SESTA STAGIONE

FEBBRAIO 2024
ANNO XVII - N. 81
by APPALTI VERDI

BENI E SERVIZI PER RESIDENZE ASSISTENZIALI

Intelligenza Artificiale nelle RSA: prospettive e confini

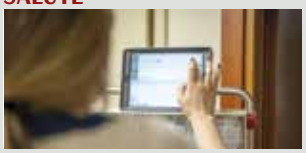
IN PRIMO PIANO

Piano Nazionale Demenze: finalmente il rifinanziamento è Legge

PROTAGONISTI

Al via un progetto dedicato a fragilità e demenza

SALUTE



Cartella clinica elettronica: poche reticenze da parte degli operatori

GESTIONE

Impianti fotovoltaici – Cosa sono e quali vantaggi comporta la loro installazione

PRODOTTI E SERVIZI

Un network innovativo per le aziende bresciane della sanità

Poste Italiane Spa – Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 – DCB Milano

www.nuovafolati.it

NUOVA FOLATI
DIVISIONE SANITÀ

Efficienta la tua Struttura Sanitaria

HIP SISTEMALETTO

La prima linea completa di biancheria tecnica per le esigenze del mondo sanitario

HIP unisce l'**efficienza** per la Struttura alle **necessità** del degente: Comfort Tecnico e Sensoriale per il paziente, **ottimizzazione** dei tempi degli operatori e dei costi per la Struttura.

Comfort Tecnico & **Comfort Sensoriale** assicurano:

- riduzione di umidità;
- elimina la formazione di pieghe sulle lenzuola, riducendo il rischio di decubito.

Gestione Moderna garantisce:

- **45%** di tempo in meno per il rifacimento del letto;
- **70%** in meno per il riordino del letto.

Migliora la qualità della tua Struttura e l'efficienza del tuo personale, prova il Sistema Letto HIP!

Richiedici gratuitamente la **Verifica HIP**.

Thermopatch
an Avery Dennison Company

Sistemi di marcatura e personalizzazione dei capi degli ospiti e degli operatori

Ottimizza la gestione del **guardaroba ospiti** con Thermopatch!

Identificare, in modo **permanente** e certo, il proprietario del capo, è sicuramente una priorità importante tra i servizi offerti. Oggi le soluzioni Thermopatch risultano quelle più **efficaci**, **semplici** da utilizzare, **veloci** e soprattutto **economiche**.

Tutte le etichette necessarie stampate in pochi istanti, senza necessità di un PC. Una termopressa, in **12 secondi** applica le etichette sui capi dell'ospite in modo permanente, indelebile e resistente ai lavaggi industriali.

Scopri come Thermopatch rende la gestione del guardaroba più efficiente e professionale che mai!

Richiedici gratuitamente una **Dimostrazione Thermopatch**.

ARGO TEAM

Digitalizzazione dei flussi produttivi, tracciabilità, gestione completa del guardaroba ospiti

Innovazione e **digitalizzazione** del guardaroba ospiti per massimizzare l'**efficienza**, ridurre gli errori e garantire **risparmi** grazie ad ArgoTeam!

La digitalizzazione dei flussi produttivi e la **tracciabilità**, sono fondamentali per ottimizzare la gestione del guardaroba ospiti. Con ArgoTeam, puoi tracciare ogni capo utilizzando **Tag** (Rfid), **Bar-code** o **QR-Code**, garantendo un controllo totale e **report dettagliati** sulla produzione, posizione, storico e condizioni dei capi, non più diatribe con i parenti degli ospiti.

ArgoTeam, si completa con antenne per il **monitoraggio degli ospiti disorientati**, assicurando un ambiente sicuro.

Richiedici gratuitamente una **demo ArgoTeam**.

PADIGLIONE **32** TERZA ETÀ
B2 STAND

EXPOSANITA'
HEALTH • CARE • INNOVATION

Nuova Folati divisione Sanità vi aspetta ad **Exposanità 2024** Bologna Fiere dal **17 al 19 Aprile**

Richiedici un biglietto OMAGGIO
Scansiona il QrCode oppure scrivi a *marketing@nuovafolati.it*

Luci e ombre nel futuro del sociosanitario

Nonostante le molteplici difficoltà, il servizio sociosanitario offerto dalle RSA continua ad andare avanti.
Passata la contingenza Covid, le gratuite criminalizzazioni, i fuochi di paglia e le défaillance sia dei degenti che del personale, il sistema continua (grazie anche all'italica capacità di sopravvivenza) a fornire una insopprimibile offerta di accoglienza.
Se il problema numero uno rimane il rapporto con il personale di servizio interno alla struttura, gli accreditamenti e i supporti finanziari regionali, una possibilità per una gestione meno affannosa potrebbe concretizzarsi con maggiori intese fra le strutture presenti nei singoli bacini di utenza e non con insipienti concorrenze.
Una prima opportunità riguarda la politica degli acquisti di materiali di consumo o le commodities. Progetti e intese che il settore commercio aveva raggiunto da 50 anni.
A latere, come più volte ipotizzato, offrire al territorio un insieme di servizi di spicciolo interesse, ma di pratica utilità: dal settore burocrazia veicolato dal web, al settore forniture domestiche come alimentazione, housekeeping, altro di fantasia.
Le competenze e i possibili supporter non mancano.
L'attendismo non paga e il rischio di un'involuzione del settore non è rappresentato dall'espansione di Gruppi nazionali o esteri, ma da iniziative velleitarie e irrealizzabili.

INTI
RETE IMPRESE

Riduciamo
la spesa energetica

INTI è una rete di imprese che mettono a sistema competenze tecnologiche, finanziarie ed economiche per promuovere, realizzare e finanziare percorsi di efficienza energetica e sostenibilità in RSA e Case di cura

Per informazioni:
INTI - tel. +39 02.4972.4480; mail: info@intireteimprese.it – www.intireteimprese.it
Sandro Bagatti - cell. +39 334.796.9304 – mail: s.bagatti@intireteimprese.it

MILANO – BOLOGNA – ROMA – NAPOLI

APPALTI VERDI
PRODOTTI E SERVIZI SOSTENIBILI

sommario

HANNO COLLABORATO:

Airalzh
alla Ricerca di un domani senza Alzheimer

ALZHEIMER ITALIA®
La forza di non essere soli.

Gruppo San Donato

Confederazione Parkinson Italia
affrontiamolo insieme

SITI
RERUM COGNOSCERE CAUSAS
SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Anno XVIII - Numero 81 - Febbraio 2024

Registrazione al Tribunale di Milano
n. 783 del 18 ottobre 2005

Gestione editoriale:
Tecnezia srl - Via M. Melloni 24 - 20129 Milano
tel. 02.39833960
redazione@sestastagione.it - commerciale@sestastagione.it
www.sestastagione.it

Direttore responsabile: Luigi Vacchelli

Hanno collaborato:
Elena Candi, Cecilia Ciotola, Roberto De Filippis,
avv. Alessia Deleo, Vincenzo Lanzoni, Alberto Pansecchi,
ing. Giovanni Simoni, Letizia Rossi

Stampa: Ingraf - Milano

Questo numero è stato chiuso il 14 dicembre 2023
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46),
art. 1, comma 1, DCB Milano - 45%

Il copyright delle immagini alle pagine:
Copertina, 4-5 in basso, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 36, 38, 43, 45, appartiene a © stock.adobe.com

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati in possesso - legge 675/96 - (Tutela Dati Personali) che sono utilizzati al solo scopo di inviare il periodico "Appalti Verdi", nonché la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione.

Lettere e articoli firmati impegnano tutta e sola la responsabilità degli autori.

IN PRIMO PIANO

Piano Nazionale Demenze: finalmente il rifinanziamento è Legge 4

Come bisogna regolarsi con l'amministratore di sostegno? 6

Antimicrobico-resistenza: ecco perché è un serio rischio per la salute pubblica 8

Psicologo delle cure primarie: in Lombardia è legge 11

Intelligenza Artificiale nelle RSA: prospettive e confini 12

La casa da proprietà a servizio: gli italiani e il *social housing* 14

Cooperative sociali: aumentano i salari per i lavoratori, ma… 16

PROTAGONISTI

Al via un progetto dedicato a fragilità e demenza 18

Nella Bergamasca un servizio di teleassistenza per i malati di Parkinson 21

SALUTE

Cartella clinica elettronica: poche reticenze da parte degli operatori 22

Per curare i disturbi comportamentali non ci sono soltanto i farmaci 24

Quali bisogni ha un anziano dopo una lunga degenza? I risultati di uno studio 26

Problemi al ginocchio: ecco come trattarli quando compaiono in età avanzata 28

GESTIONE

Il nuovo "concept" dell'agri-voltaico di piccole dimensioni: "Hortus PV" 32

Impianti fotovoltaici: cosa sono e quali vantaggi comporta la loro installazione 38

L'Amministrazione di sostegno compie vent'anni 43

PRODOTTI E SERVIZI

Un network innovativo per le aziende bresciane della sanità 46

NEWS 31 - 37 - 48

di Roberto De Filippis

Piano Nazionale Demenze: finalmente il rifinanziamento è Legge

La misura è fonte di sollievo e soddisfazione per Federazione Alzheimer Italia, che è pronta a collaborare con le istituzioni perché i fondi siano usati per progetti davvero utili

"Nel prossimo triennio continueremo a collaborare con le istituzioni e a vigilare perché i fondi siano utilizzati per progetti realmente utili"
Katia Pinto, presidente Federazione Alzheimer Italia

L'inattesa assenza del rifinanziamento del Piano Nazionale Demenze nella Legge di Bilancio dello scorso novembre aveva suscitato molte perplessità. Varie associazioni, a cominciare da Federazione Alzheimer Italia, si sono rivolte al ministro della Salute Orazio Schillaci e al Governo perché il Piano fosse reinserito nella Legge di Bilancio, in modo da consentire una programmazione nazionale a lungo termine. Per fortuna, questi appelli hanno avuto successo e il rifinanziamento del Piano Nazionale Demenze è diventato legge lo scorso 29 dicembre, quando è stato approvato alla Camera.

UN FINANZIAMENTO DI 35 MILIONI PER TRE ANNI

Ammonta a 5 milioni per quest'anno e a 15 milioni per ciascuno dei due anni successivi l'entità della dotazione per il Fondo per l'Alzheimer e le demenze inserita nella Legge di Bilancio del 2024. L'approvazione del provvedimento rappresenta un sostegno importante, per quanto non ancora sufficiente, per tutte le persone che soffrono di queste malattie. "Accogliamo con sollievo e soddisfazione l'ufficialità del rifinanziamento del Piano Nazionale Demenze. È un grande passo avanti rispetto al testo iniziale della manovra, che non prevedeva alcuna dotazione economica, ma si tratta soltanto di una goccia, seppur preziosa, nel mare dei bisogni delle oltre 1.480.000 famiglie che nel nostro Paese convivono con la demenza. Nel prossimo triennio continueremo a collaborare con le istituzioni e a vigilare perché i fondi siano utilizzati per progetti realmente utili, che possano

fare davvero la differenza nella vita di tante persone e portare a una maggiore presenza di servizi sul territorio", ha commentato Katia Pinto, presidente di Federazione Alzheimer Italia.
Rimane però ancora molto da fare sia per i diritti sia per i bisogni delle persone con demenza. "Chiediamo che questa riconferma sia soltanto il primo di una serie di nuovi passi verso la costruzione di un Paese in grado di dare risposte concrete e di non lasciare sole le famiglie davanti alla diagnosi e a un percorso di vita particolarmente difficile. Ci teniamo anche a ringraziare i parlamentari che si sono battuti perché questo atto di continuità indispensabile diventasse legge e il Governo, che ha ascoltato le tante voci, tra le quali quella della Federazione Alzheimer, che si sono alzate in difesa dei diritti delle persone con demenza e dei loro caregiver", ha aggiunto Pinto. ■

FEDERAZIONE ALZHEIMER ITALIA E ADI

Federazione Alzheimer Italia è il rappresentante unico per il nostro Paese di Alzheimer's Disease International (Adi). Adi è la maggiore organizzazione nazionale non profit dedicata alla promozione della ricerca scientifica sulle cause, la cura e l'assistenza per la malattia di Alzheimer e la demenza, al supporto dei malati e dei loro familiari, alla tutela dei loro diritti, alla partecipazione alla programmazione della politica sanitario-sociale.

I NUMERI

43 le associazioni locali che riunisce Federazione Alzheimer Italia

51 le città italiane coinvolte nel progetto "Comunità Amiche delle Persone con Demenza"

di Cecilia Ciotola

Come bisogna regolarsi con l'amministratore di sostegno?

La richiesta e la comunicazione di dati personali degli ospiti a questa figura esigono particolari attenzioni. Tanti i chiarimenti forniti durante un convegno Uneba

Fra gli ospiti delle RSA, ve ne è una quota significativa che ha l'amministratore di sostegno. La comunicazione fra questa figura e le strutture sociosanitarie è stata al centro del convegno regionale Uneba Puglia e Basilicata "L'amministratore di sostegno delle persone fragili. Doveri, responsabilità e procedure", che si è svolto lo scorso 12 gennaio all'Università degli Studi Aldo Moro di Bari.

In caso di persona interdetta, il consenso informato al trattamento sanitario è espresso o rifiutato dal tutore

DUE DOCUMENTI FONDAMENTALI

Nel corso del convegno ha destato grande interesse l'intervento dell'avvocato Angelo Bianco, che fa parte della Commissione Giuridica Nazionale di Uneba, da cui si possono ricavare numerose informazioni utili. Infatti, le RSA possono trovarsi in diversi casi a comunicare dati personali dell'ospite all'amministratore di sostegno: ciò può avvenire in caso di primo ricovero, durante la permanenza dell'anziano all'interno della struttura e al momento del decesso. In queste circostanze, va tenuto presente che la trasmissione dei dati personali dell'amministrato da parte della RSA è lecita soltanto se si tratta di dati necessari agli atti che l'amministratore di sostegno può compiere **per conto o in nome del beneficiario** o per cui l'ospite ha bisogno dell'assistenza dell'amministratore di sostegno. In tali situazioni va poi applicato il **principio di "minimizzazione" dei dati** (bisogna cioè comunicarne quanti meno possibile).

Nella comunicazione di dati personali degli ospiti all'amministratore di sostegno le RSA devono innanzitutto prestare attenzione ad acquisire, preliminarmente alla trasmissione delle informazioni, due documenti fondamentali: il provvedimento di nomina e il verbale di giuramento. Inoltre, per la struttura è importante prendere nota di eventuali scadenze, chiedendo periodicamente all'amministratore di sostegno se vi siano stati aggiornamenti del provvedimento di nomina.

CHE COSA FARE CON IL CONSENSO INFORMATO

Per quel che concerne il consenso informato al trattamento sanitario, secondo l'articolo 1 della Legge 219/2017 "**nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato** della

persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla Legge". In base alla tipologia della struttura, potrebbe dunque essere necessario acquisire un consenso al trattamento sanitario, come in caso di ricovero in una RSA oppure di un accesso a un centro diurno. In caso di persona interdetta, il consenso informato è espresso o rifiutato dal tutore (sentito l'interdetto se possibile), avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona, nel pieno rispetto della sua dignità.

In caso di persona inabilitata, invece, il consenso informato è espresso dalla stessa **persona inabilitata**. Qualora però sia stato nominato un amministratore di sostegno, la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, **il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno o anche solo da quest'ultimo**, tenendo in considerazione la volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. Infine, qualora il rappresentante legale di una persona interdetta o inabilitata o l'amministratore di sostegno, in assenza di DAT (Disposizione Anticipate di Trattamento), rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al **giudice tutelare** su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o del medico o del legale rappresentante della struttura sanitaria. ■

CHE COSA POSSONO CHIEDERE LE RSA

Come dovrebbe avvenire la comunicazione di dati personali da parte dell'amministratore di sostegno alla RSA? In tali circostanze, la trasmissione di queste informazioni è lecita a condizione che i dati siano necessari a effettuare le prestazioni che la struttura è tenuta ad assicurare oppure all'adempimento degli obblighi di Legge. Anche in questo caso è da applicare il principio della "minimizzazione". Nella richiesta di tal genere di dati all'amministratore di sostegno la RSA dovrebbe prestare attenzione a domandare solo quelli strettamente necessari, verificando sempre se i dati personali siano indispensabili. Inoltre, sarebbe importante appurare se, in relazione alle prestazioni da erogare, l'amministratore di sostegno possa essere considerato come l'unico interlocutore.

Le RSA dovrebbero chiedere all'amministratore di sostegno solo dati strettamente necessari

di Roberto De Filippis
Con la consulenza della professoressa Martina Barchitta, coordinatrice del Gruppo di Lavoro GISIO (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera) della SItI (Società Italiana di Igiene) e associata del Dipartimento G.F. Ingrassia dell'Università degli Studi di Catania

Antimicrobico-resistenza: ecco perché è un serio rischio per la salute pubblica

In chi è vittima di infezioni da patogeni resistenti ci sono più possibilità di sviluppare complicanze e meno probabilità di guarigione

La professoressa Martina Barchitta.

Quella che è comunemente chiamata "antibiotico-resistenza", ma che è più corretto definire come "antimicrobico-resistenza" (AMR) per includere tutti i farmaci antimicrobici, rappresenta a livello globale una delle più gravi minacce per la salute pubblica. Il suo sviluppo nel 21esimo secolo e la pandemia COVID-19 hanno infatti inciso profondamente sia sulle pratiche di prevenzione e di controllo delle infezioni, sia sull'inappropriato utilizzo degli antibiotici.

