

ASST LARIANA

Magazine



Sommario

3

L'editoriale

Persone, numeri, futuro: la sfida quotidiana delle risorse umane in sanità
di Eva Colombo

4

Le ultime di Asst Lariana

La finalità della cura è la custodia dell'umano
di Mario Picozzi

6

Giulia e Chiara, da neo-infermiere premiate alle corsie del Sant'Anna
di Giulia Oliverio e Chiara Turetta

9

“L'ospedale non può essere l'unica soluzione per anziani e fragili”
di Francesca Di Giambattista

10

“La scuola in testa”, un progetto contro lo stigma
di Nicola Bianchi e Alberto Tettamanti

12

La rete sanitaria

Le demenze e i CDCD “creatori di rete”
di Monica Grobberio, Elena Molteni, Laura Pierguidi

14

La fragilità si può prevenire
di Chiara Morichetti

17

Iperensione: l'offerta del nostro Centro
di Giovanni Rossi

19

Il percorso dell'anziano fragile nel Distretto di Cantù-Mariano
di Martina Biotto

23

Nuovi colleghi

Il coraggio di fidarsi
di Sonia Liccardi

24

Le flash

Firmata la preintesa di CCNL del comparto Sanità: ecco le novità

25

La Festa di Sant'Anna

26

Lo sai che...

Igiene mani, un incontro a Roma

Candida auris, il fungo invisibile che preoccupa

27

SocialMente

I post più pop
di Antonio Gioiosa
Il capitano Giglio e la guida galattica

28

Spazio formazione

Telemedicina applicata al governo clinico del paziente cronico con IBD
di Gian Marco Idèo, Alberto Pierini, Maria Polito, Ivan Sternativo, Elisabetta Terzuoli

29

Gestione domiciliare delle sindromi respiratorie nel paziente cronico
di Luca Ferlin, Matteo Ferlin, Massimo Luraschi, Antonio Muscolino

La Rete Stroke nel territorio di ASST Lariana
di Magda D'Astuto, Laura Fusi, Elena Amina Scola

30

Tempo di una storia

Camminare accanto
di Concetta Ketty Garziano

31

Ho letto per voi

Niente di più illusorio di Marta Perez-Carbonell
di Sonia Liccardi

32

Ho visto per voi

Come sopravvivere a un film di quasi tre ore
di Antonio Gioiosa

L'editoriale

Persone, numeri, futuro: la sfida quotidiana delle risorse umane in sanità

Nel complesso mondo della sanità pubblica, i numeri non sono mai solo cifre: sono storie, percorsi professionali, vocazioni, equilibri da garantire. Dietro ogni assunzione, c'è un bisogno. E dietro ogni procedura selettiva, un'organizzazione che evolve, si adatta, prova a fare meglio.

Nei primi sei mesi del 2025, il saldo del personale di ASST Lariana, tra assunti e dimessi, è positivo: 196 assunzioni a fronte di 162 cessazioni. Un dato incoraggiante in un contesto, quello della sanità italiana, che da anni soffre una grave carenza di personale, soprattutto nei ruoli sanitari e socio-sanitari, e oggi anche amministrativi e tecnici.

Per la nostra Azienda, che conta quasi 4.000 dipendenti e opera su un territorio vasto e complesso, con più presidi ospedalieri e servizi diffusi, questi dati rappresentano un traguardo non banale. Basti pensare che solo tra gennaio e giugno sono state bandite 81 procedure di selezione; ce ne sono altre 74 già programmate o in fase di pubblicazione, e arriveremo a un totale complessivo di 155. Un impegno enorme, anche in termini organizzativi, che richiede coordinamento, programmazione e flessibilità.

Nel 2024 le procedure espletate erano state 141 (a fronte delle 95 dell'anno precedente), e già oggi abbiamo superato quel numero. Segno di un'attività intensa, continua, orientata non solo a coprire il turnover, ma a rafforzare gli organici e consolidare le strutture. Gestire le risorse umane in sanità oggi significa molto più che "coprire i vuoti". Significa attrarre professionisti in un mercato competitivo, farli crescere, valorizzarne le competenze, motivarli, ascoltarli. Significa, soprattutto, creare contesti di lavoro in cui le persone possano sentirsi parte attiva di un sistema che ha bisogno di loro, ogni giorno, in prima linea. Gestire le risorse umane in sanità oggi significa molto più che "coprire i vuoti". Significa attrarre professionisti in un mercato competitivo, farli crescere, valorizzarne le competenze, motivarli, ascoltarli. Significa, soprattutto, creare contesti di lavoro in cui le persone possano sentirsi parte attiva di un sistema che ha bisogno di loro, ogni giorno.



Per affrontare le nuove sfide – in un mondo che è sempre più tecnologico – occorrono persone preparate e con rapida capacità di apprendimento e, poiché oggi vi è difficoltà a reclutare persone disponibili a lavorare nel settore pubblico, meglio magari meno risorse, ma efficienti. Ed è questa la direzione in cui si orientano le nostre procedure selettive.

Non possiamo nascondere le criticità: la carenza di alcune figure (medici e infermieri in primis), la concorrenza del privato e della vicina Svizzera, i carichi di lavoro, le aspettative crescenti dei cittadini. Sappiamo che i numeri sono importanti, ma sappiamo anche che da soli non bastano. Ci vogliono idee, coraggio, visione.

ASST Lariana continuerà su questa strada, consapevole che ogni scelta sulle persone è una scelta strategica per il futuro della sanità comasca.

E in tutto ciò l'impegno della Direzione è costante.

Non da ultimo è doveroso ricordare ed esprimere apprezzamento per il personale delle Risorse Umane i cui professionisti, silenziosi e operosi, lavorano quotidianamente per garantire alle strutture il reclutamento costante delle figure indispensabili per garantire i servizi della sanità.

Eva Colombo

direttore Gestione, sviluppo e formazione risorse umane

La finalità della cura è la custodia dell'umano

L'intervento del professor Mark Aulisio, tra i massimi esperti in etica clinica, ospite al Sant'Anna

Quali sono gli scopi della medicina oggi? A questo quesito ha cercato di rispondere **Mark Aulisio**, professore e direttore del Dipartimento di Bioetica presso la School of Medicine, Case Western Reserve University (Cleveland, Ohio, USA) e Direttore del Servizio di Etica clinica presso la MetroHealth Medical Center, durante l'incontro, promosso dalla direzione strategica, che si è svolto lo scorso 10 giugno nell'auditorium dell'ospedale Sant'Anna.

Un quesito sempre più attuale e talvolta non sempre noto alla consapevolezza degli operatori sanitari e dei cittadini. Vi sono molte attività che richiedono una competenza medica, ma le cui finalità potrebbero non essere consone agli scopi della medicina. Qualche esempio: fino a che punto le modificazioni del corpo, che necessitano di competenza mediche, rientrano nelle finalità di cura? Fino a che punto le richieste riguardanti l'inizio vita e il fine vita, che presuppongono competenze mediche, sono congrue con la cura? E infine chi decide cosa sia congruo?

Due annotazioni: la prima attiene al ruolo del medico e dell'operatore sanitario. Essi non sono dei meri tecnici, esecutori acritici di ciò che gli viene chiesto, atteso che essi siano capaci di realizzarlo tecnicamente. Si potrebbe replicare: perché un medico non deve realizzare ciò che un cittadino o un paziente debitamente informato gli chiede di fare? Perché dovrebbe limitare la sua libertà, non essendo il cittadino capace di realizzare tecnicamente quello che richiede al medico?

La risposta può essere così formulata: garantire che l'operatore sanitario sia sempre orientato alla cura, evita che egli diventi uno strumento nelle mani del potente di turno, che assume volti diversi. A volte il potere politico, a volte l'imperativo economico, a volte gruppi di pressione.

La garanzia che il medico orienti le sue competenze alla cura nella tutela del singolo paziente, permette a quest'ultimo di fidarsi di lui, di riporre in lui la tutela di un bene importante (fondamentale come lo definisce la nostra Costituzione) quale la sua salute. E in un clima di fiducia, il paziente può liberamente decidere.

La seconda annotazione inerisce la nozione di cura. Essa non è qualcosa di avulso dalla storia e si concretizza all'interno di definiti contesti culturali. Quindi cosa sia cura si declina all'interno di un rapporto dialettico tra medici, operatori sanitari (attraverso gli ordini professionali e le società scientifiche) e la società civile (nelle sue varie espressioni istituzionali, comprese le associazioni dei cittadini).

Il confine entro cui tale dialettica si muove è rappresentato dal rispetto della dignità umana, che potremmo anche nominare come il riconoscimento dell'umano che è comune a ciascun uomo e a ciascuna donna. Queste due annotazioni ci consentono due ulteriori passaggi. Il primo attiene alla necessità di non consegnare alla medicina la definizione di ciò che sia bene nella vita, di ciò che merita il cimento della libertà.

Da sinistra: Mario Picozzi e Mark Aulisio



La salute favorisce la libertà, poiché la malattia è certamente un limite, ma non è la libertà lo scopo della sola medicina.

La libertà è promossa anche da altre istituzioni, quali la famiglia, la scuola; allo stesso modo il bene di una persona va oltre rispetto alla salute. Analogamente, il bene di una società va oltre la medicina; sarebbe un errore ritenere come finalità ultima della medicina determinare il bene di una società. Il rischio è che la medicina, come abbiamo detto, diventi l'ancella di un potere che impone la propria visione su chi sia meritevole di tutela.

Il secondo passaggio riguarda l'obiettivo di umanizzare la cura (espressione peraltro non adeguata per il fatto che la finalità della cura è la custodia dell'umano, come abbiamo detto), che viene spesso richiamato quale finalità importante per le aziende sanitarie.

Umanizzare le cure comporta oggi una sfida che possiamo così sintetizzare: da una parte omogeneizzare le procedure di cura, standardizzare i percorsi così che a tutti sia dato ciò che è loro necessario, in modo uniforme e senza discriminazioni; dall'altra occorre riconoscere che ogni singolo paziente, nel rispetto della sua unicità, sporge rispetto ad ogni standardizzazione.

È nella composizione di queste due polarità, nella ricerca di un saggio equilibrio tra ciò che è uguale e ciò che è diverso, nella promessa di curare quel paziente e nella responsabilità verso la comunità, che si misura la capacità di un ospedale di realizzare autentici percorsi di umanizzazione della cura.

Mario Picozzi

- **Mario Picozzi** è direttore della struttura di Bioetica Clinica di Asst Lariana; è professore associato al Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita dell'Università degli Studi dell'Insubria, direttore del Centro di Ricerca in Etica clinica e della Scuola di Specializzazione in Medicina legale, membro corrispondente della Pontificia Accademia per la Vita, vice-presidente del gruppo interdisciplinare "Bioetica e consulenza etica" e membro del Comitato direttivo dell'European of Clinical Ethics Network
- **Mark Aulisio**, professore e direttore del Dipartimento di Bioetica della School of Medicine, Case Western Reserve University (Cleveland, Ohio, USA) nonché direttore del servizio di Etica clinica alla MetroHealth Medical Center, è un esperto riconosciuto a livello internazionale in etica clinica, con oltre 85 pubblicazioni su temi come la consulenza etica, la donazione di organi e il principio del doppio effetto

Da sinistra: Maurizio Morlotti, Brunella Mazzei, Mark Aulisio e Mario Picozzi



Giulia e Chiara, da neo-infermiere premiate alle corsie del Sant'Anna



Giulia Oliverio e Chiara Turetta, neolaureate a giugno con il massimo dei voti in Infermieristica all'**Università degli Studi dell'Insubria**, dopo aver ricevuto il **Premio "Aldo Bianchi"** conferito dall'**associazione Palma**, hanno preso servizio all'ospedale Sant'Anna, rispettivamente in Terapia Intensiva Neonatale e Pneumologia. Per conoscerle meglio abbiamo posto loro alcune domande, anche per sentire dalla loro voce com'è stato arrivare in Asst Lariana.

