possa muoversi nel migliore dei modi. Ma su quanti geriatri possono contare gli over 65 italiani?

"Ve ne sono, oggi, appena 2.000 in tutta Italia – fa di conto Incalzi – e ogni anno ne vengono formati solo 169 perché questo è il numero delle nuove borse di specializzazione finanziate ogni anno". Il calcolo del fabbisogno fatto finora, infatti, *"ha tenuto conto, e per difetto, solo delle necessità nei reparti degli ospedali. Ma non ha tenuto conto dell'impiego in strutture territoriali per l'assistenza domiciliare erogata dalle Asl e neppure di quello nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa), sia pubbliche che private".*

Forse, e siamo noi a prenderci la libertà di tirare le somme, sarebbe il caso di ragionarci su. Buona lettura. ●

La degenza riabilitativa. Facciamo chiarezza

Alte specialità riabilitative? Importanti, ma vanno inserite in una rete di servizi per garantire la continuità di presa in carico. In questa analisi il presidente della SIMFER, Pietro Fiore, entra nel merito di una questione complessa: la degenza a scopo riabilitativo. Cos'è? Come funziona? Quali sono le regole in Italia e cosa potremmo fare per migliorarne efficacia e qualità?

Pietro Fiore
Presidente SIMFER



La recente sentenza del Consiglio di Stato che ha annullato il decreto ministeriale 70 del 2015, nella parte in cui fissa il numero di posti letto per la neuro-riabilitazione, ha avuto un'importante risonanza mediatica. Al di là del tema specifico, ha portato alla ribalta i temi della rilevanza dell'assistenza riabilitativa, dell'organizzazione delle reti dei servizi riabilitativi a livello nazionale e regionale e della necessità di azioni programmatiche organiche, non settoriali e di lungo respiro, volte al miglior soddisfacimento dei bisogni degli assistiti e delle loro famiglie in tutte le fasi del percorso riabilitativo.

La riabilitazione è un settore di rilevanza crescente in ambito sanitario, come riconosciuto anche dall'OMS, che la definisce una "priorità del XXI secolo" per i sistemi sanitari di tutto il mondo. È dimostrato che favorire il recupero delle persone con disabilità, transitoria o permanente, comporta benefici in termini di salute ma anche rispar-

mio di risorse per il sistema sanitario e di welfare, riducendo la necessità di assistenza nel lungo periodo.

Nel nostro Paese, il DM 70/2015 definisce indicatori numerici precisi relativi al numero complessivo di posti letto per l'area della postacuzie che include la riabilitazione (0,7/1000 abitanti, di cui almeno lo 0,2/1000 per la lungodegenza). Definisce inoltre lo standard oggetto della recente sentenza del Consiglio di Stato per i posti letto di neuroriabilitazione (identificati con il codice 75) nella misura dello 0,02/1000. Per un altro settore di cruciale importanza nella rete dei servizi riabilitativi, quello della degenza di riabilitazione intensiva, identificato con il codice 56, il DM non indica parametri numerici, che vengono invece affidati alla programmazione regionale.

La conseguenza paradossale di questa situazione è che parte della programmazione dell'offerta riabilitativa in regime di ricovero si basa su indici definiti a livello nazionale, men-

tre per un'altra parte si dovrebbe fondare su normative regionali, peraltro finora ispirate a criteri diversi e a volte neppure esplicitamente definiti. Infatti, la dotazione di posti letto cod. 56 nelle diverse regioni è sensibilmente disomogenea (da un minimo di 0,23 a un massimo di 0,75/1000 abitanti).

Il problema è ancor più rilevante se si pensa che la struttura portante nell'offerta di degenza a livello nazionale è rappresentata proprio dalle strutture riabilitative intensive cod. 56. I posti letto di riabilitazione intensiva cod. 56, distribuiti capillarmente a livello nazionale, sono quasi otto volte più numerosi dei posti letto di alta specialità riabilitativa. Nel 2017 sono stati effettuati 310.000 ricoveri nelle strutture cod. 56, a fronte di circa 20.000 nelle strutture cod. 75 e circa 4.500 nelle Unità Spinali (cod. 28). Dei circa 8 milioni di giornate di degenza erogate in strutture intensive cod. 56, la maggior percentuale, quasi 3 milioni, riguardavano interventi riabilitativi intensivi per persone con disabilità di origine neurologica (affette da ictus cerebrale, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e altre condizioni). Altre quote rilevanti riguardano le disabilità di origine muscolo scheletrica e cardiorespiratoria.

È evidente la necessità di porre più attenzione a questo settore della degenza riabilitativa, qualificandone e valorizzandone ulteriormente le attività. È necessario sviluppare finalmente criteri condivisi sulla quantità dei posti letto cod. 56, e sulle modalità di monitoraggio e valutazione delle loro attività, pur tenendo conto delle peculiarità regionali e locali, in modo da assicurare un livello di prestazione relativamente omogeneo e confrontabile, a tutela dell'equità di accesso e fruizione delle cure. Queste strutture infatti sono deputate a dare risposta qualificata a un ampio spettro di condizioni disabilitanti di diversa origine, comprese le situazioni "di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa" (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011), che sono di sempre più frequente riscontro.

Le strutture di alta specialità riabilitativa hanno anch'esse una funzione essenziale nella presa in carico riabilitativa per condizioni

disabilitanti gravi e specifiche, ma non possono svolgere appieno il loro ruolo se non inserite in una rete complessiva di servizi che consenta anche l'accesso tempestivo e appropriato agli altri setting di cura e livelli assistenziali, in particolare a livello territoriale. È necessario quindi definire indicatori quantitativi condivisi su tutte le tipologie di servizi, su cui basare la programmazione e per perseguire l'integrazione fra le diverse componenti appartenenti sia al pubblico sia al privato accreditato, con pari dignità, in particolare per far fronte alle condizioni disabilitanti di lunga durata.

Una criticità importante, e più volte sottolineata dalla SIMFER, riguarda l'inadeguatezza dei flussi informativi a livello nazionale in relazione alla codifica, al monitoraggio e alla valorizzazione dell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda in particolare la degenza, è noto che il flusso SDO, basato sulle codifiche ICD, non è adeguato a descrivere compiutamente gli aspetti rilevanti del paziente (stato funzionale, complessità, multimorbilità), né del processo di cura né dei suoi esiti. Inoltre, l'estrema disomogeneità nelle modalità di codifica rende poco affidabili l'analisi delle attività e i confronti fra diverse strutture e realtà regionali. Ancora più problematica è la situazione dei flussi informativi a livello ambulatoriale e territoriale e delle strutture intermedie, a cui peraltro la programmazione sta cercando di porre rimedio. Inoltre, non esistono al momento sistemi efficaci per valutare l'aspetto della continuità delle cure, essenziale in riabilitazione.

Per dare un contributo costruttivo nell'affrontare queste criticità, la SIMFER ha da tempo sviluppato diverse proposte, in parte basate su esperienze positive a livello locale; ne riportiamo alcune:

1. Riguardo alle modalità di codifica da in-

Una criticità importante, e più volte sottolineata dalla SIMFER, riguarda l'inadeguatezza dei flussi informativi a livello nazionale in relazione alla codifica, al monitoraggio e alla valorizzazione dell'assistenza riabilitativa

serire nei flussi informativi ordinari per la Degenza Riabilitativa, si ritiene necessario nell'immediato definire almeno un set minimo di criteri di codifica omogenei e validi a livello nazionale, per arrivare ad inserire nella SDO indicatori funzionali, nella prospettiva di arrivare a una SDO riabilitativa (SDO-R) veramente in grado di descrivere, monitorare e valorizzare in modo adeguato gli aspetti rilevanti dell'assistenza, e ispirata a modelli diversi dall'ICD, come la classificazione ICF. L'interesse e la disponibilità recentemente manifestate dal programmatore nazionale verso lo sviluppo della SDO-R confermano la validità della proposta, su cui ovviamente la SIMFER è disponibile a offrire il proprio contributo tecnico-professionale.

2. Un altro aspetto che la SIMFER ritiene

importante per garantire continuità e tempestività ai percorsi riabilitativi) riguarda l'esplicitazione formalizzata (che dovrebbe divenire un adempimento di tutte le Aziende Sanitarie) delle caratteristiche dell'offerta locale, in termini di strutture riabilitative (ospedaliere e territoriali) ma anche e soprattutto in termini di collegamenti funzionali fra di esse e di percorsi terapeutici definiti al suo interno. Tale assetto della rete di servizi, coerentemente integrata nel quadro di un'organizzazione tipo dipartimentale, è già presente in diverse esperienze locali. È un elemento essenziale per una reale integrazione fra offerta pubblica e accreditata, e per superare logiche di tipo competitivo che generano inefficienze a danno di chi fruisce dei servizi.

3. Altro elemento importante, a garanzia della continuità di cura e della tempestività di accesso all'assistenza riabilitativa, è l'effettiva attuazione di quanto disposto dall'art 44 del DPCM 12 gennaio 17, in tema di definizione dei percorsi riabilitativi e di sviluppo del Progetto Riabilitativo Individuale attraverso competenze specialistiche. In questo ambito lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa e il team riabilitativo giocano un ruolo cruciale. La SIMFER sta elaborando proposte di modelli operativi per dare concreta attuazione a questo aspetto, adattabili alle diverse situazioni locali dell'offerta.

4. Come ultimo punto, ma non meno importante, la SIMFER sostiene la necessità di una migliore valorizzazione della casistica più complessa accolta nelle strutture di degenza cod. 56. È vero, infatti, che le situazioni a maggior fabbisogno riabilitativo e assistenziale, di sempre più frequente riscontro, non sono adeguatamente valorizzate in termini tariffari in questo setting.

La SIMFER auspica che questi temi, e più in generale le problematiche dell'assistenza riabilitativa, vengano tenute in debito conto in sede di definizione e attuazione del nuovo Patto per la Salute 2019-21. ●





Soffisof

GENTLE CARE



LA NUOVA LINEA PER TUTTI I TIPI DI INCONTINENZA

www.soffisof.it

Le nuove tecnologie del progetto Giotto

Prende il via un innovativo progetto mirato a implementare l'utilizzo di nuovi materiali e della tecnologia 3D per il trattamento delle fratture da osteoporosi, una delle patologie più comunemente legate alla terza età. Si tratta di uno sforzo, finanziato dall'Unione Europea, che vedrà lavorare fianco a fianco scienziati e produttori. Vediamo di cosa si tratta

Politecnico di Torino

L'osteoporosi (letteralmente "osso poroso") è una malattia ossea molto comune, più frequente dopo la menopausa e con l'invecchiamento, ma può manifestarsi anche in giovane età. Si verifica quando il corpo perde troppa massa ossea e di conseguenza le ossa diventano deboli e fragili: così fragili che una caduta o anche lievi sollecitazioni come piegarsi o tossire possono causare una frattura. È stato calcolato che nel mondo una frattura osteoporotica si verifica ogni tre secondi ed è più probabile che interessi l'anca, la colonna vertebrale o il polso, ma anche altre ossa possono rompersi. Dopo una frattura, i pazienti possono perdere la loro indipendenza, soffrire di dolore cronico e depressione, così l'osteoporosi si trasforma in un notevole carico socio-economico. Il progetto GIOTTO è finan-

ziato dall'Unione Europea nell'ambito del programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 e sfrutterà i materiali più recenti e le tecnologie più avanzate per aiutare i sistemi sanitari a combattere le conseguenze di questa malattia. I medici collaboreranno con scienziati e produttori di dispositivi medici per sviluppare e testare nuove soluzioni basate su tecnologie all'avanguardia, come la stampa 3D e i nanomateriali intelligenti. Saranno progettati dispositivi *ad hoc* per i diversi tipi di fratture osteoporotiche in grado di stimolare la rigenerazione ossea e di ridurre la perdita. Oltre alla stampa 3D e alle tecnologie più all'avanguardia per la produzione di *scaffold* ossei, verranno utilizzate anche le tecnologie più avanzate come la nano-funionalizzazione per il rilascio intelligente di molecole attive. L'uso di tecnologie di produzione additiva consentirà la personalizzazione dei dispositivi, in modo da rispondere meglio al tipo di anatomia e frattura del paziente. Un'ulteriore spinta verso la personalizzazione dei disposi-

tivi di GIOTTO potrà essere ottenuta con l'uso di nanoparticelle magnetiche funzionalizzate, in grado di promuovere, sotto l'influenza di un campo magnetico, l'attività biologica delle cellule attraverso uno stimolo meccanico controllato. Verrà sviluppata una piattaforma di Internet of Things (IoT) per raccogliere dati misurabili sull'efficacia dei dispositivi e fornire un software di supporto decisionale per migliorare la progettazione, la fabbricazione e la funzione clinica dei dispositivi proposti. Fin dall'inizio del progetto, la sicurezza e la sostenibilità delle soluzioni finali guideranno lo sviluppo generale, attraverso test e il coinvolgimento degli enti regolatori. Il meeting preliminare del progetto GIOTTO si è tenuto a Bruxelles il 4 e il 5 febbraio scorsi. I rappresentanti delle 14 istituzioni partner di 10 Paesi europei si sono riuniti con l'officer della Commissione europea, Matteo Bonazzi, lo Stakeholder Board e il coordinatore del progetto, Chiara Vitale-Brovarone docente del Politecnico di Torino, per dettagliare il piano di attività per il primo anno del progetto. I partner di ricerca sono il Politecnico di Torino (Italia), l'Università Complutense di Madrid (Spagna), che si occupano di nanobiomateriali intelligenti per la rigenerazione ossea, e l'Università di Newcastle (Regno Unito) per lo sviluppo di miscele polimeriche riassorbibili. Questi tre partner svilupperanno anche strategie per la funzionalizzazione della superficie con nuove biomolecole. Le competenze nell'ambito della biofabbricazione additiva provengono dall'Università di Pisa (Italia) e dall'Universiteit Maastricht (Paesi Bassi). Formulazioni a base di collagene e miscele polimeriche biorassorbibili sono un'altra area di competenza coperta dal gruppo del Politecnico di Torino (Italia) e dell'Università di Newcastle (Regno Unito). La valutazione in vitro della biocompatibilità in una coltura che mimi il microambiente osseo sarà effettuata dalla Foundation for Research and Technology Hellas (Grecia), mentre la Dublin City University (Irlanda) si occuperà di modellazione multiscala e caratterizzazione meccanica. La partnership industriale è stata concepita per fornire l'esperienza e le competenze necessarie per tradurre i risultati di GIOTTO in dispositivi medici all'avanguardia, vicini al pa-

ziente e al mercato. Sono state coinvolte due PMI con un core business nella produzione di nanomateriali, Fluidinova SA (Portogallo) per le nano-idrossiapatiti e i vetri bioattivi mesoporosi arricchiti con ioni terapeutici e Tecnan (Spagna) per le nanoparticelle superparamagnetiche funzionalizzate. Cellink AB (Svezia), azienda leader nella stampa 3D e nella produzione di inchiostri biomedicali è stata coinvolta nel progetto per sviluppare nuovi inchiostri biomedicali e realizzare dispositivi medici 3D. Il collagene funzionalizzato e la biomolecola in grado di inibire il riassorbimento osseo saranno sviluppati da Novaicos SRLS (Italia), Biomech Innovations AG (Svizzera) stabilirà modelli economici sanitari per identificare le potenziali coorti di pazienti per i dispositivi sviluppati in GIOTTO e supervisionerà l'implementazione delle migliori strategie etiche. L'innovazione IoT sarà sviluppata all'intero del progetto sia da un partner di ricerca (Dublin City University – Irlanda) che da un'azienda leader in questo campo Yodiwo (Grecia). BeWarrant (Belgio) gestirà le fasi di diffusione e comunicazione del progetto verso tutti i gruppi di stakeholder, per garantire che tutte le persone interessate siano a conoscenza delle attività e dei risultati GIOTTO. ●



Il pioniere della robotica ortopedica

Il chirurgo ortopedico Piergiuseppe Perazzini, pioniere della robotica per protesi d'anca e del ginocchio, festeggia i suoi primi duemila interventi e ci concede questa intervista grazie alla quale entriamo nel merito di una delle più promettenti tecniche chirurgiche applicate in ortopedia

Piergiuseppe Perazzini
Chirurgo ortopedico



Sono oltre 2mila gli interventi di protesi d'anca e ginocchio in chirurgia robotica per il pioniere della metodica il chirurgo ortopedico Piergiuseppe Perazzini di Verona, detentore del primato italiano di interventi di implantologia di protesi d'anca e ginocchio con tecnica robotica. A dirlo sono i dati diffusi dall'azienda Stryker, madre della tecnologia "Mako", relativi al 2018.

Nel corso dell'anno, fino al 31 agosto, sono stati 5mila gli interventi totali realizzati in Italia e di questi 2164 dal dottor Perazzini nella Clinica San Francesco di Verona. Un primato che il veronese Perazzini detiene ormai dal 2011 quando fu lui stesso a effettuare il primo intervento di impianto protesico di ginocchio fuori dagli Stati Uniti.

Le competenze e la lunga esperienza del dottor Perazzini lo hanno fatto diventare il massimo esperto del settore a cui i colleghi si rivolgono per imparare ad usare i robot. Laboratori tecnici,

live surgery e lezioni frontali: così Perazzini fa scuola in Italia e all'estero. Grazie all'esperienza e alle competenze è diventato il fulcro attorno a cui ruotano tutti quei professionisti che vogliono imparare a usare e a perfezionarsi nell'utilizzo dei robot Mako all'interno della sala operatoria come unico strumento al mondo in grado di operare per sostituire una protesi di anca e ginocchio. Gli interventi di protesi di anca e ginocchio del dottor Perazzini della sua équipe sono noti anche per la caratteristica di mini invasività, ovvero di conservazione dei tessuti; questo garantisce ancora di più un recupero veloce del paziente post operatorio. Lo staff della Clinica San Francesco, ha inoltre stabilito un altro primato. È riuscito, infatti, a differenza di quanto si sosteneva tra esperti di robotica protesica, a effettuare l'intervento di impianto di protesi d'anca con accesso per via anteriore, riducendo così ulteriormente il post operatorio e regalando al paziente la possibilità di muoversi da subito.

La chirurgia protesica robotica è ormai una realtà consolidata nel nostro paese, il dottor Piergiuseppe Perazzini, ne è il suo più autorevole rappresentante per questo ha ritenuto fondare il CORE, Centro di ortopedia robotica europeo, accreditato come il centro ufficiale in Europa di Addestramento per l'artroplastica parziale e totale di anca e ginocchio (*MAKO-plasty*) dalla Mako Surgical, ed è diventando un punto di riferimento e scuola di formazione per i chirurghi ortopedici di tutto il mondo.

Il paziente e il suo punto di vista

Settanta anni, nella vita ha svolto la professione di consulente, il paziente non si definisce uno sportivo, ma pratica attività come nuoto e lunghe passeggiate almeno una volta alla settimana.

A ottobre del 2018 è stato operato di sostituzione protesica dell'anca destra con tecnica robotica, per un problema di artrosi che risa-

liva a qualche anno prima. Il paziente dovrà essere operato anche all'anca sinistra di protesi sempre con tecnica robotica. L'intervento non ha avuto nessun tipo di complicazione e si è risolto nei tempi previsti dal protocollo.

Come si è accorto di avere un problema?

Due anni fa, dopo una breve passeggiata ho fatto i soliti esercizi distensivi delle gambe, qualche torsione del busto per rilassare la schiena ed ecco che si presenta un disagio proprio all'altezza dell'anca destra. Non si trattava di dolore era più un indolenzimento che però mi dava difficoltà a camminare. Dopo qualche tempo ho fatto degli accertamenti: TAC e Rx e sono andato a farmi controllare da un ortopedico. Il dottore mi disse che si trattava di una leggera artrosi che mi causava disagio, affaticamento, stanchezza muscolare e che avrei dovuto fare dei massaggi. Dopo qualche mese accadde che, mentre stavo fa-

Nella foto il dott. Piergiuseppe Perazzini



Il CORE, Centro di ortopedia robotica europeo, accreditato come il centro ufficiale in Europa di Addestramento per l'artroplastica parziale e totale di anca e ginocchio (MAKOplasty) dalla Mako Surgical, è diventato un punto di riferimento e scuola di formazione per i chirurghi ortopedici di tutto il mondo

Lendo sci di fondo, avvertii un indurimento muscolare che mi bloccò la gamba e che mi rese claudicante. Si trattava però di uno stato di zoppia momentaneo che andava e veniva a seguito di alcuni movimenti evidentemente sbagliati. Mi sono così deciso a sentire un secondo parere e quindi mi rivolsi a un secondo ortopedico il quale confermo la diagnosi e mi consiglio però di non operarmi poiché sarebbe stato un intervento doloroso, poco risolutivo e soprattutto con un decorso e un recupero lungo. Mi sono fidato e ho continuato a fare massaggi, ma nulla cambiava, quindi grazie al consiglio di un fidato fisiatra, che mi ha suggerito di operarmi subito e non procrastinare, mi sono rivolto al mio medico di base e sono venuto a conoscenza della Clinica San Francesco e della chirurgia robotica protesica del dottor Pier-

giuseppe Perazzini.

Come è andato l'intervento?

Devo dire bene. È importante secondo me sottolineare che per tutta la durata di questa esperienza non ho mai avvertito dolore. Soprattutto in fase post operatoria e in quella riabilitativa non ho avvertito alcuna sofferenza. Dopo l'intervento, mi hanno rimesso in piedi subito e devo dire che è andato tutto bene. Ho svolto un'attività di fisioterapia, come da protocollo della Clinica, che è durata circa 15 giorni e poi a casa.

Oggi, dopo un intervento di chirurgia robotica protesica all'anca, svolge le stesse attività di prima?

Ho ripreso a camminare e sono quasi vicino al mio record di chilometri per ogni uscita che

sono circa 10. Proseguo con il nuoto e vedo progressi di settimana in settimana. Il problema dell'anca destra è ormai un antico ricordo. Adesso qualche problemino lo sta dando l'anca sinistra, ho già fatto tutti i controlli con il dottor Perazzini e a marzo sarò operato.

Ma sentiamo cosa ci dice il prof. Giuseppe Perazzini.

Come si presentava l'anca al momento dell'operazione?

Il paziente era affetto da un'artrosi bilaterale più sintomatica a destra; il quadro radiologico evidenziava un'importante usura della cartilagine articolare associata a una deformazione della testa femorale e clinicamente era presente una limitazione della mobilità dell'anca particolarmente nella rotazione interna e nell'abduzione. Certamente la patologia era iniziata già da qualche anno ed era andata progressivamente peggiorando, limitando sempre di più la funzionalità dell'articolazione e compromettendo la postura e il modo di camminare del paziente.

Come si è svolto l'intervento?

La procedura chirurgica si è svolta secondo il protocollo previsto per la metodica robotizzata Mako, ossia paziente supino, via di accesso diretta anteriore mininvasiva che penetra in profondità fino all'articolazione divaricando la muscolatura senza mai sezionarla. La mappatura dei segmenti ossei (testa del femore e cotile) è la fase successiva che serve a sovrapporre la realtà al virtuale, ossia la conformazione anatomica del paziente alle informazioni raccolte attraverso la TAC 3D preoperatoria. La resezione del collo femorale, la preparazione del femore e dell'acetabolo sono i passaggi successivi; il posizionamento delle componenti protesiche non cementate negli alloggiamenti definiti sulla base dei parametri rilevati dal sistema e realizzati con l'ausilio del braccio robotico controllato dal software, sono le fasi conclusive dell'intervento. Prima della sutura della ferita vengono eseguite delle manovre per verificare la stabilità dell'impianto. La procedura ha avuto un decorso regolare e si è conclusa nei tempi previsti. ●

I numeri della regione Lombardia

La terza tappa del corso "Superare la contenzione. Si può, si deve" si ferma a Milano e, come d'abitudine, prima di entrare nel merito delle tematiche trattate, tracciamo il quadro delle politiche messe in campo dalla Regione "ospitante" a favore della popolazione

Un bell'esempio quello della Regione Lombardia dove, a partire dalla metà del gennaio scorso, gli anziani in condizioni di fragilità e disabili in possesso dei requisiti previsti possono fare domanda per ottenere un voucher destinato a migliorare la loro qualità di vita. La Regione ha infatti messo a disposizione complessivamente 6.480.000 euro ripartiti in 3 milioni destinati agli over 65 anni, 3 milioni per i disabili e 480.000 per gli anziani che vivono nell'Area interna dell'Appennino Lombardo, Alto Oltrepò pavese.

In una nota diffusa da Silvia Piani, assessore alle Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità, si sottolinea come *"I voucher vengono riconosciuti tramite gli enti capofila dei 96 Ambiti lombardi: comuni, comunità montane, consorzi e aziende speciali. Quindi sono molto mirati. Sono finalizzati all'attivazione di servizi nei settori casa, rete familiare e comunità, intesa come ambiente di vita. Perciò consentono, secondo modalità innovative, una presa in carico che mira al benessere psicofisico*

dei beneficiari così da rendere più vivibili le loro giornate. Il che significa poi garantirne l'autonomia, facilitarne il movimento e la socializzazione". Ma entriamo nel merito. I tre milioni di euro, per una prima linea d'intervento, sono rivolti a quanti hanno più di 65 anni, con Isee non superiore a 20.000 euro, che vivono nel proprio domicilio, con condizioni di compromissione funzionale lieve o che causa una minore cura di sé e dell'ambiente domestico. Ma anche di povertà relazionale, intesa come rarefazione delle relazioni familiari e dei rapporti di amicizia. I tre milioni sono poi dedicati a una seconda linea d'intervento che si rivolge a giovani e adulti con disabilità a forte rischio di esclusione sociale, di età pari o superiore a 16

a cura della
Redazione

anni e con Isee non superiore a 20.000 euro. Ai destinatari verrà assegnato un voucher nominativo di 4.800 euro. Si tratta dell'ultima, in ordine di tempo, iniziativa della Regione Lombardia volta a favore della popolazione fragile e anziana. Ma entriamo ne dettaglio di quali sono le offerte di assistenza previste dalla regione.