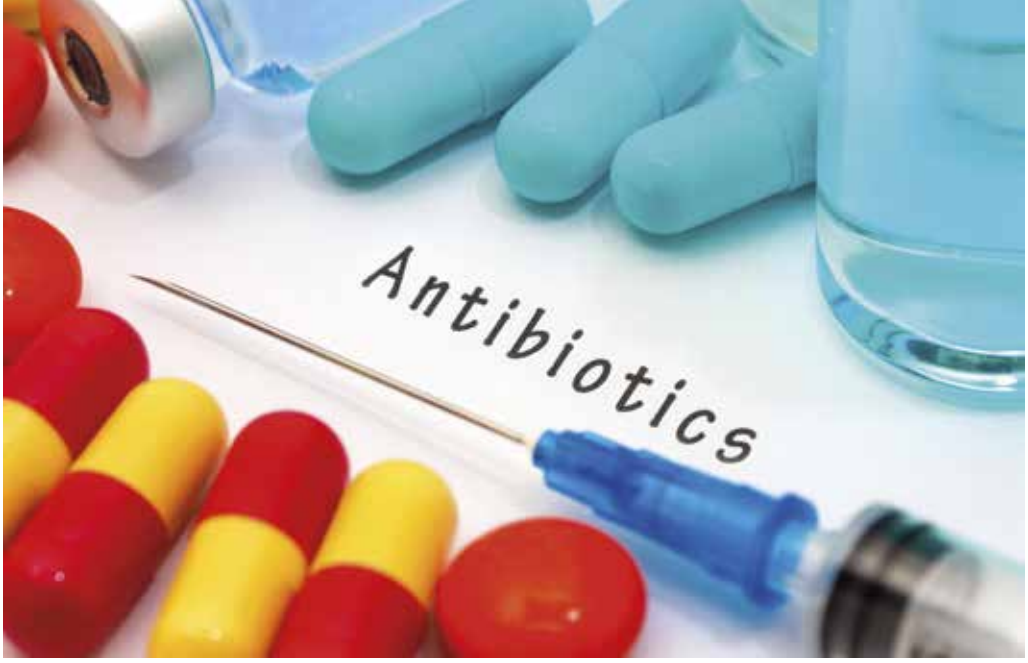
SERVE UN APPROCCIO A 360 GRADI

Le persone con infezioni da microrganismi resistenti hanno maggiori probabilità di sviluppare complicanze, una minore probabilità di guarigione e un **rischio più elevato di morte**. Tipicamente, queste infezioni sono inoltre più costose da trattare rispetto alle infezioni da microrganismi sensibili, poiché è più probabile che tali pazienti richiedano procedure mediche più intensive, terapie antimicrobiche più aggressive e spesso anche una maggiore durata della degenza. In una recente analisi sistematica del Global Burden of Disease project è stato stimato che nel 2019 le morti associate o attribuibili all'AMR oscillano tra 1,27 milioni e 4,95 milioni.

Secondo le stime presentate nel rapporto pubblicato nel 2022 dall'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), nel 2020 oltre 800 mila persone sono state infettate da batteri resistenti agli antibiotici in Europa, dove ogni giorno 100 persone muoiono a causa dell'AMR. Il nostro Paese è il secondo nel Vecchio Continente per numero di decessi attribuibili all'AMR. L'ECDC ha inoltre stimato che **più del 70% dei casi di infezioni associate a batteri resistenti agli antibiotici sono infezioni correlate all'assistenza**, che comportano ben il 71,4% dei decessi associati all'AMR. "Per il contrasto all'AMR è necessario sostenere un **approccio 'one health'**, con interventi indirizzati non solo all'ambito umano, ma che includano anche l'ambito veterinario e quello ambientale. Tale approccio riconosce infatti che tutti

PERCHÉ GLI ANTIBIOTICI STANNO PERDENDO D'EFFICACIA

L'AMR è il fenomeno che si verifica quando i microrganismi non rispondono più ai farmaci antimicrobici utilizzati per prevenire e curare le infezioni nell'uomo, negli animali e nelle piante. In tale fenomeno rientra l'antibiotico-resistenza, che è limitata agli agenti antibatterici. Come sua conseguenza gli antibiotici diventano inefficaci e le infezioni difficili o impossibili da trattare. L'AMR è un processo biologico naturale, che si verifica attraverso cambiamenti genetici negli agenti patogeni. Tuttavia, la comparsa e la diffusione dell'AMR sono accelerate dall'attività umana, principalmente dall'uso improprio ed eccessivo di antimicrobici nel settore sanitari, veterinario e agricolo, nonché dalla diffusione di patogeni resistenti e di elementi genetici di resistenza.



Le infezioni da microrganismi resistenti sono più costose da trattare rispetto alle infezioni da microrganismi sensibili

questi settori sono strettamente collegati tra loro e che pertanto il contrasto efficace all'AMR può essere raggiunto con azioni intersettoriali e interdisciplinari", osserva la professoressa Martina Barchitta, coordinatrice del Gruppo di Lavoro GISIO (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera) della SItI (Società Italiana di Igiene) e associata del Dipartimento G.F. Ingrassia dell'Università degli Studi di Catania.

IL PROBLEMA ALL'INTERNO DELLE RSA

L'ECDC e altre istituzioni internazionali e nazionali hanno evidenziato che l'assistenza a lungo termine costituisce un'area prioritaria per affrontare in modo efficace l'AMR. Infatti, l'AMR nelle RSA non rappresenta solo un problema per i residenti, ma può avere conseguenze negative anche per l'intera comunità. In particolare, **il trasferimento degli ospiti alle strutture per acuti è di particolare importanza**, in quanto l'ambiente delle RSA può fungere da serbatoio per microrganismi resistenti agli antibiotici. Inoltre è necessario considerare che la maggior parte dei residenti nelle RSA sono anziani e fragili, molto spesso affetti da comorbosità ed esposti all'utilizzo di dispositivi invasivi e di trattamenti antibiotici. Questi fattori aumentano significativamente la **probabilità di sviluppare ICA (Infezioni correlate all'assistenza)**, comprese quelle associate a microrganismi resistenti. "Inoltre, spesso le pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC, Infection Prevention and Control) sono più difficili da attuare nelle RSA rispetto alle strutture ospedaliere per acuti a causa di fattori quali la maggiore durata della degenza, l'aumento del numero di interazioni tra personale e pazienti e, in alcuni casi, la disponibilità di un budget più limitato e la carenza di personale dedicato a tali strategie", aggiunge la professoressa Barchitta.

Recenti dati riportati dall'OECD (Organisation for Economic Co-operation

"Il contrasto efficace all'AMR può essere raggiunto con azioni intersettoriali e interdisciplinari"

I BATTERI PIÙ PERICOLOSI

Secondo i dati più recenti, nel 2019 i sei principali patogeni responsabili del maggior numero di morti associate all'AMR sono Escherichia coli, seguito da *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*. Tali microrganismi erano responsabili di 929.000 morti attribuibili. In particolare, Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA) rappresentava la combinazione microrganismo-antibiotico con il maggior numero di morti attribuibili alla AMR, seguita da *Mycobacterium tuberculosis* con resistenza multipla agli antibiotici, Escherichia coli resistente alle cefalosporine di terza generazione, *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemi, *Escherichia coli* resistente ai fluorochinoloni, *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, e *Klebsiella pneumoniae* resistente alle cefalosporine di terza generazione.

Nelle RSA l'AMR non rappresenta solo un problema per i residenti, ma può avere conseguenze negative per l'intera comunità

and Development) dimostrano che nelle RSA europee gli antibiotici vengono spesso prescritti per la prevenzione piuttosto che per il trattamento delle infezioni e che **la maggior parte delle prescrizioni di antibiotici è effettuata senza la disponibilità di test diagnostici di laboratorio** utili a guidare l'utilizzo appropriato di tali farmaci. Nel 2016–2017, l'ECDC ha organizzato la terza indagine di prevalenza delle ICA e dell'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extra-ospedaliera (studio "HALT-3"). I risultati di tale indagine hanno evidenziato che la percentuale complessiva di ICA con risultati microbiologici positivi documentati era di solo il 19,2%. Nessun esame microbiologico era stato eseguito nel 46,7% delle ICA, mentre nel 29,1% delle ICA i risultati microbiologici non erano disponibili o erano sconosciuti al momento dell'indagine. Considerando i dati disponibili, i microrganismi più frequentemente riportati nelle ICA sono stati: E. coli, S. aureus, Klebsiella spp., Proteus spp., P. aeruginosa, Enterococcus spp., Clostridioides difficile, Streptococcus spp., Enterobacter spp. e staphylococci coagulasi-negativi. Secondo i risultati della stessa indagine, **la quota di resistenza agli antibiotici**, calcolata utilizzando un indice composito di AMR, **è risultata complessivamente del 28%**. In Italia, i dati dello studio HALT-3 hanno evidenziato che le dieci specie di microorganismo più frequenti erano: E. coli, C. difficile, P. mirabilis, P. aeruginosa, K. pneumoniae, S. aureus, Enterococcus faecalis, A. baumanii, Morganella species e Candida albicans. Dei microorganismi isolati il 27% sono risultati resistenti ad almeno una classe di antibiotici.

Nelle RSA europee gli antibiotici sono spesso prescritti per la prevenzione piuttosto che per il trattamento delle infezioni

LA SORVEGLIANZA È FONDAMENTALE

Il recente rapporto dell'OECD, pubblicato nel 2023, ha incluso un focus speciale sulla complessa minaccia posta dall'AMR nelle Long-Term Care Facilities, ossia nelle strutture destinate all'assistenza a lungo termine. Il rapporto riconosce che tali strutture **hanno differenti necessità e affrontano rischi diversi rispetto agli ospedali per acuti**. Tra le priorità l'OECD riconosce l'importanza di investire nelle attività di sorveglianza delle infezioni, dei consumi di antibiotici e dell'AMR e nella promozione di programmi di gestione responsabile degli antimicrobici e in strategie di prevenzione e controllo delle IPC, oltre che sulla formazione specifica per gli operatori di queste strutture. Si sottolinea inoltre, l'importanza della **promozione della vaccinazione contro le malattie prevenibili da vaccino** sia nei residenti sia negli operatori sanitari, pratica fondamentale per il contrasto alle infezioni e all'AMR.

La sorveglianza è necessaria soprattutto per definire la situazione di base, progettare politiche adeguate per il contrasto dell'AMR e per monitorare e valutare l'impatto di tali politiche. "Incentivare l'adozione e il **rispetto delle pratiche di IPC adattate alle esigenze delle RSA** è di fondamentale importanza e pertanto è necessario stabilire un budget specificatamente destinato all'IPC, creare team multidisciplinari dedicati e appositamente formati, sviluppare e attuare linee guida, raccomandazioni e buone pratiche specifiche, monitorarne l'adesione e garantire attività di feedback e audit dei processi di IPC", conclude la professoressa Barchitta. ■

I NUMERI

Da 1,27 a 4,95 milioni i decessi del 2019 associati o attribuibili all'AMR nel mondo (*fonte Global Burden of Disease project)*

100 le persone che ogni giorno muoiono in Europa a causa dell'AMR *(fonte ECDC)*

di Letizia Rossi

Psicologo delle cure primarie: in Lombardia è legge

La legge approvata a fine gennaio introduce la figura all'interno della rete territoriale delle strutture di prossimità

Il Consiglio Regionale della Lombardia ha approvato, con deliberazione del 23 gennaio 2024, il progetto di legge n. 16 che ha per oggetto l'"Istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie". Viene così introdotta la figura dello psicologo del servizio di cure primarie all'interno della rete territoriale delle strutture di prossimità, tra cui le Case di Comunità. L'obiettivo è aumentare la capacità del servizio sociosanitario di intercettare in modo precoce situazioni di disagio psicologico, per tutte le fasce d'età.

"Questa legge – spiega l'**Ordine degli Psicologi della Lombardia** – nasce come risposta all'evidenza dell'incremento del bisogno psicologico e ha la finalità di garantire interventi più tempestivi, appropriati, vicini alla cittadinanza e al territorio. Si tratta di un risultato di grande rilievo per la categoria professionale degli psicologi che riconosce la necessità di misure strutturali per prestazioni psicologiche che siano facilmente accessibili e maggiormente disponibili per le cittadine e i cittadini".

La legge si traduce in un cambiamento nel modello di offerta delle prestazioni psicologiche nel Sistema Sanitario Regionale: **vengono favoriti i servizi territoriali** e **integrati gli interventi degli psicologi con quello dei medici di medicina generale** (MMG) **e dei pediatri di libera scelta** (PLS).

Tramite la legge vengono messi a disposizione finanziamenti per 12 milioni di euro all'anno per il triennio 2024-2026 per dare concretezza al servizio.

"Condivido con grande soddisfazione l'esito di un lungo percorso di interlocuzione e di lavoro bipartisan, votato con un consenso trasversale tra le forze politiche. La legge approvata oggi rende finalmente concreta una misura rappresentativa della priorità e della centralità della tutela della salute psicologica", ha dichiarato Laura Parolin, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia. ■

di Letizia Rossi

Intelligenza Artificiale nelle RSA: prospettive e confini

Come possono essere applicate le nuove tecnologie all'organizzazione del lavoro, alla cura degli ospiti e alla gestione delle strutture

Le potenzialità offerte dall'intelligenza artificiale hanno attirato l'attenzione degli ambiti più diversi, dall'editoria al cinema, dall'industria alla medicina, ampliando anche all'opinione pubblica e alla politica il dibattito attorno ai limiti e ai rischi connessi alle nuove tecnologie.
Ma quali sono le possibilità per il mondo dell'assistenza agli anziani?
Per comprenderlo occorre innanzitutto ricordare che, diversamente da quanto spesso nell'immaginario comune, intelligenza artificiale non è strettamente e semplicemente sinonimo di robot: l'intelligenza artificiale è quella disciplina che permette di studiare la realizzazione di processi informatici che rendono una macchina in grado di ragionare, apprendere, e persino creare o prendere decisioni simulando il pensiero umano. I sistemi sono così in grado di relazionarsi agli ambienti in cui agiscono in modo attivo e autonomo.
Non è una novità degli ultimi anni: alcuni tipi di intelligenza artificiale – ricorda un approfondimento recentemente pubblicato dal Parlamento europeo – sono in funzione da oltre mezzo secolo. Senza dubbio, di recente un grande passo in avanti è rappresentato dallo sviluppo di software, sistemi e algoritmi sempre più avanzati.

Senza dubbio, di recente un grande passo in avanti è rappresentato dallo sviluppo di software, sistemi e algoritmi sempre più avanzati

Tra le applicazioni con cui tutti hanno a che fare nella vita quotidiana ci sono per esempio lo **shopping online** con algoritmi che suggeriscono acquisti sulla base del comportamento degli utenti, **i motori di ricerca**, gli **assistenti digitali**, i dispositivi installati sulle automobili

per la **navigazione** o i **sensori di posizione**, ancora i sistemi di protezione da attacchi informatici o le applicazioni in grado di segnalare fake news e mettere in guardia dalla disinformazione.
Un punto comune è dunque la grande capacità di assorbire e rielaborare dati per imparare e proporre nuove strategie, semplificando le decisioni e la gestione di molti aspetti della vita umana in tutte le sue fasi.
Guardando ai luoghi di cura e accoglienza degli anziani, i campi di intervento dell'intelligenza artificiale comprendono l'**assistenza dei pazienti**, ma anche l'**organizzazione del lavoro**, la **gestione delle strutture** e dei loro spazi anche in ottica di risparmio energetico, la **comunicazione con l'esterno**.
Le nuove tecnologie possono per esempio monitorare la salute delle persone, raccogliere dati in tempo reale, con l'ausilio di sensori, e identificare in anticipo eventuali problemi, agendo di concerto con i caregiver e le figure mediche presenti. Addirittura l'introduzione di robot di supporto potrebbe migliorare l'indipendenza e la qualità della vita dei residenti, accompagnando negli spostamenti le persone ancora autonome.
Alcune di queste rivoluzioni sono state recentemente sperimentate nel progetto "RSA 4.0", promosso in Trentino nella RSA di Volano Opera Romani per migliorare l'organizzazione del lavoro e la qualità della vita degli ospiti. Al centro della rivoluzione, una cartella clinica elettronica, in dialogo con le tecnologie adottate all'interno della struttura (ecosistema digitale) a supporto delle decisioni cliniche. L'IA è stata inoltre applicata alla semplificazione delle comunicazioni con la famiglia e all'accesso rapido a tutte le informazioni interne ed esterne.
Così, sensori in grado di individuare situazioni di assembramento possono intervenire nei sistemi di aerazione, mentre sempre in ambito sicurezza, il controllo dei varchi con geolocalizzazione è a tutela degli ospiti con disorientamento spaziale. A completare il quadro, robot per l'assistenza che sostengono gli operatori in attività di igiene ambientale, trasporto materiali, carrelli. Tutto questo si traduce in un risparmio in termini di consumi energetici e risorse, con il personale che liberato da alcuni compiti può essere impiegato in attività a contatto con l'ospite più efficaci e attente.

...intelligenza artificiale non è strettamente e semplicemente sinonimo di robot...

Quali sono gli aspetti a cui prestare attenzione? Senza dubbio il cambio delle dinamiche relazionali: l'intelligenza artificiale non deve in alcun modo sostituire l'empatia umana nelle relazioni tra personale, ospiti, famiglie, semmai esserle di sostegno. Inoltre, l'IA richiede una attenta adozione di tutte le misure di gestione e protezione dei dati personale nel rispetto delle norme che riguardano la privacy, con un uso trasparente e di cui tutti devono sempre essere informati. ■

di Letizia Rossi

La casa da proprietà a servizio: gli italiani e il *social housing*

Il secondo rapporto Federproprietà-Censis raccoglie l'opinione degli italiani sulle nuove forme abitative per la terza età

Il **senior housing** piace a 8 italiani su 10, come possibilità abitativa che unisce indipendenza, socialità e bisogno di assistenza per una popolazione che invecchia a ritmo sostenuto. Il secondo rapporto **Federproprietà-Censis** pubblicato a fine 2023 dal titolo La casa nonostante tutto offre uno sguardo d'insieme sul tema della casa alla luce dei cambiamenti del contesto sociale italiano. Realizzata con il contributo scientifico di **SIMA (Società italiana di medicina ambientale) e Cdp**, l'indagine chiarisce innanzitutto che per la maggior parte degli italiani la casa di proprietà resta ancora uno dei maggiori desideri e garanzia di sicurezza per gran parte della popolazione (l'85%).