Cosa vi ha spinte a scegliere la professione infermieristica?

Giulia: *Ho deciso di intraprendere questa strada durante la pandemia Covid, in cui ho potuto osservare quanto sia fondamentale il ruolo dell'infermiere, non solo dal punto di vista clinico, ma anche umano.*

Chiara: *Mi ha spinto la morte di mio nonno. Mi sono accorta che, quando lo accompagnavo alle visite, anche solo uno sguardo o una carezza da parte degli operatori poteva cambiare il suo stato d'animo e gli migliorava la giornata. Da quel momento ho deciso che anche io potevo fare la differenza per qualcuno.*

Il vostro brillante percorso universitario all'università dell'Insubria cosa vi ha lasciato?

G. *Il mio percorso universitario mi ha insegnato il valore dell'impegno costante, della determinazione e dell'importanza dell'aggiornamento continuo. Ho capito che essere un'infermiera significa non smettere mai di imparare, con l'obiettivo di offrire ogni giorno un'assistenza sempre migliore.*

C. *Finché si trattava solo di studiare tutto bene, ma la differenza c'è stata nella messa a terra di quanto avevo appreso in aula. Prima della malattia di mio nonno non ero mai entrata in un ospedale. All'inizio del tirocinio universitario ero spaventata. Si è trattato di un impatto forte e allo stesso tempo motivante.*



Avete avuto un momento o un'esperienza in particolare che ricordate volentieri o che vi ha fatto dire: "Sì, è la strada giusta per me"?

G. Durante il mio primo tirocinio in casa di riposo ho avuto l'opportunità di lavorare a stretto contatto con persone fragili e di vedere l'impatto che l'assistenza infermieristica può avere sulla loro vita. Da quel primo momento ho capito di aver preso la decisione giusta.

C. Una volta ero in Chirurgia al Sant'Anna e una donna doveva sottoporsi ad una mastectomia, un intervento molto invasivo e debilitante. Prima di entrare in sala operatoria l'ho preparata e lei mi ha chiesto di rimanere, di tenerle la mano per sentire la vicinanza di qualcuno. Questo episodio mi ha commosso da una parte, e dall'altra ho capito di poter dare anche io qualcosa nel mio piccolo.

Per quanto riguarda il **Premio Palma – Cav. Aldo Bianchi**, come avete accolto la notizia del premio? Cosa ha significato per voi riceverlo?

G. Ho accolto la notizia del premio con tantissima gratitudine. Sapere che l'impegno e la dedizione sono stati riconosciuti è stato davvero emozionante. Questo premio per me rappresenta non solo un traguardo personale, ma anche una spinta a non fermarmi, per continuare a crescere.

C. Quando ho saputo del premio mi sono sentita orgogliosa di me e ho pensato che era valsa la pena impegnarmi, ma ho anche provato gratitudine.

Avete dedicato questo riconoscimento a qualcuno in particolare?

G. Sì, ai miei genitori. Sono sempre stati i miei primi sostenitori, mi hanno sempre accompagnata in ogni mia scelta con fiducia.

C. Nel momento della consegna della pergamena, subito dopo aver esposto un abstract della tesi di laurea che avevo dedicato a mio nonno, mi sono emozionata perché ho sentito la sua presenza.

Com'è lavorare nei reparti di Neonatologia e Pneumologia del Sant'Anna? Qual è la sfida più grande e la gratificazione più bella?

G. Lavorare in TIN è un'esperienza preziosa e mi sento fortunata ad aver iniziato il mio percorso in questo reparto. La sfida più grande è vedere i nostri piccoli pazienti affrontare battaglie fin dai primi giorni di vita, lottando per crescere e poter andare a casa con mamma e papà. Ma proprio per questo, la gioia più grande è vederli raggiungere quel traguardo, tra le braccia dei loro genitori.

C. È stata una scoperta, come approccio alla tipologia di paziente. È qui che ho iniziato a indossare la divisa di infermiera professionista, e quindi ho subito sentito il peso della responsabilità nella gestione dei pazienti, nelle scelte che intraprendo quotidianamente e nei rapporti con l'équipe sanitaria.

La sfida più grande è stata quella di superare questa fase, durante la quale ho avuto bisogno di abituarvi al nuovo ambiente, ai ritmi lavorativi e al carico di lavoro. In un secondo momento la sfida è stata quella di essere autonoma. E da qui è arrivata la gratificazione da colleghi e pazienti che hanno riposto fiducia in me, mi hanno incoraggiata e riconosciuta come professionista. Tra i momenti che mi hanno particolarmente colpita, c'è stata la prima volta che ho assistito alla perdita di un paziente. Non è stato facile, ho provato una grande tristezza e ho pensato che fosse stata una sconfitta, ma mi ha ricordato nuovamente il valore delle cose importanti e del saper accompagnare fino alla fine.

Quali sono i vostri sogni professionali? C'è un ambito che vi piacerebbe approfondire o in cui specializzarvi?

G. In questo momento desidero approfondire le mie competenze in Terapia Intensiva Neonatale, per poter offrire un'assistenza il più possibile completa e professionale.

C. Mi piacerebbe lavorare con i pazienti oncologici, assisterli, anche con terapie che possano migliorare la qualità della vita e l'umore, come ad esempio la pet therapy, per fornire un supporto soprattutto nei momenti difficili legati a diagnosi e trattamenti.

Che messaggio daresti a chi oggi sta iniziando a studiare per diventare infermiere?

G. Diventare infermiere non è una strada facile, ma è senza dubbio estremamente gratificante. L'università è un periodo prezioso, che va sfruttato al massimo per imparare, osservare e fare domande. Perché un domani siamo noi ad avere la responsabilità di prenderci cura di persone fragili, e non c'è nulla di più importante di questo.

C. Sarà un percorso di studi intensi, ti porterà via ore di sonno e di divertimento, ma ti darà grandi soddisfazioni e, a fine giornata, nonostante la stanchezza, tornerai a casa con la consapevolezza di aver fatto la differenza per qualcuno.

Da sinistra: Giulia Oliverio e Chiara Turetta



L'ospedale non può essere l'unica soluzione per anziani e fragili

Gli anziani rappresentano il numero maggiore di accessi in Pronto Soccorso che, però, non è a misura di anziani: per tale motivo la stessa permanenza in PS rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo delle sindromi geriatriche come, ad esempio, perdita di equilibrio, cadute, incontinenza urinaria, delirium.

All'ospedale Sant'Anna da marzo 2025 è stato così avviato un **progetto per la presa in carico "precoce" in Ps** da parte di medici geriatri di quei pazienti destinati al ricovero in Geriatria.

I pazienti attenzionati sono anziani fragili che presentano un grado di disabilità moderata-grave.

Lo scopo della nostra presenza è garantire una valutazione specialistica geriatrica, dei bisogni clinici di tali pazienti con l'obiettivo di indirizzarli verso i servizi assistenziali a disposizione e ritenuti più appropriati.

Studi pubblicati su BMC Geriatrics e sul Journal of the American Geriatrics Society evidenziano una riduzione del 20% dei ricoveri ospedalieri grazie all'inserimento del geriatra nel programma di transizione dei Pronto Soccorso; i dati raccolti nel nostro progetto da marzo a maggio 2025 sono in linea con i dati di letteratura e dimostrano una riduzione del 18% dei ricoveri.

Purtroppo una volta entrato in reparto, un anziano su tre presenta una riduzione del suo "performance status".

L'ospedale non deve rappresentare l'unica soluzione per le famiglie che assistono anziani fragili e disabili, dobbiamo dare delle adeguate alternative per provare a consegnare dignità alla vita rimanente.

Francesca Di Giambattista

Da sx: Matteo Residori, Andrea Maria Maresca, Francesca Di Giambattista, Roberto Pusinelli, Luca Mellace e Cristian Zambuto



“La scuola in testa”, un progetto contro lo stigma

In campo due educatori del Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze che hanno incontrato e formato gli studenti della classe 4a dell'Istituto secondario di II grado del Liceo "Teresa Ciceri"

Nell'ambito del progetto "La scuola in testa", gestito dal **Coordinamento Comasco Salute Mentale con il Centro Servizi Volontariato di Como**, in collaborazione con l'associazione **Oltre il Giardino onlus** e il progetto **Libera il tempo**, due educatori del Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'ASST Lariana, **Nicola Bianchi e Alberto Tettamanti**, hanno tenuto un incontro sulle tematiche della salute mentale per una classe quarta del **Liceo "Teresa Ciceri"**. L'obiettivo era quello di facilitare la comprensione delle problematiche psichiche, illustrare azioni di prevenzione del disagio e combattere lo stigma. nell'occasione è stato anche presentato il DSMD, in particolare il Centro Diurno.

Tra febbraio e marzo, gli studenti hanno svolto un tirocinio curricolare (PCTO) proprio presso il Centro Diurno di via Castelnuovo, durante il quale hanno partecipato a diverse attività con gli utenti del Centro Diurno, come riunioni organizzative, cura dell'orto, attività ludiche (scacchi, carte) e pallavolo, con l'intento di promuovere un coinvolgimento pratico. Alcuni ex utenti con competenze sportive (pallavolo) sono stati coinvolti come referenti attivi nell'insegnamento agli studenti. La parte sportiva è stata coordinata in collaborazione con l'**associazione sportiva dilettantistica Global Sport Lario**.

Prima dell'incontro informativo e a conclusione del tirocinio, è stato somministrato agli studenti lo stesso questionario. Lo scopo era verificare l'impatto dell'iniziativa e sondare il cambiamento di atteggiamento dei ragazzi nei confronti del disagio mentale e di chi ne soffre, piuttosto che l'apprendimento nozionistico. Di seguito vengono illustrati, dividendoli per tematiche affrontate, i risultati del questionario, già validato in eventi simili.

RISULTATI PRINCIPALI DEL QUESTIONARIO:

- Area di indagine: Benessere e malessere

Alla domanda "Cosa mi fa star bene?", la risposta che ha avuto un aumento maggiore - da 42% all'87% - è stato "fare qualcosa che mi piace". Le altre opzioni erano "avere qualcuno che mi ascolta", "avere un/una ragazzo/a" e "avere dei miei spazi". Si ritiene importante sottolineare che gli studenti intervistati, dopo l'esperienza di tirocinio, preferiscono "fare" esperienze. Si segnala inoltre una maggiore sensibilità all'esclusione sociale, dal 57% prima del tirocinio, al 75% dopo. Aumenta la consapevolezza che "le aspettative degli altri" e il "sentirsi diverso dagli altri" possano causare malessere, riflettendo una riflessione sui problemi di chi soffre di disagio mentale.

Il timore di non avere amici o non appartenere a un gruppo è aumentato, suggerendo un'identificazione con le problematiche degli utenti dei servizi.

Il "sentirsi escluso" è cresciuto notevolmente - dal 57% al 75% - come fonte di disagio, indicando una maggiore comprensione dell'importanza di non escludere le persone. L'immedesimazione con chi soffre di malattie psichiatriche e si sente escluso si è rivelata poi un utile strumento di riflessione.