Strutture sociali

Le strutture sociali sono luoghi dedicati a chi ha necessità di un servizio o di una prestazione, per un periodo breve o lungo, o a chi deve affrontare un momento di difficoltà (disagio, difficoltà di inclusione sociale ecc). Le strutture sociali sono differenti per utenza e per tipologia, possono essere pubbliche o private accreditate e si distinguono per aree di servizio, come di seguito riportato:

- **minori:** Comunità Educative, Comunità Familiari, Alloggi per l'Autonomia, Nidi, Micro Nidi, Centri Prima Infanzia, Nidi Famiglia, Centri di Aggregazione Giovanile, Centri Ricreativi Diurni;
- **disabili:** Comunità Alloggio, Centri Socio Educativi (CSE), Servizio di Formazione all'Autonomia per persone disabili (SFA);
- **anziani:** Centri Diurni Anziani, Alloggio Protetto Anziani, Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.).

Per accedere alle strutture sociali, il cittadino deve rivolgersi direttamente alle strutture per conoscere la disponibilità di posti, tariffe e caratteristiche del servizio come previsto nella Carta dei Servizi. Qualora il cittadino avesse necessità di un sostegno può fare riferimento



ai servizi sociali del proprio Comune di residenza.

Alloggio protetto per anziani

L'alloggio protetto è rivolto a persone di età superiore ai 65 anni, singoli o coppie che conservano un sufficiente grado di autonomia e che tuttavia necessitano di un ambiente controllato e protetto. Si caratterizza per la presenza, oltre alle abitazioni, di spazi comuni e per l'offerta di servizi/prestazioni sociali resi occasionalmente o continuativamente dal gestore.

Centro diurno per anziani

È un'unità di offerta che fornisce un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione. Si propone di assicurare agli anziani effettive possibilità di vita autonoma e sociale, favorendo il rapporto di comunicazione interpersonale e le attività ricreative e culturali.

Alloggio sociale per anziani

Soluzione abitativa in grado di garantire tutela e protezione a persone anziane, di età uguale o superiore a 65 anni, fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione.

Residenzialità assistita

La Misura della Residenzialità assistita si rivolge ai cittadini di età uguale o superiore a 65 anni che si trovano in situazione di fragilità e/o autosufficienza parziale. La misura prevede l'erogazione, in un ambiente controllato e protetto, di servizi di natura socio sanitaria e assistenziale utili a supportare il mantenimento delle capacità residue della persona, con l'obiettivo di ritardarne il declino delle condizioni psicofisiche e di socialità. Possono beneficiare della Misura cittadini – prioritariamente provenienti dal domicilio – rispondenti ai seguenti criteri:

- anziani fragili di età pari o superiore a 65 anni;
- residenti in Lombardia;
- con limitazione dell'autonomia solo parziale;

- con rete di sostegno inadeguata o in temporanea situazione di criticità.

Alcune condizioni specifiche sono tuttavia causa di incompatibilità all'accesso alla Misura, come meglio descritto più avanti.

Le prestazioni erogabili

Le prestazioni sociosanitarie erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale attraverso la Misura della Residenzialità assistita riguardano ambiti diversi quali:

- rieducazione funzionale, attività di cammino, attività fisica adattata;
- prestazioni infermieristiche di base (punture, medicazioni semplici, controllo delle stomie, ecc.);
- monitoraggio dei farmaci, controllo del peso, dell'alvo, dell'idratazione;
- controllo dell'igiene quotidiana;
- stimolazione delle capacità cognitive;
- attività socializzanti;
- accompagnamento a visite, esami, prelievi.

Come accedere

Le prestazioni sociosanitarie erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale attraverso la Misura della Residenzialità assistita riguardano ambiti diversi quali:

- rieducazione funzionale, attività di cammino, attività fisica adattata;
- prestazioni infermieristiche di base (punture, medicazioni semplici, controllo delle stomie, ecc.);
- monitoraggio dei farmaci, controllo del peso, dell'alvo, dell'idratazione;
- controllo dell'igiene quotidiana;
- stimolazione delle capacità cognitive;
- attività socializzanti;
- accompagnamento a visite, esami, prelievi.

Incompatibilità

La Misura di norma non è riconoscibile a persone allettate e/o con significativi problemi di deambulazione; può tuttavia essere riconosciuta a persone non deambulanti che alla Valutazione riportino un punteggio alla Scala di Barthel Modificata maggiore o uguale a 60. Sono escluse dall'accesso alla Misura le persone con problemi di demenza moderata o severa, che alla Valutazione riportino un pun-

La Misura Residenzialità assistita si rivolge ai cittadini di età uguale o superiore a 65 anni che si trovano in situazione di fragilità e/o autosufficienza parziale

teggio alla scala CDR maggiore o uguale a 2. La Misura è di norma incompatibile con l'utilizzo/con la frequenza di altre unità di offerta della rete sociosanitaria residenziale o semi-residenziale.

L'eventuale erogazione di Assistenza Domiciliare Integrata prevede la sospensione della Misura.

La Misura risulta tuttavia compatibile con l'erogazione di interventi di Assistenza Domiciliare Integrata prestazionale (prelievi, cambio catetere, ecc.) e con altre prestazioni di tipo ambulatoriale.

Allo stesso modo le Cure Palliative Domiciliari possono essere erogate contestualmente alla Misura purché la persona sia in condizioni compatibili con la permanenza in struttura.

RSA aperta

La RSA Aperta è una Misura innovativa che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e socio-sanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile, con l'obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale. In relazione alla tipologia di bisogno di ciascun utente, la Misura permette di accedere a un set di prestazioni in modalità flessibile.

Le prestazioni, erogate dalle RSA lombarde accreditate aderenti alla Misura, si rivolgono a persone residenti in Lombardia iscritte al Servizio Sociosanitario Regionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

- demenza certificata da un medico specialista geriatra o neurologo di strutture accreditate/équipe ex U.V.A. (Unità Valutazione Alzheimer) ora C.D.C.D (Centri per Deficit Cognitivi e Demenze);
- anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi

civili al 100%.

In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana.

Alcune condizioni specifiche sono tuttavia causa di incompatibilità all'accesso alla Misura, come meglio descritto più avanti.

Le prestazioni erogabili

La Misura, in base alle tipologie di beneficiari e ai bisogni rilevati, permette di accedere a prestazioni diverse, quali a titolo esemplificativo:

- per persone affette da demenze (in relazione al grado di gravità certificato):
 - interventi di stimolazione cognitiva,
 - interventi di consulenza alla famiglia per gestione disturbi del comportamento,
 - interventi di supporto psicologico al caregiver,
 - ricoveri di sollievo,
 - interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie,
 - igiene personale completa,
 - interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento,
 - consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per l'adattamento degli ambienti abitativi,
 - interventi di riabilitazione motoria,
 - nursing,
 - interventi per problematiche legate alla malnutrizione/disfagia,
 - consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per l'adattamento degli ambienti abitativi;
- per anziani non autosufficienti con invalidità civile al 100% (in condizioni di dipendenza totale rilevata con apposita scala):
 - interventi per il mantenimento delle abilità residue,
 - consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per la protesizzazione degli ambienti abitativi,
 - consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all'alimentazione,
 - consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifi-

- che relative all'igiene personale, interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in sostituzione del caregiver,
- accoglienza in RSA per supporto al caregiver (solo in territori sprovvisti di Centri Diurni Integrati).

Come accedere

La RSA Aperta è una Misura attiva presso le RSA accreditate che hanno stipulato apposito contratto con le Agenzie di Tutela della Salute.

Per accedere alla RSA Aperta gli utenti – o i loro familiari – devono presentare domanda direttamente presso la RSA scelta tra quelle aderenti alla Misura.

A seguito di presentazione della domanda l'équipe della RSA effettua la Valutazione Multidimensionale dei bisogni della persona (anche tenendo conto del livello di stress del caregiver) e – in caso di esito positivo – redige un Progetto Individuale che può contemplare servizi di diversa natura (specialistici, educativi, infermieristici, riabilitativi, assistenziali, ecc.).

Gli elenchi delle RSA aderenti sono reperibili sui siti delle Agenzie di Tutela della Salute.

Incompatibilità

La misura è di norma incompatibile con la frequenza/utilizzo di altre unità d'offerta residenziali e semiresidenziali della rete sociosanitaria e con altri interventi o misure regionali. L'eventuale erogazione di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) comporta la sospensione della misura, mentre le Cure Palliative domiciliari possono essere erogate contestualmente alla misura.

La misura è inoltre compatibile con l'erogazione dell'ADI prestazionale (per prestazioni quali prelievi, cambio catetere, ecc.).

Residenze sanitarie assistenziali - RSA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, alle quali garantiscono interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, a promuoverne il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.

Le RSA garantiscono interventi di natura sociosanitaria destinati a migliorare i livelli di autonomia degli ospiti, a promuovere il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

Le RSA in Lombardia possono essere pubbliche o private, accreditate e non.

Nelle RSA, sia pubbliche che private che sono accreditate e che hanno un contratto con la ATS, una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale, l'altra dalle persone ospiti o dai Comuni dove esse risiedono.

Nelle RSA che non hanno un contratto con la ATS, i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti o dei Comuni di residenza.

Le rette a carico della persona ospite sono pubblicate sui siti Internet delle ATS o delle RSA così come la Carta dei Servizi di ogni struttura.

La Carta dei Servizi deve essere distribuita a tutti gli ospiti.

Come accedere

Quando un anziano ha difficoltà a vivere nella propria abitazione e le cure fornite da altri servizi quali ad esempio dall'Adi (Assistenza domiciliare integrata) il Centro Diurno Integrato o i Servizi di Assistenza Domiciliare comunali non sono più sufficienti, può rivolgersi in prima persona o tramite un familiare direttamente alla RSA nella quale intende essere assistito.

Gli incaricati della struttura daranno tutte le informazioni circa la documentazione amministrativa o sanitaria necessaria per il ricovero. Qualora la persona interessata non fosse in grado di sostenere i costi del ricovero, può rivolgersi all'assistente sociale del Comune di residenza per avere tutte le indicazioni del caso, che gli verranno date sulla base della normativa vigente al momento della richiesta. Al momento, nelle RSA della Lombardia viene fatta ad ogni persona ospite una valutazione da parte dei medici della RSA e viene predisposto un Piano di Assistenza Individuale nel quale vengono date tutte le indicazioni su quanto c'è da fare per garantire un'assistenza appropriata secondo i bisogni della persona. Il personale della RSA si prende cura della persona seguendo le indicazioni contenute nel Piano.





Progetto “La forza sia con voi!”

Dato che la sarcopenia è una condizione prognosticamente sfavorevole, ma reversibile, è importante valutarla all'ingresso dell'ospite in RSA. Infatti, la percentuale di soggetti affetti può essere ridotta o la condizione migliorata mediante la realizzazione in un intervento riabilitativo-motorio finalizzato a un recupero funzionale [1], combinato o meno a un'adeguata integrazione alimentare [2-3]. Inoltre, considerata la correlazione fra sarcopenia, BMI (Body Mass Index – Indice di massa corporea, rapporto tra peso, espresso in kg, il quadrato dell'altezza, espressa in m) e rischio di cadute, il miglioramento del pool proteico muscolare e della relativa forza, migliorerebbe la qualità di vita dei residenti, impedendo così l'instaurarsi di condizioni di fragilità e di riduzione dell'autonomia nello svolgimento delle AVQ (attività della vita quotidiana).

Nel 2010 viene pubblicato il report dell'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) che descrive cosa sia la sarcopenia (una perdita combinata di massa

muscolare scheletrica e della sua funzione) e come debba essere fatta la sua diagnosi [4]. Dalla letteratura sul tema [5-10] si evince che la sarcopenia nel paziente istituzionalizzato è una tematica ancora scarsamente affrontata soprattutto dal punto di vista terapeutico.

Lo scopo principale di questo studio è stato di valutare la presenza di sarcopenia all'interno della RSA (Fondazione A. Poretti e A. Magnani ONLUS di Vedano Olona – VA) al giorno 04.01.2016 (fig. 1), al fine di procedere nei soggetti sarcopenici con uno studio di intervento nutrizionale [2-3] e/o riabilitativo-motorio [11-12].

Materiali e metodi

Il presente progetto consta di due fasi. Tut-

Dimori S., Leoni G., Fior L., Gasparotto F. Clinical nutrition and physical rehabilitation in a long-term care setting: preliminary observations in sarcopenic older patients. *Aging Clin Exp Res.* 2018 Aug; 30(8): 951-958 (Epub 2017 Nov 23).

Giorgio Leoni
*Iscritto GIS Fisioterapia
Geriatrica A.I.F.I.*

Gestire la sarcopenia è un'operazione importante, soprattutto se in riferimento agli ospiti di RSA. In questo approfondimento il nostro esperto, Giorgio Leoni del Gis di AIFI, ne presenta i termini, le cause e le modalità di intervento, concentrandosi su quanto realizzato all'interno della Fondazione A. Poretti e A. Magnani ONLUS di Vedano Olona



ti gli ospiti presenti in struttura al giorno 04.01.2016 con età ≥ 65 anni sono stati considerati potenzialmente candidabili alla fase 1 del progetto (screening della sarcopenia).

Per la diagnosi di sarcopenia è stato seguito l'algoritmo dell'EWGSOP.

La velocità del passo (patologica se ≤ 0.8 m/s) è stata valutata mediante 8-feet walking test. La forza muscolare (patologica se < 30 kg negli uomini e < 20 kg nelle donne) è stata valutata utilizzando il dinamometro elettronico DynaX® (Akern).

L'analisi della composizione corporea è stata effettuata mediante bioimpedenziometria (BIA101®; Akern). Utilizzando il software associato (Bodygram Plus®; Akern) è stato quindi calcolato l'indice di massa muscolare (Skeletal Muscle Index, SMI; patologico se ≤ 10.75 kg/m² negli uomini e ≤ 6.75 kg/m² nelle donne) determinato dal rapporto fra la massa muscolare scheletrica (stimata mediante la formula di Janssen [11]) e l'altezza, espressa in metri al quadrato.

Gli ospiti sarcopenici sono stati quindi presi in considerazione per uno studio di intervento della durata di un anno (fase 2).

Gli ospiti con un punteggio nella Scala di Tinetti ≥ 10 sono stati indirizzati a un intervento integrato riabilitativo-nutrizionale; gli altri ospiti hanno, invece, ricevuto la sola integrazione alimentare.

L'intervento di riabilitazione motoria è stato pianificato in linea con le indicazioni della letteratura [12, 13] che prevede 5 minuti di riscaldamento, 20 minuti di attività aerobica, 10 minuti di attività contro-resistenza e 5 mi-

nuti di defaticamento.

Per l'integrazione nutrizionale abbiamo invece seguito le indicazioni del PROVIDE Study di Bauer *et al.*², che prevedeva due somministrazioni giornaliere di un integratore specifico per la condizione, per un totale di 300 Kcal, 40 g di proteine di siero di latte, 6 g di leucina e 1600 UI di vitamina D al giorno.

Durante il primo trimestre l'integratore è stato assunto per due volte al giorno, nel secondo trimestre per una volta al giorno, nessuna assunzione per il terzo trimestre e, ancora, una volta al giorno nel quarto trimestre. Costante, invece, l'attività motoria adattata, almeno due volte a settimana.

Tutti i soggetti trattati sono stati rivalutati ogni tre mesi (dodici settimane).

Al fine di valutare l'effetto dell'intervento terapeutico, abbiamo indagato la variazione nel tempo delle seguenti variabili d'interesse (considerando un incremento $> 10\%$ come un effetto positivo):

- *intervento nutrizionale*: indice di muscolarità (SMI), angolo di fase e forza muscolare (handgrip);
- *intervento integrato*: SMI, angolo di fase, forza muscolare (handgrip), velocità del cammino e Short Physical Performance Battery (SPPB).

I dati raccolti sono stati quindi sottoposti a elaborazione statistica.

Risultati

All'interno della nostra RSA, nel corso della fase 1 del progetto, abbiamo complessivamente studiato 95 ospiti (16 uomini e 79 donne). Di questi, 50 non potevano essere sottoposti a una valutazione funzionale mediante misurazione della forza e/o della velocità del cammino (stato terminale, stato comatoso, paraplegia/tetraplegia, mancata volontà ad aderire al progetto – rifiuto del paziente o del tutore legale), ma 42 presentavano un ridotto SMI. Per altri 45 è stato invece possibile effettuare un'analisi funzionale e, di questi, 39 sono stati arruolati nella "fase 2", in quanto sarcopenici. In particolare, 22 sono stati sottoposti al trattamento riabilitativo-nutrizionale, mentre 17 hanno ricevuto il solo intervento di integrazione alimentare (figura 2).

In sintesi, al termine dell'intervento annuale,

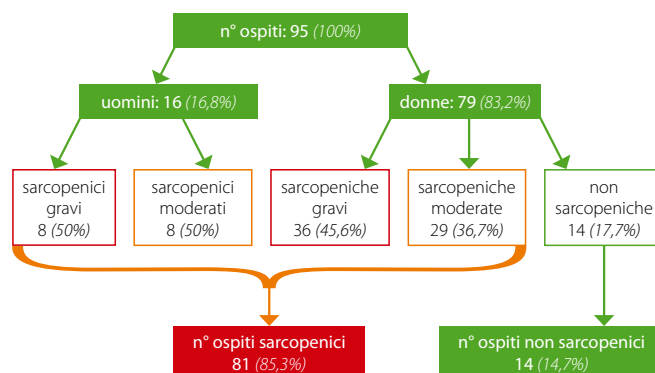


Figura 1 – Prevalenza di sarcopenia all'interno della RSA al 04.01.2016

nel gruppo di ospiti trattati con la sola integrazione nutrizionale si sono osservati significativi miglioramenti a livello del peso, del BMI e della composizione corporea.

Per quel che concerne invece il gruppo sottoposto all'intervento integrato si sono osservati miglioramenti non solo a livello degli indici antropometrici (peso, BMI) e della composizione corporea (angolo di fase e SMI) ma anche nella forza muscolare e nella SPPB.

Al termine del sesto mese, il gruppo di pazienti che hanno ricevuto solo il supporto nutrizionale hanno presentato un significativo miglioramento nel peso corporeo e nella composizione corporea con aumento della massa muscolare, ma non nella forza muscolare.

Nel gruppo sottoposto a intervento combinato si è evidenziato un miglioramento sia della massa muscolare sia dello stato funzionale (velocità del cammino e SPPB).

Si è notato un calo generale delle condizioni fisiche alla fine del nono mese (in seguito a tre mesi di sospensione della supplementazione nutrizionale) per entrambi i gruppi e un recupero in seguito alla reintroduzione dell'integratore, alla rivalutazione del dodicesimo mese (vedi figura 3).

Discussione

Da questo studio pilota si evince che la compromissione del patrimonio muscolare e la sarcopenia sono problematiche assai rappresentate nel setting clinico-assistenziale dell'anziano istituzionalizzato. Questa fotografia, in accordo con i dati della letteratura, è verosimilmente dovuta al fatto che gli ospiti che entrano in RSA sono fortemente compromessi dal punto di vista fisico a causa non solo delle multiple comorbidità, ma anche di eventi acuti o ricoveri, che hanno determinato una forte perdita di massa muscolare e riduzione dell'attività motoria.

Non esistono invece ad oggi dati riguardanti il trattamento della sarcopenia nel paziente anziano istituzionalizzato. Al meglio delle nostre conoscenze, il presente studio pilota è quindi il primo in quest'area e sottolinea non solo l'importanza di un intervento nutrizionale per il recupero della massa muscolare, ma anche di un programma di attività fisica combinato per il recupero funzionale. Questi

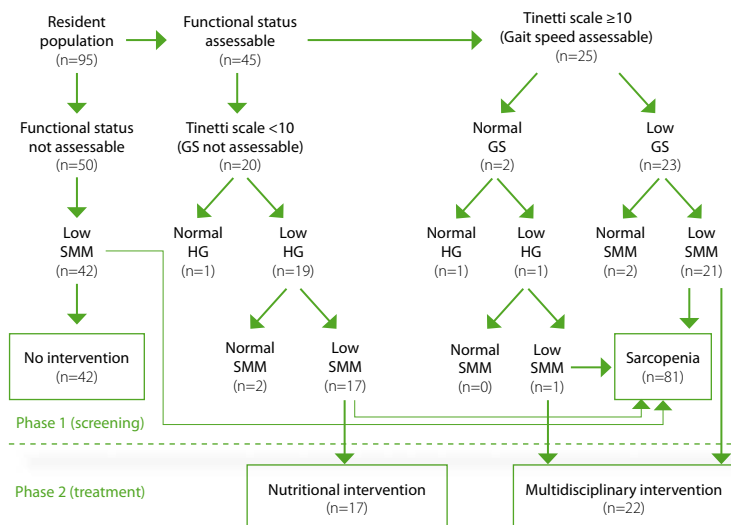


Figura 2 – Disegno dello studio

concetti sono ragionevolmente sostenibili soprattutto alla luce della letteratura a disposizione [12, 13]. In particolare, sul trattamento nutrizionale della sarcopenia sono stati recentemente pubblicati due studi randomizzati in doppio-cieco e di elevata qualità [2, 3]. Entrambi hanno considerato una supplementazione con una miscela a base di sieroproteine del latte, arricchita in leucina e vitamina D. La letteratura mostra infatti che in ragione della loro digeribilità, le sieroproteine del latte hanno un maggior potenziale anabolico [14] che risulta essere favorito dall'apporto di specifici aminoacidi essenziali, in particolare la leucina [15], cui si aggiunge il positivo ruolo della vitamina D nel miglioramento della performance fisica [16]. Il primo trial ha coinvolto anziani che vivono in comunità e ha dimostrato che il solo trattamento nutrizionale ha un positivo effetto sulla ricostituzione della massa muscolare senza però avere un grande impatto sullo stato funzionale [2]. Il secondo ha invece dimostrato che la combinazione dell'intervento nutrizionale con un programma di attività fisica porta anche ad un recupero funzionale e non solo della muscolarità [3].

Lo studio, per come concepito, rappresenta quindi un valido razionale per un trial clinico randomizzato, finalizzato a dimostrare l'efficacia di un

Table 2. Caratteristiche nutrizionali e prestazionali da parte del gruppo di intervento nei diversi time point di studio

	Baseline Mean (SD)	At 3 months Mean (SD)	At 6 months Mean (SD)	At 9 months Mean (SD)	Mean (SD)	p ^a	p ^b	p ^c	p ^d	p ^e	p ^f
Nutritional intervention only (n=17)											
Body weight (kg)	65.0 (10.6)	67.3 (11.3)	68.0 (11.9)	66.8 (11.9)	66.8 (12.9)	<0.001	0.009	0.13	0.25	0.018	0.97
BMI (kg/m ²)	27.0 (4.6)	27.9 (4.9)	28.2 (5.2)	27.7 (5.3)	27.7 (5.5)	<0.001	0.010	0.17	0.27	0.026	0.93
Total serum protein (g/dL)	6.38 (0.58)	6.52 (0.49)	6.52 (0.47)	6.37 (0.48)	6.39 (0.50)	0.17	0.16	0.89	0.95	0.11	0.81
Albumin (g/dL)	3.29 (0.33)	3.37 (0.22)	3.35 (0.28)	3.28 (0.26)	3.30 (0.36)	0.25	0.47	0.76	0.92	0.20	0.65
Vitamin D (ng/mL)	6.1 (3.1)	20.7 (3.4)	22.5 (4.6)	14.7 (3.4)	17.5 (4.4)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.018
Phase angle (°)	3.07 (0.46)	3.35 (0.66)	3.62 (1.07)	3.28 (0.73)	3.55 (0.90)	0.044	0.018	0.11	0.018	0.074	0.16
Fat-free mass (kg)	38.8 (3.9)	40.1 (4.9)	42.0 (6.0)	40.0 (5.4)	40.6 (6.3)	0.035	0.001	0.059	0.11	0.010	0.64
Skeletal muscle mass (kg)	15.3 (4.1)	15.7 (3.9)	17.0 (5.1)	15.4 (4.8)	15.6 (5.0)	0.28	0.013	0.77	0.59	0.014	0.74
SMI (kg/m ²)	6.24 (1.07)	6.44 (1.12)	6.91 (1.54)	6.28 (1.37)	6.34 (1.52)	0.36	0.013	0.74	0.62	0.013	0.78
Handgrip strength (kg)	7.8 (2.9)	8.3 (2.9)	8.3 (2.7)	8.2 (2.9)	8.8 (2.6)	0.46	0.48	0.72	0.26	0.88	0.34
Compliance to nutritional support (%)	--	95.9 (9.6)	94.2 (14.3)	--	90.8 (11.3)	--	--	--	--	--	--
Multidisciplinary intervention (n=22)											
Body weight (kg)	61.0 (14.3)	62.8 (13.8)	62.9 (14.2)	61.8 (13.8)	62.5 (13.9)	0.001	0.002	0.38	0.098	0.10	0.29
BMI (kg/m ²)	24.7 (4.5)	25.5 (4.4)	25.5 (4.4)	25.2 (4.5)	25.4 (4.6)	0.002	0.004	0.085	0.077	0.14	0.31
Total serum protein (g/dL)	6.27 (0.47)	6.40 (0.44)	6.35 (0.50)	6.24 (0.40)	6.27 (0.54)	0.14	0.34	0.57	0.98	0.16	0.50
Albumin (g/dL)	3.53 (0.51)	3.62 (0.70)	3.44 (0.31)	3.38 (0.27)	3.45 (0.31)	0.61	0.44	0.17	0.56	0.23	0.24
Vitamin D (ng/mL)	8.1 (5.5)	20.0 (5.9)	21.3 (6.9)	15.4 (4.0)	17.8 (3.9)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.007
Phase angle (°)	3.34 (0.58)	3.70 (0.54)	3.73 (0.61)	3.60 (0.54)	3.66 (0.56)	0.001	<0.001	0.023	0.003	0.088	0.30
Fat-free mass (kg)	40.4 (7.7)	41.7 (8.2)	42.1 (7.9)	41.8 (8.2)	41.7 (8.0)	0.006	<0.001	0.007	0.045	0.41	0.87
Skeletal muscle mass (kg)	16.6 (6.0)	16.9 (5.7)	17.2 (5.6)	16.9 (5.8)	17.2 (5.7)	0.35	0.15	0.33	0.068	0.30	0.046
SMI (kg/m ²)	6.63 (1.65)	6.74 (1.62)	6.87 (1.50)	6.75 (1.55)	6.88 (1.57)	0.39	0.10	0.29	0.049	0.19	0.042
Handgrip strength (kg)	13.5 (5.0)	15.1 (6.7)	15.6 (6.7)	13.4 (7.1)	14.2 (6.8)	0.102	0.028	0.96	0.52	0.037	0.40
Gait speed (m/s)	0.44 (0.18)	0.52 (0.18)	0.51 (0.20)	0.48 (0.17)	0.51 (0.20)	0.010	0.047	0.12	0.017	0.11	0.032
SPPB (score)	4.6 (3.1)	5.6 (3.5)	5.5 (3.2)	5.1 (3.1)	6.0 (3.0)	0.043	0.047	0.40	0.017	0.11	0.002
Compliance to nutritional support (%)	--	92.0 (13.6)	88.2 (17.3)	--	86.1 (15.2)	--	--	--	--	--	--
Compliance to physical therapy (%)	--	85.1 (12.8)	89.2 (10.6)	85.1 (13.2)	87.1 (11.7)	--	--	--	--	--	--

Abbreviations: BMI, Body Mass Index; SMI, Skeletal Muscle Index; SPPB, Short Physical Performance Battery.
^a For comparison (paired t-test) between baseline and 3 months.
^b For comparison (paired t-test) between baseline and 6 months.
^c For comparison (paired t-test) between baseline and 9 months.
^d For comparison (paired t-test) between baseline and 12 months.
^e For comparison (paired t-test) between 6 months and 9 months.
^f For comparison (paired t-test) between 9 months and 12 months.