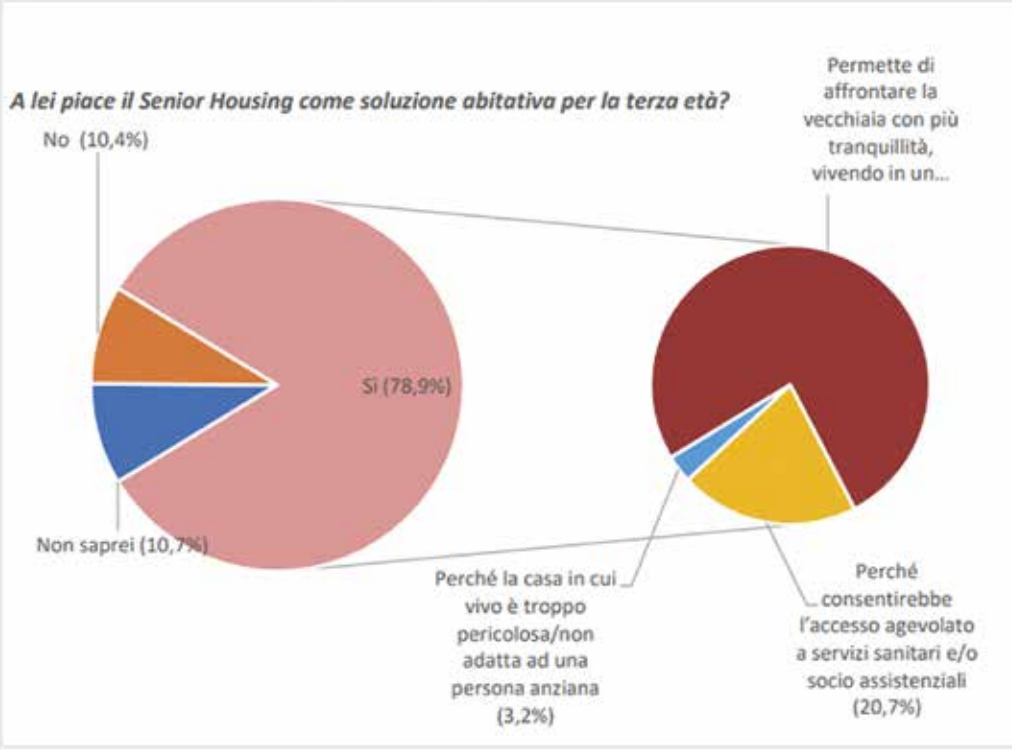
Tuttavia, in un panorama di mutamenti che vede imporsi un contesto sociale sempre più frammentato e un ridimensionamento dei nuclei familiari, si registra un'apertura verso forme di social housing in locazione che rispondono non solo a bisogni abitativi ma interpretano la casa come servizio più che come possesso. In questo ampio capitolo, che comprende anche giovani studenti e lavoratori ad alta mobilità, il senior housing si rivolge nello specifico **a quella fetta di over 65 che in questo momento rappresenta un quarto della popolazione** e che si prevede diventerà un terzo entro il 2043.

Il senior housing "esprime un nuovo concetto di residenzialità, con alloggi dati in locazione ad anziani autosufficienti, organizzati intorno a servizi comuni, quali servizi sanitari, lavanderie, aree di uso comune, assistenza e trasporti, ambienti per l'attività ricreativa, inseriti in località urbane, dove le persone possono godere di una buona qualità della vita", spiega il rapporto. Un'alternativa, insomma, al modello residenziale indipendente e a quello ricettivo delle residenze comunitarie.

Se il social housing in generale convince per il momento solo il 18,8% degli intervistati, **per il senior housing la percentuale di gradimento raggiunge addirittura il 78,9%**. Soprattutto, si riscontra una marcata trasversalità che supera differenze di ordine sociale, economico, demografico e territoriale. Il consenso verso il senior housing ottiene il consenso sia delle famiglie con figli (79,2%), sia delle coppie senza figli (78,6%), tra i residenti di comuni più piccoli (82,3%) e tra gli abitanti dei comuni più grandi, oltre i 500mila abitanti (75,3%).

"La trasversalità del consenso – argomenta il rapporto Censis – riflette la frammentazione della nostra società conseguente alla rarefazione delle relazioni di comunità, al ridimensionamen-

Opinioni degli italiani sul *senior housing* (val.%)



Fonte: indagine Censis, 2023

to dei nuclei familiari e al bisogno di sostegno, protezione e relazionalità che si origina nel periodo della terza età, una fase della vita in cui isolamento e solitudine rischiano di essere le condizioni di vita quotidiana di un numero sempre crescente di individui".

Tra le principali ragioni addotte a favore delle forme di senior housing c'è la possibilità di **affrontare la vecchiaia con più tranquillità e vivere in un ambiente protetto** per il 76,1% degli italiani (una percentuale che sale all'83% per gli over 65 che già affrontano i problemi della vecchiaia); il 20,7% afferma che trova in queste soluzioni abitative anche la possibilità di avere un accesso agevolato a servizi sanitari e socioassistenziali, facendo trasparire quindi una domanda di protezione più strutturata. Infine, il 3,2% degli italiani si mostra favorevole perché **considera la propria casa pericolosa o non adatta a una persona anziana**.

Ma quale impulso è dato in questo momento allo sviluppo anche in Italia di soluzioni abitative di questo genere? "A fronte di una ridotta spesa pubblica a sostegno del sistema abitativo – sottolinea il rapporto – da alcuni anni **si guarda al social housing come mezzo di risposta a una domanda che continua a rimanere inevasa**. Attraverso questo strumento di edilizia privata sociale è possibile incrementare l'offerta di alloggi a canone calmierato non solo per persone in disagio economico, ma anche per quelle che esprimono una domanda di tipo nuovo verso la casa, percependola come servizio più che come un bene da mantenere nel lungo e lunghissimo periodo".

Tra gli esempi citati dal report, il nuovo fondo nazionale **FNAS (Fondo Nazionale Abitare Sociale)** che punta a realizzare un miliardo di investimenti complessivi tramite progetti che garantiscano un'elevata qualità abitativa, in linea anche con criteri di sostenibilità ambientale, in risposta alle nuove tendenze sociali che emergono nel nostro Paese. ■

Il senior housing "esprime un nuovo concetto di residenzialità, con alloggi dati in locazione ad anziani autosufficienti, organizzati intorno a servizi comuni, quali servizi sanitari, lavanderie, aree di uso comune, assistenza e trasporti, ambienti per l'attività ricreativa, inseriti in località urbane, dove le persone possono godere di una buona qualità della vita"

di Elena Candi

Cooperative sociali: aumentano i salari per i lavoratori, ma...

Il nuovo accordo sul contratto potrebbe sortire l'effetto opposto a quello desiderato, perché nella contrattazione non è stata coinvolta la parte pubblica

È stata siglata di recente dalle centrali cooperative e dalle organizzazioni sindacali l'intesa sul contratto della cooperazione sociale, che riguarda circa 400mila lavoratori. Dal punto di vista economico, il nuovo contratto **prevede un aumento di 120 euro mensili per il livello C1**, da riparametrare per gli altri livelli. A partire da gennaio del prossimo anno **sarà poi introdotta la 14esima mensilità al 50% e l'innalzamento dell'importo per la sanità integrativa a 120 euro all'anno**. Inoltre, è estesa **al 100% l'integrazione economica della maternità**. Quale potrà essere l'impatto di questo accordo sulle strutture sociosanitarie? Infatti, non è stato prevista una riorganizzazione dei contributi pubblici, da cui dipende una gran fetta del sostentamento delle cooperative sociali.

CINQUE ANNI DOPO

Il nuovo contratto dei lavoratori delle cooperative sociali è stato siglato a cinque anni di distanza dalla firma del precedente accordo, che aumentava di poco meno del 6% la retribuzione media lorda di dipendenti e soci lavoratori. L'attuale aumento è molto più corposo: infatti, al 4% previsto per il 2024 va sommato un 11-12% aggiuntivo a partire dal 2025, per arrivare a un complessivo 15-16%.

QUANTO HA INCISO LA CARENZA DI PERSONALE?

Il punto critico dell'accordo sembra essere quello di non aver coinvolto preventivamente la parte pubblica. Infatti, i delegati degli enti di rappresentanza e delle organizzazioni sindacali hanno

prima stretto un accordo fra loro, per portare avanti solo in un secondo momento il riconoscimento degli aumenti con gli enti pubblici, delegando le trattative a livello locale agli enti di rappresentanza regionali o alle cooperative stesse. A portare a chiudere in fretta l'accordo possono essere stati numerosi elementi, in particolare la difficoltà al reperimento di numerose figure professionali, tra cui infermieri e OSS.
Le stesse cooperative sociali sono in grado di sostenere questi aumenti salariali? In grande difficoltà potrebbero venire a trovarsi soprattutto quelle di dimensioni medio-piccole, il cui finanziamento è ancora in larga parte di provenienza pubblica. È stato calcolato che l'impatto dell'attuale rinnovo di contratto dovrebbe essere di 1,5-2 miliardi di euro. Ma se il mercato pubblico è in espansione, ciò non vuol dire che stia crescendo la marginalità delle cooperative. Per queste imprese la tendenza è proprio quella opposta e alla riduzione dei margini corrisponde inevitabilmente una diminuzione degli investimenti e servizi di peggiore qualità.

UN QUADRO CHE PRESENTA CRITICITÀ

Nella situazione attuale, numerose amministrazioni pubbliche non hanno sufficienti risorse economiche per adeguare i contratti. Inoltre, ammesso e non concesso che le stazioni appaltanti siano disposte ad andare incontro alle cooperative per sostenere gli aumenti previsti dell'accordo, per gli appalti già assegnati il riconoscimento dell'adeguamento da parte del soggetto finanziatore non sarebbe immediato.
Alla luce di questo scenario, a rischiare di trovarsi in maggiori difficoltà sembrano essere le cooperative medio-piccole esposte a sistemi di appalto che lavorano con minime marginalità e che dispongono di scarse riserve a cui attingere per far fronte agli aumenti del costo del personale. Sulle cooperative più strutturate e solide l'accordo dovrebbe avere un impatto inferiore, ma potrebbe avere comunque un peso su eventuali futuri investimenti, che potrebbero essere meno cospicui. La situazione attuale è dunque molto complicata. Da un lato l'entità degli aumenti salariali previsti e dall'altro la tempistica di applicazione del nuovo contratto rischiano di essere addirittura controproducenti per le stesse cooperative, con il concreto pericolo di un effetto boomerang. ■

A ritrovarsi in difficoltà potrebbero essere soprattutto le cooperative medio-piccole

I NUMERI

1,5-2 miliardi di euro l'impatto del rinnovo di contratto

100% l'integrazione economica della maternità prevista dal nuovo contratto

di Cecilia Ciotola

Con la consulenza del professor Fabrizio Giunco, geriatra, direttore del Dipartimento Cronicità della Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus e responsabile del progetto "Teseo. Fragilità e demenze in una comunità che cura"

Al via un progetto dedicato a fragilità e demenza

L'obiettivo è la creazione di un modello di comunità in cui i servizi di cui necessitano gli anziani siano facilmente fruibili, a vantaggio della qualità delle loro vite

È fondamentale mettere in rete gli attuali servizi dedicati alla popolazione anziana fragile

La pandemia da Covid-19 ha reso evidente la necessità di cambiamenti sostanziali dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese. Il rafforzamento della sanità territoriale è anche uno degli obiettivi sostanziali del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza). Altri attori stanno operando nella stessa direzione, con progetti orientati a contribuire all'efficacia degli interventi di prevenzione e di cura. Uno dei più interessanti è "Teseo. Fragilità e demenze in una comunità che cura" *(vedi box "Si svolge a Milano")*. Sostenuto dal bando "Welfare in Ageing" della Fondazione Cariplo di Milano si propone di sviluppare un modello di intervento innovativo, sostenibile e replicabile, sussidiario e complementare alle risorse della comunità e a quelle istituzionali.

È NECESSARIO FARE "SISTEMA"

Il progetto "Teseo" è l'ultimo in ordine di tempo di una serie di progetti volti a trovare soluzioni alle molte difficoltà delle persone chiamate a fronteggiare il mondo delle demenze. "La demenza è una malattia cronica e progressiva, con sintomi non sempre facili da decodificare, soprattutto nelle fasi iniziali. La diagnosi è spesso tardiva, il percorso diagnostico può essere incompleto e discontinuo e persone e famiglie fanno molta fatica a reperire le risposte alle proprie esigenze. **Il sistema attuale è frammentato, non facilmente accessibile e con una netta separazione tra risposte sanitarie, sociali e di volontariato"**, spiega il professor Giunco, direttore del Dipartimento Cronicità della Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus e responsabile del progetto "Teseo".

RICOMPORRE ATTORI E SERVIZI

Un primo obiettivo del progetto è quello di ridurre le **separazioni fra i servizi**, favorendo il lavoro di rete fra partner di progetto e i diversi attori della comunità. Si vuole inoltre migliorare la capacità del

SI SVOLGE A MILANO

Cominciato alla fine dello scorso anno, il progetto "Teseo. Fragilità e demenze in una comunità che cura" avrà una durata biennale. È stato sviluppato dalla Fondazione Don Gnocchi insieme ad Airalzh Onlus, Associazione per la Ricerca Sociale, Caritas Ambrosiana e Sociosfera Onlus. È uno dei vincitori del bando "Welfare in Ageing" della Fondazione Cariplo, da cui ha ricevuto un finanziamento di 600mila euro. Il progetto prenderà forma nella sola città di Milano, ma ha la prospettiva di proporsi come modello nell'ambito del Terzo Settore per tutto il territorio nazionale.

È importante formare case manager, che accompagnino in modo esperto gli anziani e le loro famiglie nel percorso di diagnosi e cura

sistema di identificare tempestivamente le persone con declino cognitivo e di accompagnarle verso una corretta diagnosi, garantendo poi supporto e informazioni di qualità per l'utilizzo efficace dei servizi disponibili. La diagnosi è di competenza dei servizi ambulatoriali specialistici, ma quasi la metà delle persone con demenza o compromissione cognitiva la riceve tardi, quando le autonomie sono già gravemente compromesse. I sintomi iniziali sono spesso sottovalutati o non riconosciuti, i centri specializzati poco diffusi e di difficile accessibilità e le famiglie ricevono raramente tutte le informazioni necessarie per costruire un progetto di cura organico e efficace. "La malattia può durare anche 10-15 anni, durante i quali le famiglie sono spesso 'case manager di se stesse'. Devono faticosamente ricercare informazioni e trovare da sole le soluzioni più utili. Non da meno, questo scenario è particolarmente critico per le persone più sole o socialmente vulnerabili. I servizi in realtà non mancano, ma sono fra loro mal collegati e le complessità burocratiche complicano ulteriormente la situazione" osserva il professor Giunco. Per migliorare la situazione non è però necessario stravolgere l'attuale sistema. Si tratta prima di tutto di collegare le risposte già esistenti, costruendo relazioni efficaci fra i diversi attori e percorsi facilitanti per il loro utilizzo. "Le famiglie dovrebbero **ricevere le informazioni giuste al momento giusto** e avere a disposizione accompagnatori esperti, che svolgano una concreta funzione di guida", chiarisce il professor Giunco.

PIÙ COLLABORAZIONE TRA I VARI OPERATORI

Fulcro del progetto "Teseo" è il potenziamento della **centrale operativa che governa i servizi domiciliari della Fondazione Don Carlo Gnocchi a Milano**. La centrale opera con l'ausilio di tecnologie informatiche e digitali e di operatori specializzati nelle funzioni di ascolto,

IN ITALIA SI VIVE A LUNGO, MA...

In base agli ultimi dati Istat, l'Italia è tra i Paesi con l'aspettativa di vita più elevata (83,6 anni in confronto a una media di 81 anni nel resto del mondo), ma con i livelli più bassi rispetto alla media europea per quanto riguarda la qualità della vita della popolazione anziana e l'offerta di servizi. Nel nostro Paese, quindi, si vive più a lungo, ma in condizioni di salute e autonomia peggiori. E non è tutto, perché dalla rilevazione Istat 2019 relativa all'"Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia" emerge che nel nostro Paese, su 13,8 milioni di over 65, ben 4,37 milioni vivono da soli. Costoro rappresentano il 7,1% della popolazione complessiva. Inoltre, il 15% degli anziani dichiara di non incontrare alcun amico o amica nel tempo libero. A essere vittima della solitudine sono soprattutto le donne e coloro che posseggono un livello di istruzione più basso.

orientamento e case-management. Sarà collegata ai servizi sociali garantiti dalla Cooperativa sociale Sociosfera, ai Centri di Ascolto della Caritas Ambrosiana e ai restanti servizi del territorio: ambulatori specialistici, centri diurni Alzheimer, Alzheimer Café, Centri di Incontro, Nuclei speciali Alzheimer, servizi di riabilitazione, telemedicina e di cure palliative. Sarà quindi in grado di garantire alle famiglie l'accesso facilitato all'intera filiera dei servizi. La piattaforma digitalizzata utilizzata dalla centrale sarà potenziata, migliorandone l'interoperabilità con i portali del Comune di Milano, i software dei medici di famiglia, i portali dei distretti sanitari e dei servizi regionali. Sarà inoltre aumentato il numero di case-manager che potranno utilizzare la piattaforma per mantenere sotto controllo il percorso di cura. La formazione dei volontari dei Centri di Ascolto Caritas sarà orientata a migliorare la loro capacità di riconoscere i segni e sintomi di allarme precoci della malattia segnalati dalle famiglie; potranno così attivare la Centrale operativa per le risposte necessarie. "Il ruolo dei volontari, che operano in tutte le parrocchie della Città di Milano, sarà particolarmente utile per intercettare i bisogni degli anziani più fragili e soli, ad alto rischio di abbandono e marginalizzazione", spiega il professor Giunco.

Il progetto "Teseo" mira a essere il precursore nell'ambito del Terzo Settore per comporre bisogni e risorse per una comunità accogliente a servizio della popolazione fragile

Il progetto "Teseo" si ispira alle raccomandazioni delle società scientifiche, della Regione Lombardia, del Piano Nazionale Demenze e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In particolare, vuole favorire lo sviluppo di "città amichevoli per le persone con demenza" (dementia-friendly, secondo l'OMS), diffondendo buone informazioni e migliorando il livello di consapevolezza dell'intera comunità. Una maggiore sensibilità nei confronti di questa malattia è fondamentale anche per contrastare lo **stigma** di cui è vittima chi ne soffre e che contribuisce al suo isolamento sociale e a quello dei suoi familiari. Un ulteriore macro-obiettivo consiste nel facilitare **la collaborazione tra le varie istituzioni e i diversi operatori coinvolti nei percorsi di cura**. "Attualmente il sistema è strutturato in compartimenti stagni, ma è interesse di tutti contribuire al superamento delle barriere istituzionali e culturali, per promuovere una vera cultura del lavoro di rete", prosegue il professor Giunco.

AMBIZIOSI OBIETTIVI

Come per ogni progetto sperimentale, anche il progetto "Teseo" attribuisce un alto valore alle **azioni di monitoraggio e valutazione** e a quelle di **comunicazione**. Seguiranno il suo intero sviluppo, grazie al contributo dell'Associazione per la Ricerca Sociale (ARS) di Milano e l'Associazione Italiana Ricerca Alzheimer (Airalzh) di Firenze. Si vogliono produrre le evidenze scientifiche utili a confermare la sostenibilità e replicabilità sul territorio italiano del modello sperimentato, come progetto pilota del Terzo Settore. In sintesi, cooperare alla costruzione di una comunità accogliente per le persone anziane più fragili, ricomponendo in un insieme efficace le sue molte risorse, dai piccoli gesti di buon vicinato alle soluzioni cliniche e tecnologiche più qualificate e avveniristiche. ■

I NUMERI

83,6 anni l'aspettativa di vita media in Italia.