RISULTATI PRINCIPALI DEL QUESTIONARIO DEL PROGETTO "LA SCUOLA IN TESTA":

- Area di indagine: Il Disagio Mentale

Gli studenti avevano già dimostrato di avere bassi livelli di stereotipi negativi (ad esempio "stranezza" e "pericolosità" della malattia mentale) prima dell'intervento. È aumentata la consapevolezza che l'isolamento sia un problema significativo per chi soffre di disagio psichiatrico. Gli studenti non mostravano il pregiudizio dell'"inguaribilità", probabilmente grazie alle informazioni ricevute a scuola o dalle associazioni coinvolte.

- Area di indagine: Reazione al disagio mentale

Sentimenti "negativi" come paura e imbarazzo sono diminuiti dal 21 al 12%. Indifferenza e pena erano già assenti. Sono aumentati i sentimenti "positivi" come curiosità, interesse e voglia di capire, dal 52% all'87%. L'immedesimazione ("per qualche aspetto mi riconosco") è aumentata moltissimo, dal 15% al 75%, suggerendo che i ragazzi hanno riflettuto sulla possibile presenza di elementi di disagio anche in loro stessi. La conoscenza diretta e il contatto riducono stereotipi e stigma. In merito alle cause del disagio psichico, le risposte relative a cause "traumatiche", passate dal 68% al 93%, e "sociali" sono aumentate ulteriormente dopo l'intervento (dall'84% all'87%).

- Area di indagine: Esperienza e Conoscenza

La percentuale di studenti che aveva esperienza diretta o conosceva il disagio psichico è passata dal 50% al 91% dopo l'intervento, evidenziando l'efficacia del progetto nel fornire conoscenza diretta e prevenire stigma e isolamento.

L'esperienza diretta o familiare e la conoscenza tramite amici/conoscenti sono aumentate: la prima dal 52% al 75% e la seconda dal 21% al 43%.

- Area di indagine: Approccio al disagio mentale

Gli studenti erano già ben informati sulle soluzioni (nessuno ha citato il manicomio). È cresciuta la consapevolezza dell'importanza dei "colloqui psicologici", dall'84% all'87%, e soprattutto della "riabilitazione sociale", dal 78% all'87%, come soluzioni al disagio mentale. Hanno visto un incremento anche le risposte relative alle "terapie alternative", da 21% al 68%, inclusi programmi innovativi come l'uso dello sport.



Il Centro Diurno di via Castelnuovo

La percentuale di risposte che indicano il ricovero in ospedale come soluzione è diminuita, dal 26% al 6%, suggerendo che gli studenti hanno interiorizzato il desiderio di ridurre il ricorso ai ricoveri ospedalieri (SPDC). La conoscenza del CPS (Centro Psico Sociale) e dei servizi psichiatrici di zona come punto di riferimento è aumentata ulteriormente, dall'89% al 93%.

- Area di indagine: Disponibilità all'interazione

In generale, tutte le ipotesi di coinvolgimento con persone con disagio hanno visto un incremento. In particolare, il 92% degli studenti si dichiara disposto a fare sport con persone con disagio mentale dopo il tirocinio, dimostrando il successo dell'uso dello sport come mezzo di interazione. Sono aumentate anche attività più dirette come "mangiare assieme" dal 46% al 74%, "bere qualcosa assieme" dal 54% al 67%, "andare al cinema assieme" dal 41% al 54%, e persino "passare una serata in discoteca" dal 6% al 24%, indicando un profondo cambio di atteggiamento.

Conclusioni

Il progetto ha dimostrato che la conoscenza diretta del mondo del disagio psichico, specialmente attraverso il "fare" esperienze pratiche come il tirocinio e l'uso dello sport, non solo aumenta la comprensione ma, soprattutto, cambia in positivo l'atteggiamento degli studenti nei confronti di chi ne soffre. Ha contribuito a ridurre stereotipi negativi, paura e imbarazzo, aumentando curiosità, interesse, disponibilità all'interazione e la capacità di immedesimazione e riconoscimento precoce dei sintomi.

Nicola Bianchi e Alberto Tettamanti

Le demenze e i CDCD “creatori di reti”

Tra le patologie dell'anziano, le demenze rappresentano uno dei problemi principali poiché hanno un elevato impatto sull'autonomia, nello svolgimento delle attività quotidiane, sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita, sia dei soggetti affetti sia dei loro caregiver. Le difficoltà, cognitive e non, incontrate dalla persona demente si ripercuotono sulla sua capacità di fronteggiare le richieste della vita di ogni giorno, di svolgere prestazioni già acquisite in precedenza, di conservare comportamenti sociali adeguati e controllare le proprie reazioni emotive.

I CDCD, i “**Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze**” (ex UVA, Unità di Valutazione Alzheimer), sono strutture cliniche che si occupano della prevenzione, diagnosi e cura delle diverse forme di demenza. Sono nati nell'ottobre del 2014 con il Piano Nazionale Demenze (PND), che, all'obiettivo numero 2, prevedeva “la creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni per la realizzazione della gestione integrata e presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e demenze e delle loro famiglie”.

I CDCD sono strutturati secondo un modello multidisciplinare e multiprofessionale. Se le precedenti UVA avevano, infatti, avuto il compito di porre i riflettori sulla necessità di dare risposte diagnostiche e di presa in carico generalmente solo farmacologica della persona affetta da demenza, si sta oggi assistendo ad un cambio di paradigma ove l'integrazione di servizi clinici e territoriali nel processo di cura assume un ruolo di preminenza.

Il gruppo Laboratorio Neuropsicologia: da sinistra Giulia Scotti, Monica Grobberio, Samuela Turati, Miriam Benin



Da sinistra, dietro: Elena Molteni, Giampiero Grampa. Da sinistra, davanti: Nicoletta Lillia, Luca Perini, Laura Pierguidi e l'amministrativa dedicata Susanna Biro

Questi centri devono quindi garantire una diagnosi adeguata e tempestiva ed uno standard di cura appropriato oltre a favorire un adeguato supporto alla persona con disturbo cognitivo e/o demenza e ai suoi familiari/caregiver.

A tal fine, i CDCD devono promuovere e sostenere, anche attraverso l'applicazione di specifici percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e riabilitativi (PDTA-R), l'integrazione dei servizi presenti sul territorio che a vario titolo si rivolgono alle persone affette da demenza. I CDCD per loro natura devono quindi essere “creatori di reti”: debbono garantire la propria collaborazione con gli MMG, con i servizi specialistici della rete territoriale e ospedaliera, con i servizi socio-sanitari, ad esempio C-DOM, UCP-DOM, RSA aperta, Nuclei Alzheimer, CDI, RSA, Hospice e con i servizi sociali (SAD), presenti nel territorio di riferimento, anche mediante l'interazione con le Centrali Operative Territoriali e i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Mantengono rapporti di collaborazione privilegiati con le associazioni di familiari e di volontariato che operano specificatamente nell'ambito dei disturbi cognitivi. Svolgono funzioni di informazione, educazione sanitaria, promozione di stili di vita a orizzonte preventivo, orientate a favorire la diagnosi tempestiva, a migliorare la consapevolezza e le capacità di auto-gestione dei bisogni di persone e famiglie, con attenzione a tutti gli aspetti di cura.

Qual è la nostra realtà? Secondo i dati dell' ISS (Istituto Superiore di Sanità) a febbraio 2025 in Italia si contano 536 CDCD. In Lombardia i CDCD sono 81. In ATS-Insubria sono 9. Nella nostra ASST, l'organizzazione è assimilabile a quella di un tavolo a tre gambe, costituito dal CDCD di Geriatria, dal CDCD di Neurologia e dal Laboratorio di Neuropsicologia Clinica, in cui ogni sostegno è necessario al mantenimento di un globale equilibrio. In tal senso ognuno dei tre attori, con le proprie peculiarità, effettua attività complementari che come tali sono strettamente embricate con quelle promosse dagli altri: nessuno è protagonista assoluto e l'efficacia della presa in carico non può prescindere dalla concomitante realizzazione di azioni integrate ed integrabili.

Mentre il CDCD di Geriatria ed il CDCD di Neurologia condividono, pur con caratteristiche specifiche, la presa in carico farmacologica del paziente affetto da demenza ed il monitoraggio dell'andamento nel tempo del quadro clinico, obiettivo del Laboratorio di Neuropsicologia Clinica è, invece, primariamente l'indagine specifica delle abilità cognitive della persona (memoria, attenzione, linguaggio, ragionamento...) al fine di identificare eventuali compromissioni o fragilità che possono ridurne il funzionamento nel quotidiano. Ciò permette di indirizzare la scelta terapeutica verso trattamenti di tipo farmacologico o non farmacologico (attivazione cognitiva, supporto psicologico), anche in considerazione delle eventuali risorse residue emerse. Da qui ne deriva maggiore efficienza della presa in carico del sistema complesso costituito dal paziente e dalla sua famiglia, anche attraverso la stretta collaborazione con gli altri servizi aziendali (neuroradiologia, medicina nucleare, laboratorio...) o territoriali (COT, PUA, medici di medicina generale...).

Tra le patologie dell'anziano, le demenze rappresentano uno dei problemi principali poiché hanno un elevato impatto sull'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita, sia dei soggetti affetti sia dei loro caregiver.

Le difficoltà, cognitive e non, incontrate dalla persona demente si ripercuotono sulla sua capacità di fronteggiare le richieste della vita di ogni giorno, di svolgere prestazioni già acquisite in precedenza, di conservare comportamenti sociali adeguati e controllare le proprie reazioni emotive.

L'introduzione dei **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze**, definita nell'ambito della creazione di una Rete Integrata per le Demenze come disposto dal Piano Nazionale Demenze, ha consentito di aprire la strada ad un superamento della gestione del paziente organizzata in modo spesso settoriale. Se le precedenti UVA avevano, infatti, avuto il compito di porre i riflettori sulla necessità di dare risposte diagnostiche e di presa in carico generalmente solo farmacologica della persona affetta da demenza, demandando comunque gli aspetti assistenziali ad una gestione soprattutto familiare, si sta oggi assistendo ad un cambio di paradigma ove l'integrazione di servizi clinici e territoriali nel processo di cura assume un ruolo di preminenza. In quest'ottica si è rivelato necessario perfezionare le attività cliniche già presenti nella nostra ASST al fine non solo di promuovere una diagnosi precoce ed un'adeguata presa in carico del paziente demente, ma anche di attuare interventi volti a favorire la prevenzione o il ritardo del declino cerebrale, la salvaguardia del sistema familiare e la promozione del benessere emotivo.

Monica Grobberio, Elena Molteni, Laura Pierguidi

L'équipe Geriatria dell'ospedale Sant'Anna



La fragilità si può prevenire

Come già organizzato nel 2024, da maggio 2025 è ripreso un ciclo di preziosi incontri di formazione e confronto con il coinvolgimento di tutto il personale della Geriatria. Tra le tematiche affrontate: le dimissioni protette, la frattura di femore nel paziente anziano, gli isolamenti, il rischio clinico, l'alimentazione nel paziente disfagico: come diagnosticarla e come gestirla, principi di nutrizione enterale e parenterale totale, il concetto di fragilità nel paziente anziano, l'approccio non farmacologico al paziente affetto da demenza.

Ogni lezione ripercorre - con il contributo ed il punto di vista combinato medico ed infermieristico - le linee guida aggiornate per il tema definito, quindi le stesse vengono calate nella pratica clinica di reparto con personalizzazione e condivisione d'equipe.