Figura 3 – Risultati suddivisi per gruppo di interventi e trimestre

intervento nutrizionale, combinato o meno con uno di attività fisica per il recupero dell'anziano sarcopenico. È, infatti, ragionevole ipotizzare che un supporto nutrizionale migliori il pool proteico muscolare mentre, ove praticabile, uno studio di intervento combinato riabilitativo-nutrizionale possa portare a un valido recupero funzionale. Del resto, non solo la sarcopenia, ma anche la sola riduzione della massa cellulare, è stato dimostrato essere associata a una prognosi negativa [17]. I benefici a breve e a lungo termine sia del solo recupero di massa muscolare che di quello muscolare-funzionale meritano, quindi, di essere oggetto di studio, non solo in termini clinico-prognostici ma anche farmaco-economici.

Nota: lo studio si è svolto nel 2016 e, quindi, ogni dato è rapportato al consenso europeo pubblicato nel 2010 [4].

Nel settembre 2018 è stato pubblicato il nuovo consenso revisionato della EWGSOP2 [18] con modifiche sostanziali nella procedura per diagnosticare la sarcopenia, nei valori di cut-off e, in particolar modo, sull'attenzione rivolta alla forza muscolare e alla relativa funzionalità. ●

Bibliografia

1. Fiatarone M.A., O'Neill E.F., Doyle Ryan N. *et al.* Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *NEJM*, 1994; 330 (25): 1769-75.
2. Bauer M.J., Verlaan S., Bautmans I. *et al.* Effects of a vitamin D and leucine-enriched whey protein nutritional supplement on measures of sarcopenia in older adults, the PROVIDE study: a randomized, double blind placebo-controlled trial. *JAMDA*, 2015; 16(9): 740-47.
3. Rondanelli M., Klersy C., Terracol G. *et al.* Whey protein, amino acids, and vitamin D supplementation with physical activity increases fat-free mass and strength, functionality, and quality of life and decreases inflammation in sarcopenic elderly. *Am J Clin Nutr.* 2016 Mar; 103(3): 830-40.
4. Cruz-Jentoft A.J., Baeyens J.P., Bauer J.M. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Aging* 2010; 39: 412-423.
5. Bauer J.M. *et al.* Sarcopenia in Nursing Home Residents. *JAMDA*, 2008; 9: 545-551.
6. Landi F., Liperoti R., Fusco D. *et al.* Prevalence and risk factors of Sarcopenia Among Nursing Home Older Residents. *Journal Gerontol A BiolSci Med Sci* 2012; 67A(1): 48-55.
7. Osuna-Pozo C.M., Serra-Rexachet J.A., Viña J.

- et al.* Prevalencia de sarcopenia en consultas de geriatría y residencias. Estudio ELLI. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2014; 49(2): 72-76.
8. Yalcin A., Aras S., Atmis V. *et al.* Sarcopenia prevalence and factors associated with sarcopenia in older people living in a nursing home in Ankara Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2015. Doi: 10.1111/ggi.12570.
 9. Senior H.E., Hugh E., Henwood, Tim R. *et al.* Prevalence and risk factors of sarcopenia among adults living in nursing homes. *Maturitas*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.006>.
 10. Salvà A., Serra-Rexach J.A., Artaza I. *et al.* La prevalencia de sarcopenia en residencias de España: comparación de los resultados del estudio multicéntrico ELLI con otras poblaciones. *Rev esp Geriatr Gerontol* 2016 Apr 8. pii: S0211-139X(16)00055-X. doi: 10.1016/j.regg.2016.02.004.
 11. Janssen I., Heymsfield S.B., Ross R., Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc*. 2002 May; 50(5): 889-96.
 12. Landi F., Marzetti E., Martone A.M., Bernabei R., Onder G., Exercise as a remedy for sarcopenia, *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2014; 17: 25-3.
 13. Montero-Fernandez N., Serra-Rexach J.A., Role of exercise on Sarcopenia in the elderly, *Eur J Phys Reha Bill Med*, 2013; 49: 131-43
 14. Devries M.C., Phillips S.M. Supplemental protein in support of muscle mass and health: advantage whey. *J Food Sci*. 2015 Mar; 80 Suppl 1: A8-A15.
 15. Ham D.J., Caldow M.K., Lynch G.S., Koopman R. Leucine as a treatment for muscle wasting: a critical review. *Clin Nutr*. 2014 Dec; 33(6): 937-45.
 16. Ceglia L., Harris S.S. Vitamin D and its role in skeletal muscle. *Calcif Tissue Int*. 2013 Feb; 92(2): 151-62.
 17. Volpato S., Romagnoni F., Soattin L. *et al.* Body mass index, body cell mass, and 4-year all-cause mortality risk in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 886-891.
 18. Cruz-Jentoft A.J., Baeyens J.P., Bauer J.M. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Aging* 2018; 0: 1-16.



Servizitalia

**Affidabilità
Flessibilità
Competenza**

Sicurezza e professionalità,
con la garanzia di un grande Gruppo,
che da oltre 30 anni offre servizi
di trattamento tessili in ambito
sanitario e ospedaliero.



Servizi Italia S.p.A., quotata sul segmento STAR Italiana, è il principale operatore a livello nazionale dei servizi integrati di lavanolo di articoli tessili, biancheria, sterilizzazione di strumentario chirurgico e procedure chirurgiche. Partner strategico ed interlocutore privilegiato di enti, strutture socio-assistenziali ed ospedaliere, pubbliche e private, permette loro di concentrarsi sul proprio core business garantendo una gestione seria, moderna e flessibile degli articoli tessili utili alle loro attività.

di Borsa
nel settore
sterilizzazione
forniture per

www.servizitaliagroup.com

Alimentazione sana e demenza

Gabriella Casu
*Ufficio di presidenza AITO,
terapista occupazionale
Istituto di Riabilitazione Santa
Maria Bambina di Oristano*

**L'alimentazione svolge
un ruolo
fondamentale
nel mantenimento
della salute
di tutti noi, ma assume
un valore ancora più
rilevante quando
parliamo di ospiti delle
residenze sanitarie.
In questa analisi
la dott.ssa
Casu, terapeuta
occupazionale, entra
nel merito del perché**

Cibo e alimentazione giocano un ruolo importante nel mantenimento della qualità della vita, del piacere e del loro ruolo importante nel mantenimento della salute. Mangiare è molto significativo per tutta la vita di una persona, anche quando ci sembra che la persona "non funzioni affatto"; mangiare è una delle ultime funzioni che vengono conservate.

Le persone con demenza incontrano difficoltà nell'alimentazione e nel mangiare, che rappresentano una sfida considerevole per i *caregiver*. Queste difficoltà appaiono anche nelle prime fasi della malattia, ma peggiorano man mano che progredisce. Affrontare le difficoltà alimentari causa una grande frustrazione per i *caregiver* primari e richiede una riorganizzazione intorno ai pasti durante il giorno. In considerazione di ciò, è emersa la necessità di fornire soluzioni affinché la famiglia e gli operatori sanitari affrontino in modo dignitoso le difficoltà alimentari che caratterizzano le varie fasi della demenza.

Allo stesso tempo, è importante che anche gli assistenti si prendano cura della propria salute. A volte il carico è così elevato da far dimenticare la cura di sé: non si presta attenzione alla dieta e all'esercizio fisico, e spesso si trascurano ricorrenze familiari e sociali. È importante essere consapevoli del fatto che una condizione a lungo termine affatica e mette a repentaglio anche la salute del *caregiver*, fino a renderlo incapace di prendersi cura della persona amata. Un'adeguata alimentazione e l'integrazione dell'esercizio fisico nella routine quotidiana promuovono la tua salute, per il tuo bene e per il bene di chi viene assistito. Mangiare è un'esigenza vitale e un'attività molto significativa nella vita di ogni persona. Mangiare, insieme a tutte le attività associate necessarie – fare shopping, cucinare, preparare e mangiare il cibo – comporta anche un significato culturale, sociale ed emotivo. Mangiare è un'attività complessa, che dipende da funzioni fisiche e cognitive, funzioni sensoriali, e di masticazione e deglutizione.

Le persone con demenza sperimentano un declino in queste funzioni. Ciò potrebbe compromettere sensibilmente il loro godimento dal pasto e rendere il cibo meno sicuro, impedendo allo stesso tempo la partecipazione ad attività importanti che vanno insieme al mangiare che, a sua volta, può causare isolamento sociale.

Una dieta equilibrata e sana è essenziale a tutte le età e in ogni momento e costituisce una componente importante per il mantenimento della buona salute e della qualità della vita. La mancanza di una dieta equilibrata e salutare dovuta alle difficoltà nelle funzioni alimentari e di deglutizione potrebbe essere dannosa per la salute, portando ulcere da pressione, polmonite e altre infezioni, un deterioramento della salute che rende necessario il ricovero ospedaliero e, talvolta, può addirittura mettere a rischio la vita.

Per quanto più a lungo possibile, è molto importante assecondare i desideri e mantenere la capacità della persona di scegliere ciò che vuole e preferisce mangiare permettendo un certo grado di indipendenza, anche se l'ambiente deve essere adattato a tale scopo.

Mangiare è un'azione molto più complessa del semplice mettere il cibo in bocca. Consiste in diverse fasi:

1. acquistare il cibo: camminare/guidare verso il mercato o al negozio, ricordare cosa comprare, scegliere cosa, qualità, quantità degli alimenti, pagare, tornare a casa e posare il cibo negli armadietti e nel frigo;
2. preparare il pasto: pianificare ciò che vogliamo mangiare, cucinare con una ricetta o a memoria;
3. organizzare l'ambiente alimentare, come ad esempio l'impostazione del tavolo (dove? con chi? quando?), della stanza, dell'illuminazione, sistemare la tovaglia e le stoviglie;
4. mangiare: scegliere il ritmo del pasto (lento, rilassato o veloce), masticare e deglutire in profondità vari tipi di cibo e bevande; usare i nostri sensi: vedere, annusare e gustare il cibo; decidere – se vorremmo un altro pezzo di torta, più insalata di verdure o decidere che non vogliamo finire il cibo sul piatto.

La demenza è caratterizzata da cambiamenti cognitivi che progrediscono nel tempo e influenzano la comprensione, la memoria e l'orientamento, ognuno dei quali ha molti effetti sulle funzioni alimentari e nutrizionali. Nei primi stadi della malattia, quando la persona con demenza sente che "qualcosa non va in lui", ci possono essere reazioni di depressione, ansia e inquietudine. Questi effetti influenzano il consumo e l'assunzione di cibo. Ad esempio, quando si vaga molto, il corpo spende molta energia (calorie) e questo causa la perdita di peso, ancora più esacerbata quando la nutrizione è inadeguata.

Eventi significativi nella vita della persona possono causare difficoltà emotive e perdita di appetito: ad esempio, malattia o morte del coniuge o di altri familiari o amici, cambiare l'ambiente di vita (come muoversi vicino ai bambini o in case protette). Inoltre, l'isolamento sociale e l'assenza di occupazione intenzionale influenzano la nutrizione.

Inoltre, le persone anziane tendono a respirare attraverso la bocca, lasciando le loro bocche aperte tutto il tempo, e la cavità orale diventa secca.

La scelta dell'alimentazione può essere dovuta anche a problemi alla cavità orale. I denti hanno un'influenza cruciale sul processo alimentare. I denti non trattati sono dolorosi e possono causare difficoltà a masticare e le protesi che si adattano male alle gengive possono causare infezioni e dolore. Infezioni nella cavità orale (ad esempio il mugghetto orale – riconoscibile come un rivestimento bianco sulla lingua e/o le ferite), gengive infiammate, dolore alla mascella e così via rendono anche difficile il mangiare.

L'elenco dei fattori che influenzano l'alimentazione è ancora lungo: il dolore, la malattia (infiammazioni e infezioni), farmaci, stitichezza, ecc.

Quali sono i segni che possono indicare problemi nel mangiare e nella scelta del cibo?

La natura della malattia e il ritmo del suo progresso variano da persona a persona, quindi non esiste un'unica soluzione adatta a tutti e per tutte le circostanze.

Anche nelle prime fasi della demenza, le diffi-



coltà possono essere identificate in ciascuna delle quattro azioni sopracitate. Queste difficoltà sono segnali di allarme, indicanti che la persona con demenza ha bisogno di aiuto.

Acquisto e conservazione di cibo

Fare la spesa richiede troppo tempo? La persona acquista generi alimentari in modo disorganizzato e inefficiente? Ad esempio, compra frutta e verdura, quindi acquista prodotti caseari e poi torna a comprare più verdure? La persona ha problemi a gestire i soldi? Ha difficoltà a scegliere la spesa? La persona va a fare la spesa spesso, ma c'è solo una piccola quantità di cibo in casa? C'è stato un cambiamento nella scelta dei cibi che la persona compra e mangia? C'è del cibo nel frigo che è andato male? Il cibo che è stato acquistato è stato conservato nel luogo appropriato?

Preparare il pasto

La persona dimentica come cucinare piatti familiari? La persona si comporta pericolosamente in cucina?

Organizzare l'ambiente

Gli orari dei pasti non sono organizzati o la persona improvvisamente fa colazione a mezzogiorno e cena alle due di sera? La per-

sona dimentica di mangiare o mangia incessantemente? La persona ha improvvisamente iniziato a mangiare in un posto dove di solito non mangiava in passato? La persona ha difficoltà a organizzarsi per organizzare i pasti, in particolare i problemi a preparare il tavolo? Dopo il pasto, riordina? I piatti vengono lavati? Il cibo avanzato viene conservato? I piatti sono tornati al loro solito posto?

Mangiare

C'è stato un cambiamento nelle buone maniere a tavola all'ora dei pasti? Alla persona non importa più quando i suoi vestiti si sporcano durante un pasto? C'è stata una variazione nella durata del pasto, ad esempio la persona mangia molto rapidamente o il pasto richiede molto tempo? La persona non finisce il pasto? Mangia un pasto abbondante e poi dice "Non ho mangiato niente" o "Non ho mangiato"? Si rifiuta di aprire la bocca? Lascia sempre la bocca aperta? Si lamenta che il cibo 'si blocca' in gola o non riesce a deglutire?

Diagnosi e trattamenti ritardati potrebbero peggiorare le cose.

Talvolta, un utensile da cucina adattato – un piatto fissato al tavolo, utensili personalizzati, ecc. – può facilitare le funzioni alimentari e rendere più sicuro il mangiare. La consulenza di un terapeuta occupazionale può essere fondamentale in quest'aspetto.

Spesso, le persone con demenza hanno difficoltà nel coordinare coltello e forchetta. Ci possono essere molte ragioni per questo: a volte la persona con demenza non è in grado di capirne la funzione, e a volte ha difficoltà motorie, come tremori alle mani o incapacità di tenere un coltello. In questi casi, è importante consentire alla persona di provare a mangiare *finger food*, cibo che si può mangiare con le mani. In questo modo la persona affetta da demenza è portata a credere di avere ancora il controllo su questa attività, svolgendola senza aiuti. Il *finger food* può essere un intero pasto o parte di un pasto, ad esempio: una fetta di pane, un pezzo di frutta o verdura o patatine fritte.

È importante adattare il cibo alle preferenze della persona e alla sua capacità di masticare. La progressione della malattia è graduale e individuale. La persona può ancora essere in

grado di mangiare in modo indipendente, ma può essere necessario servire il cibo sul piatto. A volte, l'incoraggiamento verbale può essere sufficiente ("mangia, per favore"). Mentre la malattia progredisce, arriva il momento in cui la persona non è in grado di ricordare le fasi del pasto e non capire semplici incoraggiamenti verbali. Questi cambiamenti richiederanno cambiamenti negli alimenti stessi, nella loro composizione e nei metodi di alimentazione.

È importante essere vigili durante i pasti: se la persona tossisce durante o subito dopo, ciò può indicare un problema di deglutizione. In questo caso, è importante consultare il medico di famiglia e portare la sua attenzione sul fatto che potrebbe esserci un problema di deglutizione e suggerire una consulenza con uno specialista e un logopedista.

Con il peggioramento della condizione di salute, la capacità della persona di esprimere dolore o disagio diminuisce: è importante iniziare il monitoraggio e il trattamento anche senza espliciti reclami.

In questa fase, al *caregiver* è spesso richiesta assistenza non solo nella preparazione del cibo e nell'organizzazione dell'ambiente, ma anche nell'atto stesso di mangiare.

Prima del pasto occorre assicurarsi che la persona con demenza sia il più vigile possibile, che si trovi in una posizione più vicina possibile a quella seduta, che la testa sia dritta e non lasciata cadere. È utile mangiare in luogo abitudinario, può essere necessario cambiare o adattare l'ambiente alimentare (accendere una luce piacevole o aprire le tende/finestra, ascoltare musica appropriata). È bene, inoltre, verificare se la persona con demenza preferisce mangiare con o senza protesi e l'utilizzo degli ausili (occhiali, apparecchi acustici) e occorre assicurarsi che la bocca sia inumidita/bagnata prima di iniziare il pasto. La produzione di saliva può essere stimolata utilizzando un massaggiagengive adulto, come il tipo usato per i bambini quando stanno masticando. Mordere stimola la produzione di saliva e preserva la mobilità dei muscoli della bocca.

Durante il pasto, è necessario prestare attenzione alle reazioni verbali, alle espressioni facciali e al linguaggio del corpo in reazione al

cibo, e non obbligare mai la persona a mangiare o forzare la bocca aperta contro la sua volontà. È importante mantenere il contatto visivo durante il pasto per incoraggiare la comunicazione interpersonale. Occorre rammentare che la persona potrebbe non capire che ora si trova in una situazione alimentare e che potrebbe non riconoscere gli oggetti, quindi potrebbe essere spaventato quando vede un cucchiaino avvicinarsi alla sua bocca.

Dopo pranzo, è importante mantenere l'igiene orale e la pulizia: bisogna occuparsi dei residui di cibo che rimangono nella bocca e lavare eventuali protesi dentarie.

Anche attraverso l'alimentazione, soprattutto per quanto riguarda le persone con demenza che hanno problemi con la nutrizione e il mangiare, è importante concentrarsi il più possibile sul miglioramento della qualità della vita. ●

Ministry of Health, "Eating and living with dignity - A practical guide for caregivers and family members of persons with dementia - Information and Recommendations" https://www.health.gov.au/PublicationsFiles/Dementia_Nutrition_en.pdf

Terapia occupazionale: un'opportunità per l'autonomia

Il 24 maggio si celebra la Giornata Nazionale del Terapista Occupazionale; proprio il 24 maggio del 1997 venne pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Profilo Professionale del Terapista Occupazionale (DM 136/97).

Quest'anno è stata scelta la Città di Matera, "Capitale Europea della Cultura 2019", come sede di questo Congresso Nazionale, allo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica sul ruolo del terapista occupazionale, professione sanitaria riabilitativa ancora in espansione in Regione Basilicata, che dà il proprio contributo nella promozione della salute e del benessere bio-psico-sociale della persona.

Durante questa Giornata celebrativa, partendo dai concetti di salute espressi nell'ICF, si metteranno in evidenza i vantaggi dell'avere in équipe il terapista occupazionale, in quanto favorisce lo sviluppo dell'individuo a 360 gradi e in tutte

le età della vita.

Infatti, il terapista occupazionale, sin dai primissimi anni di vita del bambino, favorisce lo sviluppo dei prerequisiti alla base delle abilità personali, domestiche, sociali e delle prime forme di relazione interpersonale, fino ad intervenire, in età adulta, rendendo la persona partecipe e protagonista della propria vita, attraverso il recupero o l'uso ottimale di "funzioni" finalizzate al reinserimento, all'adattamento e all'integrazione della persona nel proprio contesto di vita.

In età geriatrica il trattamento è finalizzato alla prevenzione e al miglioramento della qualità di vita; puntando all'autonomia e alla sicurezza dell'utente, il terapista occupazionale propone strategie e adattamenti personalizzati, anche allo scopo di ridurre il carico assistenziale del caregiver.

Pronti alla sfida con il cambiamento

Gabriella Casu
Ufficio di presidenza AITO,
terapista occupazionale
Istituto di Riabilitazione Santa
Maria Bambina di Oristano

La terapia occupazionale e la promozione di un'alimentazione sana. Nelle pagine che seguono ci addentreremo nel perché potremmo definire fondamentale il ruolo di questo professionista analizzando l'impatto del suo intervento sugli ospiti delle strutture residenziali

In quale modo i terapeuti occupazionali possono essere coinvolti nella promozione di un'alimentazione sana? Nel 2008, *l'American Journal Occupational Therapy (AJOT)* ha pubblicato un articolo che illustrava come i servizi di Terapia Occupazionale potrebbero promuovere la salute e occuparsi di Prevenzione primaria (prevenire le malattie croniche prima che ci sia una diagnosi) e secondaria (prevenire, fermare o rallentare la progressione della malattia dopo che è stata diagnosticata). Nell'articolo è spiegato come il terapeuta occupazionale può lavorare nell'istruzione e nella formazione in merito alle abitudini alimentari, al livello di attività e alla prevenzione delle disabilità secondarie, specialmente con l'obesità. Molti altri studi hanno esplicitato il ruolo del terapeuta occupazionale nella prevenzione e promozione della salute. Un recente articolo di giornale dello scorso febbraio sul *Journal of Environmental Research in Public Health* (Morris, Jenkins, 2018¹) ha

confermato quanto sopra riportato. Gli autori hanno affermato che terapeuti occupazionali e fisioterapisti, se adeguatamente formati, possono incentivare prevenzione e promozione della salute.

La promozione della salute può essere definita come l'applicazione di una varietà di metodi per l'educazione e la mobilitazione dei membri della comunità nelle azioni utili a risolvere problemi di salute inerenti la comunità. Esempi di tali programmi includono processi di gruppo, campagne mediatiche, pianificazione strategica e formazione delle competenze con organizzazioni comunitarie e iniziative di *advocacy* relative alla legislazione e alla definizione delle politiche.

Per essere efficaci, gli sforzi per la promozione della salute non possono concentrarsi solo sull'intervento a livello individuale. A causa dei legami inestricabili e reciproci tra

¹ Morris, Jenkins (2018) - *Preparing Physical and Occu-*

pational Therapists to Be Health Promotion Practitioners: A Call for Action - Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 392.

le persone e il loro ambiente, devono essere considerati per l'intervento anche gruppi più grandi, organizzazioni, comunità, popolazioni e decisori. I terapeuti occupazionali definiscono già i clienti/pazienti come persone (incluse quelle coinvolte nella cura delle persone), gruppi (gruppi di individui, ad esempio, famiglie, comunità) e popolazioni (gruppi di individui che vivono in un locale simile). I servizi di promozione della salute si devono svolgere in vari contesti, tra cui, a titolo esemplificativo, ospedali, strutture di assistenza specializzate, centri di assistenza continuativa, organizzazioni della comunità, scuole e luoghi di lavoro (Morris, Jenkins, 2018²).

Gli approcci olistico e centrato sul cliente utilizzati dai terapeuti occupazionali supportano la promozione della salute. Inoltre, sono state sviluppate strategie di comunicazione specifiche per promuovere la comprensione, la motivazione e l'adesione ai consigli sulla salute per ottimizzare la salute e il benessere. Morris e Jenkins ne evidenziano tre: interviste motivazionali (IM), "5 A" e "5 R".