4,37 milioni gli over 65 che vivono soli in Italia.

di Roberto De Filippis

Nella Bergamasca un servizio di teleassistenza per i malati di Parkinson

A dare informazioni e consigli è un'équipe multidisciplinare formata da diversi specialisti

La teleassistenza è svolta da un team composto da infermieri, terapisti occupazionali e psicologici coordinati da un neurologo esperto

La creazione di reti che permettano di conoscere nel dettaglio la patologia e fruire al meglio dei servizi offerti dal territorio è fondamentale nell'assistenza ai malati cronici. In questo panorama, recentemente ha preso il via il progetto di orientamento e sostegno per le persone con la malattia di Parkinson e i loro caregiver residenti nelle zone di Romano di Lombardia e Treviglio, in provincia di Bergamo. Vediamo in che cosa consiste questo progetto, denominato "Parkinson Network".

UN SERVIZIO DI CUI BENEFICIA NON SOLO IL MALATO

Figura centrale del progetto "Parkinson Network" è quella del Network Manager. Chi ricopre questo ruolo è chiamato ad **accompagnare le persone nell'individuazione e nell'accesso ai servizi socio-assistenziali** che sono erogati dai servizi sociali comunali, dal sistema delle cooperative sociali, dalle associazioni e dagli enti di volontariato, oltre che dai servizi di riabilitazione e cura a disposizione sul territorio.

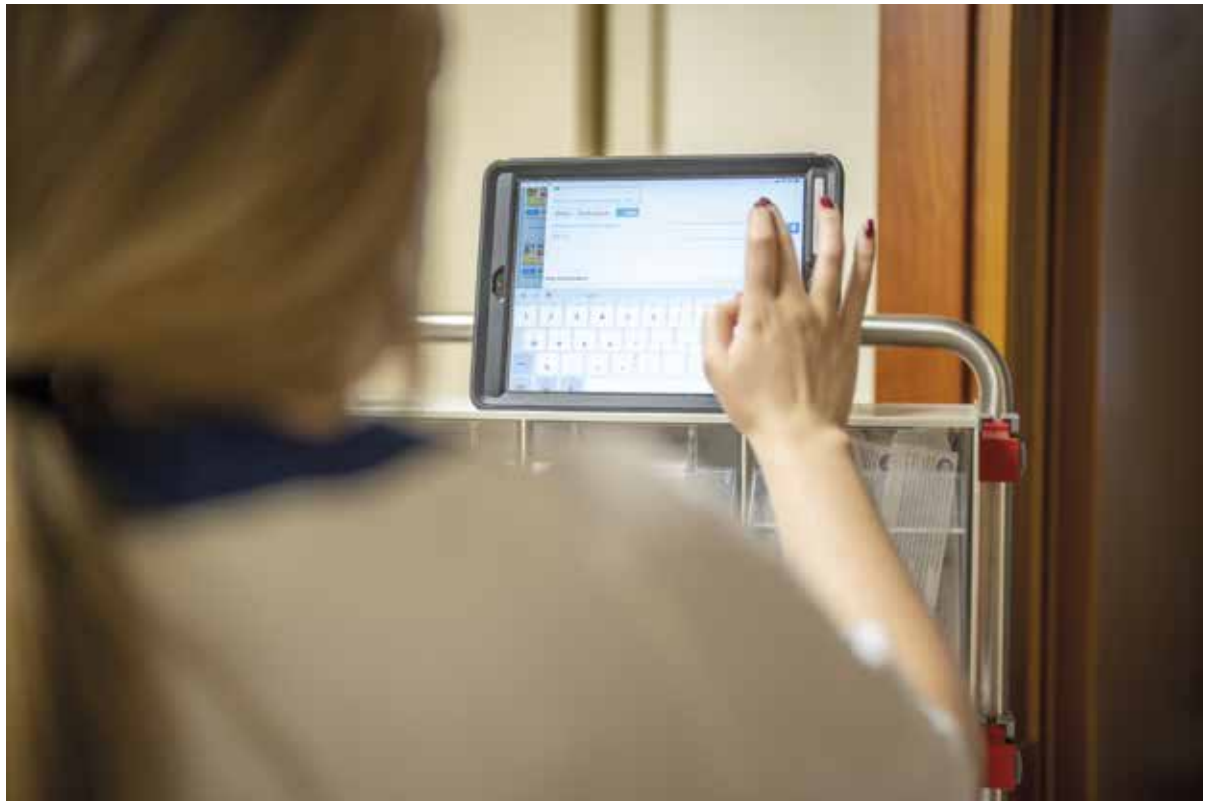
In particolare, "Parkinson Network" offre la sperimentazione gratuita di un servizio di teleassistenza specializzato per le persone con la malattia di Parkinson. Realizzato in collaborazione con Parkinson Care per l'erogazione dei pacchetti annuali, questo servizio permette di affiancare gli individui che soffrono di tale patologia e i loro caregiver nella vita quotidiana.

A disposizione di chi vi si rivolge chiamando il numero telefonico **366.6424267** (per informazioni si può anche scrivere a **parkinson.bergamo@gmail.com**) vi è un team multidisciplinare composto da infermieri, terapisti occupazionali e psicologici coordinati da un neurologo esperto, così da garantire un **sostegno clinico qualificato e completo** nei momenti di difficoltà, in modo da migliorare la qualità della vita dell'intera famiglia. ■

UNA PATOLOGIA CHE RICHIEDE CONTINUI ADATTAMENTI

"Parkinson Network", che sostiene la nascita dell'associazione locale "Bergamo Parkinson", è un progetto realizzato dal Consorzio Cum Sortis (Solco Bassa Bergamasca), Confederazione Parkinson Italia e Vamp (Valutazione e Assistenza Multispecialistica Parkinson). Conoscere la malattia, il cui andamento cronico e progressivo richiede continui adattamenti, e poter contare su una rete di supporto è fondamentale per migliorare la qualità della vita sia di chi ne soffre sia dei caregiver.

di Roberto De Filippis
Con la consulenza della dottoressa Chiara Monti, direttrice medica di Anni Azzurri (Gruppo KOS)



Cartella clinica elettronica: poche reticenze da parte degli operatori

Una recente ricerca scientifica mostra che la maggior parte del personale che lavora in RSA accoglierebbe con favore l'introduzione di questo strumento tecnologico

La dottoressa Chiara Monti.

In diversi ambiti della società, la digitalizzazione di processi e strumenti sta ricoprendo un ruolo sempre più importante. Se all'interno di alcune RSA la cartella clinica elettronica è utilizzata ormai da tempo, in altre si usano ancora le "vecchie" cartelle cliniche cartacee. La recente ricerca scientifica "Staff expectations towards electronic health records: a survey among healthcare workers in italian nursing homes" ha indagato l'impatto dell'introduzione della cartella clinica elettronica nelle RSA, tenendo in considerazione sia le aspettative sia le resistenze del personale sanitario nei confronti di questo nuovo strumento.

NUMEROSI RISVOLTI POSITIVI

In confronto al settore prettamente sanitario, quello socio-assistenziale è un po' indietro nel processo di digitalizzazione delle sue procedure. Dallo studio citato è però emerso che vi sono **aspettative positive** nei confronti della cartella clinica elettronica. In generale, infatti, gli intervistati ritengono che questo strumento migliorerebbe l'efficienza dei processi lavorativi, semplificherebbe l'accesso alle informazioni e avrebbe effetti positivi sulla comunicazione sia con i colleghi interni sia con quelli esterni. "Inoltre, gli operatori sanitari ritengono che la cartella clinica elettronica sia uti-

le a **migliorare la propria sicurezza e la protezione**" aggiunge la dottoressa Chiara Monti, direttrice medica di Anni Azzurri (Gruppo KOS), tra le autrici dello studio.
In genere, nei processi di transizione alla digitalizzazione la principale ragione di rallentamenti è la reticenza a cambiare sistema da parte degli utilizzatori. Tra i partecipanti alla survey, però, tale reticenza non è emersa. Anzi, gli intervistati non soltanto pensano che la cartella clinica elettronica possa avere **ripercussioni positive nella comunicazione** fra i colleghi, ma anche in quella **con i pazienti e i caregiver**.

È UTILE ANCHE ALLA RICERCA SCIENTIFICA

Quali sono le caratteristiche fondamentali di cui dovrebbe essere in possesso una cartella clinica elettronica? "Sulla base della mia esperienza, un sistema è vincente quando può essere **utilizzato al letto del paziente**, per esempio con un tablet. In tal modo diventa un pilastro degli standard assistenziali e di comunicazione in tempo reale dell'équipe di cura" risponde la dottoressa Monti. È inoltre fondamentale che il sistema garantisca la possibilità di rendere le informazioni disponibili per tutti coloro che ne hanno accesso fin dal momento stesso dell'inserimento.
"Un altro plus della cartella clinica elettronica consiste nella possibilità di dare gli alert e di mettere in rete le informazioni inserite per avere in tempo reale **una situazione d'insieme dell'intera struttura oppure dei singoli reparti**" sottolinea la dottoressa Monti. I dati raccolti in struttura all'interno della cartella clinica elettronica, anonimizzati e con consenso, possono permettere alla comunità scientifica di sviluppare utili analisi e ricerche. ■

La possibilità di inserimento di alert è un plus di alcune cartelle cliniche elettroniche

IN TANTI NON L'AVEVANO MAI USATA

A comporre il campione oggetto di studio sono state RSA abituate a lavorare con cartelle cliniche cartacee. Agli operatori sanitari di tali strutture è stato somministrato un questionario strutturato online comprendente domande a scelta multipla e a risposta aperta. La ricerca ha indagato le precedenti esperienze, aspettative e resistenze nei confronti delle funzionalità del software di cartella clinica elettronica e il suo potenziale impatto sui flussi di lavoro. Le risposte raccolte sono state 354, con la maggior parte degli operatori sanitari che hanno risposto (quasi l'80%) che non aveva mai usato una cartella clinica elettronica. Tra coloro che invece avevano già utilizzato questo strumento, la percentuale di soddisfazione era molto alta (93%).

La cartella clinica elettronica migliorerebbe l'efficienza dei processi lavorativi, semplificherebbe l'accesso alle informazioni e avrebbe effetti positivi sulla comunicazione

di Cecilia Ciotola

Con la consulenza della dottoressa Lavinia Toussan, responsabile medico della Residenza Anni Azzurri Parco di Veio di Roma (Gruppo KOS)

Per curare i disturbi comportamentali non ci sono soltanto i farmaci

Anche le terapie non farmacologiche sono utili a rilassare e a favorire la comunicazione. I risultati di uno studio scientifico condotto all'interno di una RSA

La dottoressa Lavinia Toussan.

Per rallentare il declino cognitivo e funzionale che contraddistingue la demenza, attenuando i disturbi comportamentali associati alla malattia, non sono utili soltanto i farmaci, ma anche le terapie non farmacologiche. Il ricorso a questo tipo di cura deve essere cucito addosso alle esigenze dell'anziano e deve avere come obiettivo il miglioramento della qualità della vita nelle dimensioni sociale, funzionale ed emozionale. Il recente studio scientifico "Utilizzo della terapia non farmacologica nei pazienti con disturbi comportamentali in RSA" ha messo in evidenza che tali cure hanno effetti positivi sui disturbi comportamentali, migliorando la qualità della vita sia sotto l'aspetto cognitivo sia sotto l'aspetto affettivo.

Con la doll-therapy si punta soprattutto a far riemergere ricordi, con la stimolazione neurosensoriale a calmare l'ospite

OSPITI DIFFICILI DA GESTIRE

Negli ultimi tempi nell'utenza delle RSA sono sempre più presenti pazienti affetti da demenza, spesso in fasi avanzate. In molti casi sono i disturbi comportamentali associati a tale patologia a spingere le famiglie a far vivere il proprio caro in queste strutture, perché per i caregiver prestare assistenza a chi è in tali condizioni è particolarmente stressante. "I disturbi comportamentali che possono contraddistinguere la demenza sono numerosi: **agitazione, aggressività (sia fisica sia verbale), disturbi del sonno, stati ansiosi o depressivi, deliri e allucinazioni.** La complessità del quadro clinico, abbinata alle difficoltà di comunicazione da parte dei pazienti, rendono notevolmente complicata la gestione di questi ospiti al personale delle RSA" sottolinea la dottoressa Lavinia Toussan, responsabile medico della Residenza Anni Azzurri Parco di Veio di Roma (Gruppo KOS), tra gli autori dello studio "Utilizzo della terapia non farmacologica nei pazienti con disturbi comportamentali in RSA".

Oltre che con i farmaci, è possibile rallentare la progressione della demenza, tenendo sotto controllo i disturbi comportamentali a essa associati, anche con terapie non farmacologiche. La base concettuale a sostegno degli interventi riabilitativi rivolti alle persone con disturbi neurocognitivi è supportata da due caratteristiche peculiari del tessuto nervoso: la **neuroplasticità** e la **ridondanza cellulare** (riserva funzionale).

La gamma di terapie non farmacologiche per trattare i disturbi comportamentali nelle persone con demenza è

ampia e comprende, fra le tante, la doll-therapy e stimolazioni neurosensoriali quali aromaterapia, rumori bianchi e l'uso di oggetti che stimolano il tatto. Nella ricerca scientifica in questione ci si è concentrati sull'uso della **doll-therapy** e sulla **stimolazione con i rumori bianchi**. Con l'utilizzo della bambola si mira a far riemergere ricordi, che si cerca di far riaffiorare anche facendo ascoltare rumori che ricordano il pianto del bambino. Grazie alla doll-therapy la persona non soltanto si calma, ma interagisce anche con la bambola. La stimolazione neurosensoriale con i rumori bianchi si è rivelata utile soprattutto sui pazienti molto agitati e che sono poco inclini al contatto fisico. Infatti, l'ascolto di questi rumori ha reso tali persone più tranquille, facendole interagire maggiormente con il mondo esterno. "Se i rumori bianchi si sono dimostrati efficaci a prescindere dal vissuto dei pazienti, la doll therapy si è invece dimostrata più efficace in quei soggetti che avevano una predisposizione all'accudimento già prima che si presentasse la patologia", commenta la dottoressa Toussan.

Alla fine dei due mesi dello studio, i pazienti sono stati sottoposti nuovamente al test NPI: il punteggio medio del NPI era 26±12,2 *(vedi box "Il campione")*. La media di riduzione del punteggio di NPI al T1, rispetto al T0, è risultata statisticamente significativa ($p < 0,05$). Nonostante la casistica limitata e il tempo di osservazione ancora breve in cui è stato ripetuto l'NPI, la **netta riduzione dei disturbi comportamentali** nei pazienti che hanno seguito attività quali doll-therapy e stimolazione neurosensoriale lascia intuire che bisogna investire su questo tipo di interventi. Il personale e i caregivers dovrebbero essere quindi formati su queste tecniche riabilitative e la presa in carico del paziente con demenza in RSA dovrebbe prevedere trattamenti non farmacologici personalizzati. ■

"I rumori bianchi si sono dimostrati efficaci a prescindere dal vissuto dei pazienti"

IL CAMPIONE

La ricerca scientifica ha preso in esame un campione di 15 ospiti (3 maschi e 12 femmine) della RSA Anni Azzurri Parco di Veio di Roma (Gruppo KOS). Tutti gli ospiti, la cui età media era di quasi 88 anni, soffrivano di demenza.
Avevano un MMSE (Mini-Mental State Examination) inferiore o uguale a 20 (punteggio medio 6,08±7,1) e un punteggio al NeuroPsychiatric Inventoy (NPI) totale maggiore di 30 (NPI a T0 punteggio medio 39.8±12,8). Lo studio, durato due mesi, prevedeva la somministrazione di terapie non farmacologiche (doll-therapy e stimolazione con i rumori bianchi) due volte alla settimana.

SERVE UN LAVORO DI SQUADRA

Il ricorso alle terapie non farmacologiche nei pazienti con disturbi del comportamento è importante non soltanto perché è efficace nei confronti dei sintomi, ma anche perché contribuisce a ridurre l'utilizzo di farmaci, che non sono privi di effetti collaterali. Per affiancare questo tipo di cure a quelle tradizionali è necessario un lavoro d'équipe, con il coinvolgimento di numerose figure (geriatri, educatori, terapisti occupazionali, fisioterapisti, psicologi, infermieri e Oss). "In tante RSA italiane si ricorre poco alle terapie non farmacologiche per curare i disturbi comportamentali collegati alla demenza, però negli ultimi tempi la situazione sta migliorando", afferma la dottoressa Toussan.

I NUMERI

15 le persone che hanno partecipato allo studio

2 mesi la durata dello studio

di Cecilia Ciotola

Con la consulenza della dottoressa Chiara Monti, direttrice medica di Anni Azzurri (Gruppo KOS)

Quali bisogni ha un anziano dopo una lunga degenza? I risultati di uno studio

Una ricerca scientifica premiata al Congresso Nazionale della Sigot evidenzia le necessità delle persone dimesse da diverse strutture, comprese le RSA

La dottoressa Chiara Monti.

In tutti i setting di cura emerge che la degenza porta benefici

Al recente Congresso Nazionale del 2023 della Sigot (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) la ricerca "Returning to the community from long-term care facilities: a descriptive analysis of discharged patients' characteristics and needs" è stata premiata come miglior contributo scientifico. Lo studio, in corso di pubblicazione su "Geriatric Care", ha analizzato i bisogni delle persone che vengono dimesse da tre setting assistenziali: centri riabilitativi, strutture per cure intermedie e RSA.

IN TANTI HANNO PROBLEMI A CAMMINARE

Nonostante quello delle cure domiciliari sia un argomento molto attuale e sentito, nella letteratura scientifica **non c'era ancora un'analisi sui reali bisogni pratici in tema di assistenza** alle persone che vengono dimesse che permettesse di conoscere le reali necessità dei singoli individui. In questo modo, sia le istituzioni sia gli operatori sanitari hanno dati concreti su cui basarsi per organizzare i servizi territoriali in questa **delicata fase di transizione**. Considerando tutti e tre i setting assistenziali presi in considerazione dallo studio, per quel che concerne le condizioni cliniche dei pazienti che rientrano al domicilio è emerso che circa il 33% ha una condizione neuropsichiatrica (compresa la demenza), circa il 60% necessita di assistenza per camminare, circa il 30% è in carrozzina e solamente l'11,5% è in grado di camminare senza assistenza né ausili.