“Questa formazione e graduale trasformazione si inserisce nell'importante percorso che da novembre 2023 la Geriatria ha intrapreso, sotto la guida e l'impulso del primario, il professor **Andrea Maria Maresca**, per l'umanizzazione delle cure, con attenzione alla caratterizzazione della fragilità, con cure centrate sul paziente, tese al raggiungimento del massimo benessere bio-psico-sociale possibile per ciascun individuo”, afferma il coordinatore infermieristico **Chiara Tagliabue**.

“Tutto ciò ha implicato ed implica in primis un lavoro rilevante degli addetti ai lavori sulle proprie persone, di sensibilizzazione verso questo tema, che crea nelle varie coscienze punti di vista competenti, curiosi, costruttivi, entusiasti pur nelle difficoltà innegabili, motivati a dare risposte alle specifiche necessità di ciascun paziente.

E questo modello così importante di presa in carico globale del paziente, che poi è il cardine più profondo delle cure geriatriche, è diventato la base, le solide fondamenta da cui sono partiti e partiranno i progetti della nostra struttura anche in contesti differenti dall'ospedale per acuti”, sottolinea il coordinatore clinico della Geriatria **Chiara Morichetti**.

“Con l'invecchiamento della popolazione, sempre più persone vivono con condizioni di fragilità che richiedono cure specializzate ed attente. Un reparto di Geriatria sensibile alla fragilità, può rispondere a queste esigenze, perché un approccio multidimensionale, multidisciplinare ed umano è essenziale - spiega il professor **Maresca** - Riconoscere ed intervenire precocemente sulla fragilità è fondamentale per prevenire complicazioni e promuovere il benessere degli anziani. Un reparto di Geriatria sensibile alla fragilità ha l'obiettivo di valutare in modo completo lo stato di salute dell'anziano, individuando le aree di debolezza e pianificando interventi mirati, con il coinvolgimento delle famiglie e della rete sociale, per creare un sistema di supporto che favorisca la continuità delle cure anche dopo il ricovero”. Un approccio sensibile alla fragilità mira a migliorare la qualità di vita degli anziani, aiutandoli a mantenere il più possibile la loro autonomia residua, riduce le complicazioni e le ospedalizzazioni grazie ad interventi preventivi e ad una gestione più efficace delle condizioni di salute.

Un'assistenza più umana e personalizzata favorisce infine il benessere psicologico, riducendo sentimenti di

L'équipe di Geriatria all'ultimo incontro di formazione



isolamento e depressione, e promuovendo un invecchiamento attivo e dignitoso.

Si inserisce in questo percorso l'apertura al territorio con eventi come **"FrAglità al Centro"**, promosso da Fondazione Longevitas, con il patrocinio di Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Università di Brescia, Università dell'Insubria, Università di Milano Bicocca, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Monza e della Brianza, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Brescia, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Como, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Responsabili scientifici dell'iniziativa sono il professor Giuseppe Bellelli dell'Università Milano-Bicocca, la professoressa **Alessandra Marengoni** dell'Università di Brescia, il professor **Maresca** dell'Università dell'Insubria.

Tre le province lombarde interessate: Monza e Brianza, Como e Brescia, per un totale di sei centri di aggregazione per gli anziani coinvolti nell'iniziativa, che si è tenuta lo scorso 17 maggio.

Como è stata coinvolta sia con ASST Lariana, con partecipazione di otto geriatri del Sant'Anna **Martina Biotto, Dario Chinetti, Alessandra De Pasquale, Francesca Di Giambattista, Marianna Marinelli, Chiara Morichetti, Cassandra Tutino**, della strutturanda in geriatria **Giorgia Martello**, e con l'Università dell'Insubria con il coinvolgimento degli specializzandi in Geriatria **Giacomo Genesi, Paolo Gonzato, Federica Granziero, Roberta Venera Ravidà**.

Una giornata interamente dedicata allo screening ed alla prevenzione della fragilità nei centri di aggregazione per gli anziani della Regione Lombardia: per richiamare l'attenzione, informare e fare attivamente prevenzione su una problematica, quella della fragilità, molto diffusa, soprattutto fra gli anziani, ma troppo spesso trascurata, vissuta come una condizione quasi inevitabile e, quindi, non prevenuta, come invece si dovrebbe. La fragilità è una condizione clinicamente riconoscibile, caratterizzata

da una ridotta riserva funzionale e da una maggiore vulnerabilità ad eventi stressogeni di varia natura (infezioni, traumi, interventi chirurgici), che rende l'organismo meno capace di adattarsi e reagire efficacemente. In altri termini, la fragilità rappresenta il costruito concettuale che meglio esprime il concetto di età "biologica" e spiega perché, a parità di età anagrafica e comorbilità, una persona fragile presenti un rischio più elevato di complicanze, perdita di autonomia e ricoveri ospedalieri. Si stima che circa il 10-15 per cento delle persone over-65 residenti al domicilio e il 25-30 per cento dei soggetti over-80 sia fragile. I fattori causali sono molteplici, tra cui cambiamenti del funzionamento di alcuni apparati dell'organismo, presenza di malattie croniche, perdite funzionali, fattori sociali e ambientali. Ma la fragilità non è una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, e non va considerata come tale: con le giuste strategie, raccomandate dall'OMS, si può prevenire e contrastare.

A tal fine, nella giornata del 17 maggio, sono state proposte attività di screening della fragilità e consigliati interventi finalizzati alla sua prevenzione e gestione. Nelle tre province coinvolte, circa 500 persone di età superiore ai 65 anni hanno potuto gratuitamente conoscere il proprio stato di salute attraverso una valutazione multidimensionale geriatrica, mirata a individuare eventuali condizioni di fragilità.

Hanno inoltre potuto ricevere consigli su come prevenirne l'insorgenza anche attraverso un'adeguata informazione sull'importanza dell'attività fisica e cognitiva, la prevenzione vaccinale, l'alimentazione adeguata e lo stato nutrizionale, la promozione dei controlli di vista ed udito, la socializzazione, il tutto supportato dalla consegna di materiali informativi.

Oltre a promuovere la prevenzione, l'iniziativa ha lo scopo di raccogliere dati utili a fini di ricerca sulla prevalenza della "sindrome da fragilità" in Regione Lombardia.

La presentazione del progetto "FrAglità al Centro" promosso da Fondazione Longevitas





Sopra l'équipe al Centro Anziani di Olgiate Comasco, sotto a Como-Lora

“L’esperienza sul territorio nel comasco, sia al **Centro Anziani a Como-Lora** che ad **Olgiate Comasco**, dove gli anziani sono stati reclutati grazie alla preziosa collaborazione di **Antonella Fumagalli**, presidente Regionale Senior Italia **FederAnziani Lombardia**, è stata davvero ottima. Abbiamo conosciuto un gruppo di anziani in buone condizioni generali, desiderosi di mantenersi tali e di ottenere indicazioni di facile applicabilità da parte di noi specialisti, per il mantenimento di questo status quo. Il contributo della giornata è stato bidirezionale, perché a noi sanitari ha restituito uno spaccato importante su una popolazione estremamente differente da quella che accede normalmente in ospedale, ma su cui è altrettanto importante lavorare. Ci auguriamo di proseguire con incontri periodici divulgativi su tutto quanto può

essere fatto per gli anziani in termini di prevenzione” sottolineano **Chiara Morichetti** e **Cassandra Tutino**, referenti per i due centri del comasco nella giornata **“FrAglità al Centro”**.

“Si tratta di un primo esperimento con l’obiettivo di sensibilizzare sul tema della fragilità e diffondere informazioni corrette. L’intenzione è trasformare questa iniziativa in un appuntamento annuale, estendendola anche ad altre città, per avvicinare la medicina ai cittadini e proteggere chi più di altri ha bisogno di attenzione. È significativo che tre direttori di scuole di specializzazione in Gerontologia e Geriatria - e con loro la **Società Italiana di Gerontologia e Geriatria** - abbiano scelto di unire le proprie forze per promuovere una corretta informazione sui temi dell’invecchiamento e della longevità”, conclude il professor **Maresca**.

Chiara Morichetti



Ipertensione: l'offerta del nostro Centro

Il **Centro per la Cura e la Diagnosi dell'Ipertensione Arteriosa di ASST Lariana**, accreditato SIIA e guidato dal professor **Andrea Maria Maresca** con referente il dottor **Giovanni Rossi**, ha ampliato le sue attività nel 2024, operando tra l'ospedale Sant'Anna e le Case di Comunità. Il team, della struttura complessa, di Geriatria, si è dedicato alla riorganizzazione e all'aggiornamento per offrire percorsi diagnostico-terapeutici avanzati. Nel 2024, il Centro ha registrato 278 prime visite, 529 controlli e 716 monitoraggi ambulatoriali delle 24 ore (MAPA).

L'offerta del Centro include:

- **Ambulatorio Ipertensione:** Attivo tre giorni a settimana nella Casa di Comunità di via Napoleona, offre tre prime visite, sei controlli e una visita di "percorso" al giorno, più slot aggiuntivi per pazienti prioritari. Tratta ipertensione primaria, secondaria, resistente, nell'anziano e controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, con un approccio personalizzato e focus su stili di vita e misurazione domiciliare. Da giugno 2025, è stato aperto un ulteriore ambulatorio a Menaggio.

- **Monitoraggio Ambulatoriale della Pressione Arteriosa (MAPA):** strumento diagnostico cruciale per la stratificazione del rischio e la diagnosi differenziale. Nel primo semestre 2024, è stato aggiornato il metodo con revisione del diario clinico, uniformazione della refertazione agli standard SIIA 2024 e redazione di istruzioni operative, migliorando qualità e uniformità. È prevista l'estensione della refertazione in telemedicina per i MAPA eseguiti nelle Case di Comunità. Vengono effettuati circa 5 esami al giorno, per un totale di 20 a settimana.

- **Consulenza ospedale Sant'Anna:** rivolta a pazienti ricoverati con ipertensione severa o alto rischio cardiovascolare, con eventuale presa in carico ambulatoriale.

- **Ambulatorio Ipertensione in Gravidanza:** in collaborazione con le ostetriche e i ginecologi, offre inquadramento precoce, monitoraggio e piani terapeutici multidisciplinari.

Da sinistra: Mauro Alzani, Andrea Maria Maresca, Giovanni Rossi, Giuseppe La Porta e Alessandra De Pasquale



Il Centro investe nella formazione continua e da quest'anno partecipa a studi clinici promossi dalla SIIA. La collaborazione tra il team medico e il personale infermieristico di via Napoleona (guidato dalla dottoressa **Valentina Mazzeo**) e gli uffici amministrativi preposti, ha permesso di coordinare agende e risolvere criticità, anche da remoto, migliorando l'efficienza.

Gli obiettivi strategici futuri includono percorsi diagnostici standardizzati per forme secondarie di ipertensione (ad esempio iperaldosteronismo primario, feocromocitoma), un percorso per l'ipertensione resistente, e la valutazione della candidabilità alla denervazione renale.

Il Centro, inoltre, è impegnato nell'integrazione ospedale-territorio nonché nella promozione di salute pubblica, cruciale dato che l'ipertensione colpisce oltre il 30% degli adulti italiani. In quest'ottica, ha partecipato alla **Giornata Mondiale contro l'ipertensione**, organizzando un evento a Olgiate Comasco lo scorso 16 maggio. Nell'occasione, sono state eseguite 61 valutazioni: il 49.2% erano ipertesi noti con buon controllo, il 36.1% ipertesi noti con controllo inadeguato, e il 14.7% ipertesi non noti.