Miller e Rollnick³ originariamente svilupparono le interviste motivazionali per affrontare il problema del bere. L'approccio di *counseling* è descritto come non giudicante, non trasversale. I passi sono: porre domande aperte, fornire affermazioni, ascoltare in modo riflessivo e fornire periodicamente dichiarazioni sommarie. Utilizzando l'IM, i terapeuti assistono i pazienti/clienti nell'esplorare e risolvere la loro ambivalenza nei confronti dei loro comportamenti malsani e nello sviluppo di potenziali strategie per migliorarli. L'IM è uno strumento pertinente e utilizzabile nella pratica dei terapeuti occupazionali per promuovere le abilità di partenariato quando si lavora nella promozione della salute e nelle impostazioni di prevenzione.

L'approccio di consulenza 5 A è stato originariamente sviluppato per smettere di fumare. È stato usato per una varietà di problemi di

Strategy	Major Concepts
Motivational Interviewing	- Spirit - Collaboration - Evocation - Autonomy - Compassion - Principles - Expressing empathy - Developing discrepancy - Rolling with resistance - Supporting self-efficacy - Tools - Open-ended questions - Affirmations - Reflections - Summaries
5 A's Counseling Approach to Lifestyle Change	- Ask: Identify and document unhealthy lifestyle for every patient at every visit. - Advise: In a clear, strong, and personalized manner, urge lifestyle change as needed. - Assess: Is the patient/client willing to make a lifestyle change at this time? - Assist: For the patient willing to make a lifestyle change, use counseling and strategies to help him or her successfully change. - Arrange: Schedule follow-up contact, in person or by telephone, preferably within the first week after the commitment to change.
5 R's Counseling Approach to Lifestyle Change	- Relevance: Encourage the patient to indicate why lifestyle change is personally relevant. - Risks: Ask the patient to identify potential negative consequences of an unhealthy lifestyle. - Rewards: Ask the patient to identify potential benefits of lifestyle change. - Roadblocks: Ask the patient to identify barriers or impediments to lifestyle change. - Repetition: The motivational intervention should be repeated every time an unmotivated patient has an interaction with a clinician. Patients/clients who have failed in previous lifestyle change attempts should be told that most people make repeated attempts at lifestyle change before they are successful.

Morris, Jenkins (2018) - *Preparing Physical and Occupational Therapists to Be Health Promotion Practitioners: A Call for Action* - Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 392

salute⁴. L'approccio è radicato nella teoria del cambiamento del comportamento e può essere utilizzato rapidamente ed efficacemente nell'ambiente clinico. Le 5 A sono più efficaci quando il paziente/cliente è già interessato e almeno in qualche modo motivato a modificare il comportamento. Le 5 R rappresentano un approccio di consulenza progettato per pazienti/clienti che sono resistenti al cambiamento del loro comportamento.

La terapeuta occupazionale Yanet Bravo⁵, per la sua tesi di master, ha elaborato un corso di formazione finalizzato a migliorare lo stile alimentare, partendo necessariamente dallo studio di modelli di cambiamento comportamentale esistenti, il "*Model Transtheoretical*", altrimenti noto come *Stages of Change* (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992) e il modello *Health Belief* (Rosenstock, 1974).

Il primo definisce sei fasi di cambiamento in cui è possibile identificare in quale stadio si

² Morris, Jenkins (2018) - *Preparing Physical and Occupational Therapists to Be Health Promotion Practitioners: A Call for Action* - Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 392.

³ Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2008.

⁴ *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service: Rockville, MD, USA.*

⁵ Bravo Y., Ord Gina (2018), *Promote Healthy Eating Patterns in OT Clients*, 5 dicembre 2018.

trova un partecipante e in che modo è pronto ad adottare un cambiamento del comportamento in termini di salute.

Il secondo identifica i fattori che influenzano il cambiamento del comportamento di salute:

- suscettibilità: se credo che il mio comportamento attuale mi renderà suscettibile a una malattia, questo influenzerà la mia capacità di cambiare il comportamento della salute;
- severità: se credo che il mio comportamento porterà a risultati gravi, come una disabilità, sarà propenso a cambiarlo;
- barriere e benefici: se credo che cambiando il comportamento, i benefici supereranno le barriere, aumenterò anche le mie possibilità di cambiare la mia salute nella mia vita.

Dallo studio dei modelli, la Dottoressa ha sviluppato il *Dynamic HEALT²H*.

Al centro, vi sono gli stadi del cambiamento, da uno a sei. Il secondo livello è il modello *Health Belief*, i quattro fattori che influenzano ulteriormente questo processo centrale. Nel terzo cerchio, l'implementazione dei modelli precedenti con l'inserimento dei fattori personali, che giocano un ruolo decisivo nel processo di cambiamento. I fattori personali possono essere le influenze interne che influiscono nel cambiamento: la motivazione, l'auto-efficacia e le abitudini correnti. La terapeuta occupazionale ha inserito anche "ambiente" e "contesto" poiché svolgono ruoli importanti nel processo di cambiamento del comportamento in salute. Ha incluso, in basso, "relazione" e "confusione". Una relazione di supporto, con la nostra famiglia e gli amici, può anche favorire un processo di cambiamento del comportamento in salute. Per quanto riguarda il termine confusione, può essere generata dalle troppe informazioni sul tema alimentazione. Ad esempio, ci sono molte nuove diete che possono rendere molto difficile per i nostri pazienti o clienti prendere decisioni in merito alla loro alimentazione. Tutti questi fattori giocano un ruolo enorme negli *Stages of Change* e sulla misura in cui una persona può essere sensibile all'adozione di un cambiamento del comportamento in salute.

Per facilitare la lettura del diagramma, la ricercatrice ha creato un acronimo per aiutare i terapisti occupazionali a implementare diverse strategie all'interno degli interventi per facilitare il processo di cambiamento del comportamento in salute. C'è un piccolo esponente perché ci sono due T in questo acronimo.

L"²H" (*Holistic*) rimanda all'approccio olistico. Occorre essere sensibili ai fattori personali e ambientali che possono influenzare il cambiamento del comportamento. Ogni persona sarà diversa, con diversi fattori ambientali e personali. "E" sta per *evidence-based approach*, approccio basato sull'evidenza, che in questo caso non significa solo analizzare i risultati dell'intervento ma aiutare le persone a valutare le proprie esperienze di modo che possano essere agenti attivi nel loro processo di cambiamento.

"A" sta per "Anticorpi". Proprio come abbiamo bisogno di vaccini di richiamo per prevenire le malattie infettive, occorrono i "richiami" di interventi di diversi operatori sanitari, non solo terapisti occupazionali, necessari insieme per il percorso verso il cambiamento. Una delle cose più importanti è educare alla possibilità che si verificherà una ricaduta.

"L" sta per *Lifestyle medicine*, un concetto dell'*American College of Lifestyle Medicine* che comprende medici e altri operatori sanitari impegnati nella prevenzione delle malattie croniche. Si concentra sul trattamento delle cause della malattia piuttosto che sui sintomi della malattia. Non è un segreto che malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari, diabete, malattie coronariche siano legate allo stile di vita e possano essere prevenute attraverso buona nutrizione, attività fisica, gestione del sonno, dello stress e relazioni sociali. La prima "T" sta per relazione Terapeutica. Ogni paziente e cliente è diverso, quindi il modo in cui interagiamo con loro sarà diverso. La seconda "T" sta per *Team*, il lavoro di squadra. È fondamentale la collaborazione interprofessionale e avvelarsi dell'esperienza di altri professionisti (dietologi, medici, psicologi, infermieri e persino con fisiologi). Il team deve concentrarsi sul miglioramento della salute e del benessere in ogni fase del processo.

Il modello *Dynamic HEALT²H* può essere applicato a vari comportamenti come attività fisica, sonno e gestione dello stress. ●

Quanto è importante dare sicurezza, recuperare autonomia, facilitare la verticalizzazione e lo spostamento?



TRASOL 1

*La linea di ausili TRASOL aiuta le persone:
pazienti, ospiti ed operatori*

TRASOL 1: trasferisce i pazienti, con equilibrio precario, dal letto alla carrozzina in sicurezza e senza gravare sull'operatore

www.coremec.it



TRASOL 3

www.deatorino.it

www.galeno.com



TRASOL 2

TRASOL 2 & 3: trasferire e trasportare le persone da un ambiente ad un altro in sicurezza

Mangiare sano per invecchiare meglio

Giovanni Antonio Checchia
*Segretario generale Società
Italiana di Medicina Fisica
e Riabilitativa (SIMFER)*

**Il nostro esperto,
Giovanni Antonio
Checchia (segretario
generale SIMFER),
descrive l'importanza
di promuovere e adottare
un'alimentazione sana
e lo fa partendo
dal punto di vista
del medico fisiatra.
Seguiamo quindi
le sue considerazioni
sulle caratteristiche
biologiche e metaboliche
dell'invecchiamento**

"Siama ciò che mangiamo", questo noto aforisma riassume il senso del collegamento che esiste tra sana alimentazione e concetto di benessere e salute.

Alimentarsi è un gesto quotidiano che tutti noi compiamo sin dal momento della nascita, in parte guidato dall'istinto, ma in gran parte influenzato da abitudini e pressioni ambientali, sociali, culturali, che certamente ne condizionano l'esito [1].

L'alimentazione è un processo multifasico che dipende dall'integrità delle funzioni preposte, quali l'introduzione del cibo nella cavità orale, la masticazione, la deglutizione, la digestione, il transito intestinale, l'assorbimento e il metabolismo dei nutrienti.

L'alimentazione dell'uomo corrisponde al consumo consapevole di alimenti e bevande; è influenzata da fattori biologici, relazionali, psicologici, sensoriali o socio-culturali. Negli ultimi decenni si è assistito a una modificazione del patrimonio nutrizionale e delle

caratteristiche dello stile alimentare della popolazione italiana, che ha abbandonato in gran parte la tradizionale dieta mediterranea, per approdare a una dieta di tipo cosiddetto "occidentale", certamente meno salutare.

L'alimentazione consiste nell'assunzione da parte dell'organismo, di alimenti indispensabili al suo metabolismo e alle sue funzioni vitali quotidiane prendendo in considerazione tutte le trasformazioni fisiche, chimiche e fisico-chimiche che i nutrienti assunti subiscono nel processo di digestione e/o assimilazione. In fisiologia l'alimentazione è distinta dalla nutrizione, un concetto considerato più ampio, che sottintende i processi metabolici di un organismo al fine di utilizzare quei principi nutritivi che ha assunto tramite l'alimentazione. Nonostante le distinzioni disciplinari, spesso, i termini alimentazione e nutrizione sono stati utilizzati come sinonimi in certe branche della Medicina e nel linguaggio comune.

Lo stato nutrizionale esprime il grado con cui

sono soddisfatte le necessità fisiologiche di un individuo in relazione ai nutrienti introdotti con la dieta.

Molte patologie sono influenzate dall'alimentazione, a partire da quelle metaboliche più comuni (quali il diabete), e l'apporto nutrizionale e calorico condiziona nel bene e nel male il decorso di molte malattie, richiedendo costante attenzione.

Il mantenimento di un adeguato bilancio energetico è fondamentale per un buono stato di salute e per evitare sovrappeso e obesità, due fenomeni in aumento nelle nostre società sedentarie.

Oltre a rifuggire la vita sedentaria, aumentando la quantità di attività fisica discrezionale, la ricerca nutrizionale ha dimostrato come, per esempio, specifiche scelte alimentari possano costituire una strategia potenzialmente vincente nei confronti dell'insorgenza del sovrappeso.

Alimentazione e invecchiamento

In Italia, così come negli altri Paesi occidentali, negli ultimi decenni si sta osservando l'invecchiamento della popolazione, di cui gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa il 20%. Tale fenomeno pone, alla comunità e al servizio sanitario, la necessità di garantire ai cittadini più anziani una condizione fisica e di qualità terapeutica sempre migliore, affinché "in vecchiaia" si possa ambire a vivere in buona salute, in modo attivo e in autosufficienza. Uno dei modi per combattere l'invecchiamento è ridurre o riequilibrare lo stress ossidativo, inteso come squilibrio tra stato ossidante (danno da radicali liberi) e stato antiossidante (difese antiossidanti). Dal momento che il cibo nasconde insidie gravi, in quanto è un "contenitore" di ossidanti (ma allo stesso tempo anche di antiossidanti), emerge l'importanza di una corretta alimentazione.

Per il soggetto anziano, è considerata sana e bilanciata un'alimentazione varia e contenente tutte le sostanze nutritive (proteine, carboidrati, grassi), sali minerali e vitamine. In realtà non esiste, né come prodotto naturale né come trasformato, l'alimento "completo" o "perfetto" che contenga tutte le sostanze sopraindicate nella giusta quantità e che sia quindi in grado di soddisfare da solo le ne-



La piramide alimentare da Quaderni del Ministero della Salute n. 25 ottobre 2015. Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute. Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione

cessità nutritive del soggetto anziano.

Le raccomandazioni dietetiche per gli anziani sono sostanzialmente le stesse che regolano la dieta dell'adulto. Fatte salve alcune patologie quali per esempio il diabete, l'obesità, altre malattie metaboliche ecc., l'alimentazione indicata nella terza età non differisce qualitativamente da quella dell'adulto, anche se il bisogno energetico si riduce.

Una delle peculiarità dell'invecchiamento è la modifica della composizione corporea, caratterizzata da diminuzione della massa magra, con rischio di sarcopenia, riduzione dell'acqua corporea e aumento della massa grassa con tendenza all'obesità.

Più studi confermano che mangiare poco aiuta a invecchiare più lentamente, perché più calorie introduciamo, più vengono accelerati i processi di invecchiamento. Anche se i meccanismi non sono ancora del tutto spiegati, è infatti possibile affermare che la restrizione calorica, senza malnutrizione (intesa quale riduzione dell'introito calorico fino a un limite del 50%, ma con adeguata assunzione di vitamine e sali minerali) risulta essere uno dei più potenti interventi in grado di rallentare l'invecchiamento e di aumentare la durata della vita in molti modelli animali.

Microbiota intestinale, alimentazione e invecchiamento

L'essere umano può essere considerato un

superorganismo che ospita in una nicchia biologica del suo organismo una moltitudine di microorganismi viventi. La maggior parte di questi microrganismi è distribuita lungo il tratto gastrointestinale e costituisce il cosiddetto "microbiota intestinale" [2].

Il microbiota intestinale, il genoma umano e il sistema immunitario rappresentano le tre colonne portanti che guidano il normale sviluppo dell'individuo e lo stato di benessere sin dalle prime fasi della vita.

Il microbiota intestinale svolge un ruolo importante nel mantenimento dello stato di salute e nel determinismo di stati patologici. Ippocrate già nel 400 a.C., intuendo l'importanza dell'omeostasi gastrointestinale e dei fenomeni di disbiosi, affermava che *"la morte risiede e origina nell'intestino"* [3].

Una funzione metabolica importante della microflora intestinale è la fermentazione del residuo dietetico non digeribile e dei mucopolisaccaridi endogeni prodotti dall'epitelio intestinale [4].

La variabilità di specie e genica che caratterizza la comunità microbica rende disponibili

vari enzimi e vie biochimiche e metaboliche che sono ben distinte dalle risorse costitutive dell'ospite.

Il risultato finale di questa attività metabolica complessa e autonoma del microbiota è il recupero di energia e di substrati assorbibili per l'ospite, ma anche il rifornimento di energia e di prodotti nutritivi per la crescita e la proliferazione delle stesse specie batteriche [5].

Tra i fattori responsabili della diversità del microbiota, certamente la dieta svolge un ruolo chiave, attraverso effetti antinfiammatori indiretti (microbiota-mediati) e diretti.

Una dieta salutare, in particolare di tipo mediterraneo, ricca in cereali integrali, pesce, frutta fresca, verdura e frutta secca, rispetto a una dieta occidentale, si associa a una minor concentrazione dei mediatori dell'infiammazione.

Tra i componenti dietetici responsabili di questi effetti si annoverano polifenoli, antiossidanti, acidi grassi omega-3, fibra e prebiotici.

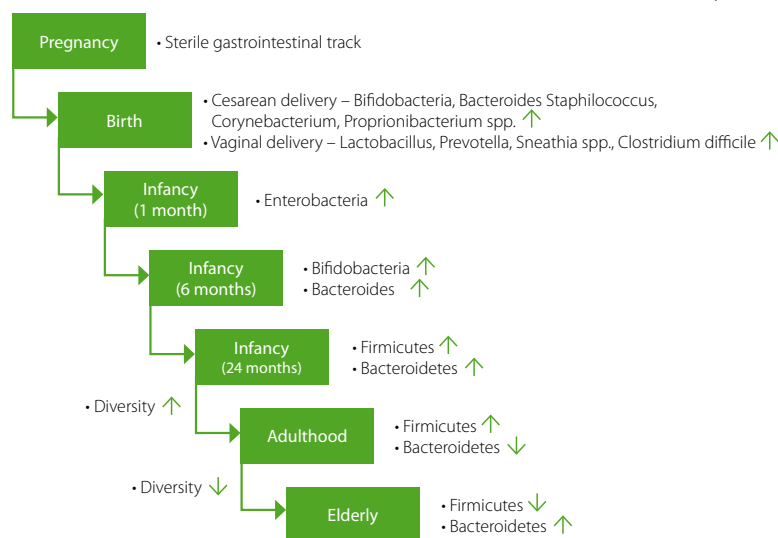
Anche i probiotici, vista l'interazione esistente tra il microbioma intestinale e il sistema infiammatorio, potrebbero svolgere un importante ruolo strategico.

Il processo d'invecchiamento si correla ad alterazioni in numerosi sistemi fisiologici e a un declino funzionale generalizzato.

Un aspetto comune del soggetto anziano è rappresentato da uno stato infiammatorio sistemico cronico, definito *"inflammaging"*, caratterizzato da un'aumentata concentrazione sierica di alcuni mediatori pro-infiammatori, tra i quali: proteine della fase acuta (PCR e amiloide sierica A), citochine (TNF- α , IL-6 e IL-8) e molecole di adesione (sICAM-1 e sVCAM-1) [6].

Questa infiammazione, attraverso un'alterazione nell'equilibrio tra i processi di sintesi e catabolismo proteico, si associa a una riduzione della massa e della forza muscolare (sarcopenia) e si ritiene potenzialmente in grado di innescare o favorire lo sviluppo delle principali patologie età-correlate.

Studi nell'animale dimostrano come i probiotici (in particolare alcune specie di lattobacilli) e i prebiotici (oligofruttosio, inulina, fruttani) siano in grado di ridurre i livelli circolanti di citochine pro-infiammatorie, di LPS, di aumentare le concentrazioni intestinali di lattobacilli e bifidi e incrementare la massa muscolare [7].



Sviluppo del microbiota intestinale umano dallo stato prenatale alla condizione anziana. Si ritiene che i bambini nascano con un tratto gastrointestinale sterile. Durante la nascita, l'intestino del bambino è esposto a microbi provenienti dal tratto riproduttivo e dall'ambiente della madre e il microbiota intestinale inizia a colonizzare l'intestino del neonato. Fino ai primi due anni di vita, la composizione del microbiota intestinale varia spesso. Dopo i due anni, quando i bambini iniziano a mangiare cibo solido (ad esempio fibre e carboidrati complessi), il microbiota intestinale diventa più vario e stabile. Nella vecchiaia, il microbiota intestinale si altera drasticamente e mostra meno diversità rispetto all'età più giovane. da Kumar M et al. Nutr Healthy Aging 2016; 4: 3-16

Tali dati supportano l'idea che la supplementazione con pre- e/o probiotici, efficace nell'aumentare le concentrazioni di bifidi e la produzione di butirrato nel soggetto anziano, possa rallentare la perdita di massa muscolare dovuta all'invecchiamento.

I cambiamenti età-correlati nella composizione del microbiota intestinale generalmente comprendono: una minor biodiversità, una riduzione dei batteri saccarolitici a favore di quelli proteolitici, un impoverimento delle specie dominanti (core) e un aumento di quelle sottodominanti, un aumento di alcuni tipi di proteobatteri e infine una riduzione dei bifidi e del rapporto firmicuti/batteroidi.

La relazione tra composizione del microbiota e invecchiamento sembra essere molto stretta. Le caratteristiche biologiche e metaboliche dell'invecchiamento quali aumento dell'infiammazione, alterazioni del sistema immunitario, di quello ormonale e del metabolismo glicolipidico possono essere sia causa che effetto delle variazioni nella composizione del microbiota che si osservano in età avanzata.

Ugualmente prove sempre più convincenti suggeriscono una relazione tra alterazione del microbiota e fragilità dell'anziano.

In questo contesto appare molto interessante ipotizzare che interventi dietetici o l'impiego di prebiotici o probiotici possano essere considerati utili a prevenire il declino funzionale e metabolico che contraddistingue l'anziano fragile.

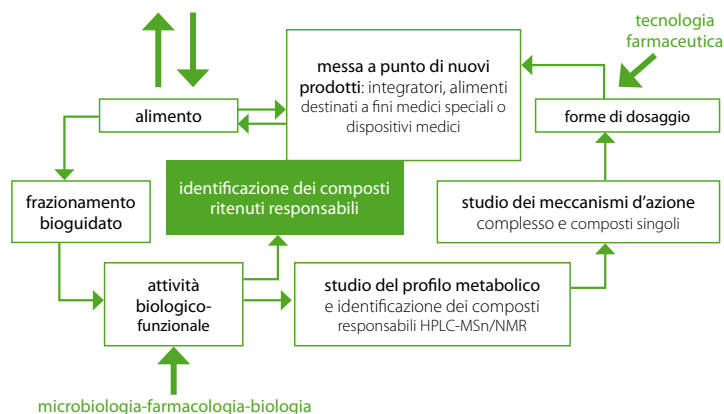
Modificare il microbiota intestinale soprattutto sul lungo periodo non è un'impresa semplice. È necessaria una ricerca di meccanismi fisiopatologici che possano avere un impatto reale sulla clinica, specialmente nel paziente anziano.

Gli interventi mirati a cercare di modificare la composizione del microbiota intestinale devono pertanto essere pensati secondo una visione più ampia, che abbraccia la salute delle persone, la loro longevità e la performance fisica [8].

Quali sono, quindi, le possibilità di manipolare il microbiota?

Le vie percorribili passano dalle modificazioni dello stile di vita, dall'uso di antibiotici, al ricorso a probiotici e prebiotici.

Il tipo di dieta influenza molto la composizio-



*Fasi di sviluppo di un nutraceutico da Quaderni del Ministero della Salute n. 25 ottobre 2015.
Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute. Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione.*

ne del microbiota.

Anche l'esercizio fisico è in grado di modificare il microbiota come dimostrano studi su popolazioni di atleti confrontate con la popolazione generale [9].

Altra possibilità di modulazione del microbiota è il ricorso a prebiotici sia naturali sia appositamente formulati. Nella maggior parte dei casi i prebiotici sono rappresentati da carboidrati complessi contenuti nelle fibre.

Infine in merito ai probiotici esiste un'ampia letteratura che ne ha evidenziato i benefici ed è stato dimostrato che i Lattobacilli confrontati con Bifidobatteri e *Streptococcus thermophilus* sono i microorganismi con le proprietà antiossidanti più marcate.

Nutraceutici e alimentazione

Potremmo definire la nutraceutica come una nuova disciplina scientifica volta a individuare i costituenti benefici contenuti negli alimenti e a portarne alla luce gli effetti esercitati sulla salute. In tale ottica è da intendersi come nutraceutico un componente alimentare o principio attivo presente negli alimenti e che ha effetto positivo per il benessere e la salute, ivi inclusi la prevenzione e il trattamento delle malattie, in quanto riconosciuto scientificamente.

Lo spazio di utilizzo dei nutraceutici è ampio e si posiziona nell'intervallo *beyond diet, before drug* (oltre la dieta ma prima della

Condizione patologica	Nutraceutico
Controllo della pressione arteriosa e del rischio cardiovascolare	PUFA, MUFA, fibre solubili (gomma di guar, crusca d'avena), aglio, olio di sedano, vitamina B6, vitamina C, vitamina D, vitamina E, flavonoidi, licopene, acido alfa-lipoico, L-arginina, NUT (combinazione di policosanoli, berberina, monachina, acido folico, coenzima Q10 astaxantina <i>Ortosiphon stamineus</i>), proteine della soia
Modulazione del metabolismo dei grassi	Monacoline, berberina, policosanoli, gamma-orizanolo
Riduzione dei livelli di colesterolo nel sangue	Fitosteroli, proteine della soia
Controllo del diabete	Proteine della soia
Sovrappeso e obesità	Gomma di guar (galattomannano), tarassaco (flavonoidi, cumarine, terpenoidi), guaranà (cafeina, tannini)
Patologia osteoarticolare cronica	Glucosamina, condroitina, vitamina D, omega-3, curcuminoidi, Boswellia, ASU, vitamina C, MSM
Tumore del colon retto	Folati, Ca, vitamina D
Degenerazione maculare senile	Omega-3, carotenoidi (luteina, zeaxantina, astaxantina), vitamine gruppo B, mirtillo nero
Carcinoma prostatico	Fitoestrogeni, tè verde, vitamina E, beta-carotene, selenio, licopene
Neuropatie e dolore neuropatico	Vit. B12, vit. B6, acido alfa-lipoico, acetil-carnitina, acido tiotico

necessità di ricorrere al farmaco), e quindi nell'ampio spazio proprio della medicina di iniziativa, che può prevenire l'insorgenza di condizioni patologiche a carattere cronico con l'adozione di un'alimentazione adeguata, di un'appropriata attività fisica e, ove vi siano esigenze di "ottimizzazione fisiologica", dell'integrazione con il nutraceutico più indicato, in un regime di *nutraceutical care* che dia un valore aggiunto a un'alimentazione corretta quali-quantitativamente sul piano nutrizionale, nel contesto di uno stile di vita sano e attivo [10].

L'utilizzo dei nutraceutici è aumentato progressivamente negli ultimi anni, diventando uno dei fattori maggiori di spesa per la salute.