Per quel che concerne invece i bisogni assistenziali e infermieristici, è emersa un'ampia gamma di necessità variamente associate tra loro: l'indagine evidenzia che **circa il 40%** delle persone che tornano a domicilio dopo un periodo in RSA, centri riabilitativi e strutture per cure intermedie **necessita di un trattamento o di presidi per l'incontinenza** e la

stessa percentuale di interventi di follow up attraverso esami ematochimici. Inoltre, circa uno su tre ha bisogno di aiuto nell'assunzione di farmaci, il 20% ha bisogno di monitoraggio delle proprie condizioni di salute con controllo della glicemia e **circa 15% presenta ferite e lesioni**, soprattutto da pressione, per cui sono richieste cure infermieristiche. "Altri bisogni rilevati con varie associazioni tra loro e percentuali meno rilevanti sono il monitoraggio della pressione arteriosa, la gestione della disfagia, del catetere vescicale, delle stomie e l'ossigenoterapia" aggiunge la dottoressa Chiara Monti, direttrice medica di Anni Azzurri (Gruppo KOS), tra gli autori dello studio "Returning to the community from long-term care facilities: a descriptive analysis of discharged patients' characteristics and needs".

LA SITUAZIONE NELLE RSA

Dall'analisi delle cartelle cliniche dal momento del ricovero a quello delle dimissioni effettuata durante la ricerca scientifica si evince che anche quando tornano al domicilio le persone necessitano di bisogni assistenziali e infermieristici. Va però sottolineato che tali bisogni sono inferiori a quelli rilevati al momento dell'ingresso all'interno della struttura. "Ciò è emerso in tutti e tre i setting, a testimonianza che **la degenza porta dei benefici**" fa notare la dottoressa Monti.
Anche se lo studio si è concentrato sui tre setting congiuntamente, è possibile rilevare che **i pazienti tornati al domicilio dopo un soggiorno in RSA hanno mostrato capacità funzionali migliori**. Il 14% dei soggetti dimessi da RSA (rispetto al valore dell'11,5% considerando tutti e tre i setting) è in grado di camminare senza assistenza né ausili. "Per quanto possa sembrare paradossale, la situazione può spiegarsi con il fatto che negli altri due setting di cura è previsto un **limite ai giorni di degenza**, seppur siano possibili delle proroghe. Questa limitazione temporale può spiegare il motivo per cui i pazienti siano dimessi con maggiori necessità assistenziali. Nelle RSA, invece, il soggiorno non ha un limite temporale, quindi al momento delle dimissioni le persone hanno minori necessità assistenziali" osserva la dottoressa Monti. ■

UN CAMPIONE DI PIÙ DI 300 PERSONE

Il campione esaminato dalla ricerca "Returning to the community from long-term care facilities: a descriptive analysis of discharged patients' characteristics and needs" comprendeva 305 persone (212 donne e 93 uomini) con un'età compresa fra i 48 e i 98 anni (età media 82 anni).
La durata media della degenza dei soggetti che hanno partecipato allo studio è stata di 66 giorni; circa l'80% di loro ha passato meno di 90 giorni di ricovero al momento delle dimissioni. Le necessità dei degenti sono state desunte dalle lettere di dimissioni ricevute al momento in cui hanno lasciato la struttura in cui erano ricoverati per tornare al domicilio.

"Nelle RSA il soggiorno non ha un limite temporale, quindi al momento delle dimissioni le persone hanno minori necessità assistenziali"

I NUMERI

11,5% la percentuale di persone in grado di camminare autonomamente dopo le dimissioni.

circa 1 su 3 le persone con condizioni neuropsichiatriche (inclusa demenza) al momento delle dimissioni.

di Roberto De Filippis

Con la consulenza del professor Giuseppe Peretti, responsabile dell'Unità Operativa Complessa e dell'Équipe Universitaria di Ortopedia Rigenerativa e Ricostruttiva (Euorr) dell'Irccs Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio di Milano

Problemi al ginocchio: ecco come trattarli quando compaiono in età avanzata

È soprattutto l'artrosi a compromettere l'uso dell'articolazione negli anziani. Per i trattamenti si privilegiano opzioni conservative, ma a volte serve il bisturi

Il professor Giuseppe Peretti.

COME PRESERVARE L'ARTICOLAZIONE

Siccome il ginocchio porta i segni degli sforzi che sostiene e dei traumi di cui è vittima ogni giorno per preservarne le condizioni è importante, fin da giovani, evitare sovraccarichi ed eventualmente correggere i difetti assiali, come il valgismo o il varismo, quando sintomatici. Una volta anziani, per ridurre il rischio di problemi a carico di questa articolazione va innanzitutto evitato il sovrappeso. Non bisogna poi sottoporsi a sforzi troppo intensi se non si è preparati sotto l'aspetto fisico. Una regolare attività motoria, commisurata all'età e alle condizioni di salute, è la migliore alleata possibile del ginocchio. "Quando si presenta un dolore costante a carico di questa articolazione è indicato ricorrere a una visita medica specialistica. Invece, in caso di un episodio di dolore occasionale, si può attendere prima di sottoporsi a una valutazione specialistica, che diventa però opportuna quando al dolore si associa anche gonfiore", consiglia il professor Peretti.

Tra i diversi problemi che possono compromettere la salute degli anziani sono piuttosto comuni quelli che interessano le ginocchia, quali artrosi, borsiti, lesioni del menisco su base degenerativa e condrocalcinosi, malattia più nota come pseudogotta. La situazione è tanto più critica quando tali malattie si associano, come non raramente avviene nel caso di artrosi e lesioni meniscali di tipo degenerativo. L'incidenza dei problemi alle ginocchia è simile fra i due sessi, con una leggera prevalenza in quello femminile.

"Nelle fasi più avanzate dell'artrosi il dolore può persistere anche a riposo, diventando molto invalidante"

A UNA CERTA ETÀ IL GINOCCHIO "PRESENTA IL CONTO"

La prima causa di problemi alle ginocchia in età avanzata è rappresentata dall'**usura**. Se con il passare degli anni è assolutamente fisiologico che le diverse componenti che formano quest'articolazione presentino i segni del tempo, ci sono però alcuni fattori che ne alterano la fisiologia, peggiorando la situazione. "Ad accelerare la degenerazione dei tessuti del ginocchio possono essere **sovraccarichi**. Un esempio tipico è quello delle persone con parecchi chili di troppo, che richiedono un lavoro extra, nonché prolungato nel tempo, di questa articolazione. In altri casi, a farla usurare più rapidamente della norma sono dei **difetti assiali**, quali il ginocchio varo e il ginocchio valgo", chiarisce il professor Giuseppe Peretti, responsabile dell'Unità Operativa Complessa e dell'Équipe Universitaria di Ortopedia Rigenerativa e Ricostruttiva (Euorr) dell'Irccs Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio di Milano. Inoltre, in questo processo ricopre un peso non indifferente la storia clinica dell'individuo. **Fratture e traumi** che coinvolgono il ginocchio possono infatti alterare il corretto funzionamento dal punto di vista biomeccanico di questa articolazione. Ciò può verificarsi anche a seguito di lesioni a carico del menisco (con o senza asportazione), dei legamenti e della cartilagine.

A prescindere dall'età, il sintomo caratteristico dei problemi al ginocchio è il **dolore**, che può interessare l'intera articolazione oppure essere localizzato in specifiche aree. Talvolta, è associato al movimento. Per esempio, in presenza di artrosi tende a manifestarsi nella fase iniziale dopo aver tenuto a lungo a riposo il ginocchio, come nel caso di quando ci si alza dal letto al mattino. Inoltre, è possibile avvertire delle **sensazioni di cedimento**, che spesso però non sono da ricondurre alla scarsa stabilità assicurata dai legamenti, bensì al dolore stesso. Provocando la **rigidità** dei tessuti molli e della capsula articolare, l'artrosi è spesso causa di impotenza funzionale, rendendo complessi movimenti ordinari come quelli necessari, per esempio, per allacciarsi le scarpe o accovacciarsi. Tutti questi problemi **limitano anche l'autonomia deambulatoria** e possono rendere faticoso non soltanto camminare, ma anche rimanere a lungo in posizione eretta. "Nelle fasi più avanzate della malattia il dolore può permanere anche a riposo, diventando molto invalidante", aggiunge il professor Peretti.

L'IMPIANTO DI UNA PROTESI È L'ULTIMA OPZIONE

In presenza di artrosi, almeno inizialmente la cura consiste in trattamenti conservativi. Il primo mira a tenere sotto controllo la sintomatologia della malat-

CHE COS'È LA CONDROCALCINOSI

La condrocalcinosi (o pseudogotta) è una malattia provocata dall'accumulo di depositi di pirofosfato di calcio nei tessuti molli, vale a dire i menischi e le cartilagini. In fase acuta la malattia, che può colpire anche altre articolazioni, tende a manifestarsi con gonfiore, rossore, sensazione di calore e dolore pulsante. Soprattutto quando compare dopo i 50-60 anni, spesso la condrocalcinosi si associa all'artrosi. Quando invece si manifesta in età più giovanile è da ricondurre a un alterato metabolismo della cartilagine di natura costituzionale.

In caso di artrosi, si ricorre alle infiltrazioni di cortisone solo in situazioni estreme

tia con una terapia farmacologica e una specifica attività motoria. Per attenuare i fastidi sono prescritti farmaci **antinfiammatori e antidolorifici**, utili a mettere nelle condizioni fisiche che permettano di cominciare una **ginnastica** mirata a rinforzare la muscolatura degli arti inferiori, così da rendere più controllato, più funzionale e meno gravoso il lavoro del ginocchio. Dopo qualche tempo, va sospeso l'utilizzo dei farmaci, continuando però a svolgere gli esercizi di potenziamento muscolare.

Se questo trattamento non porta ai risultati sperati si ricorre a un altro trattamento combinato, che prevede sempre lo svolgimento di attività fisica associata a terapie antinfiammatorie locali. Fondamentale è che l'attività fisica sia regolare (almeno 3 volte alla settimana), così da recuperare un buon trofismo muscolare e possibilmente evitare il sovrappeso. Di supporto sono utili trattamenti quali la **ionoforesi** oppure la **tecarterapia**, che però richiedono diverse sedute perché facciano effetto. In alternativa, si può far ricorso a una terapia infiltrativa di **acido ialuronico**, che lubrifica l'articolazione. "Sempre alternativi a tali trattamenti sono l'infiltrazione di **Prp** (plasma ricco in piastrine, *ndr*) o di cellule staminali derivate dal tessuto adiposo. In entrambi i casi, le sostanze iniettate sono prelevate dalla persona stessa, quindi vengono lavorate in speciali centrifughe presenti in sala operatoria prima di essere utilizzate a fini curativi. Entrambe le terapie hanno un effetto antinfiammatorio, attenuando il dolore", spiega il professor Peretti. Alle infiltrazioni di cortisone si ricorre invece solo in casi estremi. È soltanto quando nemmeno questi trattamenti vanno a buon fine che si prende in considerazione l'intervento chirurgico per l'impianto di una **protesi di ginocchio**.

QUANDO IL PROBLEMA CENTRALE NON È L'ARTROSI

Nelle persone anziane in cui l'artrosi si associa a **lesioni meniscali su base degenerativa** il trattamento consiste sempre in una ginnastica volta al rinforzo muscolare e in una terapia infiltrativa. "Se però si osserva una evidente influenza meccanica della lesione meniscale, allora è indicato l'intervento chirurgico, che si esegue in artroscopia" precisa il professor Peretti.

In caso di **borsiti** a carico del ginocchio, come quelle che provocano dolore all'altezza anteromediale della tibia prossimale, si interviene con un trattamento che ha l'obiettivo di allungare i muscoli che fanno parte della cosiddetta "zampa d'oca". A questo fine sono utili specifici esercizi di stretching e di movimento senza sovraccarichi: le attività fisiche più indicate sono la **cyclette** o il nuoto, evitando però lo stile rana. Infine, se i problemi alle ginocchia sono da ricondurre alla pseudogotta *(vedi box "Che cos'è la condrocalcinosi")* la cura consiste in sedute di **fisioterapia e infiltrazioni**, a cui abbinare eventualmente l'uso di antinfiammatori da assumere per bocca. ■

I NUMERI

40-45% la prevalenza dell'artrosi al ginocchio negli over 60

15-20% la prevalenza delle lesioni meniscali su base degenerativa negli over 60

Anaste Emilia-Romagna: eletto il direttivo per il triennio 2024-2026

Sono state da poco rinnovate le cariche di Anaste Emilia-Romagna, che nella regione rappresenta 35 strutture residenziali.
Quinto mandato per il presidente Gianluigi Pirazzoli, riconfermato al pari del vicepresidente Averardo Orta e del tesoriere Ivonne Capelli. Oltre a queste tre figure il nuovo consiglio direttivo, che rimarrà in carica per il triennio 2024-2026, comprende Guido Gaggioli, Roberto Muccinelli, Sofia Castellari, Edmondo Buscaroli, Lorena Baldazzi, Silvia Bartolini, Linda Cavallaro e Antonio Zanini in rappresentanza di Bologna, Roberto Secchi e Andrea Po per la provincia di Modena, Irena Cecchi per Rimini e Asmaa Gacem per Ferrara. "Essere riconfermato alla guida di Anaste in un momento storico caratterizzato da nuove e complesse sfide per il comparto sociosanitario significa certamente nuove responsabilità, ma anche l'impegno di rimanere trasparenti e in rete tra noi e con le istituzioni. Continueremo a batterci in tutte le sedi, anche quelle del Parlamento, perché l'anziano venga rispettato nei suoi bisogni ma anche nei suoi specifici desideri. Infine, desideriamo far conoscere Anaste anche nelle province di Parma, Ferrara e Reggio Emilia, essendo la nostra una realtà aperta e che mette a disposizione le proprie competenze, ma che necessita anche di nuove idee e nuova linfa a beneficio dell'assistenza e della cura dei nostri anziani", ha dichiarato Pirazzoli a margine della rielezione.

Sindrome di Brugada: uno studio conferma l'efficacia della cura

Si aprono nuovi interessanti scenari per il trattamento della sindrome di Brugada. Infatti, un recente studio svolto dal professor Carlo Pappone *(nella foto)*, direttore dell'Unità operativa di Elettrofisiologia e Aritmologia dell'Irccs Policlinico San Donato di Milano, Giuseppe Ciconte, Gabriele Vicedomini, Luigi Anastasia e Vincenzo Santinelli, del Dipartimento di Aritmologia dello stesso ospedale e appena pubblicato su "EP Europace" conferma il ruolo dell'estensione del substrato aritmogenico della Sindrome di Brugada, il gruppo di cellule anomale sulla superficie esterna (epicardica) del cuore, a livello del ventricolo destro, come fattore prognostico cruciale per eventi ricorrenti di fibrillazione ventricolare. In questo modo, viene convalidata la sicurezza e l'efficacia dell'ablazione epicardica con radiofrequenza nell'eliminazione di tutti i segnali elettrici anomali localizzati sull'epicardio e patognomici della sindrome di Brugada. Inoltre, lo studio fa emergere anche l'importanza, nel mappaggio della superficie epicardica indagata, dell'ajmalina, un farmaco in grado di slatentizzare le anomalie elettriche cardiache latenti, al fine della migliore definizione dell'area da trattare con le erogazioni di radiofrequenza. Questo risultato pone le basi per ulteriori esplorazioni di metodi non invasivi per guidare decisioni cliniche informate.

Certificazione d'eccellenza per il Consorzio Colibrì

Prestigioso riconoscimento per otto strutture sanitarie e sociosanitarie del Consorzio Colibrì. Clinicadomicilio, Ospedale ai Colli, Ospedale Villa Baruzziana, Ospedale Villa Bellombra, Ospedale Santa Viola, Società Dolce, Villa Ranuzzi, e Villa Serena hanno infatti ricevuto la certificazione internazionale d'eccellenza rilasciata da Accreditation Canada, organizzazione indipendente e senza fini di lucro che accompagna le organizzazioni sanitarie nei percorsi di miglioramento della qualità.
In particolare, Accreditation Canada ha valutato l'intero percorso del paziente/residente in ogni processo di erogazione dei servizi delle strutture aderenti al progetto. "Tre anni fa il nostro Consorzio, in piena pandemia, ha scelto con entusiasmo di seguire la decisione dall'Azienda USL di Bologna, intraprendendo il complesso percorso di accreditamento d'eccellenza secondo lo standard Accreditation Canada per garantire ai propri pazienti/utenti la massima qualità clinica e assistenziale e contribuire, come sanità pubblica di diritto privato, al miglioramento dell'offerta metropolitana. L'entusiasmo e l'abnegazione di tutti i nostri collaboratori conferma la bontà di quella decisione, che ci proietta al confronto diretto e paritetico con le strutture più avanzate del mondo", hanno commentato a margine dell'accreditamento all'eccellenza Claudia Sabatini e Averardo Orta, rispettivamente presidente e amministratore delegato del Consorzio Colibrì.

di Ing. Giovanni Simoni
Agronomo Alberto Pansecchi

Il nuovo "concept" dell'agri-voltaico di piccole dimensioni: "Hortus PV"

Nello scorso articolo abbiamo sottolineato l'opportunità di utilizzo di terreni posseduti dalle RSA per effetto di lasciti o donazioni, ma quanto segue può essere oggetto di piccoli investimenti in situazioni diverse da quelle delle RSA

In un precedente articolo abbiamo descritto l'idea dell'Hortus PV: una novità che combina insieme un impianto fotovoltaico installato in un appezzamento di terreno (la cui dimensione può adattarsi alle condizioni locali (spazi disponibili, tipologie di colture, economia agricole ed elettrica, ecc…) sul quale si attiva una produzione di ortaggi che può avere diverse destinazioni finali.

Nello scorso articolo abbiamo sottolineato l'opportunità di utilizzo di terreni posseduti dalle RSA per effetto di lasciti o donazioni, ma quanto segue può essere oggetto di piccoli investimenti in situazioni diverse da quelle delle RSA. Spesso, infatti, in quest'ultime gli appezzamenti, quando di pertinenza degli edifici, sono giardini spesso alberati e poco adatti per essere utilizzati per l'Hortus PV.