Il dottor Nicolò Tandurella, con a sinistra l'infermiera Gabriella Scandalo, al centro la oss Giovanna Simionato e a destra l'infermiera Cristina Arnaboldi

In occasione della Giornata Mondiale contro l'ipertensione è stato organizzato un evento in piazza ad Olgiate Comasco



Il percorso dell'anziano fragile nel Distretto di Cantù-Mariano

L'8 luglio 2024 insieme a **Carla Pistone**, infermiera di Famiglia e di Comunità, per il **progetto dedicato all'anziano fragile**, siamo partite per la prima visita domiciliare, un vero cambio di prospettiva per me, geriatra ospedaliera, e per il paradigma ospedalocentrico. Il medico di medicina generale (MMG) ci aveva segnalato un paziente con una Clinical Frailty Scale (CFS) di 7 tramite ricetta medica inviata al PUA di Cantù. La CFS, introdotta nel 2005 e revisionata nel 2020, è una scala che valuta il livello complessivo di forma fisica o fragilità di un adulto anziano, con un punteggio che va da 1 (molto in forma) a 9 (paziente terminale).

Arrivati a destinazione, siamo stati accolti dal figlio della signora, che ci ha accompagnato dalla madre, anziana, semiallettata e affetta da decadimento cognitivo. Da quel momento è iniziata la nostra valutazione multidimensionale e multidisciplinare, pilastro della medicina geriatrica.

Questo processo, attraverso l'analisi di diversi domini (condizioni mediche, stato fisico e nutrizionale, stato psicocognitivo, condizione socioeconomica e ambientale), ci permette di identificare i problemi clinici, mentali e funzionali dell'anziano per:

- sviluppare un intervento terapeutico personalizzato, integrato, coordinato e dinamico;
- definire il setting di cura più adeguato;
- monitorare l'andamento clinico e le necessità assistenziali;
- effettuare una valutazione prognostica.

La Valutazione Multidimensionale (VMD) consente ai professionisti che si occupano dell'anziano fragile di gestire la complessità dell'individuo e migliorarne il suo stato di salute, riducendo il ricorso a visite specialistiche, accessi multipli al pronto soccorso e i conseguenti eventi avversi. Possiamo fornire indicazioni terapeutiche basate sulle migliori Linee Guida internazionali, ma senza il coinvolgimento di un caregiver in grado di supervisionare l'anziano, rischiamo di incrementare ulteriormente gli eventi avversi legati alla polifarmacoterapia.

È fondamentale che il piano diagnostico e terapeutico sia costruito sulle aspettative e priorità della persona anziana fragile che, spesso, non coincidono con le misure di esito della medicina tradizionale (mortalità, prevenzione o riacutizzazione della malattia indice).

Andrea Maria Maresca, Martina Biotto, Angela Ritrovato, Rocco Denis Pace, Dario Chinetti e Cassandra Tutino



È quindi opportuno bilanciare i benefici ideali auspicabili, specifici per malattia, con il rischio reale di generare conseguenze negative, privilegiando outcomes universali come il controllo dei sintomi e lo stato funzionale fisico e cognitivo. Per esempio, un anziano potrebbe non pretendere la cura di tutte le sue patologie, ma desiderare un equilibrio tale che gli consenta di mantenere le proprie abilità funzionali e le relazioni sociali.

Per ottenere il miglior risultato, è sempre necessario coinvolgere il caregiver. In taluni casi, il caregiver può esprimere le volontà dell'anziano che ha perso la capacità di comunicare; in altri, necessita solo di educazione sociosanitaria; in altri ancora, di un sostegno psicologico per la complessa gestione di un familiare malato, specialmente se affetto da demenza. Infatti, durante le visite geriatriche c'è una grande interazione con il familiare caregiver e ascoltiamo attentamente anche i bisogni della "persona accudente", talvolta sottoposta a stress psicofisico (la nostra valutazione include anche la scala Zarit Burden Interview per valutare lo stress del caregiver). In questi casi, proponiamo soluzioni pratiche quotidiane per migliorare la qualità di vita della diade malato-caregiver, oppure suggeriamo la frequentazione di gruppi o corsi organizzati da enti del terzo settore attivi nel Distretto di Cantù-Mariano Comense (come il Cafè Alzheimer, l'educatore al domicilio, i servizi ricreativi per persone affette da demenza curati dalla cooperativa Progetto Sociale, gruppo di mutuo aiuto per caregiver o percorsi di formazione tenuti dal dottor Serentà, geriatra fondatore di Exameron).

Per promuovere il progetto e sensibilizzare sul tema della fragilità, abbiamo partecipato ad iniziative locali come la festa della Terza età a Cantù, incontri serali con la cittadinanza in diversi comuni e incontri con realtà del terzo settore.

Ci sono state inoltre occasioni per presentare il **progetto "Anziano Fragile"** a studenti universitari (Infermieri dell'Università degli Studi dell'Insubria) e in diversi congressi regionali (Congresso Regionale Società italiana di Gerontologia e Geriatria) e nazionali (Congresso Nazionale delle Cure Territoriali). L'intero processo valutativo domiciliare dell'anziano fragile di ASST Lariana prevede la presenza di un team multiprofessionale che comprende un medico geriatra e un infermiere di famiglia.

A seconda delle necessità emerse dalla VMD, sono state coinvolte di volta in volta altre figure professionali. In alcuni casi, è stato necessario proporre al caregiver un colloquio con l'assistente



sociale della Casa di Comunità di Cantù (eventualmente anche domiciliare) per approfondire le misure di supporto socioeconomico disponibili.

È attivo anche un canale di comunicazione e collaborazione con gli assistenti sociali dei diversi comuni afferenti al distretto sull'attivazione del Servizio Assistenza Domiciliare (SAD), che include assistenza fisica e morale all'anziano solo, aiuto nell'igiene ambientale o consegna a domicilio di pasti quotidiani. Nei casi di malnutrizione calorico proteica o in pazienti con disfagia severa, è stato chiesto il supporto del servizio dietetico dell'ospedale Sant'Anna per impostare una dieta personalizzata o consigliare un'integrazione specifica per via orale.

Per gli anziani con serie disabilità motorie e presenza di barriere architettoniche che limitano notevolmente le abilità funzionali e la possibilità di mantenere relazioni sociali, è spesso necessario un confronto con lo specialista fisiatra del Distretto, il fisioterapista territoriale, o l'ufficio Protesi e ausili per fornire le giuste indicazioni sulla mobilitazione o, soprattutto, prescrivere la più adeguata fornitura protesica. Sarebbe auspicabile che facesse parte del team domiciliare anche un terapeuta occupazionale, la figura professionale più adatta a mettere in pratica i principi della "Gentle Care", cioè un adattamento protesico dell'ambiente per rispondere meglio alle nuove esigenze e ai cambiamenti della persona anziana fragile, promuovendo la sua autonomia e il suo benessere psicofisico.

Mantenere un anziano fragile nel suo contesto familiare, quando possibile, evita le drammatiche conseguenze di un'ospedalizzazione o il ricorso all'istituzionalizzazione. A volte, tuttavia, durante la valutazione multidimensionale è emersa una condizione clinica o sociale instabile che ha reso necessario proporre al paziente e ai familiari un setting assistenziale diverso dal domicilio. Per supportare il nostro percorso diagnostico domiciliare, da pochi mesi abbiamo a disposizione, grazie ai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano, un ecografo e un elettrocardiografo portatili. Di fronte ad una patologia acuta è cruciale indicare l'accesso in Pronto Soccorso: quest'anno è capitato solo una volta di allertare il servizio di emergenza e urgenza, e in quel caso è stata consegnata ai colleghi una relazione clinica di accompagnamento.

Nel caso in cui si reputi necessario un approfondimento diagnostico (ad esempio nel sospetto di patologie neoplastiche, per indagare anemie, traumi, patologie infettive, malattie cardiovascolari etc) si può organizzare un ricovero programmato nel reparto di Geriatria all'ospedale Sant'Anna oppure un accesso in Day Hospital. Purtroppo, è capitato di dover ricoverare anche persone affette da demenza con importanti disturbi comportamentali incontrollabili dalla farmacoterapia o incontenibili dai familiari, che nei mesi precedenti avevano cercato diverse soluzioni (plurimi accessi al Pronto Soccorso per agitazione psicomotoria o aggressività, tentativi di inserimento in RSA, ricorso a plurime visite specialistiche).

Più spesso capita che si diagnostichi la riacutizzazione di una patologia cronica che non necessita di un complesso iter diagnostico: in questi casi, si è fatto ricorso, alla risorsa dell'ospedale di Comunità (Odc),

in particolare di Cantù, dove da luglio 2024 lavorano due specialisti geriatri.

Si è cercato di mantenere una continuità nel percorso di cura del malato e della sua famiglia sia in ingresso (tramite condivisione del progetto terapeutico e assistenziale) che in dimissione (riaggancio al progetto anziano fragile, prosecuzione del monitoraggio degli Infermieri di Famiglia e di Comunità, attivazione di cure domiciliari, colloquio con assistenti sociali). Non è sempre stato facile garantire un percorso lineare soprattutto per alcuni casi clinici e sociali complessi.

Da qualche mese, quindi, è nata "**l'équipe Casa di Comunità**", che si incontra mensilmente per promuovere il confronto tra diverse professionalità, favorire la discussione delle criticità, cercando di proporre miglioramenti ai servizi offerti.

All'interno dell'Odc, grazie al contributo dell'associazione **Il Mantello**, opera da qualche mese anche un musicoterapista: il suo intervento sottolinea l'attenzione alla persona nella sua globalità e promuove il benessere bio-psico-sociale attraverso l'utilizzo della musica.

Su questa linea sono state proposte due lezioni (la prima sulla fragilità e la seconda sulla gestione del paziente con demenza) durante il corso per volontari promosso dalla stessa associazione. A fine percorso, i volontari potranno scegliere se prestare servizio nell'ambito delle cure palliative o seguire pazienti anziani fragili a domicilio o in ospedale di Comunità (in questo caso grazie alla collaborazione con il responsabile dell'Odc **Cosimo Prete**, e il direttore del Distretto **Carmine Paparesta**).

La medicina geriatrica condivide molti aspetti (presa in carico globale del malato e della famiglia, valutazione prognostica, attenzione alla qualità di vita) con le cure palliative. Nelle numerose valutazioni domiciliari effettuate, è stata molto forte la condivisione della presa in carico del malato e della sua rete familiare con i colleghi palliativisti e, in qualche caso, visto l'evidente bisogno di sostegno nella fase terminale della vita, è stato attivato direttamente questo servizio.

Imprescindibile per il corretto ed efficace lavoro del team geriatrico multidisciplinare è il coinvolgimento attivo nell'intero percorso del medico di medicina generale, il quale ha in carico il paziente ed è stato il primo ad intercettare un bisogno, a volte anche inespresso, della persona anziana.



Entrare in casa di una persona, ed in particolare di un anziano e della sua famiglia, significa scoprire una lunga storia di vita: noi specialisti veniamo a conoscenza solo di una piccola parte del vissuto di un malato, ed è spesso necessario confrontarci con chi conosce di più l'evoluzione clinica negli anni precedenti e la rete familiare o di supporto. Al MMG viene inviata relazione geriatrica finale e, a volte, viene contattato direttamente da parte degli Infermieri di Famiglia e di Comunità o dal Geriatra per comunicare i bisogni emersi, renderlo edotto delle soluzioni terapeutiche proposte e, soprattutto, condividere il percorso di cura che può prevedere un monitoraggio degli IFEC e successive visite di controllo specialistiche.