- spesa procapite annua: 40 euro (media europea: 28 euro);
- mercato italiano (2016): 3 mld di euro.
- 220 milioni di confezioni vendute (90% in farmacia);
- 2018: +6,3% di volume di affari.

Gli integratori alimentari, come fonte concentrata di nutrienti o di altre sostanze a effetto nutritivo o fisiologico, rappresentano il prototipo del nutraceutico che può essere presentato sotto forma di compresse, capsule, fialoidi ecc. simili a quelle dei medicinali. Il ricorso agli integratori nutrizionali è molto diffuso tra i praticanti sportivi dei diversi livelli, benché la letteratura scientifica non riporti dati certi sulle loro funzioni e i loro effetti, così come vengono invece promossi al pubblico. L'assunzione di singoli nutrienti sotto forma

di integratori, in dosi massicce e per periodi prolungati, necessita di attento controllo per i potenziali rischi legati all'utilizzo, in particolare modo quando associata a comportamenti dietetici squilibrati [11].

Nutraceutica e patologia

L'effetto dei nutraceutici può arrivare a riguardare anche la riduzione di un fattore di rischio di malattia.

Un'alimentazione adeguata e una costante e corretta attività fisica rappresentano sicuramente due fattori che possono incidere significativamente nel raggiungimento di un *successful ageing*. Anche l'assunzione di nutraceutici in ambito di prevenzione e terapia per quanto riguarda le patologie che più frequentemente caratterizzano l'invecchiamento, quali l'osteoporosi, le dislipidemie e la sarcopenia, può rappresentare un modo per il raggiungimento di un invecchiamento di successo.

La colesterolemia rappresenta il paradigma del fattore di rischio che oggi può essere ridotto da specifici costituenti alimentari. Ma anche altri aspetti di patologia possono essere influenzati dall'utilizzo di nutraceutici.

Nutraceutica e invecchiamento

L'organismo di un anziano va verso una situazione d'infiammazione cronica, definita *inflammaging*, la quale inibisce la sintesi proteica muscolare favorendo lo sviluppo della sarcopenia.

È proprio sull'infiammazione e lo stress ossidativo che è possibile agire mediante l'as-

sunzione di specifici nutraceutici. Ad oggi, ci sono molti studi sugli animali e in vitro, ma gli studi sull'uomo, che valutano l'efficacia delle attività antinfiammatorie e antiossidanti di nutraceutici sul benessere del muscolo scheletrico, sono ancora molto pochi. I risultati disponibili suggeriscono che possono essere potenzialmente utili come integratori alimentari per prevenire la perdita di massa muscolare e la sua funzione i seguenti nutraceutici: la curcumina da *Curcuma longa*, gli alcaloidi e i lattoni steroidei da *Withania somnifera* (solanaceae), le catechine da *Camellia sinensis*, le proantocianidine di semi d'uva. ●

Bibliografia

1. Quaderni del Ministero della Salute n. 25 Ottobre 2015. Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute. Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione.
2. Nardone G. Il microbiota intestinale: come regola la riserva e la spesa energetica? *Atti del 62 Congresso Nazionale SIGG* Pacini editore 2017.
3. Hawrelak J.A., Myers S.P. The causes of intestinal dysbiosis: a review. *Altern Med Rev* 2004; 9: 180-97.
4. Wong J.M.W., Jenkins D.J. Carbohydrate digestibility and metabolic effects. *J. Nutr* 2007; 137: 2539S-45S.
5. Dughera Luca Microbiota intestinale, probiotici e benessere Pacini editore 2012.
6. Riso S., Bonardi C., Milanese N. Microbiota intestinale e muscolo scheletrico *Microbioma microbiota • Ricerca & Clinica* 2/2017 Pacini editore.
7. Bindels L.B., Beck R., Schakman O. *et al.* Restoring specific lactobacilli levels decreases inflammation and muscle atrophy markers in an acute leukemia mouse model. *PLoS One* 2012; 7: 1-10.
8. Di Francesco V. Nuove strategie dietetiche terapeutiche per il riequilibrio del microbiota intestinale nell'anziano. In *Il rapporto microbiota intestinale e la fragilità dell'anziano* Monografie SIGG pacini Editore 2018.
9. Clarke S.F., Murphy E.F., O'Sullivan O. *et al.* Exercise and associated dietary extremes impact on gut microbial diversity. *Gut* 2014; 63: 1913-20.
10. Santini A., Novellino E. Nutraceuticals: beyond the diet, before the drugs. *Curr Bioact Compd* 2014; 10: 1-12.
11. *L'alimentazione nella pratica motoria e sportiva*, Ministero della Salute 2011.



1918-2018: una storia lunga cent'anni

Quella che vi presentiamo oggi è una delle realtà più virtuose del nostro Paese, un vero e proprio punto di riferimento per il suo territorio. Ecco quindi come si è evoluta la realtà del "Fatebenefratelli" a partire dal 1918, anno in cui la struttura accolse i suoi primi 34 ospiti

Paolo Viana
*Ufficio comunicazione
Fatebenefratelli*

A Solbiate, dove la Provincia di Como confina con la Svizzera, si trova la casa di riposo dei Fatebenefratelli, intitolata a San Carlo Borromeo. La sua storia inizia nel 1917, a causa della Grande Guerra, allorché l'istituto di San Servolo in cui i frati ospitavano i malati mentali ricevette l'ordine di evacuazione. Gli sfollati furono ospitati provvisoriamente nella casa di salute dei Fatebenefratelli di San Colombano al Lambro, che era già molto affollata. Dopo varie ricerche si individuò la villa appartenuta alla famiglia Scalini, definita "in ottimo stato, posizione salubre", ideale per assistere malati psichiatrici di sesso maschile. L'amministratore era padre Zaccaria Celestino Castelletti e la casa era divisa in una sezione privata con camere singole e una sezione a carico della Provincia dove i malati

erano ospitati in dormitori comuni. Il trasferimento a Solbiate avrebbe dovuto essere temporaneo e durare fino a sei mesi dalla pace.

La casa aprì l'8 aprile 1918, con 16 ricoverati a carico della Provincia, cui si aggiunsero "malati nervosi", a condizione che fossero tranquilli, che cioè fossero affetti da neuropatie croniche e non acute. Si raggiunse così un numero di 34 ospiti. Quando, l'anno successivo, fu autorizzato il ritorno dei malati di mente a Venezia, i neuropatici cronici restarono a Solbiate. Da quel momento, la casa sarebbe stata dedicata a chi fosse affetto da malattie "prevalentemente nervose", ma anche a "persone desiderose di quiete e riposo" e avrebbe ospitato anche i meno abbienti grazie a "facilitazioni nelle rette". In questo modo si realizzava pienamente il carisma dell'Ospitalità verso i poveri e i bisognosi, che furono i primi destinatari delle cure di San Giovanni di Dio, fondatore dell'Ordine ospedaliero.

L'Istituto di Solbiate all'inizio del Novecento



praticava le terapie più avanzate dell'epoca abbinandole al rispetto per la persona umana insegnato da San Giovanni di Dio. Nel 1953, l'Istituto aveva già 150 posti letto e un personale di 15 dipendenti. Tra il 1966 e il 1967 furono creati nuovi reparti e sorse il padiglione Principessa Mafalda, dono della famiglia Fornasari. Con l'innesto di questo nuovo padiglione si ebbe la definitiva conversione dell'Istituto in un'istituzione geriatrica "organizzata con la più avanzata tecnica di questa branca della medicina". La casa divenne il cuore di Solbiate: da qui la Rai trasmise nel 1969 la prima messa dal Comasco. Sede di mostre e di varie iniziative, l'Istituto divenne anche un centro di formazione per infermieri e nel 1970 fu posta la prima pietra del padiglione Umberto II. Dal 1977 l'Istituto accolse le Suore Missionarie di Nostra Signora degli Apostoli. La casa ebbe anche le sue celebrità: il portinaio Bruno Luciani fu a lungo – in quanto autista – l'unico a possedere un'automobile.

Più recentemente, e cioè nel 1986, l'Istituto fu dichiarato "Struttura Protetta per anziani non autosufficienti" con 200 posti letto. La ristrutturazione del 1990 precedette la costruzione di un terzo padiglione, intitolato a san Riccardo Pampuri, ultimato nel 2005. La ristrutturazione del padiglione Umberto terminò invece nel 2009. Nel 2015 si concluse la parte del padiglione Mafalda dedicata alla degenza. Oggi, la RSA San Carlo Borromeo, guidata da Fra Sergio Schiavon, eroga in regime di ricovero servizi e prestazioni sociosanitarie a pazienti non acuti che non possono essere curati a domicilio: i posti letto accreditati sono 212, compresi i 21 del nucleo dedicato alle persone affette dalla sindrome di Alzheimer e gli 8 dedicati alle cure intermedie. Questi ultimi hanno una durata massima di 60 giorni, sono a carico del SSN e sono dedicati alla degenza post acuta o alla prevenzione del ricovero ospedaliero improprio, anche per ragioni sociali. I ricoverati possono beneficiare, se necessarie, delle prestazioni fisioterapiche



offerte dalla struttura oltre all'assistenza sanitaria e infermieristica garantita sulle 24 ore.

La vocazione a migliorare il servizio

La RSA San Carlo Borromeo opera nel quadro del Servizio sociosanitario della Regione Lombardia. Il 60% della retta è coperto dall'ospite e il 40% è rimborsato dalla Regione. Una convenzione con i Comuni consente un abbattimento del 10%. Gli standard fissati dalla Regione prevedono che ogni ospite riceva 901 minuti di assistenza a settimana, mentre a Solbiate se ne garantiscono 1100. Le rette non subiscono aumenti da 5 anni. *"La tradizione della casa – spiega il direttore sanitario Maurizio Ferretto – è quella di migliorare sempre il servizio offerto, soprattutto nell'attenzione alla dimensione personale e familiare dell'ospite, che può già contare su un'assistenza di grado elevato, poiché il rapporto nell'assistenza di base è di un operatore ogni due ospiti, senza contare ovviamente l'assistenza specialistica".* Anche questa proattività – fa notare il priore dell'Istituto, Fra Sergio Schiavon – rientra nell'insegnamento di San Giovanni di Dio, che desiderava offrire ai poveri le stesse terapie di eccellenza garantite ai ricchi. *"Tutte le persone ospitate qui ricevono programmi differenziati di cura in base alle patologie che presentano"*, precisa il direttore dell'Istituto Paolo Magon.

La presa in carico inizia della famiglia

"Oggi molte famiglie non sono in grado di garantire all'anziano non autosufficiente l'assistenza adeguata che è indispensabile per mantenere una buona qualità della vita. Allora diventa necessario il ricovero in struttura", commenta il direttore sanitario Maurizio Ferretto. *"Infatti, il servizio della RSA inizia, correttamente, quando neanche i familiari, con l'aiuto degli operatori dell'assistenza domiciliare, che pure è molto incentivata in Lombardia, riescono ad affrontare e a dare risposte ai bisogni dell'anziano non autosufficiente. Tuttavia neanche l'intervento della RSA comporta una completa sostituzione dei familiari. Fin dall'inizio, a Solbiate abbiamo cura di coinvolgere le famiglie nelle nostre attività, sia per una questione di trasparenza e di costumer care, sia perché uno strappo dall'ambiente degli affetti complicherebbe le*

condizioni di vita dell'anziano, soprattutto se infermo".

Le patologie contrassegnate dal decadimento cognitivo progressivo sono tra le principali cause di morte ma spesso non sono riconosciute come malattie terminali. Per di più, la scarsa conoscenza delle caratteristiche cliniche – segni e sintomi correlati alla disfunzionalità cognitivo-comportamentale – e della traiettoria dell'avanzamento della patologia produce maggiori difficoltà e criticità nella cura di questi pazienti. *"L'informazione e, ove possibile, il coinvolgimento delle famiglie ha anche importanti ricadute sulla riduzione della sofferenza dei famigliari, sulla qualità e condivisione delle scelte terapeutiche e soprattutto sul livello di comfort del malato stesso"*, dichiara infatti Ferretto.

Da oltre un anno opera questa direzione uno psicologo che prende in carico le famiglie insieme agli ospiti. Questo è importante particolarmente nel caso di patologie terminali, che rendano necessario il ricorso alle cure palliative. La funzione dello psicologo è importante anche perché le famiglie non sempre si rendono perfettamente conto delle esigenze reali dei loro parenti. La RSA ha attivato quindi un complesso progetto di sostegno e accompagnamento dei caregiver e dei famigliari che considera ad un tempo portatori di bisogno e risorsa assistenziale. Ogni famiglia affronta per questo dei colloqui, può far ricorso allo sportello psicologico in ogni momento e partecipare ai gruppi di sostegno, oltre che partecipare a incontri sociali e culturali che permettono un confronto e una condivisione sulle tematiche psicologiche, emotive e sociali che riguardano l'esperienza della malattia nella famiglia. Dall'inizio dell'anno, lo psicologo ha effettuato 30 colloqui individuali con famigliari e 53 incontri di gruppo, nell'ambito di un'attività comprensiva di 259 incontri, compresi quelli con il personale e i gruppi.

Il ruolo della fisioterapia e dell'animazione

L'ospitalità dell'anziano comporta interventi personalizzati o di gruppo da parte dei fisioterapisti, anche su indicazione del fisiatra. L'attività fisica riveste un rilevante contributo

riabilitativo volto alla stimolazione neuromotoria e cognitiva. L'attività si attua, a seconda del grado di compromissione dell'utente, in palestra, in salone o al letto dell'interessato. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di una forma di riabilitazione che si prefigge il parziale recupero di alcune funzionalità o con caratteristiche di prevenzione o stabilizzazione del peggioramento prodotto dall'avanzare della patologia o dell'età.

La RSA di Solbiate ha investito molto anche sull'animazione, che ha anche un ruolo terapeutico, oltre che ludico-diversivo. Quest'attività segue criteri specifici: *"I valori ispiratori dei Fatebenefratelli, umanizzazione e ospitalità, mirano a creare una 'cultura della persona' che dovrebbe rappresentare sempre il valore centrale e la base di ogni servizio e figura professionale che opera nell'ambito della nostra struttura"*, spiega Anna Marchitto, responsabile del servizio di animazione della RSA.

Sul piano operativo, nelle residenze per anziani l'animazione ha il compito di tutelare il rapporto individuo-ambiente sia per ciò che riguarda la vita dei soggetti ai quali si rivolge l'intervento, sia per tutti quelli che vivono e gravitano in quel contesto (operatori, familiari, amici, volontari): *"Il senso del lavoro del*

nostro Servizio di Animazione – sottolinea l'operatrice – è la creazione di un movimento integrato di azioni, relazioni, interventi: l'animatore è chiamato a favorire, stimolare, facilitare, sostenere questo processo di integrazione nel contesto. In altre parole, il Servizio di Animazione mira a contrastare gli effetti negativi della istituzionalizzazione dell'ospite (apatia, spersonalizzazione, dipendenza e isolamento sociale) e l'obiettivo principale è quello di promuovere una cultura dell'ascolto, partecipazione, condivisione, e collaborazione che favorisca lo sviluppo di relazioni per far sentire le persone 'parti attive' della quotidianità in RSA.

Concretamente, in questa struttura si realizza una serie di attività diversificate secondo la tipologia del degente, che hanno uno scopo riabilitativo, sia realizzate con incontri individuali, sia, come l'attività psicomotoria, di gruppo; giochi mnemonici, culturali e tattili, lettura, lavori manuali, canto e corso di poesia, corso di cucina, giardinaggio, ascolto di musica, uscite nel parco, uscite culturali (teatro, concerti, mercato, ecc. inoltre frequenti sono gli eventi di intrattenimento artistico e musicale (gruppi esterni) e cori. Peraltro, è presente un musicista terapeuta che opera sia su utenti singoli che in piccoli gruppi". ●



La Tecnologia RFId a sostegno della lavanderia per la RSA

SysTema Biancheria è un vero e proprio sistema informativo che utilizza la tecnologia RFId. Una soluzione avanzata dal punto di vista della rapidità e dell'efficienza che permette di identificare ogni singolo indumento in funzione delle coordinate del proprietario, delle caratteristiche del capo, del ciclo di lavaggio richiesto



L'organizzazione di una lavanderia che tratta il lavaggio e la restituzione degli indumenti a persone che risiedono in una struttura sanitaria richiede soluzioni semplici e al tempo stesso efficienti.

Le attività e le problematiche che deve affrontare quotidianamente la lavanderia riguardano:

- Il trattamento appropriato degli indumenti in tutte le fasi del processo: lavaggio, asciugatura, stiratura, etc.

- La tracciabilità dei capi in ingresso e in uscita dalla lavanderia per individuare e quantificare il servizio effettuato e la relativa fatturazione.
- La riconsegna degli indumenti al proprietario.

Normalmente le attività giornaliere per la gestione degli indumenti degli ospiti richiede capacità organizzative, un elevato onere in termini di ore lavorative e doti di concentrazione.

La mancanza di personale qualificato ed il notevole impegno "manuale" fa sì che si possano verificare diversi errori operativi quali:

- L'attribuzione errata di capi sporchi agli opportuni cicli di lavaggio.
- L'errata attribuzione di capi puliti al legittimo proprietario.
- L'utilizzo di etichette tradizionali scritte a mano, destinate a scolorirsi, rovinarsi o staccarsi.



L'esito finale di questi frequenti errori causa spesso lamentele e discussioni con gli ospiti della residenza e i loro parenti.

Con l'avvento di nuove tecnologie che si sono affacciate in questi ultimi anni nel mondo delle lavanderie è possibile trasformare l'assetto organizzativo e portare vantaggi e risparmi di tutto rispetto. In particolare per le lavanderie che trattano il lavaggio e la restituzione degli indumenti a personale che risiedono in una residenza per anziani.

Per ovviare a tutte queste problematiche Sys-Dat Sanità, un'azienda Italiana presente da oltre 35 anni nell'Information Technology, si è affidata ed ha messo a punto SysTema Biancheria, una soluzione basata sulla Tecnologia RFId in grado di soddisfare, con estrema efficacia, la necessità della lavanderia che opera all'interno o in rapporto con la Struttura Sanitaria.

La tecnologia RFId (Identificazione tramite Radio Frequenza) conferisce al sistema una maggiore rapidità ed efficienza, permettendo di identificare in modo preciso i capi in ingresso e in uscita in funzione dei dati generali del proprietario (nome, nucleo/reparto e numero di stanza), caratteristiche del capo (tipologia, materiale e colore impiegato), ciclo di lavaggio richiesto (temperatura dell'acqua, tipo di detergente, durata del processo). Un sistema semplice da utilizzare, efficiente, a prova di errore e che riduce al minimo indispensabile l'utilizzo del personale.

Ad ogni indumento degli ospiti o delle divise del personale della struttura sanitaria viene termofissato un "tag" provvisto di un suo codice identificativo a cui vengono associati i dati del capo e della persona a cui appartiene.

Quando i capi sporchi inseriti negli appositi carrelli o dentro i sacchi si avvicinano ad un'antenna a radiofrequenza viene "letto" il codice del tag; in tempo reale è possibile conoscere i singoli capi che sono stati ritirati e da questo momento la lavanderia che li ha presi in carico e li gestirà fino alla consegna. SysTema Biancheria è inoltre in grado di memorizzare tutti i tipi di lavaggi effettuati per singolo indumento e ospite di appartenenza; ne consegue che è possibile dar luogo ad una segnalazione specifica sul grado di usura: superando il numero massimo di lavaggi previsti si può valutarne la sostituzione. Con lo stesso criterio è possibile valutare l'integrità della dotazione di indumenti registrati per il singolo ospite allo scopo di evidenziare eventuali carenze.

Una volta terminato tutto il processo (lavaggio, stiratura e finissaggio) il capo viene depositato su un tavolo da lavoro/ carrelli da lavoro e l'antenna RFId rileverà tutte le informazioni di appartenenza del capo con la massima velocità evitando qualsiasi inesattezza operativa.

In questo modo oltre ad abbattere sensibilmente la possibilità di errore nella consegna, gli indumenti vengono confezionati e imballati per singolo ospite, semplificando notevolmente il lavoro delle guardiarobiere nelle strutture.

SysTema Biancheria di Sys-Dat Sanità è stato studiato per rendere estremamente agevole un'operazione che appare invece molto laboriosa e permette flessibilità per la configurazione degli scomparti. La soluzione completa e funzionale per risolvere tutte le problematiche delle lavanderie nelle strutture sanitarie. ●



L'RFId: un valido aiuto per gli ospiti "disorientati"

Non è semplice tenere sotto controllo i movimenti di un malato di Alzheimer. Con la tecnologia RFId hai la soluzione più efficace e poco invasiva per individuare e identificare l'ospite, inviando prontamente un allarme in corrispondenza dei varchi di uscita attraverso un "tag" invisibile applicato su tutti gli indumenti che transitano alla lavanderia. Con SysTema Biancheria di Sys-Dat Sanità anche i malati di Alzheimer possono muoversi liberamente nell'ambito della struttura, consentendo invece discrezione ed efficacia.



L'arte di offrire sollievo

Diamo volentieri risalto a un progetto promosso dall'Associazione Vidas: la Casa Sollievo Bimbi. Si tratta di un'esperienza pionieristica nel campo delle cure palliative per bambini che offre supporto ai piccoli malati e alle loro famiglie nell'ultimo periodo della loro vita. Ne parliamo con il dott. Giorgio Trojsi, direttore generale dell'Associazione, e con il presidente Ferruccio de Bortoli.

Ferruccio de Bortoli
Presidente Vidas

Giorgio Trojsi
Direttore generale Vidas

Come nasce il progetto Casa Sollievo Bambini?

Casa Sollievo Bimbi è l'ultima tappa di un lungo percorso di Vidas che nasce nel 1982 per l'assistenza completa e gratuita ai malati inguaribili. Ad oggi abbiamo curato circa 35.000 mila pazienti, nei primi anni solo al loro domicilio. Questa attività si è sviluppata di anno in anno e nel 2006 abbiamo aperto un hospice per adulti, per accogliere malati che per condizioni cliniche, sociali o abitative non possono essere seguiti a casa. Il terreno sul quale è stato costruito l'hospice è stato dato dal Comune di Milano in comodato gratuito. Nel contratto con il Comune però era prevista anche la possibilità di costruire una seconda struttura che doveva servire a ospitare i nostri uffici, ma lo spazio disponibile era molto più ampio rispetto alle nostre necessità. Il consiglio direttivo Vidas ha quindi incaricato la direzione sociosanitaria di pensare a

un nuovo progetto, partendo dall'analisi del bisogno di cure palliative esistente sul territorio. È maturata così la consapevolezza che l'ambito pediatrico aveva avuto uno sviluppo quasi nullo anche in Lombardia e che la nuova struttura avrebbe potuto accogliere i più sfortunati tra i bambini e gli adolescenti e con loro le loro famiglie. Casa Sollievo Bimbi ha, quindi, due piani dedicati alle cure palliative pediatriche, a quei minori che non possono guarire e sono colpiti da grave disabilità: si stima che siano 35.000 in Italia e qualche migliaio nella sola Lombardia.

La struttura è stata completata e inaugurata il 27 marzo e, presto, terminato l'iter delle autorizzazioni, inizierà ad accogliere; quali sono le peculiarità della struttura?

Casa Sollievo Bimbi è la prima struttura in Lombardia con un reparto di degenza molto particolare perché si tratta di sei mini appartamenti dove i piccoli ricoverati potranno

stare con i loro genitori con tre funzioni principali. Innanzitutto quella di accompagnare bambini e ragazzi che affrontano l'ultimo periodo di vita, perché le cure non sono riuscite a sconfiggere la loro malattia. Nessuna in Lombardia, pochissime in Italia, le strutture in grado di offrire questo tipo di accoglienza. La seconda funzione è quella che noi chiamiamo dell'abilitazione: molti di questi bimbi si trovano in queste condizioni sin dalla nascita, per patologie rare oppure per problemi legati alla nascita, a difficoltà nel parto o a parti molto prematuri. Purtroppo questi bambini che passano i loro primi periodi di vita nelle rianimazioni pediatriche sono bambini che hanno bisogno, per la loro sopravvivenza, di apparecchiature che i genitori non sanno utilizzare. Anche per questo motivo le loro permanenze nelle rianimazioni pediatriche sono impropriamente prolungate. L'obiettivo di Casa Sollievo Bimbi è di accogliere questi bambini in modo che in un contesto protetto i genitori imparino a gestire le apparecchiature e le problematiche che il loro figlio o la loro figlia possono incontrare nel corso della vita, in modo, poi, da potersi trasferire al loro domicilio con questa maggiore capacità di gestione. Poi c'è una terza funzione che è quella del sollievo. Questo è un aspetto che è stato molto sottolineato da genitori di bambini o da associazioni che si occupano di questi problemi perché l'assistenza a uno di questi bambini richiede una presenza di ventiquattro ore al giorno, ma anche una presenza attiva, cioè di cose da fare, per più di otto ore al giorno. In queste condizioni le famiglie, nelle quali sono magari presenti altri figli, non reggono al dolore e allo stress e spesso si disgregano. Le separazioni tra marito e moglie, alla presenza di un figlio in queste condizioni, sono molto frequenti e in questo senso Casa Sollievo Bimbi può essere uno spazio dove questi piccoli vengono lasciati per un weekend, per una settimana o anche per un mese in modo che i genitori possano dedicarsi a loro stessi, al resto della famiglia, a qualche progetto professionale, alla casa e così via. La struttura offre ai genitori l'occasione di ritrovare una dimensione di vita in cui recuperare le energie necessarie per proseguire il loro difficile percorso.