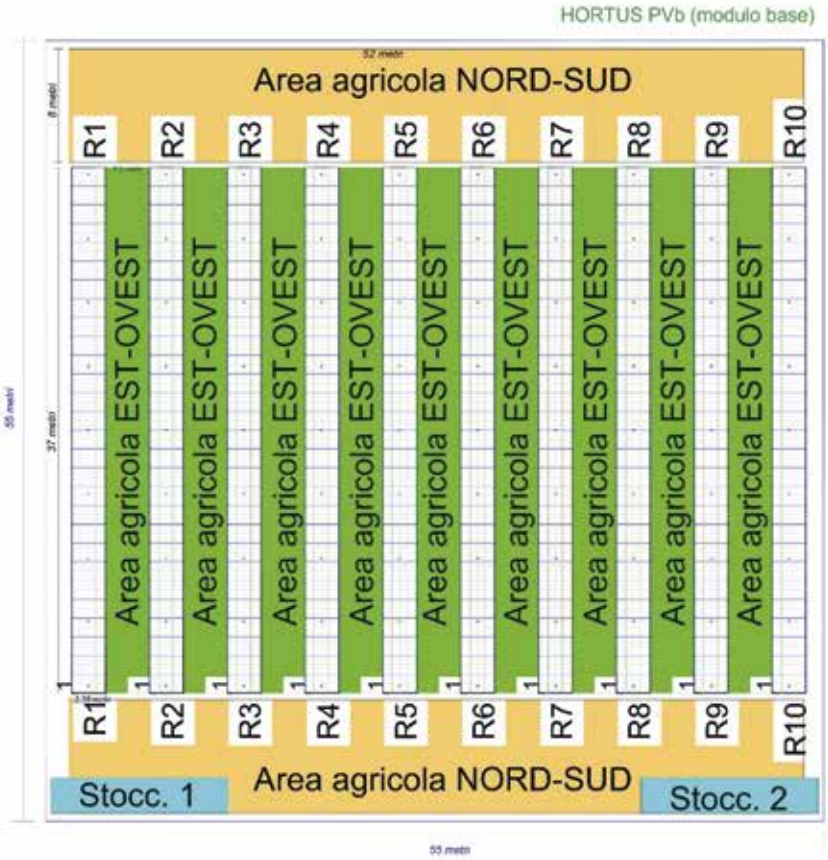
In quanto segue viene illustrato un "**modulo base**" di HPV adattabile ad ogni sito che possieda alcune caratteristiche abbastanza comuni tale da essere considerato facilmente adattabile al concept qui descritto.

IL MODULO BASE DELL'HORTUS PV (HPVB)

Il nostro HPVb è disegnato su un terreno di circa 3000 m^2 (un appezzamento di forma quadrata di 55 m di lato). Una dimensione medio-piccola che permette:

- di garantire una produzione orticola con un fattore PLV/ha economicamente remunerativo;
- di realizzare un impianto di potenza inferiore a 200kW che, nelle aree idonee e libere da vincoli paesaggistici

FIGURA 1: HORTUS PVB (MODULO BASE DI 3.025 m²)



LEGENDA

SIMBOLO	DESCRIZIONE
	Area agricola EST-OVEST
	Area agricola NORD SUD
	MODULO FOTOVOLTAICO
	Cisterna di accumulo acqua

CARATTERISTICHE IMPIANTO FV	
Descrizione	
Moduli FV - CanadianSolar Hiku 7 670 Wp	280
Numero di moduli per stringa	28
Numero di stringa	10
Potenza installata CC (kWp)	188 kW
Pitch	5.5 m
Area superficie impianto	837 m2

CARATTERISTICHE AGRICOLE	
Descrizione	
N. file area agricola est-ovest	9
Totale area agricola est-ovest	1498 m2
N. file area agricola nord-sud	2
Totale area agricola nord-sud	776 m2
Totale area coltivata	2330 m2

CARATTERISTICHE IMPIANTO RWR	
Descrizione	
Numero moduli per stringa	28
Numero di stringhe RWR	2
Superfice captante(x 2 stringhe)	167 m2
Superfice captante inclinazione 30°	145 m2
Acqua piovana raccolta FV x 2 stringhe	100 m3/anno
Acqua piovana raccolta FV x 10 stringhe	500 m3/anno

può essere realizzato con una semplice DILA (dichiarazione di inizio lavori al Comune di appartenenza);

- di ridurre, alla base, ogni complicazione di connessione potendosi allacciare alla rete quasi sempre in BT alla cabina elettrica più vicina (la capillarità delle cabine MT/BT sul territorio garantisce un allaccio alla rete rapido e assolutamente compatibile con l'economia del progetto);
- ridurre fino all'80/90%, con il minimo investimento aggiuntivo, il consumo annuale di acqua ai fini irrigui di attraverso l'impiego della tecnologia proprietaria RWR.

ALCUNI DETTAGLI DEL CONCEPT

È necessario premettere che le simulazioni che seguono sono relative ad un solo anno di coltivazione e non all'intero ciclo economico che il sistema è in grado di sviluppare.

L'area del concept (di 3.025 mq) contiene *(vedere figura fig.1)*:

A) un impianto fotovoltaico di 188 kW costituito da 10 stringhe ciascuna composta di 28 moduli con potenza unitaria pari a 670 W. L'impianto mono-assiale avrà una produzione media annua di circa 240 MWh.

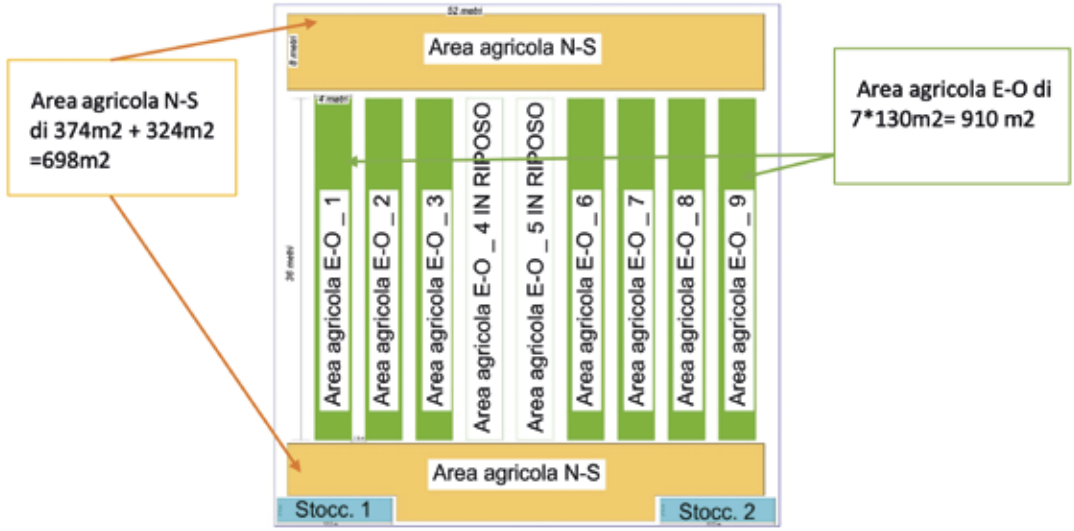
B) Una serie di aree agricole dedicate alla coltura di ortaggi cosi definite:
   a. La prima "interfilare" in direzione Nord-Sud (NS) suddivisa in 9 aree parallele ciascuna di dimensione di 166 m², per un totale di 1498 m².
   b. La seconda costituita da due aree di orientamento Est-Ovest (EO) ciascuna di dimensione di 416 m², per un totale di 832 m².

Le due aree si differenziano anche dalla presenza dei moduli sull'**area a)** e della totale assenza di ombre (e di moduli) sull'**area b)**.

Il progetto si completa per le due strin-

Il nostro HPVb è disegnato su un terreno di circa 3.000 m² (un appezzamento di forma quadrata di 55 m di lato).

FIGURA 2: AREE COLTIVATE



ghe R1 e R10 con l'applicazione della tecnologia proprietaria e brevettata RWR che, nel caso in esame (per le due Regioni Piemonte e Lombardia), permette l'accumulo e la distribuzione dell'acqua piovana raccolta dal sistema. In tale configurazione è possibile raccogliere e distribuire circa 100 m/cubi di acqua/anno. Ovviamente è sempre aperta l'opzione di dotare tutte le stringhe del campo PV della tecnologia RWR portando la riserva di acqua piovana raccolta a circa 500 mq/anno.

LA DIMENSIONE MEDIA DELL'AREA COLTIVABILE

L'area coltivabile è composta dall'area libera tra le stringhe del campo PV delimitata da un perimetro che contiene anche le aree al di sotto dei moduli fotovoltaici fino a 0,5 m dai pali di sostegno del sistema dei moduli.

Per una valutazione realistica dell'area realmente coltivabile si è tenuto conto della zone di terreno occupata dai necessari passaggi di uomini e attrezzi agricoli.

Ogni area risulta pertanto di una dimensione pari a 130 mq, per un totale di tutte le aree 7 di tipo a) coltivate contemporaneamente di 910 mq.

Alle aree a) si aggiungono le due aree b) in piena insolazione per una dimensione complessiva di 1.608 mq.

L'ECONOMIA AGRICOLA DELL'HORTUS PVB

Ai fini di una valutazione economica della produzione agricola si è ipotizzato di coltivare in alternanza stagionale le carote autunno-inverno e pomodori nella primavera-estate. Nella stagione estiva verranno dedicate le aree EO alla coltivazione del basilico. Questa è, ovviamente, una scelta semplificata utile ad una prima analisi della sostenibilità del progetto.

Nelle applicazioni reali, si può ipotizzare la coltivazione di prodotti orticoli con differenti semine e differenti schemi di rotazione.

Gli schemi di rotazione potranno variare in funzione di clima, caratteristiche del suolo ed esigenze specifiche (le ipotesi di seguito presentate, seppur agronomicamente fattibili, sono a titolo esclusivamente esemplificativo).

- Nella *figura 2* si propone un'ipotesi di divisione di un appezzamento di circa 3.000 mq. Questa configurazione include un'area costantemente e a rotazione tenuta in "riposo produttivo" per ogni ciclo colturale.

L'area coltivabile è composta dall'area libera tra le stringhe del campo PV delimitata da un perimetro che contiene anche le aree al di sotto dei moduli fotovoltaici fino a 0,5 m dai pali di sostegno del sistema dei moduli

MESI	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Area agricola E-O	Carote			Basilico						Carote		
Area agricola N-S	Carote			Pomodori						Carote		

- Nell'ipotesi di rotazione tra le due diverse colture nelle differenti porzioni ci campo identificate, *nella tabellina qui sopra*.

Nei limiti delle ipotesi fatte si calcolato il valore della PLV (Produzione Lorda Vendibile) **annuale** di ognuna delle rotazioni ipotizzate. Si è scelto di prendere come riferimento i prezzi attuali all'ingrosso delle principali Camere di Commercio italiane. Le tre colture esaminate con le rotazioni ipotizzate potrebbero garantire un reddito annuale di circa euro 25.000/anno.

IL SISTEMA RWR

Per massimizzare l'efficienza ambientale e le risorse disponibili, è possibile integrare un sistema di raccolta dell'acqua piovana nell'impianto. Kenergia ha brevettato l'originale sistema Rain Water Recovery (RWR), divenendo una delle prime società europee che si dedica al recupero dell'acqua piovana da campi fotovoltaici.

Secondo la nostra esperienza abbiamo ricavato i seguenti valori del consumo di acqua per le due colture selezionate:

a) per il pomodoro 250 m^3/anno per ciclo colturale;
b) per le carote 400m^3/anno per ciclo colturale (nel caso del concept per le carote abbiamo ipotizzato due cicli colturali).

Tenuto conto della piovosità media delle regioni qui considerate (Piemonte e Lombardia), la provvista di acqua piovana raccolta dal sistema RWR che ricade sui pannelli fotovoltaici delle due stringhe estreme considerate (R1 e R10) è tale da rendere sostanzialmente autosufficiente l'Hortus da punto di vista idrico.

L'ECONOMIA DELL'HORTUS PVB

Nel caso preso come esempio si sono calcolati i ricavi provenienti sia dalle attività orticole, sia quelli provenienti dalla produzione di energia elettrica dell'impianto fotovoltaico. Per quest'ultimo si è adottato un prezzo medio dell'energia

Nei limiti delle ipotesi fatte si calcolato il valore della PLV (Produzione Lorda Vendibile) annuale di ognuna delle rotazioni ipotizzate. Si è scelto di prendere come riferimento i prezzi attuali all'ingrosso delle principali Camere di Commercio italiane. Le tre colture esaminate con le rotazioni ipotizzate potrebbero garantire un reddito annuale di circa €25.000/anno

elettrica ceduta alla rete di € 100/MWh.
Sono stati considerati i costi dell'investimento e della gestione agricola e quelli dell'investimento e della manutenzione dell'impianto fotovoltaico adottando valori prudenti dalla nostra esperienza di mercato.
Il risultato, del tutto indicativo e limitato alle produzioni agricole indicate è un ricavo annuo lordo complessivo di circa € 70.000 ed un costo di gestione e di copertura di un finanziamento pari a circa il 30% del capitale investito
Si ottiene un risultato annuale complessivo di circa €3 0.000/anno di cui una parte servirà a coprire i costi della produzione agricola.

CONCLUSIONI

L'Hortus PV è il primo agri-voltaico di dimensioni ridotte facilmente adattabile nei luoghi di realizzazione e gestibile sia dal punto di vista agricolo che elettrico.
Hortus PV, se posizionato nelle numerosissime aree idonee, ha il grande pregio di poter superare le difficoltà dell'intero processo autorizzativo relativo agli impianti fotovoltaici: come accennato è sufficiente una comunicazione di inizio lavori al Comune e una richiesta all'ente elettrico locale responsabile della connessione alla rete che verrà concessa nella prima cabina MT/BT della zona.
Questa importante caratteristica, combinata con la possibilità di una produzione agricola che supera, in valore, il contributo economico proveniente dall'energia elettrica prodotta rende l'Hortus una soluzione adottabile su larga scala nel rispetto dell'ambiente e del territorio.
I risultati economici conseguibili con l'adozione dell'Hortus PV con la messa a disposizione di un'area coltivabile di circa 3. 000 m^2 (meno di un terzo di ettaro) sono molto interessanti e confermano la fattibilità del progetto. ■

I risultati economici conseguibili con l'adozione dell'Hortus PV con la messa a disposizione di un'area coltivabile di circa 3. 000 m^2 (meno di un terzo di ettaro) sono molto interessanti e confermano la fattibilità del progetto

La prima RSA di Colisée in Toscana

È stata da poco inaugurata la nuova RSA di Colisée Italia (filiale del gruppo francese Colisée), Villa degli Etruschi. Sorge in provincia di Livorno, nel cuore della Val di Carnia, per la precisione in Località Forni di Suvareto. La struttura è il frutto di un notevole lavoro di riqualificazione di un'area in cui si trovava un'antica fornace. Si tratta di una moderna residenza sanitaria assistenziale, che dispone di 80 posti letto con bagno privato in camere arredate in stile alberghiero. La nuova RSA è fornita anche di una palestra per la fisioterapia, di un locale in cui svolgono le proprie attività un parrucchiere e un podologo, di un luogo di culto e di spazi comuni destinati ad attività occupazionali e di animazione, dove possono intrattenersi anche i visitatori. All'esterno vi è poi un'area verde di circa 1.100 metri quadri. La struttura è infine dotata di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica da fonte rinnovabile. "L'apertura di Villa degli Etruschi, la prima RSA in Toscana gestita da Colisée e la diciassettesima in Italia, pone un nuovo tassello al nostro piano di crescita e sviluppo su tutto il territorio nazionale cominciato nel 2015 per dare una risposta concreta alla sempre crescente richiesta di spazi protetti e sicuri per le persone più anziane. Nel luogo in cui prima era presente un reperto di archeologia industriale sorge ora un luogo di cura, calore e conforto, un simbolo di rinascita e speranza per la comunità locale", ha affermato Fabio Massimo Ragusa, ceo di Colisée Italia.

Per garantire la qualità dei servizi va valorizzato il lavoro

Nel corso del recente convegno nazionale del sindacato Snalv – Confsal è stato fatto il punto della situazione sul settore sociosanitario, concentrandosi anche sull'avanzamento delle trattative per il rinnovo del CCNL, firmato con l'associazione di categoria Anaste. Nell'occasione, il presidente azionale di quest'associazione, Sebastiano Capurso, ha ribadito che "gli enti e le strutture accreditate con il SSN sono concessionari di pubblico servizio, ed erogano a cittadini anziani e malati, analogamente agli enti pubblici, prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza. Stesso lavoro, stesse regole, e quindi contratto di lavoro con medesimi importi tabellari ma, essendo a tutti gli effetti equiparati agli erogatori pubblici, anche identici valori economici da corrispondere agli enti accreditati, cioè stesso costo da sostenere per il Servizio Sanitario Nazionale". Rifacendosi ai dati dell'Osservatorio RSA dell'Università Liuc, Capurso ha anche sottolineato che nel 2020 e nel 2021 la maggioranza degli enti del settore abbia chiuso i bilanci in perdita, certificando una situazione di estrema criticità economica. "Però il passivo di un ente privato accreditato coinvolge solo i suoi soci, mentre quello accumulato dalle strutture pubbliche, che rappresenta la fetta più importante del disavanzo del settore, è ripianata con i soldi di tutti noi", ha osservato il presidente di Anaste, sottolineando che si tratta di una discriminazione non più accettabile, che penalizza da un lato i gestori e i concessionari e dall'altro i lavoratori, i cui salari sono inevitabilmente più bassi. Capurso ha concluso il proprio intervento affermando che ci sono ampi margini per risparmiare su spese inutili, migliorando l'efficienza del sistema e soprattutto riducendo gli sprechi, che pesano oggi per miliardi sui conti del Servizio Sanitario Nazionale.

Cesare Salvi nuovo presidente di Aiop Emilia-Romagna

È stato eletto lo scorso 26 febbraio il nuovo direttivo regionale di Aiop Emilia-Romagna, che rimarrà in carica fino al 2028. Neo presidente dell'associazione è l'avvocato Cesare Salvi presidente e ceo della Casa di Cura Città di Parma, che prende il posto di Luciano Natali, che ora ricopre il ruolo di presidente della sezione socio-sanitaria di Aiop Emilia-Romagna. La novità più importante di questa tornata elettorale è stata proprio la creazione, conseguenza del cambio dello Statuto associativo nazionale di Aiop, di due sezioni specifiche, quella ospedaliera, alla cui guida c'è Lorenzo Venturini, e quella socio-sanitaria, al cui timone c'è, appunto, Luciano Natali. "In Emilia-Romagna ci sono 52 strutture private accreditate, con circa seimila posti letto e circa novemila dipendenti, oltre al personale medico in regime libero professionale. Una qualità e una professionalità di altissimo livello, maturata nel corso di decenni, che rappresenta una risorsa per tutti i nostri territori, non solo in ambito sanitario. Il momento certo non è facile, sono molte le novità tecnologiche e molti i cambiamenti organizzativi del sistema sanitario su cui dovremo confrontarci internamente e con i vertici regionali per arrivare a soddisfare maggiormente ed in modo più puntuale i bisogni di salute della popolazione. Le strutture private accreditate sono e si sentono parte integrante del Sistema Sanitario e devono poter esprimere tutta la loro potenzialità, anche mediante il riconoscimento di adeguate risorse economiche, condividendo con la parte pubblica strategie e obiettivi sanitari di medio-lungo periodo", ha affermato il neo presidente Salvi dopo l'elezione.

di A.V.