Il progetto inizialmente prevedeva visite ambulatoriali o domiciliari solo una volta a settimana, ma a causa del progressivo incremento delle richieste da parte dei medici curanti e per rispondere più rapidamente ai bisogni degli anziani fragili, da gennaio 2025 è stato aggiunto un altro giorno, e a partire da giugno sono diventati tre (lunedì, martedì e giovedì). Fino a maggio 2025 sono state effettuate 186 visite (159 prime visite e 27 controlli) di cui la maggior parte domiciliari. I pazienti visitati sono per lo più donne (66%) e con un'età media di 85 anni. Siamo ancora lontani dai numeri stimati all'inizio del Progetto (circa 3.000 anziani ultraottantenni con una fragilità moderata – grave, e circa 1.000–1.500 con una fragilità grave nel Distretto di Cantù–Mariano Comense), ma aumentando la disponibilità si spera di intercettare, tramite diversi canali, gli anziani che necessitano di una valutazione multidimensionale.

Visto il riscontro positivo nel Distretto di Cantù–Mariano Comense (comprendente i comuni di Arosio, Cantù, Cabiato, Capiago Intimiano, Carimate, Carugo, Cermenate, Cucciago, Figino Serenza, Inverigo, Lurago d'Erba, Mariano Comense, Novedrate, Senna Comasco), da aprile 2025 è stato possibile, grazie alla collaborazione con il direttore del Distretto di Como Fabio Lombardi, avviare il progetto anche per i pazienti residenti in quel territorio (precisamente i comuni di Albese con Cassano, Bellagio, Blevio, Brianno, Brunate, Campione d'Italia, Carate Urio, Cernobbio, Como, Faggeto Lario, Laglio, Lezzeno, Lipomo, Maslianico, Moltrasio, Montano Lucino, Montorfano, Nesso, Pognana Lario, San Fermo della Battaglia, Tavernerio, Torno).

Anche in questo caso, da giugno l'attività è stata potenziata aggiungendo un altro giorno di visite domiciliari (il mercoledì, oltre che il venerdì).

Concludo, sottolineando come questo tipo di progetto abbia dato senso al mio lavoro di geriatra: nel territorio in cui sono cresciuta (sono nata e vissuta a Cantù) ho percepito che, insieme a un team multiprofessionale ancora in fase di sviluppo, è possibile attuare un intervento di cura personalizzato ed integrato focalizzandosi sulle abilità funzionali e sulle necessità della persona, proponendo strategie preventive e servizi più a misura della persona che invecchia.

Martina Biotto



Nuovi colleghi

“Il coraggio di fidarsi”

Ottobre 2024. Una notifica sul telefono, una mail sul pc, un concorso superato. Un nuovo inizio. È successo quasi in sordina, in mezzo alla confusione di appunti universitari, lezioni da seguire e l'ennesima tazza di caffè tiepido sulla scrivania.

L'ho letto e ho capito: è ora.

Mi ero classificata ottava in graduatoria nel concorso all'ASST Lariana per il ruolo di collaboratore amministrativo professionale. E, con quella notizia, arrivava anche una decisione importante: lasciare Crema, la città dove abitavo, il mio lavoro all'ufficio Concorsi dell'ASST di Crema. Lasciare tutto quello che conoscevo, per andare incontro a qualcosa che ancora non aveva un nome. Un salto, senza sapere nemmeno in quale ufficio sarei stata assegnata.

Tutti, o quasi, mi dicevano: “Ma sei sicura?”

“Alla tua età, cambiare tutto?”

“Non ce la farai.”

“Tanto poi torni indietro.”

Ma io no. Io sentivo che era giusto. C'era dentro di me una voce gentile e insistente, che non urlava, ma sussurrava con fermezza: “Vai, è la direzione giusta.”

E non era incoscienza, era coraggio. Quel coraggio sottile che nasce quando smetti di resistere e inizi ad ascoltarti davvero.

Avevo capito che mi ero adagiata su situazioni che non mi facevano più bene, che mi tenevano ancorata a un presente comodo ma insoddisfacente. Non ero felice, ma mi ero abituata. Eppure, il tempo, questo tempo che abbiamo a disposizione, è limitato. E allora ho scelto.

Perdere fiducia in sé stessi è facile quando ci si sente bloccati. Ma quando la vita ti tende una mano, anche nel caos degli esami e delle giornate piene, capisci che è il momento di afferrarla. Accettare quella proposta significava smettere di restare fermi, e cominciare finalmente a muoversi verso ciò che potevo diventare.

Nonostante i giudizi, nonostante lo stupore di chi vede una donna di 53 anni rivoluzionare tutto – città, casa, stile di vita, colleghi, orari, sicurezze – io sentivo di poterlo fare.

Stavo scegliendo la strada che altri non si aspettavano da me, ma che io sognavo da tempo.



In basso a destra: Sonia Liccardi, insieme ai colleghi degli Affari Generali e Istituzionali

E come scriveva Kahlil Gibran, poeta libanese: “la ragione, da sola, è una forza che limita. La passione, da sola, è una fiamma che brucia. Ragione e passione sono i remi e le vele dell'anima.”

Io avevo deciso di prendere in mano entrambi. E andarci, con tutto il cuore. E avevo ragione. Sono qui, a Como, all'ASST Lariana, da oltre quattro mesi. E tutte le sensazioni che avevo si sono confermate. Ho trovato un ufficio dove si respira serenità, colleghi con valori solidi, una responsabile che crede in me e mi sostiene, una direzione attenta e aperta all'innovazione. Mi sento ascoltata, valorizzata, parte attiva di un cambiamento che ho scelto e che sento mio.

Per il resto, ogni giorno è un'occasione per imparare e crescere. Scrivere queste parole per me è un modo per prendermi cura di questa nuova parte della mia vita, per riconoscere il valore della scelta fatta, ma anche per ringraziare chi, qui, ogni giorno, la rende migliore.

È un modo per ricordare che non si è mai “troppo grandi” per iniziare da capo, per fidarsi di un'intuizione, per lasciare andare ciò che non ci appartiene più. Parlare delle nostre emozioni, dei nostri legami, non è solo un modo per riflettere: è un atto di cura verso noi stessi e gli altri. È così che si cambia. Un passo alla volta, una storia alla volta. Perché sì, la vita non è fatta per essere guardata, ma per essere vissuta, davvero.

Sonia Liccardi

Le Flash

FIRMATA LA PREINTESA DI CCNL DEL COMPARTO SANITÀ: ECCO LE NOVITÀ

Sottoscritta lo scorso 18 giugno a Roma, presso l'ARAN (Agenzia Rappresentanza Negoziabile Pubbliche Amministrazioni), la preintesa per il rinnovo di CCNL del comparto Sanità per il triennio 2022-2024 dopo un lungo e articolato percorso negoziale, iniziato nel 2024. Lo sblocco è avvenuto grazie alla firma di una sigla autonoma, consentendo così il raggiungimento della maggioranza necessaria per la validità dell'accordo. Ma vediamo quali saranno le novità più significative introdotte da questo nuovo contratto, che riguarda oltre 580.000 dipendenti non medici del Servizio Sanitario Nazionale.

In merito agli aumenti salariali, vi sarà un incremento medio di 172 euro mensili per 13 mensilità, pari a circa il 6,8% in più rispetto alle retribuzioni precedenti. Gli aumenti variano in base all'inquadramento professionale: ad esempio, un assistente (ex categoria C) riceverà circa 127 euro in più al mese, mentre un professionista della salute (ex categoria D) avrà un incremento di circa 135 euro mensili. Per quanto riguarda la valorizzazione professionale, in questo contratto è stato ampliato l'accesso all'area di elevata qualificazione: oltre alla laurea magistrale con almeno tre anni di incarico di funzione, è ora possibile accedere con una laurea triennale e almeno sette anni di incarico, o con titoli equipollenti ai sensi della Legge 26 febbraio 1999, n. 42, unitamente ad un periodo di almeno sette anni di incarico di funzione. Non solo, verranno effettuati: la riorganizzazione degli incarichi professionali e il potenziamento della formazione continua per migliorare le competenze del personale.



"Grazie all'impegno delle parti è stato raggiunto un accordo utile, equilibrato e orientato al futuro"

Su flessibilità e conciliazione vita-lavoro, i cambiamenti riguardano:

- Settimana lavorativa su quattro giorni. In via sperimentale, è possibile articolare l'orario di lavoro di 36 ore settimanali su quattro giorni, previa adesione volontaria da parte dei lavoratori, garantendo comunque la qualità e il livello dei servizi resi all'utenza.
- Lavoro agile: riconoscimento del buono pasto anche per il lavoro agile e priorità di accesso a questo istituto contrattuale per chi è in situazioni di disabilità o per assistenza a familiari disabili.
- Ferie fruibili anche ad ore e possibilità di concessione di periodi di part-time in deroga alla graduatoria annuale per affrontare necessità temporanee del personale.

Sul versante tutele e welfare, il nuovo contratto prevede una maggiore tutela contro le aggressioni al personale, con l'introduzione di misure per proteggere i lavoratori da aggressioni durante il servizio. Le indennità specifiche sono state aggiornate con lo stanziamento di:

175 milioni di euro per l'indennità di pronto soccorso, 35 milioni per l'indennità di specificità infermieristica e 15 milioni per l'indennità di tutela del malato.

L'ipotesi di contratto dovrà essere ora certificata dagli organi competenti, tra cui il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) e la Corte dei Conti, per poi entrare ufficialmente in vigore. Solo dopo questa fase verranno erogati gli arretrati e gli aumenti in busta paga.

La sottoscrizione è stata resa possibile grazie all'inserimento di specifici elementi richiesti dai sindacati, segno della volontà della parte datoriale di mantenere aperto il dialogo fino all'ultimo. "La contrattazione è sempre un esercizio di mediazione e oggi possiamo affermare con soddisfazione che, grazie all'impegno delle parti, - ha dichiarato a margine del tavolo negoziale il presidente Aran, **Antonio Naddeo** - è stato raggiunto un accordo utile, equilibrato e orientato al futuro". Ora si potrà avviare anche la prossima fase per il rinnovo 2025-2027.



Antonio Naddeo, presidente Aran

Venerdì 25 luglio 2025

Ci ritroviamo alle ore 10 in Auditorium

Festa di Sant'Anna



Lo sai che...



Da sinistra: Simona Cimetti e Rosanna Catella

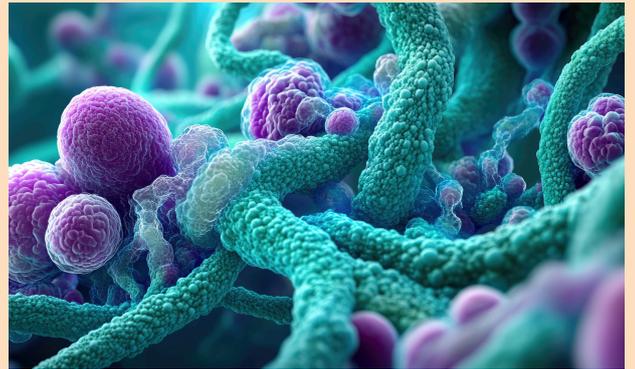
Igiene mani, un incontro a Roma

Le infezioni correlate all'assistenza e le buone pratiche atte alla prevenzione sono i temi al centro dell'incontro cui abbiamo partecipato a Roma al Policlinico Tor Vergata lo scorso 14 luglio. La delegazione di Asst Lariana era composta per la direzione medica di presidio dell'ospedale Sant'Anna da **Rosanna Catella**, responsabile del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e **Stefano Spotti** e per l'ufficio Epidemiologico da **Simona Cimetti**, coordinatrice infermieristica ed esperta in rischio infettivo. Per il Policlinico Tor Vergata sono intervenute la dottoressa **Carmela Cucchi**, coordinatrice infermieristica delle attività cliniche della direzione sanitaria e la dottoressa **Angelica Carnevale**, infermiera. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) si definiscono come infezioni dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale (ospedali, ambulatori di chirurgia, centri di dialisi, lungodegenze, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali). L'incontro è stato l'occasione per un confronto sulle reciproche strategie adottate per il controllo delle infezioni: pratiche di igiene ambientale e relativi protocolli, formazione e audit interni, gestione di pazienti critici e prevenzione, progetti innovativi.