Dal 1982 assistenza completa e gratuita ai malati inguaribili

- **Oltre 35.000** malati inguaribili assistiti gratuitamente in 37 anni di attività
- **Oltre 1.800** i malati assistiti ogni anno
- **200** malati assistiti in media ogni giorno
- **Quasi 100.000** giornate di assistenza offerte ogni anno
- **7** équipe multidisciplinari, composte da medici, infermieri, operatori di igiene, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, volontari, un terapista occupazionale e un logopedista
- **3** percorsi assistenziali, modulati in base alle diverse necessità del paziente: domicilio, hospice *Casa Vidas* e *Casa Sollievo Bimbi* con degenza e day hospice
- **112** Comuni dell'hinterland oltre a Milano e Monza in cui viene garantito il Servizio di cure completo e gratuito
- **Servizio gratuito** di sostegno al lutto, assistenza psicologica e sociale per il malato e la famiglia
- **Trasferimento** del modello Vidas ad altre realtà italiane e straniere



Come è stato finanziato il progetto?

Abbiamo ottenuto un risultato straordinario: tutta la vita di Vidas è stata caratterizzata da un supporto molto importante della comunità civile in tutte le sue componenti, a partire dai cittadini che ci sostengono con i loro contributi, ma anche da fondazioni e dalla pubblica amministrazione, fino a esponenti dell'arte e della cultura che si sono messi a disposizione per eventi, spettacoli o come testimonial del nostro impegno. Lo sviluppo che Vidas ha

Il progetto pediatrico

- **72** i minori tra 0 e 17 anni assistiti dall'avvio del progetto nel 2015
- **10.689** le giornate di assistenza garantite a domicilio e nell'hospice *Casa Vidas*, in degenza e day hospice, in attesa dell'apertura di *Casa Sollievo Bimbi*
- **1** équipe specialistica di cure palliative pediatriche, operante a domicilio e in *Casa Sollievo Bimbi*
- **80%** dei pazienti affetti da malattie oncologiche, gli altri affetti da patologie degenerative, neurodegenerative e altre non oncologiche
- **75** euro costo medio di una giornata di assistenza domiciliare
- **100** euro costo medio di una giornata di assistenza domiciliare pediatrica
- **415** euro costo medio di una giornata di degenza in hospice *Casa Vidas*
- **125** euro costo medio di una giornata nel day hospice
- **Oltre 20 milioni** di euro il costo complessivo per la costruzione di *Casa Sollievo Bimbi*, di cui 10.191.352 euro già raccolti. Per il completamento, ad oggi mancano circa 10 milioni
- **20.838** donatori che hanno sostenuto *Casa Sollievo Bimbi*
- **5 per mille***: nel 2016 Vidas ha ottenuto 28.991 preferenze, per un ammontare di 1.608.142,29 euro

* Ultimo dato disponibile fornito dall'Agenzie delle Entrate



avuto in questi anni è stato garantito da questa fortissima contribuzione. Sottolineo sempre che queste sono risorse che altrimenti il welfare pubblico non avrebbe a disposizione, perché sono risorse private e sono risorse che vengono affidate a Vidas perché svolga un servizio pubblico dove il Pubblico non riesce ad arrivare: proprio come nel caso di Casa Sollievo Bimbi. Da quando abbiamo avviato il progetto, nel 2015, abbiamo raccolto circa 30.000 donazioni per un totale di dieci milioni di euro, sui venti milioni che è il costo complessivo dell'edificio che ha anche altre parti: un day hospice pediatrico, un centro studi e formazione con una particolare attenzione alle cure palliative pediatriche e, infine, i nostri uffici trasferiti da un altro immobile dove eravamo in affitto. I dieci milioni di euro necessari per coprire l'intero progetto provengono da un mutuo che abbiamo acceso con Banca Prossima e che dovremo restituire in quindici anni. È quindi importante che il sostegno della comunità a questo progetto non si fermi.

Come si inserisce Casa Sollievo Bimbi all'interno di Vidas?

Casa Sollievo è stata costruita accanto all'Hospice Casa Vidas per gli adulti. Sono due strutture comunicanti il che, oggi, costituisce un grande vantaggio, avendo portato qui i nostri uffici. Essendoci ritrovati in un unico sito, infatti, sono migliorate le funzionalità e i collegamenti fra le diverse aree della nostra Associazione. L'altro aspetto importante è che Casa Sollievo Bimbi è l'ultimo anello dell'impegno nelle cure pediatriche di Vidas, perché già dal 2015 è attiva l'assistenza domiciliare, così come è stato fatto qualche ricovero nell'hospice per adulti laddove abbiamo accolto piccoli o adolescenti che, non avendo altre possibilità di ricovero, sono stati accolti nella nostra struttura per adulti. In assistenza domiciliare abbiamo già seguito più di cinquanta bambini e quindi ci sarà questo collegamento stretto fra Casa Sollievo Bimbi e il domicilio, grazie a un'équipe composta da medici, infermieri, operatori socio-sanitari ai quali si aggiungono l'assistente sociale, lo psicologo, il logopedista e l'educatore. Ad oggi, in Lombardia, questo modello organiz-



zativo non esiste e quindi l'obiettivo è quello di rappresentare un progetto pilota, per la Lombardia, ma anche per il resto di Italia, che sia replicabile e riproducibile in altre realtà.

Per capire cos'è l'Associazione Vidas, abbiamo scambiato alcune battute con il suo presidente, il giornalista Ferruccio de Bortoli

Qual è la mission dell'Associazione?

Vidas è nata nel 1982 per assistere i malati nell'ultimo tratto della vita e, in particolare, si trattava allora di persone con una malattia oncologica in stadio molto avanzato. Nell'arco di 37 anni, lo status e il bacino d'intervento delle cure palliative è cambiato così che il mandato dell'associazione si è ampliato anche ad altre patologie inguaribili. Oggi Vidas assiste, a domicilio, in day hospice e in degenza, nell'hospice Casa Vidas, oltre 200 pazienti al giorno, con una presa in carico che, in alcuni casi, è molto precoce, poiché le cure palliative possono intervenire anche quando sono in corso le terapie attive. Entro poche settimane, quando verranno accolti i primi pazienti a Casa Sollievo Bimbi, sarà ancora più largo il nostro raggio operativo poiché i bambini e ragazzi con malattie molto gravi potranno essere presi in carico sin dall'esordio delle patologie che, purtroppo, spesso avviene già in fase prenatale così che potranno essere assistiti lungo tutto l'arco della vita.

Quali i principi ai quali vi ispirate?

Il principio che può essere posto all'origine della volontà di Giovanna Cavazzoni, fondatrice di Vidas, di dare vita all'associazione è senz'altro l'accoglienza, come capacità di dare ascolto al bisogno dei più fragili e di of-



frir vicinanza e calore umano, al di là di ogni differenza etnica, culturale, confessionale e senza darsi alcun colore politico o religioso. Attorno a questo primo valore fondativo, altri due principi dettano uno stile che tanto di ispirazione ideale quanto di operatività pratica: giustizia e gratuità. In nome di questi ideali, l'assistenza di Vidas è sempre stata offerta senza alcun costo per malati e famiglie, anche prima di ricevere l'accreditamento regionale (ottenuto dopo la legge 38 del 2010, che norma le cure palliative e le iscrive, come diritto, all'interno della rete del sistema sanitario nazionale), col preciso intendimento di rispondere al diritto di ogni persona, nel rispetto autentico della sua dignità, di ricevere cure fino all'ultimo istante.

Quali sono i principali progetti dell'Associazione?

Il grande progetto, appena varato, è appunto Casa Sollievo Bimbi, che completa la rete di cure palliative pediatriche di Vidas, già attiva al domicilio con una équipe dedicata: entro la primavera del 2019 verranno accolti i primi pazienti in degenza e, entro il 2020, anche in day hospice.

Sul fronte dei pazienti adulti, Vidas assiste ogni anno oltre 1.800 persone, la più ampia capacità assistenziale in Europa, estesa anche alle famiglie, con percorsi di accompagnamento e sostegno al lutto.

Come è stato il suo primo 'incontro' con Vidas?

Tutto si deve all'amicizia con Giovanna Cavazzoni che mi chiese di entrare nel consiglio di amministrazione di Vidas, una quindicina di anni fa. Io avevo già avuto un'esperienza con la Fondazione Floriani, del cui consiglio

ho fatto parte per diversi anni, avendo come amici carissimi sia Umberto Veronesi sia Alberto Malliani, i due ispiratori e padri dell'esperienza Vidas.

Tutto si deve alla caparbia, determinazione e simpatica insistenza con cui Giovanna Cavazzoni mi ha coinvolto in un progetto che, all'inizio, ritenevo molto distante dalla mia esperienza e per il quale mi sento ancora oggi, da giornalista, impreparato. L'importante, però, è sostenere i valori che guidano l'azione di Vidas e che non sono soltanto la solidarietà e l'attenzione nei confronti delle persone sofferenti, il rispetto della dignità soprattutto nella fase terminale della loro vita, ma anche una forma di manutenzione della civiltà e del senso civico di un Paese.

Quanto questa esperienza ha cambiato il giornalista Ferruccio de Bortoli?

Più che cambiarlo lo ha reso più consapevole di una parte di società che, come giornalista, si incontra ben poco, e cioè la parte del bene. Noi come giornalisti ci occupiamo della patologia del sistema ma faticiamo ad interpretare, nel modo corretto, le tante sorgenti della solidarietà che sgorgano da una società che ci sembra, attraverso uno sguardo disattento e superficiale, piena di umori negativi, di rancori, di solitudini e di interessi (egoistici, privati, particolari), quando, in realtà, nel Terzo Settore si può constatare una presenza di tanti valori e di una sostanza che in qualche modo tiene forti i legami di una società pure in crisi dal punto di vista economico e morale.

Qual è il vostro prossimo impegno?

Il nostro prossimo impegno è quello di ampliare sempre di più l'attività di Vidas, il cui acronimo vuol dire assistenza ai sofferenti: le sofferenze sono diverse e si moltiplicano in una società che diventa sempre più anziana che sarà sempre di più alle prese con malattie croniche e avrà bisogno, al di là dell'assistenza medica, di una risposta sociale – di un impegno, cioè, non solo dello Stato ma della società, e dei cittadini, per combattere le nuove solitudini, lenire i nuovi disagi e rendere pieno il senso della cittadinanza che non può essere diminuito o deteriorato dal dolore, dalla sofferenza, dall'emarginazione.



"Nuove" RSA in Puglia

La Regione Puglia è stata scenario di un'importante riforma delle RSA per le quali la Sezione Regionale di ANSDIPP si è messa in prima linea. Le sfide rimangono molte, però, come ci spiega in quest'intervista il presidente, Nicola Castro



Nicola Castro
*Direttore generale Fondazione
Villa Giovanni XXIII Onlus
di Bitonto*

Come ANSDIPP Puglia avete svolto un importante lavoro di riforma dell'assistenza socio-sanitaria della Regione che si trovava in una situazione atipica. Ci spiega qual era il quadro iniziale e i suoi punti di debolezza?

Il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, approvato ai sensi del Decreto legislativo n° 517/93, indicava tra le sue priorità "un maggior sviluppo di Presidi extra-ospedalieri di lungo-assistenza per gli anziani e i disabili..." Le linee guida emanate dal Ministro della Sanità il 31 Marzo 1994 definivano gli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e individuavano queste come la "collocazione residenziale dell'anziano e del soggetto disabile non assistibili a domicilio". Queste linee guida, indicando il percorso da seguire alle regioni italiane, evidenziavano la necessità di trasformare le strutture già esistenti nei diversi territori in RSA, non poten-

dole escludere dal processo di riforma tracciato con il Piano Sanitario Nazionale.

La Regione Puglia, purtroppo, anziché tener conto delle allora esistenti "Case Protette", strutture residenziali per l'assistenza alle persone non autosufficienti, le ignorava completamente e solo dopo 8 anni istituiva le RSA pugliesi (Regolamento regionale n° 8/2002), non prevedendo alcun processo di riconversione o trasformazione delle Case Protette esistenti.

Nel 2006, il legislatore regionale con la legge n° 19 istituiva le RSSA, strutture residenziali di tipo socio-sanitario finalizzate allo stesso tipo di assistenza delle RSA, consentendone la nascita in maniera totalmente svincolata da un parere regionale di compatibilità rispetto ad atti di programmazione regionale.

Tutto ciò ha creato una situazione abnorme per cui le persone anziane non autosufficienti della Puglia che usufruiscono di tali prestazioni sono indirizzate in una RSA o in una RSSA (dalle UVM delle ASL) a seconda della mera disponibilità di posto letto, distanza dal luogo di origine, scelta

dei parenti, ecc. Altre volte, le periodiche valutazioni mediche delle UVM ne dispongono la dimissione da una struttura e il trasferimento in un'altra più rispondente ai variati bisogni assistenziali, senza tener in alcun conto i rapporti affettivi che sono sorti nel corso del lungo periodo di ricovero in struttura con altri degenti, con il personale, ecc. o il fatto che il trasferimento del paziente a molti chilometri di distanza dal proprio Comune impedirà ai congiunti di visitarlo con regolarità quotidiana.

Avete interpretato nuovi fabbisogni e lavorato per una riforma delle RSA in concerto con altre Associazioni.

Quali? Per la sua esperienza, quanto è importante in ambito assistenziale attivare delle sinergie sul territorio?

Da qualche tempo avevamo ritenuto, insieme all'UNEBA, all'ASSOAP e all'AGESPI, maturo il tempo di raggiungere una sintesi e quindi, facendo massa critica, rappresentare al meglio gli interessi di categoria di ciascuna organizzazione in una logica però che fosse compatibile con l'interesse generale, soprattutto dell'utenza fragile. È stata questa la ragione che ci ha spinti a costituire il FAC, il Forum delle Associazioni di Categoria, per essere, e crediamo di esserci riusciti, un interlocutore credibile nei confronti della Regione Puglia. Questa azione sinergica ha eliminato qualsiasi speculazione di soggetti interessati a mantenere lo status quo e ha reso più agevole il percorso legislativo per porre fine a un disordine normativo che di fatto, nel tempo, ha favorito uno sviluppo non omogeneo sul territorio di realtà socio sanitarie slegate da un quadro organico di programmazione regionale.

Cosa prevede la nuova disciplina della Regione Puglia in materia di assistenza sociosanitaria? Si può parlare di "modello Puglia"?

La legge di riforma mette rimedio alle storture evidenziate innanzi perché consente l'istituzione di un unico "contenitore" per l'assistenza residenziale, la RSA, e lo riempie di "contenuti", consentendo alle persone non autosufficienti di non essere considerate dei "pacchi", trasferiti da un luogo all'altro, ma di permanere nella stessa struttura che hanno scelto, quasi sempre vicina al loro luogo di origine, e di ricevere un'assistenza adeguata

con livelli differenziati (estensiva o mantenimento) in base al grado di non autosufficienza.

In questo modo, la Puglia, si adegua e recepisce i LEA (livelli essenziali d'assistenza), approvati dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2017, stabilendo, nel rispetto degli stessi, che le cure estensive e quelle di mantenimento siano a carico del SSR rispettivamente al 100% e 50%.

Avreste voluto l'introduzione di un terzo livello di assistenza, riferito alle persone non autosufficienti, ma non vi è stato un adeguamento normativo in tal senso.

Qual è la situazione attuale e quali le azioni in programma per incentivare un cambiamento?

Avevamo auspicato e rappresentato che nel processo di riforma nella RSA fosse ricompreso un terzo livello di assistenza, cioè quello ad elevato impegno sanitario.

La Regione Puglia ha invece deciso di disciplinare autonomamente la RSA R1 collocandola prioritariamente all'interno dei presidi territoriali di assistenza pubblici (PTA) derivanti dalla riconversione degli ospedali dismessi.

Questa scelta, noi crediamo, disattende la logica della continuità assistenziale che invece si è in buona parte realizzata con la RSA, e non è coerente con le strategie di politica sanitaria, unanimemente condivise, che, in presenza di oggettive difficoltà finanziarie e scarse risorse, sono finalizzate alla riduzione al minimo dei costi di gestione e a realizzare economie di scala che solo strutture di una certa dimensione possono garantire anche al fine di favorire l'allargamento della platea dei fruitori.

Ciò è suffragato dalla pianificazione dei posti letto di RSA R1 da attivare nei PTA. L'esiguità dei posti previsti, tra l'altro solo in alcuni PTA, inevitabilmente farà lievitare i costi per ciascun posto letto rendendo vano, in parte, quel risparmio di spesa che il piano di riordino ospedaliero di prefiggeva. Noi crediamo non sia una decisione lungimirante e forse mossa solo da una logica compensativa nei confronti di territori che hanno dovuto subire la chiusura dei loro ospedali.

Dopo la riorganizzazione regionale e i relativi decreti attuativi, quale ruolo vi prefiggete d'avere nel processo di accreditamento, riconversione,



adeguamento delle strutture?

Dopo l'approvazione della legge di riforma e dei regolamenti attuativi delle RSA e dei Centri diurni per le persone non autosufficienti l'ANSDIPP continuerà a svolgere un ruolo molto delicato. Innanzitutto dovrà vigilare sulla corretta ricognizione dei posti letto autorizzati e da accreditare in vista della contrattualizzazione di nuovi posti convenzionati sulla base del fabbisogno calcolato e nel pieno rispetto dei criteri fissati nei regolamenti attuativi che si propongono, nella logica distrettuale, una distribuzione di posti quanto più omogenea sul territorio per garantire il principio di prossimità delle strutture e dei servizi sociosanitari al luogo di residenza degli utenti.

Non meno importante sarà il ruolo che potrà svolgere l'associazione, forte delle proprie competenze manageriali, nell'attività consulenziale e di supporto alle figure professionali di vertice delle strutture nell'impegnativo lavoro di applicazione all'interno di ciascuna organizzazione dei modelli di accreditamento secondo i requisiti declinati in riferimento alle specifiche tipologie di assistenza.

Particolare attenzione va posta sulle questioni di carattere gestionale, contabile e di trasparenza; ce lo conferma?

Il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, con l'assicurazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) vede l'accreditamento come uno strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione.

La Regione Puglia, sulla base dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 2015 e delle linee guida redatti dall'AGENAS, ha approvato i manuali per l'accreditamento e tra questi anche quello delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

L'applicazione in Puglia del sistema di accreditamento anche per le strutture e i servizi sociosanitari che fino ad ora ne erano esclusi apre uno scenario completamente diverso dal passato perché impone alle strutture di dotarsi di un sistema di gestione di riconosciuta validità per assicurare prestazioni che siano realmente di qualità attraverso proces-

si organizzativi, informativi e assistenziali che favoriscano l'efficacia, la sicurezza, l'efficienza, l'appropriatezza, l'umanizzazione e la trasparenza con il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di tutela degli utenti.

Non sarà un percorso facile, soprattutto per le piccole strutture che mancano spesso di figure professionali competenti in materia di sistemi e controllo di gestione. Confidiamo come ANSDIPP, anche avvalendoci delle migliori competenze ed esperienze in questo settore maturate da alcuni colleghi, di poter assicurare un adeguato supporto ai direttori associati.

Nell'anno in cui ricorre il venticinquesimo compleanno di ANSDIPP, quali sono le sue riflessioni in qualità di presidente dell'Associazione per la Regione Puglia e quali le sfide future?

Se penso a 25 anni fa penso che in Puglia di strada ne abbiamo fatta molta. Ci sono stati momenti in cui abbiamo vissuto la frustrazione di essere sempre nelle posizioni di retrovia nel confronto con le realtà più evolute del nostro Paese. Oggi, grazie anche al nostro contributo e di tutte le organizzazioni riunite in FAC, e in presenza di una rinnovata disciplina che indiscutibilmente riconosce alle realtà che dirigiamo un ruolo significativo nell'ambito del sistema salute della Regione Puglia, possiamo guardare al futuro con più ottimismo, ma anche con una rinnovata consapevolezza delle maggiori responsabilità che assumiamo nei confronti delle istituzioni e di un'utenza sempre più problematica, che richiede risposte assistenziali appropriate, diversificate e individualizzate.

Per il futuro la sfida è quella di continuare a far crescere sempre di più la cultura manageriale nei servizi alla persona e in questo senso il nuovo sistema di accreditamento può rappresentare un'opportunità da cogliere.

Le nostre organizzazioni si fanno sempre più complesse e richiedono competenze e abilità nuove e come ANSDIPP avvertiamo sempre più pressante l'esigenza di contribuire, con il concorso delle agenzie formative e delle istituzioni interessate, alla formazione, riqualificazione e aggiornamento dei direttori e delle altre figure apicali e di coordinamento delle strutture sociosanitarie. ●



www.sinergiaesviluppo.com

2009-2019

10

anni di **Sinergia**
per lo **Sviluppo**
della *tua* professione



**ALTA FORMAZIONE
SPECIALISTICA
RESIDENZIALE**

**FAD FORMAZIONE
A DISTANZA**

**NOVITÀ 2019
OLTRE LA CONTENZIONE:**
un tema urgente
per le Strutture Socio-Sanitarie

**PROGETTO
FORMATIVO
DIAMO VITA
AGLI ANNI**

rivolto alle
Strutture Residenziali
per Persone Anziane



Sinergia & Sviluppo
Formazione e Servizi
per le Professioni Sanitarie
Provider ECM nazionale n.1185

Per informazioni:
www.sinergiaesviluppo.com
info@sinergiaesviluppo.it
Segui la nostra pagina Facebook



Sentirsi "stilisti" per un giorno

Interessante l'iniziativa di Villaggio Amico che ha coinvolto le sue ospiti nella realizzazione di un abito sartoriale ispirato alle mimose. Grazie alla collaborazione della stilista Nada Fattori, le anziane hanno infatti partecipato a dieci incontri studiati apposta per loro. Un modo davvero originale e creativo per favorire la stimolazione cognitiva



Sara Cavagnoli
*Educatrice
di Villaggio Amico*

Per celebrare la Festa della donna, Villaggio Amico – Residenza sanitaria assistenziale che si trova a Gerenzano, in provincia di Varese – ha dato vita a un laboratorio creativo riservato alle sue ospiti. Sotto la guida della stilista Nada Fattori, le "ragazze" di Villaggio Amico hanno cucito un bellissimo abito sartoriale ispirato alle mimose. La creazione è poi stata esposta l'8 marzo, nel giorno dedicato alla donna, nella zona reception della struttura.

Sara Cavagnoli, educatrice di Villaggio Amico, ha accompagnato le ospiti della struttura in questo percorso creativo e ha spiegato come si è arrivati all'ideazione e alla realizzazione di questo progetto partendo dalla volontà di

coinvolgere le nonnine – in modo diretto e diverso dalle solite attività – in qualcosa che potesse festeggiarle nel giorno dedicato alla donna e, soprattutto, usufruendo delle loro capacità e della loro preziosa esperienza.

Sono stati dunque dedicati a questa attività uno spazio e un tempo specifici; dieci incontri per pensare e realizzare un abito simbolo della femminilità e dell'eleganza. Per sviluppare l'idea si è pensato di partire dalla passione e dalle abilità che le ospiti di Villaggio Amico hanno sviluppato di più nel corso della loro vita: il cucito. Unendo l'esperienza della stilista Nada Fattori e le competenze educative è stato proposto alle ospiti di partecipare in modo attivo alla creazione di un abito di tulle in stile anni '50 e decori in lana per rappresentare il fiore simbolo della donna, la mimosa.

Il progetto ha avuto un grande valore dal punto di vista educativo. Oltre al potenziamento della sfera relazionale, ci sono stati benefici visibili anche dal punto di vista della

stimolazione cognitiva e, soprattutto delle abilità manuali poiché, grazie alla presenza della stilista Nada Fattori che ha seguito in modo professionale e attento le ospiti, ha fatto riemergere una manualità specifica e precisa del cucito. Ad ogni incontro la stilista ha proposto attività personalizzate sulle capacità di ogni singola ospite e attraverso lo scambio di informazioni e consigli si è arrivati alla realizzazione completa dell'abito. Il laboratorio è stato anche un momento di scambio relazionale tra donne con storie, età e capacità differenti. Oltre alla realizzazione pratica dell'abito, durante il tempo trascorso ognuno delle partecipanti ha rivissuto ricordi e momenti della vita in cui cuciva o realizzava un abito per occasioni importanti. Si sono create nuove conoscenze tra ospiti che non avevano mai avuto modo di incontrarsi e che, attraverso questo momento di condivisione, hanno trascorso momenti di serenità e tranquillità.

Dalla difficoltà del primo approccio per la paura di non avere le adeguate abilità manuali si è arrivati ad un vero e proprio scambio di consigli tecnici per cercare la soluzione migliore. Le "stiliste" di Villaggio Amico si sono talmente appassionati che chiedevano ed erano desiderose di proseguire il lavoro anche in altri momenti della giornata. L'aspetto più emozionante è stato vedere negli occhi delle donne la gioia di ripetere gesti e tradizioni tipici del mondo sartoriale e più in generale femminile che le ha riportate indietro nel tempo. A conferma di questo si sono avuti riscontri positivi da parte dei parenti degli ospiti che hanno notato un miglioramento dello stato d'animo della persona a loro cara. Il laboratorio è stato anche supportato dall'area fisioterapica in quanto la tradizionale fisioterapia per il mantenimento delle abilità manuali finì è stata sostituita da un'attività divertente e insolita. Dando dei risultati più che positivi. ●



Tecnologia multimediale e terza età

Dispositivi innovativi che facilitano la vita delle persone affette da demenze come ad esempio l'Alzheimer. Per attivare processi di stimolazione cognitiva e per favorire il miglioramento di attività funzionali le CRA Villa Serena e Villa Ranuzzi adottano tecnologie multimediali, promuovendo insieme al Consorzio Colibri la ricerca scientifica sul tema

Deborah Annolino
Direzione Consorzio
Ospedaliero Colibri

L'innovazione tecnologica registra una costante crescita in tutti i settori e in particolare nel nostro Paese si accompagna a un fenomeno demografico che vede la popolazione invecchiare progressivamente, almeno fino al 2035.