Impianti fotovoltaici: cosa sono e quali vantaggi comporta la loro installazione

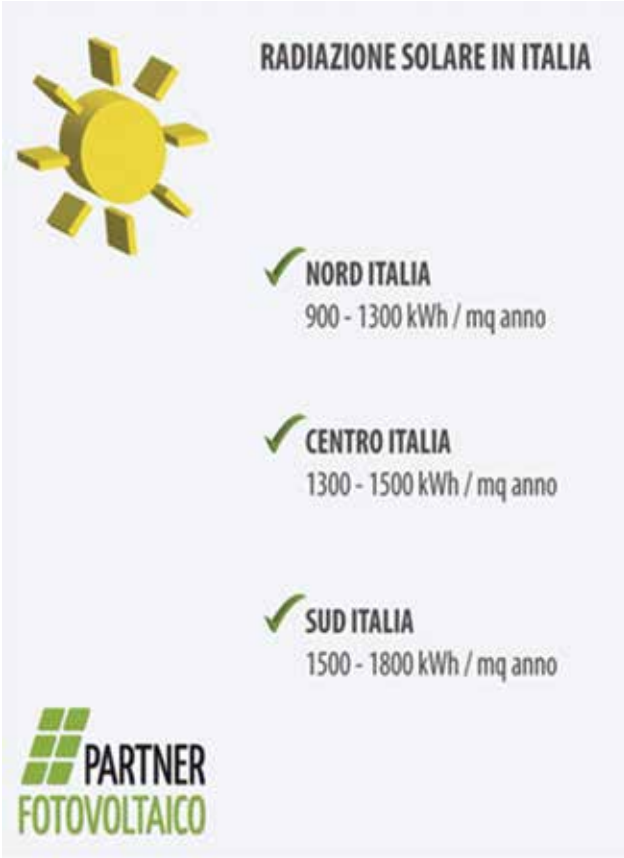
Un sistema fotovoltaico è un impianto concettualmente semplice. Trasforma l'irraggiamento del sole che incide sulla superficie dei pannelli solari in energia elettrica. Il contesto economico e i benefici per chi lo installa sono invece articolati e presentano molteplici sfaccettature che vale la pena prendere in considerazione.

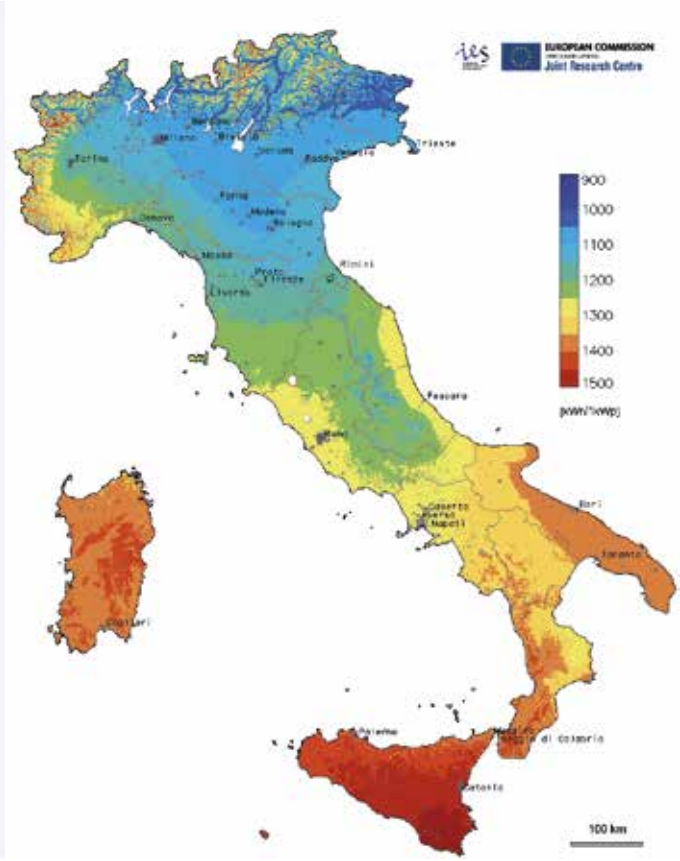
Iniziamo a verificare quali sono le condizioni di contorno e le risorse da introdurre per ipotizzare di installare un impianto fotovoltaico.

Prima di iniziare lo studio per la messa in opera di un impianto fotovoltaico è necessario disporre di una superficie orientata decentemente rispetto al sole. Normalmente si tratta di tetti o di terreni annessi alla struttura principale, oppure parcheggi, depositi, magazzini etc.

Altra condizione necessaria è consumare elettricità in un modo il più possibile costanti.

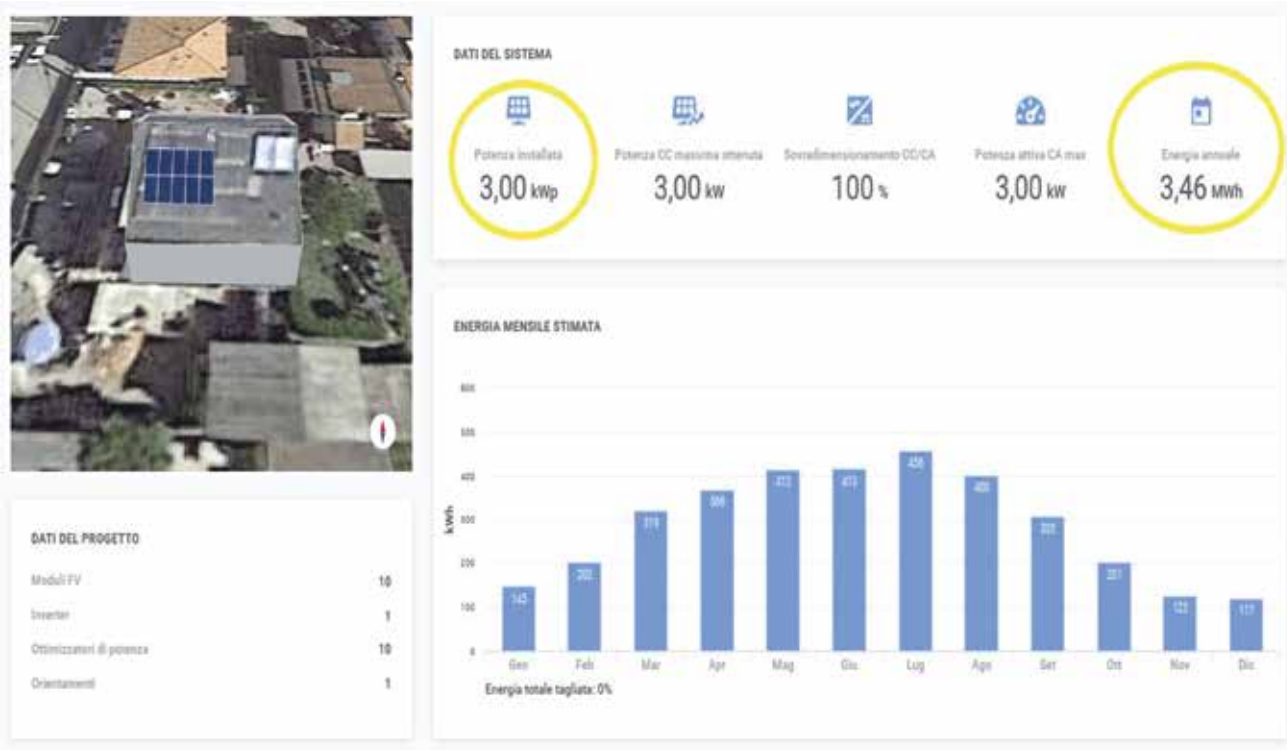
L'impianto può essere dimensionato sulla quota di consumi elettrici della struttura, evitando picchi di produzione che verrebbero ceduti alla rete a basso prez-





zo, abbattendone il rendimento. Anche se adesso può risultare conveniente partecipare alle nascenti Comunità Elettriche Rinnovabili (Cer) dove l'energia elettrica viene prodotta e auto consumata all'interno di una "comunità" composta da vari soggetti pubblici e privati.
Un altro criterio di ottimizzazione del costo per la realizzazione di un impianto fotovoltaico è relativo alla scelta dei pannelli. Se la superfice disponibile è limitata, si scelgono pannelli ad elevato rendimento, più costosi, che producono di più a parità di superfice. Se invece la superfice è sufficiente si possono utilizzare pannelli meno costosi, a più basso rendimento, coprendo una area più vasta della superfice disponibile.
Ma, se la superfice disponibile è abbondantemente più ampia delle necessità per la produzione di energia elettrica fotovoltaica della struttura? In questo caso, può essere l'occasione per iniziare il percorso di elettrificazione dell'impiantistica di climatizzazione a servizio alla struttura, in modo da incrementare la quota di consumi energetici coperti con la corrente elettrica sostituendo altri vettori energetici, di norma il gas, e in alcuni casi il gasolio.
La sostituzione totale o parziale di caldaie con pompe di calore, nelle loro diverse declinazioni tecnologiche, consente di raggiungere più obiettivi allo stesso tempo: migliorare il rendimento energetico rispetto all'impiego della caldaia; abbattere le emissioni; fornire un migliore servizio di climatizzazione invernale ed estiva ai fruitori della struttura. Elettrificando la produzione di calore, si riducono i picchi di utilizzo estivo di elettricità per il condizionamento e si può dimensionare l'impianto fotovoltaico per aumentare la quota gratuita di energia prodotta dal sole.
Altro settore di utilizzo dell'energia elettrica autoprodotta è la trasformazione delle cucine da gas a sistemi di indu-

Elettrificando la produzione di calore, si riducono i picchi di utilizzo estivo di elettricità per il condizionamento e si può dimensionare l'impianto fotovoltaico per aumentare la quota gratuita di energia prodotta dal sole



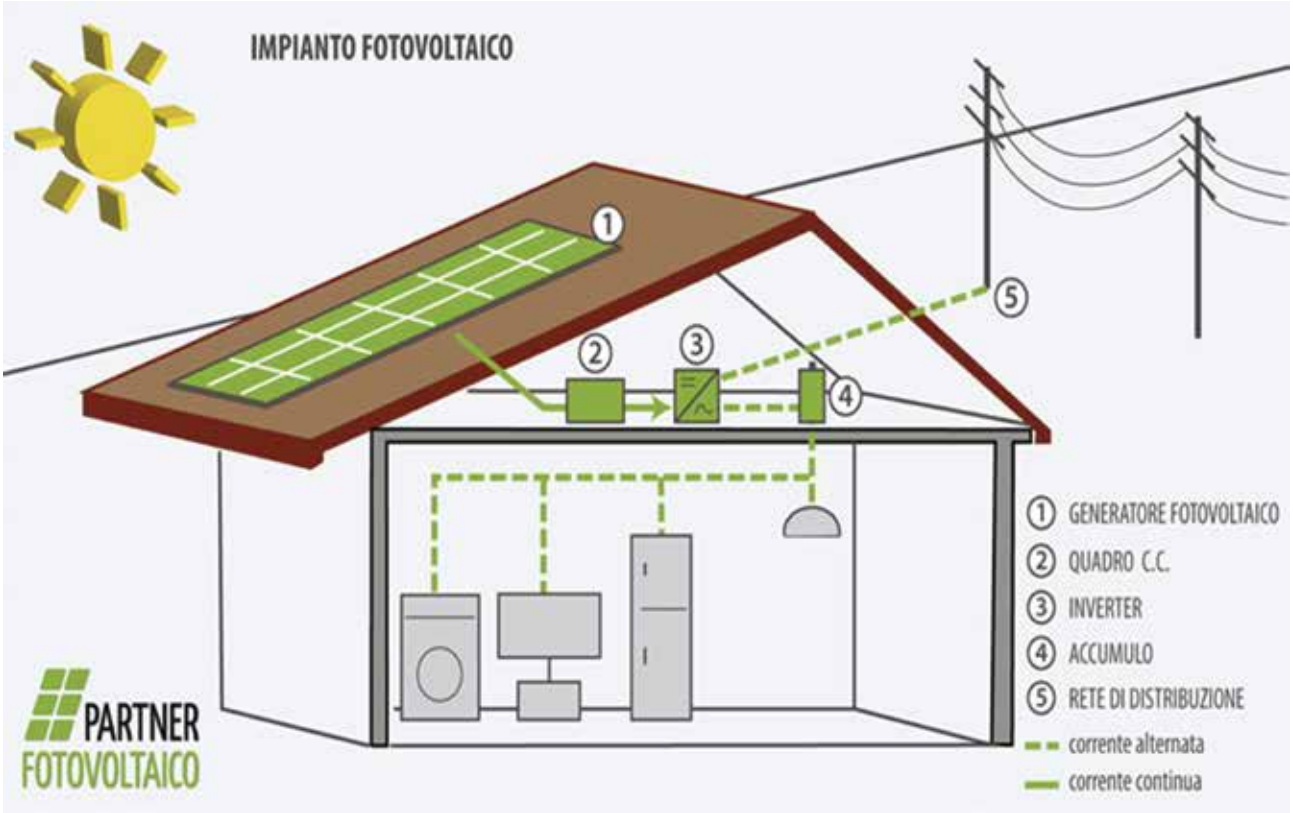
zione elettrica. Contribuendo in questo modo alla riduzione dalla dipendenza del gas metano.

Con un sistema fotovoltaico si possono implementare politiche di mobilità sostenibile a servizio dei fruitori della Rsa (parenti, ospiti, dipendenti, fornitori etc.) attraverso l'installazione di colonnine per la ricarica delle auto, utili anche per alimentare eventuali mezzi sostenibili di servizio della struttura.

Supponiamo anche di disporre di superfici in eccesso, ad esempio un'area verde inutilizzata nel perimetro della struttura, un parcheggio etc.: in questo caso sarebbe possibile realizzare un impianto per cederne a terzi l'energia prodotta in eccesso ai propri fabbisogni. Oggi si può fare in modo remunerativo collegandosi al recente strumento della **Comunità energetica**, i cui componenti sono **Prosumer**, ovvero produttori e consumatori al tempo stesso. Questo strumento, regolato da norme specifiche e porta il concetto di efficienza energetica **al livello più ampio di comunità** ed incentiva la produzione di energie rinnovabili. Per come è strutturato consente di sfruttare al meglio le risorse rinnovabili messe a disposizione da ciascun partecipante come ad esempio, condomini, piccole aziende, uffici scuole, ecc., ed è un meccanismo particolarmente apprezzato a livello di amministrazioni locali, perché consente di migliorare i servizi di zona, aggregare strutture spezzettate fra più amministrazioni, utilizzando gli investimenti finanziari di terzi e non la fiscalità locale. In questo caso le Rsa si possono ritagliare il ruolo di "promotori" di queste iniziative visto l'importanza che ricoprono nel territorio di riferimento.

In sintesi, mettere a risorsa gli spazi inutilizzati realizzando un impianto fotovoltaico, può portare innumerevoli vantaggi: **ridurre il costo** della bolletta energetica, **erogare un servizio migliore** ai propri ospiti e i loro parenti, **generare un extra reddito** collegandosi alla comunità, **consolidare le relazioni con il territorio** e le amministrazioni locali. E generare **lavoro avanzato per i manutentori sul territorio**.

Con un sistema fotovoltaico si possono implementare politiche di mobilità sostenibile a servizio dei fruitori della Rsa (parenti, ospiti, dipendenti, fornitori etc.) attraverso l'installazione di colonnine per la ricarica delle auto, utili anche per alimentare eventuali mezzi sostenibili di servizio della struttura



COMPOSIZIONE DI UN IMPIANTO FOTOVOLTAICO

Un impianto fotovoltaico è un impianto elettrico principalmente costituito dall'assemblaggio di moduli fotovoltaici (comunemente chiamati "pannelli") che grazie all'effetto fotovoltaico sfruttano l'energia solare incidente per produrre energia elettrica attraverso un inverter che trasforma la corrente continua in uscita dai moduli in corrente alternata fruibile. Il tutto viene completato da cablaggi e quadri elettrici.

Un impianto fotovoltaico trasforma direttamente ed istantaneamente l'energia solare in energia elettrica senza l'utilizzo di alcun combustibile fossile.

Analizziamo ora di quanti metri quadrati ha bisogno un impianto fotovoltaico per essere installato sul tetto di un edificio.

Lo spazio richiesto da un impianto fotovoltaico varia a seconda di:

- Capacità di produzione richiesta dall'impianto;
- Efficienza dei singoli pannelli fotovoltaici;
- Numero di panelli fotovoltaici necessari.

Un pannello fotovoltaico occupa mediamente una superficie di **1,7 metri quadrati**.

Più un pannello è efficiente e meno ne serviranno per produrre il quantitativo di energia necessario e di conseguenza meno spazio sarà richiesto.

Ecco lo spazio necessario per produrre 1 kWh di energia con pannelli ad efficienza diversa:

- 7 metri quadrati con pannelli da 300 Watt picco;
- 5 metri quadrati con pannelli da 350 Watt picco;
- 2,5 metri quadrati con pannelli da 450 Watt picco.

Facciamo un esempio. Lo spazio necessario per un impianto fotovoltaico da 20 kWh a seconda dell'efficienza del pannello solare sarà:

- 114 metri quadrati con 67 pannelli da 300 Watt picco;
- 99 metri quadrati con 58 pannelli da 350 Watt picco;
- 77 metri quadrati con 45 pannelli da 450 Watt picco.

Oggi si può fare in modo remunerativo collegandosi al recente strumento della Comunità energetica, i cui componenti sono Prosumer, ovvero produttori e consumatori al tempo stesso

...è un meccanismo particolarmente apprezzato a livello di amministrazioni locali, perché consente di migliorare i servizi di zona, aggregare strutture spezzettate fra più amministrazioni, utilizzando gli investimenti finanziari di terzi e non la fiscalità locale. In questo caso le Rsa si possono ritagliare il ruolo di "promotori" di queste iniziative visto l'importanza che ricoprono nel territorio di riferimento

La produzione elettrica di un impianto fotovoltaico, che per convenzione si esprime in kWh, è frutto dell'interazione di diversi fattori tra cui:

- radiazione solare incidente sul sito di installazione dovuta principalmente alla sua latitudine;
- inclinazione ed orientamento dei moduli;
- presenza o meno di ombreggiamenti;
- rendimento dei componenti dell'impianto (in particolare moduli ed inverter).