Tra le principali pratiche di prevenzione in ambito sanitario, l'igiene delle mani - con acqua e sapone o con gel idroalcolico - è una procedura estremamente semplice, veloce e a basso costo, che ha però un'elevata importanza. Se eseguita correttamente, può salvare milioni di vite ogni anno.

L'ufficio Epidemiologico di Asst Lariana è composto da Simona Cimetti, che ne è la coordinatrice infermieristica, e dalle infermiere **Anna Fumagalli**, **Elvira Alberti**, **Cristina Casartelli** e **Bruna Porta**.

Candida auris, il fungo invisibile che preoccupa



È ancora poco conosciuta dal grande pubblico ma Candida auris rappresenta una delle minacce emergenti più serie in ambito ospedaliero. Lo confermano le ultime linee guida del **Ministero della Salute** aggiornate al 2024, che la classificano come un fungo ad alta patogenicità, soprattutto per i pazienti immunocompromessi, ossia quelli più fragili, indicando un'intensificazione delle attività di sorveglianza attiva. Può causare infezioni invasive gravi e potenzialmente letali, difficili da trattare perché molti ceppi sono multiresistenti ai farmaci, può essere difficile da identificare, ha una rapida diffusione, ed è riconosciuto come un problema di sanità pubblica globale. Candida auris, infatti, ha caratteristiche peculiari: può colonizzare la pelle e le mucose dei pazienti, ma anche sopravvivere a lungo negli ambienti ospedalieri, rendendo complesse le operazioni di bonifica.

Dal luglio 2019 a tutto il 2023, in Italia sono stati notificati oltre 420 casi in almeno 6 regioni, con una letalità stimata attorno al 40% tra i casi invasivi, secondo i dati dell'**ISS (Istituto Superiore di Sanità)**. In particolare, i casi si concentrano in degenze ad alta complessità, come terapie intensive, oncologie ed ematologie.

Una delle difficoltà principali nella gestione di questo micete è la sua resistenza a più classi di farmaci antifungini, che limita le opzioni terapeutiche. Per questo motivo è raccomandata un'azione coordinata tra clinici, microbiologi e servizi di prevenzione, affinché i pazienti siano isolati tempestivamente e gli ambienti sottoposti a sanificazione mirata. La diffusione di Candida auris è silenziosa ma insidiosa ed è essenziale mantenere alta la vigilanza, promuovere formazione specifica per il personale sanitario, garantire diagnosi tempestive e attuare protocolli rigorosi di prevenzione e controllo.

SocialMente

I post più pop



Cristian Zambuto, durante l'intervista di TG2 Dossier

Asst Lariana Magazine compie un anno: ci piace evidenziarlo per dar risalto a questo spazio dove tutti noi, che facciamo parte dell'azienda, possiamo comunicare alla nostra comunità. Lo abbiamo fatto anche sui canali social raccontando storie professionali, percorsi cominciati e quelli portati a termine, riconoscimenti conquistati e le iniziative, sia nostre, sia quelle cui abbiamo partecipato al fianco delle associazioni, nonché degli stakeholders istituzionali. E il pubblico ci ha seguito con sempre maggiore partecipazione, nuovi follower, tanti commenti, condivisioni e reazioni. Cresce la community (come direbbero gli esperti) che ci circonda, che ci legge, che ci scrive: su Instagram siamo passati da circa 450 follower a 1737 in un anno; su Facebook da 11.069 a 12.160; mentre il profilo LinkedIn ne ha registrati 1.200.

Ma quali contenuti hanno incontrato il maggior gradimento? Quelli che parlano anche senza avere la necessità di un testo scritto, lo testimoniano ben 1,5 milioni di visualizzazioni raggiunte su FB. Sul podio dei post più coinvolgenti, la prima posizione va a "**La Giornata mondiale delle ostetriche**", il 5 maggio scorso, con 730 like e 53.609 click su Facebook, e 20.364 su Instagram. A seguire 39.671 visualizzazioni su FB e 10.384 su Instagram per il post dedicato agli addetti della Vigilanza il 24 giugno, per l'avvio del servizio h24 all'ospedale di Cantù. La medaglia di bronzo la conquista, con oltre 29.000 click su FB e 3.000 su Instagram, il primo impianto di protesi al ginocchio "custom made" eseguito al Sant'Anna dal professor **Francesco Maria Surace**. Per quanto riguarda i video, quello con la copertura maggiore (con 12.745 visualizzazioni su FB) è stata l'intervista Rai di TG2 Dossier al coordinatore infermieristico del Pronto Soccorso **Cristian Zambuto** in occasione della "**Giornata nazionale in memoria delle vittime dell'epidemia di COVID-19**".

Antonio Gioiosa

Il capitano Giglio e la guida galattica

Con oltre 11mila follower su Instagram l'infettivologo **Omar Giglio**, in servizio all'ospedale Sant'Anna, tiene banco sui social parlando di prevenzione, con una particolare attenzione verso diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). E questa volta il medico tenta di conquistare un pubblico generalista con la pubblicazione della sua "**Guida Galattica per la Prevenzione delle IST**". Il tono è quello giocoso già usato nei video da lui editati e pubblicati sui social di Asst Lariana sempre su questo argomento un po' spinoso da affrontare. È così che il dottor Giglio, proponendosi nel ruolo di capitano, ha pensato di ideare un "viaggio nella galassia IST" per addestrare i suoi "aspiranti cadetti della nave della prevenzione", - si legge nell'introduzione - "alla scoperta delle IST e delle strategie per prevenirle". Prima di salire a bordo, - questo è l'invito - occorrerà un'infarinatura sugli argomenti chiave della salute sessuale per affrontare il viaggio con sicurezza e consapevolezza.

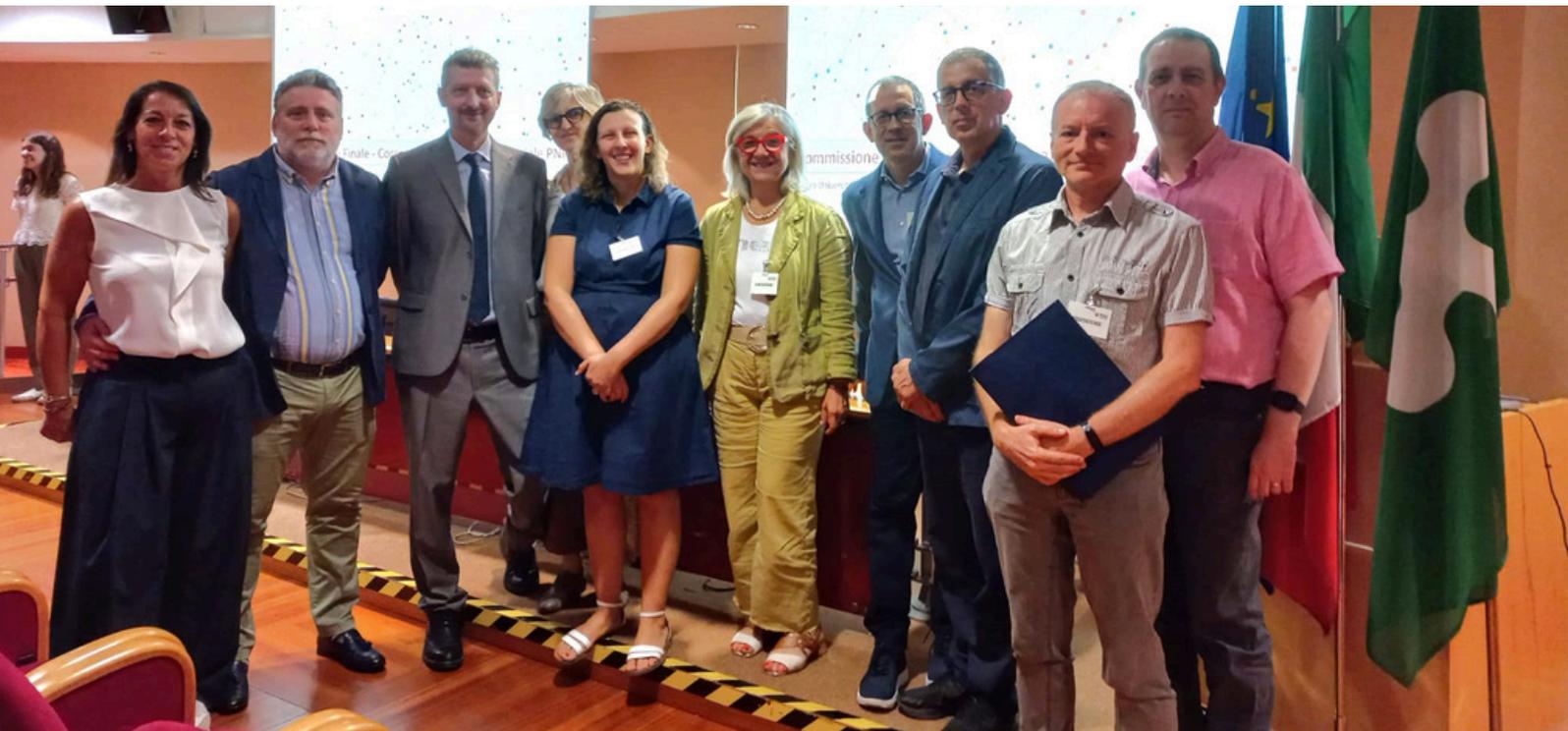
"La conoscenza è la nostra arma più potente contro i nemici invisibili delle IST - assicura,- preparatevi, cadetti: il futuro della vostra salute vi aspetta!".



La copertina del libro scritto da Omar Giglio

Spazio Formazione

I partecipanti al corso “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (PNRR M6 C2 - 2.2 c)”



Telemedicina applicata al governo clinico del paziente cronico con IBD

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (IBD), come colite ulcerosa e morbo di Crohn, rappresentano una sfida crescente per il sistema sanitario. Sono malattie complesse, che colpiscono spesso giovani adulti e richiedono un monitoraggio continuo. In questo contesto, l'ASST Lariana ha ideato un progetto innovativo per migliorare la cura dei pazienti con IBD: un ambulatorio virtuale, basato su strumenti di telemedicina.

Il progetto nasce dalla necessità di offrire assistenza tempestiva, personalizzata e sostenibile. Grazie al supporto del PNRR e alle linee guida della Regione Lombardia, si punta a utilizzare **televisite**, **teleassistenza infermieristica** e **teleconsulti** tra medici per garantire continuità delle cure anche a distanza.

La fase pilota partirà dalla Casa della Comunità di Como, dove un'équipe multidisciplinare – gastroenterologi, medici

di medicina generale, infermieri (IBD Manager) e personale amministrativo – seguirà da remoto centinaia di pazienti, con l'obiettivo di arrivare a oltre 700 presi in carico entro il 2027. Il percorso è stato strutturato secondo il ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), con strumenti di valutazione chiari e obiettivi misurabili. Saranno monitorati indicatori come la riduzione dei ricoveri, la soddisfazione dei pazienti e l'efficienza del servizio.