Solo nella regione Emilia-Romagna si contano oltre 1 milione di anziani residenti, pari al 23,8% della popolazione regionale (Fonte: Indagine Passi d'Argento – Regione Emilia-Romagna). A tutto ciò bisogna aggiungere che le persone con deficit cognitivi acquisiti, ossia disturbi neuropsicologici dovuti a danni neurologici, hanno raggiunto il valore di circa 2 milioni e mezzo in tutta Italia.

Questo richiede un approccio sempre più dedicato e professionale con l'ausilio della tecnologia alleata nel trattamento dei

I bisogni di una popo-

lazione sempre più anziana restano sempre legati al benessere psicofisico, al mantenimento dell'autonomia e al rispetto, in primis, della dignità umana. In questo senso le nuove tecnologie diventano protagoniste indiscusse nell'offerta dei servizi per la terza età. A Bologna, Villa Serena e Villa Ranuzzi, CRA-RSA fondatrici del Consorzio Colibri, sono già dotate di una strumentazione, ad alta tecnologia, orientata a migliorare la vita e le funzioni quotidiane dell'anziano.

La robotica e la sensoristica nei servizi residenziali per anziani non è più un miraggio, ma è una realtà tangibile. Villa Serena, Casa Residenza per anziani non autosufficienti, sperimenta già da alcuni anni prototipi e ausili multimediali per sollevare dalle disabilità persone fragili. La struttura è un modello avanguardistico per la presa in carico globale dell'anziano attraverso l'uso delle tecnologie assistive. Si tratta di tecnologie realizzate *ad hoc* per rendere accessibili e usabili i prodotti

informatici stessi (hardware o software) anche a persone con complessità ortopediche o neurologiche.

Oggi le nuove tecnologie offrono un apporto determinante nel trattamento delle disabilità. Nella maggior parte dei casi si tratta di strumentazioni che attivano la stimolazione cognitiva, mantengono le attività funzionali, valorizzano condivisione e partecipazione e soprattutto stimolano una miglior dimensione relazionale con l'ambiente circostante rendendo possibile nuove conquiste di autonomia che aumentano notevolmente la qualità della vita delle persone fragili.

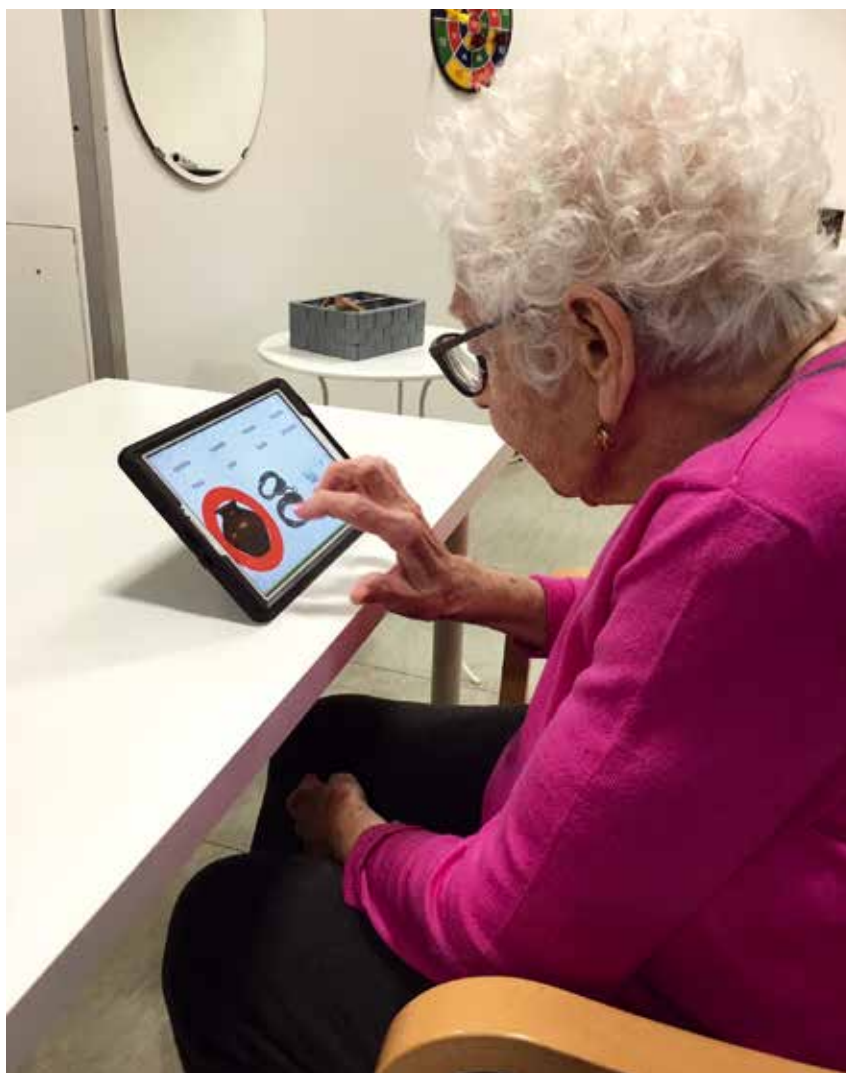
L'investimento nella ricerca scientifica e nelle nuove tecnologie è una delle caratteristiche del Consorzio Colibrì il gruppo presente in Emilia-Romagna da 10 anni che unisce strutture specializzate in ambito sanitario e socio-sanitario. Il network fondato da 5 strutture nel 2009, oggi si compone di 22 consorziati. La mission è quella di migliorare e ampliare servizi e prestazioni per la salute e benessere dei cittadini.

Di recente, Colibrì in collaborazione con la Fondazione ASPHI Onlus ha introdotto presso alcune delle strutture fondatrici, sanitarie e sociosanitarie, il progetto dal titolo "Riabilitazione 2.0: ambienti digitali per la riabilitazione multimediale".

Lo scopo del progetto è "cucire su misura" ausili ad alto livello tecnologico ed esercizi multimediali che possano migliorare la qualità della vita.

Questo nuovo percorso arriva dopo il successo dell'esperienza di Villa Serena che ha introdotto dispositivi multimediali atti alla stimolazione e al mantenimento dell'autonomia, diventando un modello di *best practices* a livello regionale e nazionale. Dotati di neurotablet e cuffie, gli ospiti svolgono esercizi dedicati all'attenzione visiva e alla percezione, alle funzioni esecutive e alla memoria. In molti casi i prototipi funzionali pensati *ad hoc* alleviano le complicità dovute ad esempio al morbo di Alzheimer, la forma

più comune di demenza. In genere i sintomi (problemi di memoria, pensiero e comportamento) si sviluppano lentamente e peggiorano con il passare del tempo, diventando talmente gravi da interferire con le attività quotidiane. Il sintomo precoce più comune del morbo di Alzheimer è la difficoltà a ricordare informazioni apprese recentemente; infatti, i cambiamenti dovuti all'Alzheimer hanno inizio generalmente nella parte del cervello che riguarda l'apprendimento. Per questo le attività di animazione professionale svolgono un ruolo fondamentale nelle CRA-



RSA del Consorzio Colibrì.

Ricerca, sensibilizzazione, sperimentazione e formazione sono i principi chiave che guidano questi progetti.

Gli strumenti utilizzati assolvono esigenze diverse: tastiere facilitate, sensori per scansione, assistenti vocali, sistemi di ingrandimento e amplificazione, soluzioni di accesso ergonomico al PC.

Il miglioramento del benessere dell'anziano si raggiunge attraverso attività diverse: la stimolazione cognitiva, la partecipazione sociale, l'accessibilità e l'uso di interfacce personalizzate. Tutto questo è possibile attraverso strumenti touchscreen, amplificatori ambientali e personali del messaggio audio, comunicatori alfabetici e simbolici e sistemi per l'ingrandimento. Vediamone alcuni.

Kinect è un accessorio sviluppato da Microsoft sensibile al movimento del corpo umano che aiuta a migliorare le capacità cognitive e motorie delle persone anziane, rendendo l'esercizio più coinvolgente e interattivo attraverso una forma ludica. La partecipazione a questa attività sta dimostrando che l'utilizzo di Kinect riscuote un certo successo e risulta funzionale. La peculiarità dello strumento è di rilevare e registrare i punti cardinali del corpo permettendo alla persona di interagire con lo schermo, stimolando il movimento e migliorando al tempo stesso la coordinazione oculo-manuale e allo stesso tempo fornendo anche sollecitazioni sensoriali utili allo stimolo della memoria.

Seguono altri esempi: CLICK4ALL semplifica le interfacce, è di fatto una tastiera programmabile ideata da ASPHI collegabile al computer portatile o allo smartphone che si è aggiudicato il primo premio di un concorso indetto dalla Fondazione Vodafone. Ad oggi le uniche strutture residenziali per anziani in Italia dove è stata sperimentata questa tecnologia sono Villa Serena e Villa Ranuzzi. Solo spingendo un tasto è possibile fare una ricerca su internet o chiamare un familiare via Skype.

Il neurotablet è pensato per la riabilitazione

neurocognitiva e la sua interfaccia immediata e semplificata rende l'utente autonomo senza bisogno di aiuti da parte dell'operatore. Se portiamo ad esempio i disagi di un malato neurologico, essi non si limitano alla deambulazione, ma riguardano anche la sfera cognitiva. Il neurotablet aiuta pazienti affetti da questo tipo di patologie, permettendo di svolgere circa 40 differenti esercizi creati secondo stretti canoni neuroscientifici. Gli esercizi proposti al paziente si mantengono sempre ad un livello di difficoltà ottimale grazie all'algoritmo che li adatta alla performance del paziente.

Come scegliere tra tutte queste tecnologie? Lo abbiamo chiesto alla dott.ssa Federica Taddia responsabile del servizio animazione professionale:

"Innanzitutto è necessaria un'analisi delle risorse e delle esigenze degli ospiti attuata grazie a delle valutazioni multidimensionali e multidisciplinari da cui emergono i bisogni degli ospiti, che successivamente vengono tradotti in richieste. Vi è poi una fase di consulenza e co-progettazione in collaborazione con gli esperti e i tecnici della Fondazione ASPHI. Ad esempio, Kinect aveva in origine un'applicazione dedicata alla disabilità giovanile, lo strumento è stato poi implementato e plasmato in base alle esigenze degli ospiti. Una terza fase di monitoraggio delle risposte quantifica il miglioramento ottenuto attraverso i dispositivi tecnologici.

Da non sottovalutare l'importanza degli operatori, dei caregiver e di équipe dedicate, figure fondamentali nell'utilizzo di strumentazioni ad alto livello tecnologico, che unite all'innovazione e alla continua cura del paziente, rappresentano la forza di questa RSA (CRA) sempre in prima linea per quanto riguarda la protezione e la tutela degli anziani", conclude la dott.ssa Taddia.

La ricerca di soluzioni software e hardware vanno tutte in una direzione di crescita dei progetti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e gli attori coinvolti sono ormai consci che il progresso passa anche attraverso la tecnologia multimediale, alleata della terza età. ●



Affrontare l'incontinenza urinaria

Patologia legata all'invecchiamento, l'incontinenza rappresenta un problema per 5 milioni di persone in Italia. In questo approfondimento ci proponiamo di descriverne le cause indagando le possibili soluzioni

L'invecchiamento della popolazione globale porta con sé generazioni più longeve e attive, maggiore aspettativa di vita, innovazioni terapeutiche, guarigione da malattie un tempo incurabili. Per contro, la maggiore longevità comporta l'aumento di patologie croniche e la crescente domanda di assistenza e di misure adeguate, per affrontare problemi di natura medica, sociale, etica, economica. Soffermiamoci su alcune patologie molto diffuse, quali l'incontinenza urinaria e l'ipertrofia prostatica benigna, disturbi dell'apparato urinario che, pur non diminuendo l'aspettativa di vita dei pazienti, sono rilevanti in termini di diffusione e hanno ripercussioni sociali ed economiche che non possono essere ignorate.

In Italia, circa 5 milioni di persone soffrono di incontinenza urinaria. Superfluo ricordare che si tratta di un disturbo penoso, imbarazzante, spesso vissuto in silenzio, con impatti pesantissimi sulla vita quotidiana, i rapporti familiari, l'attività lavorativa, le relazioni socia-

li. Ne sono coinvolti 3 milioni di donne e 2 milioni di uomini, molti dei quali ridotti da interventi di prostatectomia. Nonostante la diffusione del problema, però, solo una minoranza, superando tabù di ogni genere, si rivolge al medico. Tuttavia, come ricordano i massimi esperti del settore, questa patologia può essere affrontata con terapie mirate, in funzione dei livelli di gravità.

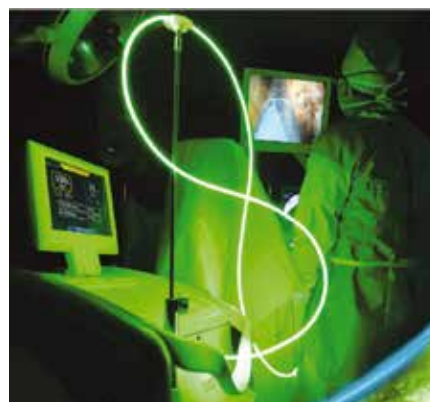
L'incontinenza urinaria maschile che si riscontra dopo un intervento di prostatectomia radicale per carcinoma interessa fino all'80% dei pazienti nella fase iniziale, ma tende a migliorare nei mesi successivi. Il disturbo persiste in un minor numero di casi, ma nel 5-10% dei soggetti può rimanere di entità tale da costituire un problema, anche a distanza di un anno.

Commenta, in proposito, il professor Giovanni Ferrari, direttore Unità Ope-

Giovanni Ferrari
Urologo

rativa Urologia Minimally Invasive Urology Project Robotic and Laser, Hesperia Hospital, Modena: *"L'incontinenza urinaria maschile è un disturbo difficile con cui convivere e può mettere a dura prova la vita di un uomo. L'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) si verifica quando l'urina fuoriesce dalla vescica nel momento in cui questa è sotto pressione, per esempio, quando una persona tossisce, o ride, o fa sforzi fisici. In questo caso, si può ricorrere a trattamenti di ri- educazione perineale, terapie farmacologiche, infiltrazioni locali. Più complesso, invece, è ripristinare il pieno controllo vescicale dopo interventi chirurgici come, appunto, la prostatectomia radicale. Il primo passo – e il più importante – è quello di decidere di affrontare il problema rivolgendosi all'urologo. Si pensi che – secondo dati recenti – 9 milioni di uomini italiani non si sono mai recati dall'urologo!"*.

Fra le soluzioni immediate, cui si ricorre più facilmente, rientra l'intera gamma di prodotti assorbenti e di indumenti intimi protettivi, che non costituiscono, però, un trattamento



risolutivo dell'incontinenza, ma un palliativo tollerabile solo per minime perdite che generano, però, disagio nel paziente in caso di perdite di urina più consistenti: il paziente riferisce di sentirsi sempre bagnato e di emanare cattivo odore.

Un approccio più definitivo può prevedere l'impianto di una sling, fascetta di tessuto sintetico lunga pochi centimetri, posta chirurgicamente al disotto dell'uretra, che fornisce un valido supporto per aiutare a ripristinare il normale controllo della vescica.

Per le situazioni più complesse, soprattutto per i pazienti oncologici che abbiano subito interventi di rimozione completa della prostata, la tecnologia medica mette oggi a disposizione sistemi minimamente invasivi e di comprovata efficacia, quali gli sfinteri urinari artificiali (AUS).

Questi dispositivi consentono di ripristinare appieno le normali funzioni con un controllo totale della minzione. Il fatto che siano posizionati all'interno del corpo offre indiscussi vantaggi, non solo funzionali, ma anche psicologici, favorendo così la piena accettazione della procedura da parte dei pazienti.

I dispositivi attualmente più diffusi (come AMS800™ di Boston Scientific) sono costituiti da 3 elementi, il cui funzionamento coordinato imita l'attività di uno sfintere naturale: per la maggior parte del tempo, lo sfintere artificiale mantiene l'uretra chiusa impedendo perdite di urina; quando si avverte l'esigenza di urinare, si aziona manualmente il dispositivo in modo da aprire l'uretra e consentire l'espulsione.

L'intervento, convalidato da una solida pratica clinica e da innumerevoli studi internazionali, viene effettuato presso numerosi ospedali pubblici e privati convenzionati presenti in tutta Italia, purtroppo a tutt'oggi contingentati per motivi economici. Si auspica che, valutando i costi dei presidi temporanei (pannolini, cateteri), queste limitazioni vengano superate e venga liberalizzato in Centri Specializzati l'uso dello sfintere e della sling, in definitiva molto meno costosi per il SSN.

Se parliamo, invece, di ipertrofia prostatica benigna (IPB), ci riferiamo a una condizione

che nel 2017 è stata riscontrata a 7 milioni di uomini italiani, rappresentando il disturbo urologico maschile più diffuso. Si tratta di una condizione benigna, non tumorale, che comporta l'ingrossamento anomalo della prostata, la piccola ghiandola attraverso cui passa l'uretra, il condotto che dalla vescica porta l'urina verso l'esterno. Quando la prostata si ingrossa può comprimere l'uretra, causando sintomi irritativi e/o ostacolando la fuoriuscita dell'urina. Il getto si indebolisce progressivamente e le minzioni diventano sempre più frequenti. Inoltre, può succedere che la vescica non si svuoti completamente, provocando ristagno con possibili infezioni.

L'IPB è una condizione progressiva: se non adeguatamente trattata, può provocare danni permanenti alla vescica che, in casi estremi, arriva a perdere la sua capacità di contrarsi e svuotarsi. La ritenzione acuta o cronica di urina e l'aumento di spessore della parete vescicale sono indicatori di sofferenza e richiedono un'attenta valutazione dei sintomi ed esami diagnostici specifici.

Quanto alle terapie, le prime sono, in genere, farmacologiche e comprendono farmaci alfa-bloccanti (che aiutano a rilassare la muscolatura liscia inducendo un aumento del flusso e un miglioramento dei sintomi da ostruzione), oppure inibitori della 5-reduttasi (che inibiscono la produzione del testosterone, responsabile del processo di aumento del volume prostatico).

Quando i trattamenti farmacologici non sono però efficaci si rende necessario l'intervento chirurgico tradizionale (TURP) oppure con tecnologia laser. L'intervento con utilizzo di laser viene adottato in misura crescente dalla medicina e dalla chirurgia per la precisione, sicurezza, efficacia e mininvasività della procedura. Il laser è un raggio di luce molto potente, che sprigiona energia e calore in modo focalizzato e selettivo. Per questa sua selettività, è possibile agire sui tessuti con efficacia e delicatezza, arrivando a trattare anche aree piccolissime con estrema precisione senza coinvolgere i tessuti circostanti. In chirurgia, i laser funzionano come veri e propri bisturi immateriali, in grado di recidere, vaporizzare



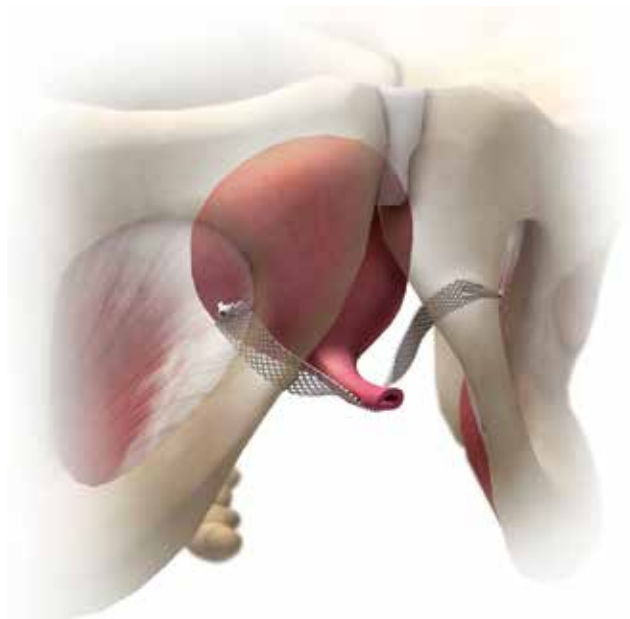
e coagulare tessuti duri e molli in modo estremamente accurato.

Per i pazienti affetti da IPB si è rivelato di notevole efficacia il laser verde Greenlight™ di Boston Scientific, che, per le sue caratteristiche intrinseche, consente di vaporizzare il tessuto iperplastico riducendo il volume prostatico e, di conseguenza, l'ostruzione sull'uretra. L'innovazione tecnologica del Greenlight™ si caratterizza soprattutto per l'elevato potere emostatico, fattore che consente di non sospendere l'assunzione di farmaci anticoagulanti. Questo permette di intervenire anche su pazienti complessi, a rischio di emorragie proprio perché sottoposti a trattamenti farmacologici per patologie associate.

"Il sistema Greenlight™ – ricorda il professor Giovanni Ferrari – è poco invasivo, consente la rapida rimozione del catetere (in genere entro le 24 ore), richiede una degenza postoperatoria breve, ripristina velocemente il flusso urinario naturale e favorisce la rapida ripresa delle attività quotidiane. I risultati migliori si ottengono adattando la tecnica alle dimensioni della prostata e alla sua forma utilizzando il greenlaser in tre modi: vaporizzazione semplice, vaporizzazione anatomica ed enucleazione (Greenlep), così da trattare tutti i tipi di prostata – anche le più voluminose – in modo efficace e senza effetti collaterali".

Introdotta in Italia nel 2003, la tecnologia del laser verde Greenlight™ ha registrato crescente affermazione negli Stati Uniti, in Europa, in Asia e si pone come efficace alternativa

L'IPB è una condizione progressiva: se non adeguatamente trattata, può provocare danni permanenti alla vescica



Per quanto concerne il mondo femminile, va ricordato che anche l'incontinenza urinaria ha nelle donne una propria specificità che deve essere affrontata in modo mirato

all'intervento di resezione della prostata con chirurgia tradizionale (TURP). Non è un caso che proprio questa soluzione terapeutica sia stata inserita nelle linee guida dell'Associazione Europea di Urologia e che due prestigiose organizzazioni europee come l'inglese NICE (National Institute for Clinical Excellence, che valuta l'efficacia degli interventi medici) e la tedesca G-BA (Gemeinsame Bundesausschuss, che determina i livelli dei rimborsi in ambito sanitario) abbiano certificato l'efficacia degli interventi con il Greenlight™ rispetto alla chirurgia tradizionale.

Per quanto concerne il mondo femminile, va ricordato che anche l'incontinenza urinaria ha nelle donne una propria specificità che deve essere affrontata in modo mirato ricorrendo – anche in questi casi – a presidi

esterni, trattamenti farmacologici e soluzioni biomedicali.

Le cause che determinano l'insorgere dell'incontinenza femminile, oltre quelle legate alla particolare anatomia delle donne, sono di varia natura. Tra queste: stitichezza cronica, brusco aumento del peso corporeo, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, depressione endogena, menopausa, alcuni farmaci. Esistono, inoltre, fattori che possono aumentare il grado di incontinenza, come la gravidanza, il parto naturale o gli interventi chirurgici nella zona pelvica.

Per le pazienti di sesso femminile affette da incontinenza da sforzo, così come per i pazienti di sesso maschile, è possibile ricorrere alla sling. Per le pazienti donne, che, secondo le statistiche, sono maggiormente affette da Incontinenza Urinaria da Sforzo, la ricerca biomedica ha messo a punto sistemi terapeutici 'su misura', con diversi approcci chirurgici ottimizzati sull'anatomia e sulla patologia della paziente. In tutti i casi si tratta, comunque, di interventi minimamente invasivi, con una minima degenza ospedaliera e, nella maggior parte dei casi, completamente risolutivi della condizione. ●

Le regole della "nuova" privacy

La questione della privacy e della protezione dei dati personali riviste alla luce del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. I nostri esperti declinano per noi la questione e ci aiutano ad orientarci in un tema non privo di insidie. Seguiamo il loro ragionamento

Dopo 4 anni di preparazione e dibattito, il 27 aprile 2016 è stato approvato dal Parlamento Europeo il nuovo Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati Personali n. 2016/679, più conosciuto come "G.D.P.R." (acronimo di "General Data Protection Regulation").

Il Regolamento ha riscritto la disciplina della *privacy* a livello europeo e, come previsto dall'ultima disposizione (l'art. 99), ha trovato piena applicazione a partire dal 25 maggio 2018.

Perché una nuova disciplina sulla protezione dei dati personali?

La necessità di emanare un Regolamento Europeo in materia di *privacy* deriva dalla continua evoluzione degli stessi concetti di *privacy* e protezione dei dati personali, e quindi della relativa tutela, dovuta principalmente alla diffusione del progresso tecnologico.

Come indicato nel Regolamento (si veda il considerando n. 6), "la portata della condivi-

sione e della raccolta dei dati personali è aumentata in modo significativo. La tecnologia attuale consente tanto alle imprese private quanto alle autorità pubbliche di utilizzare dati personali, come mai in precedenza, nello svolgimento delle loro attività. Sempre più spesso le persone fisiche rendono disponibili al pubblico su scala mondiale informazioni personali che li riguardano. La tecnologia ha trasformato l'economia e le relazioni sociali [...]".

Il considerando n. 1 del Regolamento esplicita l'importanza attribuita alla tutela dei dati personali: "La protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale [...]. Il presente regolamento protegge i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali".

Il diritto alla tutela dei dati personali viene quindi elevato a diritto fonda-



Lucia Spadoni
Avvocato, Studio legale Chiarini



Gabriele Chiarini
Avvocato, titolare Studio Chiarini

mentale delle persone, come tale inviolabile, e la protezione dei dati personali diventa il fulcro ed il fine ultimo del G.D.P.R.

Perché un Regolamento?