Vantaggi e motivazioni per la installazione di un impianto fotovoltaico:

- Autoproduzione di energia in loco.
- Riduzione dei costi energetici.
- Rispetto delle normative nazionali e internazionali per la riduzione dei gas climalteranti.
- Riduzione della carbon footprint e conseguente impatto ambientale.
- Integrazione del percorso di efficienza energetica che si completa attraverso interventi di efficienza energetica dell'edificio.
- Aumento dell'autonomia dalla rete distribuzione elettrica nazionale.
- Incremento temporaneo della potenza elettrica disponibile.
- Maggiore resilienza energetica dell'edificio.

FINANZIAMENTO IMPIANTI FOTOVOLTAICI

I modelli economici per la realizzazione di un impianto fotovoltaico attraverso lo strumento dell'Energy Performance Contract (EPC) sono basati sostanzialmente sul seguente schema:

- engineering completo dell'impianto con la formula "chiavi in mano";
- gestione diretta iter autorizzativo;
- procurement & construction;
- full-service manutentivo;
- garanzie di produzione energetica & performance;
- monitoraggio performance;
- consulenza burocratica;
- investimento finanziario per realizzazione opere totalmente a carico dell'investitore;
- impianto di proprieta cliente a fine contratto.

COME FUNZIONA?

- L'investitore finanzia e realizza l'impianto fotovoltaico gestendo l'iter autorizzativo e la costruzione.
- La società proprietaria dell'impianto vende l'energia elettrica prodotta a una tariffa scontata all'utilizzatore e garantisce le performance tecniche dell'impianto per massimizzare al massimo l'offerta di energia elettrica.
- Nella tariffa SPPA è previsto tutta la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'impianto fotovoltaico.
- Viene mantenuto il prezzo dell'energia elettrica autoprodotta fisso per tutta la durata del contratto.
- Generalmente la durata contrattuale di questo modello è di dieci (10) anni.
- L'eventuale remunerazione per l'energia immessa in rete generalmente è a favore del cliente.
- Al termine del contratto il cliente diviene proprietario dell'impianto.

I VANTAGGI

- Nessun investimento iniziale di capitale da parte del cliente.
- Tariffa fissa per tutta la durata del contratto.
- Risparmio immediato senza rischi.
- Servizio di manutenzione ordinaria e straordinaria integrato nel contratto.
- Garanzie di produzione energetica e performance nel tempo.
- Nessun obbligo di pagamento in caso di non producibilità dell'impianto.
- Ricavi da eventuale energia immessa in rete a favore del cliente.
- Al termine del contratto l'impianto diventa di proprietà del cliente. ■

di avv. Alessia Deleo

L'Amministrazione di sostegno compie vent'anni

I pro e i contro di questa misura di protezione

Il 9 gennaio 2024 ha compiuto vent'anni la Legge n. 6 del 9 gennaio 2004, che ha istituito la misura di protezione dell'amministrazione di sostegno che "ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

Il Legislatore ha voluto mettere al centro la persona "fragile", quale soggetto portatore di diritti, bisogni ed aspirazioni, istituendo l'amministratore di sostegno. Tale figura ha il compito di assistere – affiancandolo o in alcuni casi sostituendosi ad egli – il beneficiario della misura che, "per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi".

Come è ormai noto, l'amministratore di sostegno è un familiare o un professionista come un avvocato o un commercialista, che il giudice tutelare nomina, affidandogli l'incarico di provvedere alla tutela giuridica dei diritti e delle scelte del proprio amministrato, nel rispetto dei suoi bisogni, desideri e aspirazioni.

Tale figura è stata affiancata all'inabilitazione e all'interdizione, una misura, quest'ultima, che rendeva totalmente incapace il soggetto beneficiario e ne limitava grandemente la sua libertà. Di fatto, da ormai vent'anni, la misura di amministrazione di sostegno è nettamente predominante rispetto all'interdizione ed all'inabilitazione, introdotta per assicurare la massima protezione con la minore limitazione possibile della capacità di agire.

I numeri, infatti, parlano chiaro!! **Sono infatti circa 400.000 le amministrazioni di sostegno attive in tutta Italia, contro circa 140.000 le interdizioni giudiziali e circa 20.000 le inabilitazioni**.

Come è ormai noto, l'amministratore di sostegno è un familiare o un professionista come un avvocato o un commercialista, che il giudice tutelare nomina, affidandogli l'incarico di provvedere alla tutela giuridica dei diritti e delle scelte del proprio amministrato, nel rispetto dei suoi bisogni, desideri e aspirazioni

A DISTANZA DI VENT'ANNI, QUALI SONO I PRO E I CONTRI DI TALE LEGGE E DELLA FIGURA ISTITUITA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO?

Partiamo dai "pro":

1. La misura dell'amministrazione di sostegno è stata applicata quasi subito non solo agli aspetti economici riguardanti il soggetto beneficiario (come, per esempio, la gestione del patrimonio, il pagamento delle tasse, delle utenze domestiche, delle rette delle RSA ecc.), ma anche a quelli sanitari (come, per esempio, il consenso informato) e di carattere personale.
2. La "lista" dei beneficiari è aumentata e diversificata: non solo i malati mentali in senso stretto, ma anche tutti colori che hanno difficoltà a gestire gli aspetti della vita quotidiana (come per esempio: gli anziani, le persone con disabilità fisica, persone malate o con disturbi invalidanti). E poi si aggiungono le persone con situazioni di dipendenza (da sostanze stupefacenti, alcolismo, azzardo, anoressia, disturbi del comportamento alimentare ecc.).
3. Nella nomina di amministratore di sostegno si predilige un familiare, piuttosto che un soggetto estraneo alla famiglia.
4. Dai primi decreti di nomina molto scarni nel loro contenuto, attualmente i decreti di nomina sono molto più dettagliati: dall'autorizzazione a poter operare tramite l'Home Banking (sia consultivo che dispositivo) all'autorizzazione già prevista al suo interno di poter chiudere il conto corrente bancario qualora la Banca non permetta all'ads tale operatività. Ma non solo gli aspetti patrimoniali. Grande punto di riferimento riguardano gli aspetti sanitari, in cui viene espressamente disciplinato il comportamento da tenere da parte dell'ads in caso si fosse in presenza delle DAT.

Quali sono i "contro"? A parere di chi scrive, gli aspetti negativi non attengono tanto alla Legge in sé, quanto all'applicazione pratica della Legge:

1. L'amministrazione di sostegno ha avuto troppo successo, con la conseguente presentazione di un numero spropositato di domande nei Tribunali che non erano pronti ad accogliere tali richieste. Ci sono pochi Giudici Tutelari e pochi cancellieri all'interno delle Cancellerie della Volontaria Giurisdizione.
2. L'eccessiva domanda e la carenza di risorse, a volte, determina la redazione di decreti di nomina ripetitivi, adottati dal Giudice Tutelare in maniera automatica, senza distinguere da caso a caso. Viene snaturata così la figura del decreto di nomina come "abito cucito su misura", determinato da ascolto, audizione, riscontro della peculiarità della persona con le sue effettive esigenze.
3. Ogni Tribunale determina la propria prassi, i propri protocolli e linee guida. Di fatto non c'è un coordinamento generale tra tutti i Tribunali.
4. Il Giudice Tutelare viene di fatto lasciato solo, non essendoci una rete di supporto creata dagli Enti.
5. Ben venga il familiare quale scelta a ricoprire il ruolo di amministratore di sostegno, ma spesso il parente nominato non ha contezza degli incombenti che deve svolgere l'amministratore di sostegno e le responsabilità che ne derivano. Di fatto, non vi è l'informazione e la formazione dell'amministratore di sostegno - parente. Spesso e volentieri il familiare non sa che, per esempio, ha l'obbligo di rendicontazione annuale; non sa che per vendere un'autovettura deve preventivamente chiedere al ed ottenere l'autorizzazione dal Giudice Tutelare; non è a conoscenza, spesso, dell'istituto dell'accettazione con beneficio di inventario e procede di default ad incamerare le

somme lasciate in eredità, senza preventivamente attivare tutta la procedura prevista dalla Legge, esponendo così l'amministrato a grandi rischi in caso di debiti lasciati dal de cuius.

6. Non c'è un numero sufficiente di amministratori di sostegno.
7. La carenza di Giudici Tutelari determina la carenza di controlli sull'operato dell'amministratore di sostegno.
8. La Legge prevede il riconoscimento da parte del Giudice Tutelare di un'indennità in favore dell'amministratore di sostegno in funzione dell'attività svolta e della disponibilità economica dell'amministrato. La maggior parte degli amministrati hanno a stento un patrimonio che consenta loro di vivere, di pagare le bollette, le rette della RSA ecc.; ciò significa che l'avvocato/commercialista nominati come ads, lavorino "pro bono", nonostante la mole di attività compiuta.

LE SOLUZIONI CHE POTREBBERO ESSERE ADOTTATE DAL PUNTO DI VISTA PRATICO

1. Istituzioni di Sportelli adibiti all'interno dei Comuni, delle RSA, dei Centri Diurni ecc, per fornire informazioni, formazione, assistenza ed aiuto ai parenti nominati amministratori di sostegno.
2. Corsi di formazione anche per i volontari.
3. Creazione di una maggiore rete di collaborazioni tra Enti, Tribunali e amministratori di sostegno.
4. Elaborazione di un Regolamento operativo e/o delle Linee Guida da applicare a tutti i Tribunali per l'uniformità della prassi.
5. Indennità in favore dell'amministratore di sostegno a carico dello Stato in caso di amministrati con reddito basso e/o patrimonio inesistente, come avviene nel gratuito patrocinio – sia in ambito civile che in quello penale.

...Ma non solo gli aspetti patrimoniali. Grande punto di riferimento riguardano gli aspetti sanitari, in cui viene espressamente disciplinato il comportamento da tenere da parte dell'ads in caso si fosse in presenza delle DAT

Questi sono solo alcuni suggerimenti, ma certamente ve ne sarebbero molti di più. ■

di Vincenzo Lanzoni

Un network innovativo per le aziende bresciane della sanità

InnovaCura è un laboratorio di co-innovazione pensato appositamente per gli erogatori di servizi sanitari di questo territorio

InnovaCura prevede la partecipazione a due eventi annuali di confronto, formazione e conoscenza

Quella che attualmente sta attraversando il mondo della sanità è una fase di radicale cambiamento sotto vari aspetti, da quello normativo fino a quello organizzativo passando per quello tecnologico. In un periodo così complesso poter fare affidamento su un interlocutore in grado di elaborare le numerose esigenze attraverso la propria capacità di innovare materiali, processi e prodotti può fare la differenza.

UN CONFRONTO CONTINUO

InnovaCura Network è un laboratorio di innovazione che nasce per soddisfare le necessità delle aziende che operano nei settori sanitario e sociosanitario. Alle realtà che erogano servizi sanitari nel territorio bresciano è offerta la possibilità, veicolata da H+ Valore alla Sanità *(vedi box "Due realtà ambiziose")*, di associarsi in questo network per dare origine a un vero e proprio progetto di co-innovazione, in cui lo scambio reciproco di conoscenze è fondamentale.

Co-innovazione è la parola che meglio descrive tale progetto. Infatti, le competenze di Isinnova *(vedi box "Due realtà ambiziose")* sono messe a disposizione tramite momenti di lavoro in comune, così da raccogliere ed elaborare esigenze di innovazione in risposta a necessità nate dall'esperienza erogativa della realtà associata. InnovaCura prevede la partecipazione a due eventi annuali di confronto, formazione e conoscenza in tema di innovazione e offre a ciascun aderente l'occasione di relazionarsi singolarmente, attraverso uno spazio dedicato, con i coordinatori del progetto, a cui presentare istanze, problemi e necessità.

Per informazioni: H+ Valore alla Sanità 327.4226897, info@vincenzolanzoni.it – Isinnova 030.2425514, info@isinnova.it ■

DUE REALTÀ AMBIZIOSE

Creato da Vincenzo Lanzoni, H+ Valore alla Sanità è un progetto finalizzato ad approfondire, valorizzare e sviluppare tematiche e servizi afferenti all'area della sanità territoriale. Isinnova è invece un centro di ricerca e innovazione fondato dall'ingegner Cristian Fracassi che si basa sullo studio e sull'analisi di problemi per trovare soluzioni personalizzate alle diverse esigenze. È composto di cinque business unit, una delle quali è dedicata al settore medicale.

4 chirurghi per un intervento da record

L'Istituto di Cura Città di Pavia è stata la cornice in cui è stato eseguito u intervento all'avanguardia per l'asportazione per via percutanea di un aneurisma soprareale di enormi dimensioni. È la chirurgia open il trattamento d'elezione per l'asportazione degli aneurismi toraco-addominali; prevede una grande incisione e l'asportazione dell'11esima costa, indispensabile per raggiungere l'aortica soprarenale. "Il nostro paziente non poteva sostenere un intervento in modalità open, poiché era affetto da diverse patologie croniche (insufficienza respiratoria e cardiaca, diabete), che avrebbero seriamente compromesso la buona riuscita dell'intervento. Pertanto, abbiamo optato per una procedura percutanea, che non prevede incisioni cutanee, ma solo 5 piccoli fori, che permettono il posizionamento della endoprotesi e degli stent nelle arterie", ha spiegato il dottor Giovanni Bonalumi, responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare dell'Istituto di Cura Città di Pavia, che ha guidato l'équipe medica insieme al dottor Andrea Azzaretti, angioradiologo consulente dell'ospedale pavese, tra i primi in Lombardia ad adottare questa metodica. Attraverso cinque accesi percutanei, ovvero piccoli fori nelle arterie, su collo e arti, quattro chirurghi hanno rilasciato, in contemporanea, l'endoprotesi aortica e gli stent, che hanno raggiunto l'aneurisma, collocandosi correttamente sopra le arterie viscerali. La protesi è stata così rilasciata e, espandendosi, ha escluso l'aneurisma dalla vascolarizzazione, annullando così la pressione sanguigna che avrebbe potuto romperlo. La complessa procedura, eseguita in anestesia locale, è durata due ore e mezza, durante le quali il paziente è rimasto sveglio. Sono pochissimi, in Italia, i casi che hanno potuto beneficiare di questa procedura minimamente invasiva, che rappresenta il futuro nel trattamento degli aneurismi.

Una coperta in crochet da record a Villa Giulia

È composta da ben 700 mattonelle in lana riciclata la prima creazione in crochet della CRA Villa Giulia di Pianoro (Bo). Si tratta di una coperta matrimoniale e a realizzarla all'uncinetto sono state alcune ospiti della struttura, tutte ultraottantenni. La creazione è soltanto in ultima in ordine di tempo di quelle nate nel laboratorio di artigianato creativo avviato nel 2020 a Villa Giulia e ai aggiunge a ponci, mantelle, cuscini, sciarpe, borse, top e gonne. A commissionarla è stata Magdalena Kruszewska, operatrice della struttura. "Iniziative come il progetto della coperta della nonna si prefiggono diversi obiettivi, da quello terapeutico per il benessere degli anziani, grazie all'esercizio della manualità, a quello marcatamente solidale. La promozione del riuso come abitudine sostenibile, la solidarietà e la creatività come pratica terapeutica e di cura per chi è fragile sono le ricadute sociali virtuose non solo per chi vive Villa Giulia, ma per la collettività in senso più ampio", ha commentato la dottoressa Ivonne Capelli, amministratrice della CRA Villa Giulia.

Alzheimer: se si regola la dopamina si riducono i sintomi

La stimolazione dopaminergica è efficace nel diminuire l'ipereccitabilità dell'ippocampo, condizione alla base della comparsa dell'epilessia che contribuisce anche ai progressivi danni cognitivi che contraddistinguono la malattia di Alzheimer. A metterlo in evidenza è un recente studio su modelli sperimentali svolto dalla Fondazione Santa Lucia Irccs e dall'Università Campus Bio-Medico di Roma. La ricerca ha confermato che i livelli di dopamina nell'ippocampo, area del cervello che presiede la memoria, hanno un ruolo nella lunga fase pre-clinica della malattia di Alzheimer, che si caratterizza per ipereccitabilità corticale, lievi episodi epilettici. "Intervenendo sui meccanismi dopaminergici del cervello con farmaci ben noti per la loro efficacia nella malattia di Parkinson, siamo riusciti, in modelli sperimentali e non ancora sull'uomo, a preservare l'attività neuronale in aree colpite dalla malattia riducendo l'ipereccitabilità ippocampale che può sfociare in attività epilettiche, tipiche delle fasi iniziali della malattia di Alzheimer, e contribuire al peggioramento del declino cognitivo", ha commentato il professor Marcello D'Amelio, responsabile del Laboratorio di Neuroscienze Molecolari del Santa Lucia Irccs e ordinario di Fisiologia Umana dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

UNA RETE D'ECCELLENZA!

Aequitas Società Consortile Arl è un consorzio nato per rispondere ai bisogni delle realtà operanti nel settore socio-sanitario, offrendo loro servizi su misura.

Diverse sono le divisioni all'interno di Aequitas, ciascuna coi suoi servizi:

- **AE Cleaning**, attivo nel campo della pulizia e della sanificazione delle strutture socio-sanitarie e ospedaliere, per contrastare l'insorgere ed il diffondersi di malattie, infezioni e allergie;
- **OLTRetà**, servizio di continuità assistenziale pensato per le strutture socio-sanitarie che non riescono a fornire un'assistenza continua con le sole risorse interne;
- **AE Consulting**, servizio di consulenza amministrativa, volto a consigliare le strutture in merito a procedure, controlli e gestione della qualità;
- servizi di sostituzione del personale di struttura (medici, infermieri, operatori assistenziali).

È un consorzio al fianco delle strutture socio-sanitarie e ospedaliere, Aequitas. Un consorzio che ha come obiettivo il benessere del paziente.

I servizi vengono resi ai consorziati in regime di esenzione Iva

consorzio aequitas

Corso Roma, 1 - 20022 Castano Primo (MI) info@consorzioaequitas.it www.consorzioaequitas.it

io ci conto.

Migliore qualità della vita degli ospiti in casa di riposo e di chi se ne occupa: io ci conto.

Benessere, sicurezza, serenità: per gli ospiti delle case di riposo e degli operatori delle strutture residenziali, attraverso un'offerta di prodotti specifici per ogni esigenza, sicuri ed affidabili, con il valore di un servizio di alta qualità, efficiente ed attento.
Soluzioni Serenity per la gestione dell'incontinenza in casa di riposo: io ci conto.

Riservato alle categorie professionali specializzate - Luglio 2018

SERENITY®

scopri di più su
www.serenity-care.com

iociconto

Per informazioni o assistenza all'acquisto online puoi chiamare i nostri operatori al Numero Verde.

Numero Verde
800-767-607