L'investimento iniziale è significativo, ma i benefici attesi sono molti: riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, minori tempi di attesa, maggiore aderenza alle terapie e qualità di vita migliore per i pazienti. Inoltre, il modello è pensato per essere replicabile in altre realtà. In sintesi, questo progetto rappresenta un passo avanti verso una sanità più vicina al cittadino, dove la tecnologia diventa strumento concreto per umanizzare e migliorare la cura.

Progetto di Gian Marco Idèo, Alberto Pierini, Maria Polito, Ivan Sternativo, Elisabetta Terzuoli

Gestione domiciliare delle sindromi respiratorie nel paziente cronico

Implementazione di una rete tra Medico di Medicina Generale, Infermiere di famiglia e Laboratorio Analisi

Le sindromi respiratorie sono condizioni cliniche che si manifestano maggiormente in pazienti con età superiore ai 65 anni. Solo una diagnosi proattiva può evitare un grave peggioramento clinico. La volontà di intraprendere questo percorso nasce dall'esperienza di medici di Pronto Soccorso e caregiver.

Si stima che tra il 20% e il 33% dei casi di sindrome respiratoria acuta, che arrivano in Pronto Soccorso, potevano essere riconosciuti e trattati già precocemente a domicilio. Inoltre, i pazienti che affiniscono per polmonite e sindrome respiratoria, nel quasi il 70% dei casi si arriva ad un ricovero ospedaliero.

Per inquadrare precocemente le sindromi respiratorie al domicilio, il percorso è quello di implementare una **rete tra MMG, IFeC, Laboratorio Analisi e Pronto Soccorso**, fornendo all'MMG la possibilità di raccogliere al domicilio del paziente un campione respiratorio, per successivamente inviarlo in laboratorio per l'identificazione di 27 agenti eziologici responsabili di polmonite.

I risultati attesi sono il migliorare la gestione domiciliare dei pazienti cronici con più di 65 anni di età, con sindromi respiratorie iniziali, tramite la collaborazione tra MMG e l'utilizzo di sistemi diagnostici di laboratorio per l'identificazione precoce dell'agente eziologico, riducendo almeno il 20% dei ricoveri per patologie respiratorie in fase acuta, con una diminuzione dei costi ospedalieri di almeno 635.986,49 euro.

Progetto di Luca Ferlin, Matteo Ferlin, Massimo Luraschi, Antonio Muscolino

La Rete Stroke nel territorio di ASST Lariana

Dalla valutazione della coesione della rete allo sviluppo di un PDTA interaziendale

Lo stroke rappresenta una delle principali cause di mortalità e disabilità in Italia. Nonostante l'attuale **rete Stroke** dell'ASST Lariana sia formalmente in linea con le direttive regionali (DGR XI/7473/2022), permangono criticità organizzative: frammentazione tra enti, mancanza di protocolli condivisi, assenza di strumenti strutturati di telemedicina.

Il presente progetto, promosso all'interno del PNRR M6C2, ha affrontato il problema valutando la coesione della rete tramite un'analisi organizzativa e una **survey basata sul metodo MADIT**, rilevando un indice complessivo pari a 5,54 (su 10), indicativo di una rete in transizione.

L'approccio integrato ha incluso l'analisi di dati epidemiologici locali (SDO, PNE), che mostrano buoni livelli di appropriatezza clinica e aumento delle trombolisi, ma anche una disomogeneità nella presa in carico. È stato quindi progettato un PDTA interaziendale formalizzato, basato su flow chart, indicatori di esito e strumenti di teleconsulto, da implementare con formazione e monitoraggio continuo.

I risultati attesi prevedono l'estensione dell'analisi agli enti afferenti alla rete dello Stroke (**AREU, Ospedali privati accreditati, associazioni dei pazienti**) e la formalizzazione del PDTA interaziendale finalizzati ad una maggiore tempestività nei trattamenti (Golden Hour), una riduzione delle riammissioni a 30 giorni e un rafforzamento della **rete Stroke** con incremento del valore di coesione oltre 7/10. Il progetto mira a generare valore clinico e organizzativo, con un modello replicabile in altri contesti regionali.

Progetto di Magda D'Astuto, Laura Fusi, Elena Amina Scola



Tempo di una storia



Camminare accanto

*Ogni mattina, la porta si apre su un tempo diverso.
Qui dentro, il tempo non è solo quello segnato dagli orologi, ma quello delle persone.
Il tempo dei piccoli passi, dei silenzi colmi di significato, dei sorrisi che ritornano piano dopo essersi persi per un po'.*

*Nel nostro centro (servizio), ogni persona è molto più di un paziente: è una storia che cammina.
Una storia a volte scomposta, graffiata, silenziosa... ma viva.
Una storia che chiede ascolto, rispetto e possibilità. Non parole vuote, ma gesti concreti.
Uno sguardo che accoglie senza giudicare, uno spazio dove non si è mai "troppo fragili" o "troppo complicati".*

*C'è chi arriva con lo sguardo basso e il cuore affaticato.
Chi non crede più di poter cambiare qualcosa.
Ma lentamente, quasi senza accorgersene, qualcosa si muove. Una routine che dà sicurezza, una relazione che fa da specchio, una parola che arriva al momento giusto.
E poi il giorno in cui ci si alza con un'idea nuova, con una piccola voglia, con la curiosità di provare.*

*Ecco il miracolo quotidiano: vedere la dignità ricomporsi.
Vedere che il disagio non è identità, ma solo una parte del cammino.
Vedere che si può ricominciare.
Qui, ogni traguardo è un mondo: uscire di casa, prendere un autobus, dire "oggi sto meglio".
E non importa quanto ci si mette: ogni passo ha il suo valore, ogni conquista è una bandiera issata con fierezza.*

*In questo luogo fatto di ascolto e presenza, si celebra ogni giorno la forza del cambiamento.
E chi attraversa la soglia non è mai solo un utente, ma qualcuno che, con coraggio, ha deciso di prendersi cura di sé.
E noi, insieme, camminiamo accanto. Non davanti, non dietro. Accanto.*

Concetta Ketty Garziano



Ho letto per voi

Il libro: "Niente di più illusorio" di Marta Pérez-Carbonell

Immagina di salire su un treno notturno. Un treno che ogni sera parte da Londra e viaggia verso la misteriosa Edimburgo. Cosa succederebbe se in quel treno, tra sguardi che si evitano e il silenzio degli scompartimenti, la tua idea di realtà cominciasse a scricchiolare? È proprio questo il cuore di "Niente di più illusorio" di Marta Pérez-Carbonell, un libro che ti porta in un viaggio dove nulla è come sembra.

L'autrice tesse una trama con una ricchezza di parole e sensazioni, quasi come se ogni frase portasse con sé l'eco di voci lontane, dalla quieta malinconia di un poeta americano ai toni intensi e profondi di una poetessa inglese, fino alla precisione incisiva di un'altra voce femminile, scolpendo ogni immagine con cura.

La storia ci porta a bordo di questo treno notturno, dove incontriamo passeggeri che preferiscono non guardarsi, ognuno con i propri pensieri in quel piccolo spazio. Come in un paesaggio invernale dove il silenzio nasconde segreti, l'atmosfera si fa densa di attesa. Tra loro c'è Alicia, una giovane traduttrice che viene dalla Spagna. Lei prende questo treno in un giorno speciale: la penultima domenica di ogni mese. Ma perché? E cosa lega lei e gli altri passeggeri a questo viaggio? Le loro vite, e forse anche la nostra, verranno messe in discussione da qualcosa di strano che confonde il vero con l'immaginato, minacciando di far crollare ogni certezza. Questo libro non è solo una storia, ma un invito a guardare dentro di noi e a chiederci: "E se quello che vedo non fosse la verità completa?".

Le emozioni dei personaggi si dipanano come fili tesi e vibranti, rivelando mondi interiori stretti, a volte al limite del sopportabile.

Pérez-Carbonell è bravissima a farci sentire l'inquietudine e la fragilità della vita attraverso le vicende dei suoi personaggi. Non aspettarti risposte facili; questo libro ti spinge a guardare oltre l'apparenza, a esplorare



MARTA
PÉREZ-CARBONELL
NIENTE
DI PIÙ ILLUSORIO

ROMANZO

Gamma & Feltrinelli

i lati più profondi della mente umana e ad affrontare l'idea che forse, quello che percepiamo, è solo una piccola parte di qualcosa di molto più grande.

"Ciò che era concreto ieri, oggi è solo un'ombra, un ricordo che si perde nella nebbia dei miei pensieri."

Questa frase, che colpisce dritto al cuore della nostra percezione, racchiude il senso del romanzo. L'autrice gioca con la nostra mente, seminando dubbi e domande che si insinuano piano piano, facendoci riflettere a lungo anche dopo aver finito il libro. È una lettura che ti entra dentro e ti costringe a pensare a quanto sia facile cambiare la nostra stessa "verità".

Ogni cosa che credevo certa era come un velo leggero, pronto a sparire al primo soffio di vento inaspettato."

Pérez-Carbonell costruisce una trama che è come un labirinto, dove ogni svolta ti mostra nuove possibilità, nuove illusioni. Ci si sente come chi cammina su una corda sospesa, sapendo che da un momento all'altro potrebbe cadere.

E quando la fine si avvicina, non aspettarti una conclusione chiara o un punto fermo. Invece, l'autrice sceglie di lasciarti con un senso di attesa, con un'eco che continua a risuonare nella tua mente.

Sonia Liccardi

Ho visto per voi

Come sopravvivere a un film di quasi tre ore



Condizione indispensabile: il film deve essere bello.

Sedersi in sala per affrontare quasi tre ore di cinema d'autore russo, tratto da un capolavoro della letteratura del Novecento. Una sfida? Un'esperienza mistica? Un delirio narrativo? Probabilmente tutte queste cose.

“Il maestro e Margherita” di Michail Lokšin è un film ambizioso, barocco, a tratti ipnotico. Porta sullo schermo l'omonimo romanzo di Michail Afanas'evič Bulgakov, che di per sé è già un'opera labirintica, piena di simbolismi, satira, magia e religione. Il regista russo decide di non “semplificare” la trama di partenza, al contrario la abbraccia con tutto il suo caos e la sua potenza visionaria, mescolando realtà sovietica, misticismo e amore.

Ma il vero punto di forza di questa narrazione, secondo me, è racchiudere nella narrazione più livelli temporali: la biografia di un autore censurato, la comparsa del diavolo in persona e una donna pronta a tutto per amore.

Visivamente, il film è un affresco potente, curato nei minimi dettagli, dove ogni scena è carica di azione e significato.

Con la consapevolezza di non poter comprendere tutto, di lasciarsi trasportare più dalle emozioni che dalla logica.

Perché alla fine, se si accetta tutto questo, “Il maestro e Margherita” non è solo una maratona: è un'esperienza. Che lascia domande, suggestioni, e la sensazione (forse illusoria) di aver intravisto qualcosa di molto più grande.

Antonio Gioiosa

Seguici

Sito ASST Lariana

www.asst-lariana.it

Instagram

[instagram.com/asstlariana](https://www.instagram.com/asstlariana)

facebook

[facebook.com/asstlariana](https://www.facebook.com/asstlariana)

LinkedIn

[linkedin.com/company/asstlarianareal](https://www.linkedin.com/company/asstlarianareal)