Il Regolamento, a differenza della Direttiva, è direttamente applicabile negli Stati membri, non necessita di un atto di recepimento interno e, pertanto, è stato individuato come strumento idoneo ad assicurare un livello coerente, elevato ed uniforme di protezione delle persone fisiche in tutti gli Stati membri. Gli Stati membri sono intervenuti con atti normativi interni al solo fine di abrogare le norme nazionali in contrasto con il nuovo testo e ad integrare alcune parti che la disciplina europea lascia alla regolamentazione dei singoli Stati membri.

In Italia, il Governo ha adottato il decreto legislativo n. 101/2018, entrato in vigore il 19 settembre 2018.

Che fine fa il "vecchio" codice della privacy (d.lg. n. 196/2003)?

Il nostro codice della *privacy* non è stato completamente abrogato, ma rimane in vigore, seppure con le modifiche apportate dal d.lg. n. 101/2018, volte ad armonizzare la normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento europeo.

Cosa si intende per "dato personale"?

Ai fini del Regolamento, per "dato personale" si intende qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato"). Si considera identificabile la persona fisica che può essere individuata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo *on-line*, ovvero uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; sono pertanto dati personali, ad esempio, i dati anagrafici, l'indirizzo e-mail personale, il numero della carta di identità, il codice fiscale.

Cos'è il trattamento di un dato personale?

Il trattamento di un dato è configurato da

qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come: la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione. Il GDPR non trova applicazione quando il trattamento di dati personali è effettuato da una persona fisica per l'esercizio di attività a carattere esclusivamente personale o domestico (es. rubrica del proprio telefono) o da autorità competenti a fini di prevenzione, indagine, accertamento o perseguimento di reati o esecuzione di sanzioni penali.

Quali sono i soggetti che rivestono un ruolo attivo nel trattamento dei dati personali?

Il Titolare del trattamento: è definito come *"la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali"*.

È il soggetto (persona fisica o persona giuridica) che decide autonomamente se e quali dati trattare, per quali scopi utilizzarli, chi coinvolgere nelle operazioni di trattamento, quali misure di sicurezza adottare e gli ulteriori profili relativi alla gestione dei dati.

Il Responsabile del trattamento: è definito come *"la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare"*.

Ad esempio, è il caso di una clinica privata che affidi le attività di laboratorio analisi o lo svolgimento di alcuni servizi informatici ad una società esterna.

Il Responsabile del trattamento deve presentare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate; tratta i dati solo su istruzione documentata del titolare, non avendo potere di iniziativa né autonomia decisionale.

Le persone autorizzate al trattamento: sono tutti coloro che operano sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile del tratta-

mento e devono essere appositamente autorizzati e istruiti (sotto la responsabilità del Titolare e del Responsabile).

Il Responsabile per la Protezione dei Dati (R.D.P.) o Data Protection Officer (D.P.O.): è un soggetto, dotato di qualità professionali e di conoscenze specialistiche sulla normativa e sulla prassi in materia di protezione dei dati, che ha il compito di supervisionare e facilitare l'osservanza della normativa in materia di protezione dei dati e funge da interfaccia tra tutti i soggetti coinvolti.

È una figura nuova, in precedenza non prevista dal codice della privacy italiano.

I Registri delle attività di trattamento

I Registri, che rappresentano una delle maggiori novità introdotte dal Regolamento, devono racchiudere tutte le informazioni relative ai trattamenti dei dati personali (categorie di interessati, categoria di dati trattati, finalità del trattamento, eventuale trasferimento dei dati all'estero, misure di sicurezza adottate per la protezione dei dati ecc.) svolti dai Titolari o, per loro conto, dai Responsabili del trattamento.

Il GDPR affida al titolare e al responsabile il compito di individuare le misure di protezione dei dati più adeguate in relazione alla finalità perseguita, alle peculiarità della propria organizzazione e ai profili di rischio che ne conseguono (principio di responsabilizzazione o accountability).

I Registri, dunque, sono lo strumento per documentare le attività di trattamento svolte e le misure di garanzia adottate, al fine di poter dimostrare all'Autorità di controllo (il Garante per la protezione dei dati personali) di aver adempiuto correttamente il proprio obbligo di protezione dei dati personali.

L'obbligo della relativa tenuta incombe sia sul Titolare che sul Responsabile del trattamento, e non si configura per le imprese o organizzazioni con meno di 250 dipendenti, a meno che:

- il trattamento che esse effettuano possa presentare un rischio per i diritti e le libertà dell'interessato;
- il trattamento non sia occasionale;
- includa il trattamento di categorie particolari di dati.

I dati "sanitari"

Il Regolamento (art. 4) introduce la nozione di "dati relativi alla salute", includendoli espressamente, insieme ai dati genetici e biometrici, nel novero dei dati particolari (art. 9) per i quali appresta particolari tutele ed impone stringenti limiti al trattamento.

Sono "dati relativi alla salute", i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.

Il considerando 35 precisa che "Nei dati personali relativi alla salute dovrebbero rientrare [...] un numero, un simbolo o un elemento specifico attribuito a una persona fisica per identificarla in modo univoco a fini sanitari; le informazioni risultanti da esami e controlli effettuati su una parte del corpo o una sostanza organica, compresi i dati genetici

Movimentazione del paziente



ASSI, DISCHI, TELINI E CINTURE PER TRASFERIMENTO



AUSILI PER GLI SPOSTAMENTI RAPIDI



SISTEMI DI ALZATA PER PAZIENTI CADUTI

RICHIEDI IL CATALOGO COMPLETO

✓ Scaricalo qui



✓ dal nostro sito www.allmobility.it

✓ oppure richiedi una copia cartacea

e i campioni biologici; e qualsiasi informazione riguardante, ad esempio, una malattia, una disabilità, il rischio di malattie, l'anamnesi medica, i trattamenti clinici o lo stato fisiologico o biomedico dell'interessato, indipendentemente dalla fonte, quale, ad esempio, un medico o altro operatore sanitario, un ospedale, un dispositivo medico o un test diagnostico in vitro".

Il trattamento dei dati sanitari è consentito:

- per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei servizi sanitari o sociali (finalità di cura);
- per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici;
- a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici.

I chiarimenti dell'Autorità Garante della privacy sul trattamento dei dati in sanità

Il nuovo assetto normativo introdotto dal G.D.P.R. ha sollevato notevoli dubbi sulle regole da rispettare in materia di trattamento dei dati sanitari, tanto che all'Autorità Garante sono stati rivolti numerosi quesiti da parte

degli operatori della salute.

Nel marzo 2019 il Garante della *privacy* ha ritenuto opportuno fornire alcuni chiarimenti sull'applicazione della disciplina di protezione dei dati personali in ambito sanitario. Ecco in sintesi.

1. Diversamente dal passato, il professionista sanitario – tenuto al segreto professionale – non deve più chiedere il consenso del paziente per i trattamenti necessari alla erogazione delle prestazioni sanitarie, purché si tratti di dati necessari alle *"finalità di cura"* previste dal G.D.P.R. (restano esclusi dalla dispensa i trattamenti effettuati per finalità diverse, come quelle promozionali, commerciali, di fidelizzazione della clientela, o magari elettorali).
2. Tra i nuovi elementi informativi da fornire all'interessato, merita di essere segnalato il tempo di conservazione dei dati sanitari, che ad esempio:
 - per le cartelle cliniche, i referti e i resoconti radiologici, è illimitato;
 - per le immagini radiologiche è di dieci anni;
 - per i certificati di idoneità sportiva, è pari a cinque anni.
3. La nomina del Responsabile per la protezione dei dati:
 - è obbligatoria per tutte le Aziende Sanitarie pubbliche appartenenti al S.S.N., nonché per le Strutture private che effettuino il trattamento di dati personali *"su larga scala"*;
 - non è obbligatoria per i singoli professionisti sanitari che operino in regime di libera professione a titolo individuale.
4. Devono tenere il Registro delle attività di trattamento, senza alcuna esclusione:
 - i singoli professionisti sanitari che agiscano in libera professione;
 - i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
 - gli ospedali privati e le case di cura;
 - le Residenze Sanitarie Assistenziali;
 - le Aziende Sanitarie appartenenti al S.S.N.;
 - le farmacie, le parafarmacie e le aziende ortopediche. ●



L'anziano nella medicina legale, un tema moderno

L'allungamento della vita media ha determinato l'estensione del concetto di vecchiaia e la nascita di alcune necessità ad essa correlate.

Uno degli aspetti meno trattati, ma non per questo meno rilevanti, è quello che si lega alla "medicina legale". Entriamo nel merito

I cambiamenti intervenuti nella vita degli anziani nel corso del XX secolo e quelli che si affacciano sulla scena del XXI sono di particolare rilievo e l'interesse di ricerca che essi suscitano è probabilmente destinato a crescere, se non altro per l'eccezionale invecchiamento delle società contemporanee, quelle sviluppate e quelle in via di rapido sviluppo.

Il primo problema è la definizione partendo da una negativa e cioè intendendo per anziani quanti non sono più giovani e, in genere, facendo coincidere questa fascia di popolazione con l'indicazione demografica (coloro che hanno superato i 65 anni), a sua volta sollecitata da un'interpretazione economista dei ruoli sociali (chi non lavora più e/o acquisisce lo status di pensionato). Tuttavia, immaginare di considerare come un insieme omogeneo quello costituito da persone che hanno un'età compresa tra 65 ed oltre 100 anni può comportare complessità interpretative. L'allungamento della vita determina in parallelo la dilatazione del tempo della vec-

chiaia, con possibilità che in essa coesistano condizioni molto differenziate con necessità di considerare una fascia specifica per i grandi anziani, denominata quarta età, condizione il cui inizio è variabile, idealmente a partire dal compimento del settantacinquesimo anno di età, vista la ormai non più rispondenza del modello classico di vecchiaia, così come intesa tradizionalmente e così come ci è stato tramandato dalle opere artistiche e letterarie, sociali in cui si entra. Se allora i grandi anziani sono gli over 75, per identificare gli anziani tra i 65 e i 75 anni si potrà utilizzare l'aggettivo giovani anziani.

La distinzione tra terza e quarta età rimane di grande utilità per la riflessione sugli anziani, ma non è sempre quella che consente di distinguere tra i meno vecchi e i più vecchi; è invece, importante immaginare l'invecchiamento come un processo che può seguire velocità differenti secondo i caratteri dell'occupazione svolta e del lavoro domestico, le responsabilità familiari, le esperienze relazio-



Gloria Luigia Castellani
*Specialista in Medicina
Legale e delle
Assicurazioni*

nali che il percorso di vita riserva. Certamente, vale l'indicazione generale in base alla quale chi occupa gli strati superiori della piramide sociale invecchia più lentamente e più tardi (vive di più, quindi, e generalmente resta in migliori condizioni di salute), mentre chi sta alla base di questa stratificazione avverte prima il peso degli anni.

Emerge quindi di fatto un problema sociale e socio-assistenziale, in cui rientra appieno, in forma di governo e disciplina, la medicina legale, con un ruolo di bilanciamento delle risorse economiche e di redistribuzione e management delle risorse umane.

È oggi più che mai innegabile che la vecchiaia non sia più un affare privato: non lo è per varie ragioni, ma soprattutto perché essa non è determinata esclusivamente da condizioni soggettive. Questa considerazione vale per tutte le età e, sebbene i processi biologici di base siano più o meno simili in tutte le società umane, la loro definizione culturale varia, nei dettagli almeno, da società a società, ed ognuna di essa deve far fronte ai problemi derivanti dall'età. Le differenze d'età costituiscono la traduzione in variabili discrete di un processo continuo che è dato dall'apprendimento di conoscenze e competenze; tuttavia con il raggiungimento dei 65 anni questo processo sembra subire un rallentamento e, da questa soglia in poi, pur permanendo strutturalmente la complementarità delle diverse età, la società chiede al singolo di diventare una riserva, da richiamare in campo

soprattutto nella gestione di questioni private e familiari. Che si tratti di un passaggio graduale o improvviso, l'individuo deve adattarsi ai cambiamenti che ne derivano e ridefinire la propria identità. Per farlo non dovrà solo cessare alcuni comportamenti (non deve più recarsi ogni mattina sul posto di lavoro), dismettere alcune competenze (nessuno è più interessato alle sue abilità di commerciante), modificare alcuni atteggiamenti e modi relazionali (non deve più cedere il posto sull'autobus), ma avrà anche bisogno di apprendere una gamma nuova di contenuti, strumenti, modalità d'agire.

L'anziano di oggi è un anziano moderno che non rimane "in panchina", in posizione statica, ma deve ricrearsi uno spazio nuovo, una dimensione nuova, con strumenti nuovi e all'avanguardia: in quest'ottica, tuttavia, dove le esigenze sono maggiori, tutto ciò che non consente all'anziano di rimanere al passo è fattore di criticità.

Una delle esperienze più critiche e purtroppo più frequenti di questa fase della vita è la malattia, soprattutto quella cronica o progressiva, propria, del coniuge o di un altro familiare anziano, che richiede una riorganizzazione della vita, dei suoi tempi, dei suoi contenuti. L'anziano ammalato evidenzia due tipi di bisogni crescenti: uno è la necessità della dipendenza fisica, che consiste sostanzialmente nel bisogno di ricevere aiuto nelle situazioni concrete della vita, e l'altro è il bisogno di conservare un'identità adulta e quindi di godere di rapporti di scambio reciproco, liberamente scelti e non imposti dalla necessità.

Pur in un'epoca di sostanziale benessere, le risorse cui godono le famiglie per potersi occupare di un suo componente anziano, ammalato, sono sempre più ridotte sia per le trasformazioni strutturali della famiglia stessa (riduzione delle sue dimensioni e delle generazioni presenti al suo interno) sia per una riduzione del tempo libero dal lavoro dei suoi componenti adulti. Spesso, quindi, cercare oltre le relazioni familiari diventa una necessità e questa ricerca può portare al servizio pubblico socio-assistenziale, ai servizi privati del mercato (e, in questo caso, significa scegliere spesso tra allontanare l'anziano dal nucleo familiare e optare per il suo ricovero

CaRe-Progetto - Catena di fornitura olistica



in una struttura o assumere un caregiver) oppure al tessuto associativo del territorio e ai servizi che le organizzazioni di terzo settore approntano per gli anziani.

In tale organizzazione sociale la tecnicità e le competenze proprie della medicina legale sono fondamentali non solo in ambito assistenziale e previdenziale, consentendo di definire al meglio le necessità e di ricalibrare e indirizzare la ripartizione delle risorse, ma anche in ambito integrativo e risarcitorio, ampliando e rivisitando gli orizzonti della valutazione del danno biologico, confezionando nuove criteriologie e nuovi coefficienti integrativi, aiutando le strutture.

Il medico legale entra appieno nella gestione di questo grande ed eterogeneo gruppo di popolazione e, allo scopo di orientare il proprio intervento, potrebbe giovare l'impiego di uno schema ideato in ambiente prettamente socio-assistenziale.

Secondo una lettura in senso verticale lo schema induce a considerare che l'anziano deve essere riconosciuto nel contesto della comunità dove vive sin da quando gode di buona salute: è evidente che le problematiche connesse al suo stato di salute devono trovare un puntuale accompagnamento a seconda dei bisogni espressi e delle necessità socio-sanitarie.

Una lettura in senso orizzontale dello schema fa comprendere i vari livelli dei bisogni dell'anziano: il primo livello legato alla cura del benessere della persona (tutte quelle attività che riguardano l'invecchiamento attivo, cioè quando l'anziano gode di una buona autonomia e protagonismo), segue l'auto-aiuto (sostegno dell'anziano verso l'anziano), fino alla domiciliarità e a forme temporanee di accoglienza o centri diurni, fino alla permanenza a all'interno di un Centro servizi o Casa di riposo.

Nelle strutture di accoglienza sono ospitati soggetti eterogenei per percorso di vita e stato di salute che presuppongono una organizzazione sempre più complessa, differenziata e diversificata caratteristica di ospitalità non più limitata al soddisfacimento dei bisogni basilari (igiene, alimentazione, riposo, ecc.), ma volta a incentivare e sostenere nel quotidiano relazionalità, attività ricreative di

stimolo e di svago.

La presa in carico e accoglienza in queste strutture non può quindi nell'attualità limitarsi al mero soddisfacimento dei bisogni primari dell'anziano, giacché anche in questa parte della popolazione deve sempre esser sostenuto e promosso l'individuo nella sua completezza sotto il profilo del benessere fisico, psichico e sociale.

Lo specialista di medicina

legale in più occasioni professionali deve esprimere

pareri tecnici che riguar-

dano questa fascia di età

nell'ambito dell'invalidità

civile (giudizio sul grado

di disabilità e incapacità

di attendere con autono-

mia alle attività del vivere

quotidiano); nel giudizio

sui requisiti per il rinnovo

della patente di guida;

nell'analisi e nell'appro-

fondimento dei rischi di

eventi avversi (ad esempio

cadute presso strutture

di ospitalità); nello studio

dell'adeguatezza di presta-

zioni sanitarie (responsabi-

lità professionale sanitaria)

e, infine, nell'infortunistica

stradale che sempre più

coinvolge persone anziane.

La peculiarità di questa

fascia di età nella risposta

agli eventi traumatici e ai

percorsi di cura ben differi-

sce dalle altre fasce, ponendo problematiche

non solo ai clinici che si occupano dell'iter

diagnostico assistenziale, ma anche al medi-

co legale in termini di approccio metodolo-

gico della visita e valutazione della modifica-

zione dello stato di salute e della validità di

questi soggetti.

La medicina legale da tempo ha approfon-

dito tali tematiche e, al fine di identificare

prassi di visita e percorsi valutativi condivisi

esaminerà le evidenze scientifiche in una

Consensus Conference che avrà luogo agli

inizi dell'estate 2019.

Nelle strutture di accoglienza sono ospitati soggetti eterogenei che presuppongono un'organizzazione sempre più complessa, differenziata e diversificata



NiuRion®

NiuRion® – New Rehabilitation game – è un sistema hardware (sensori inerziali indossabili) e software per la riabilitazione neuromotoria e la abilitazione sportiva. Pensato, progettato e realizzato da un team di fisioterapisti e informatici, supportati da bioingegneri e grafici del gaming, NiuRion® si pone come strumento di innovazione nel mondo della riabilitazione neuromotoria, del fitness e della abilitazione sportiva.

www.playtorehab.com



Bagnallegro

Se si desidera riscoprire il piacere di un bagno in autonomia e sicurezza, ma non si dispone dello spazio sufficiente per installare un ausilio da bagno fisso, la soluzione è il Sedile da bagno Magicsan: si mette e si toglie dalla vasca con la massima semplicità. Il Sedile da bagno Magicsan è un prodotto di alta qualità, costituito da un robusto telaio, realizzato in materiale plastico, igienico e facile da pulire, l'ideale per la stanza da bagno. Il morbido rivestimento, facilmente rimuovibile, è stato pensato per rendere ancora più confortevole il contatto del corpo con il Sedile. Si adatta perfettamente a tutte le vasche, non richiede lavori di installazione, è alimentato a batteria impermeabilizzata e il motore e il motore, e il relativo sistema di controllo sono impermeabili. In più è facilmente e comodamente trasportabile.

www.magicsan.it



Veicoli con pianale ribassato

Il Pianale Ribassato facilita l'ingresso in auto alle persone in carrozzina: grazie alla rampa posteriore che si apre e chiude con un semplice movimento, è davvero immediato salire e scendere dal veicolo.

La persona con disabilità si posiziona in mezzo agli altri due passeggeri oppure a fianco, secondo le possibilità del veicolo.

Divise per marchio in questa pagina presentiamo le auto selezionate per il trasporto delle persone diversamente abili.

www.focacciagroup.com



Montascale a ruote con poltroncina

LG 2020 è la soluzione in grado di soddisfare tutte le esigenze di mobilità domestica. Grazie al suo peso estremamente leggero ed alle dimensioni compatte permette una facile manovrabilità anche in spazi ridotti.

È forte e resistente con un'autonomia che non teme confronti. Il nuovo ed esclusivo movimento di salita fa di LG2020 il montascale a ruote più veloce e confortevole ad oggi disponibile sul mercato.

www.antanogroup.com



Sollevatori in alluminio con piattaforma intera

I sollevatori elettro-idraulici serie BAI sono dei doppio braccio con movimentazione automatica e piattaforma unica costruiti in alluminio. Grazie alla pulsantiera a due tasti e all'utilizzo di materiali di alta qualità, tali dispositivi oltre ad essere semplici nell'utilizzo sono di grande affidabilità. Disponibili in una ampia gamma di dimensioni, sono adatti al montaggio interno sia posteriore che laterale, in una vasta gamma di veicoli per trasporto persone. I sollevatori BAI permettono, con l'utilizzo dell'alluminio in ambito strutturale, la totale resistenza alla corrosione e, a livello di peso, un elevato risparmio mantenendo però inalterate le caratteristiche di affidabilità e solidità del dispositivo.

www.autoliftsrl.com



Schienali in Alluminio

Schienali posturali rigidi ultraleggeri con guscio interamente in alluminio di qualità aeronautica, pensato per soddisfare le diverse esigenze degli utenti. Il particolare design ne fa uno degli schienali in alluminio più leggeri in commercio. Gli speciali attacchi alla carrozzina riducono al massimo le tolleranze rendendo gli schienali ADI particolarmente stabili e performanti. La serie in Alluminio è disponibile con profilo attivo, avvolgente ed extra avvolgente in ben 5 diverse altezze, 11 possibili larghezze e 3 differenti profili, permettendo quindi un'alta gamma di personalizzazioni.

www.bodytechitalia.it

COMITATO CONSULTIVO

Fulvio Basili, Direttore Generale del Gruppo Ecosafety - consulente tecnico dell'INAIL

Nevio Boscarol, Responsabile Economico Servizi e Gestionale UESG - ARIS

Maria Bosco, Medico Geriatra, Asl RmE

Gabriella Casu, Membro Consiglio Direttivo AITO

Gilberto Cherri, Referente nazionale GIS (gruppo di interesse specialistico) fisioterapia geriatria

Francesco Della Gatta, Past President Associazione Italiana Terapisti Occupazionali - AITO

Simonetta Del Signore, Membro Consiglio Direttivo AITO

Pietro A. Migliaccio Medico Nutrizionista, Presidente della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione (S.I.S.A.)

Michele Senatore, Presidente AITO

Giovanni Sallemi, Direttore Generale Villa Bianca

Mauro Tavarnelli, Presidente AIFI

INDICE INSERZIONISTI

ALL MOBILITY TRADING	p. 65
CHINESPORT	IV cop.
CIT UNIPERSONALE-MALVESTIO	p. 2
COREMEC	p. 33
FARMODERM	III cop.
FATER	II cop.
NETPOLARIS	p. 4
SERVIZI ITALIA	p. 25
SILC	p. 9
SINERGIA & SVILUPPO	p. 53
SYS-DAT SANITÀ	p. 44-45

La collaborazione è sempre gradita, ma deve rispettare alcune caratteristiche tecniche.

Articoli – I testi devono essere originali, liberi da diritti d'autore verso terzi e non sottoposti ad altre pubblicazioni.

La decisione sull'eventuale pubblicazione è ad esclusiva discrezione della Redazione. I testi devono pervenire in formato elettronico in qualsiasi forma di Word Processing e non devono superare le 15.000 battute (spazi inclusi). Grafici, loghi e immagini a corredo devono pervenire in redazione in f.to jpg, tiff, pdf o eps con risoluzione minima di 300 dpi.

Testi e immagini devono essere inviati a:
redazione@edisef.it

oppure visti in originale a:
EDISEF - Piazza Pio XI, 62 - 00165 ROMA



PER COLLABORARE

residenze SANITARIE

Residenze Sanitarie - Anno V
N. 23 - Maggio/Giugno 2019

Direttore Responsabile

Maria Giulia Mazzoni

Grafica e impaginazione

Giulia Pissagroia

Redazione

Antonella Padularosa, Oriana Mazzini

Collaboratori

Alberto Blasi, Patrizia Grassini

Commerciale

Massimiliano Genna, Maurizio De Leonardis

Gestione e servizi

Marco Bompiani

ISSN – 2611-8327

ROC – Registro Operatori di

Comunicazione n. 17883 – Pubblicazione
bimestrale – Registrazione Tribunale
N. 37-2015 del 03/03/2015

Edisef Roma

Poste Italiane S.p.A.

Spedizione in abbonamento postale 70%

Roma Aut C/RM/09/2016

Euro 10,00

Abbonamento annuale

Euro 48,00 - cartaceo

Euro 32,00 - digitale

BONIFICO BANCARIO

Banca Popolare di Sondrio Ag. 34

Via Gregorio VII, 348 - 00165 ROMA

IBAN: IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

Siti Internet

www.edisef.it

www.residenzesanitarienews.it

Sede legale

Corso della Repubblica, 205

04012 Cisterna di Latina (LT)

Redazione e abbonamenti

Piazza Pio XI, 62 - 00165 Roma

Tel 06 66013885

Fax 06 6626717

Abbonamenti 06 61774006

e-mail: redazione@edisef.it

Finito di stampare nel mese di
Maggio 2019 presso:

Rotoform srl

Via dei Tamarindi, 14

00134 Roma (RM)

METODICA APPLICATIVA

BIODERM[®]

LINEA DERMATOLOGICA ISODERMICA

La soluzione definitiva
alle problematiche di
Igiene, Cura e Benessere delle Cuti Fragili



agli estratti naturali di
TIMO e TEA TREE OIL



1 - IGIENE GENERALE

2 - IDRATAZIONE - PREVENZIONE CON ATTIVI ANTIMICOTICI E ANTIBATTERICI



3 - PROTEZIONE - CURA PREVENZIONE ARROSSAMENTI

4-BAGNO ASSISTITO - SHAMPOO



utilizzata in più di 3.000 strutture
approvata da oltre 250.000 cuti sensibili



www.farmoderm.it

IGIENE TOILETTE



CHINESPORT SPA

Via Croazia, 2 • 33100 Udine • Tel. 0432 621 621 • chinesport@chinesport.it

www.chinesport.it

