

Psicogeriatría

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

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ Proposta di modello organizzativo



Direttore Editoriale
Marco Trabucchi

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

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

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



Documento dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ Proposta di modello organizzativo

Joumana Bakri¹, Beatrice Gazzola², Roberto Borin¹, Marco Trabucchi³

¹ Ospedale di Comunità, Tregnago (VR)

² Distretto 2, ULSS Scaligera

³ Associazione Italiana di Psicogeriatra

Indice

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

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

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

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

1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

2. Il modello organizzativo

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

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

Gli obiettivi sono:

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

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

Organizzazione e responsabilità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale Medico, con competenze di organizza-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Il profilo clinico dei pazienti

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

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

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

Le principali patologie trattabili

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità sono:

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

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

Criteri di accoglibilità

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

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

Criteri di non accoglibilità

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

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

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

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

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

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

Procedure di ammissione

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

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

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

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

Criteri di gestione delle liste d'attesa

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

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

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

4. La degenza

Degenza

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

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

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

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

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

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

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

Dimissione

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

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

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

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

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

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

Cartella clinica

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

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

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

Visite specialistiche

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

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

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

Ruolo del Fisiatra

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

Gestione delle emergenze

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

Farmaci, dispositivi, presidi e telemedicina

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

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

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

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

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

5. I costi

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

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

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

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

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

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

Tabella 1 – Provenienza dei pazienti.

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

Tabella 2 – Destinazione dei pazienti alla dimissione.

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

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

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

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

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

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

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

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

Il modello presentato, corredato di numeri

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

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

7. Alcune criticità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. In conclusione, alcune considerazioni di carattere generale

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

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

Direttore Editoriale: Marco Trabucchi

Rivista registrata presso il tribunale di Firenze

Registrazione: n. 5808

Data di registrazione: 1/12/2010

Proprietario: Associazione Italiana Psicogeriatría

online: ISSN 2611-8920

testo stampato: ISSN 2611-9420

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:

www.psicogeriatría.it

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

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

Casa Editrice: Cobalto s.r.l.

24121 Bergamo - Via A. Maj, 24

Stampa: Grafiche Masneri s.n.c.

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

www.psicogeriatra.it

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