

## **Un Centro diurno geriatrico: una iniziativa dell'Ospedale che promuove la salute**

Anna-Laurence Le Faou, Anna Ozguler, Nicole Okra e Jean Laudet

La popolazione anziana sta divenendo un problema critico per la Salute Pubblica, in particolare il numero crescente di malattie croniche e della demenza e la disabilità e dipendenza correlata. Di conseguenza vi è un bisogno sempre crescente di ricorso all'ospedale all'assistenza istituzionale e di richiesta di risorse oltre alle conseguenze economiche correlate alla crescente percentuale di pensionati. Nell'Unione Europea, la percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne era del 16,3% nel 2000 e cresce continuamente (Eurostat, 2002). Le proiezioni prevedono per il 2030 che circa il 20-25% della popolazione sarà oltre i 65 anni (Sermet e Grandjean, 1998).

Nel 21° secolo, è probabile che l'evoluzione delle condizioni sociali e le misure di prevenzione miglioreranno le condizioni e l'autonomia, ritardando così le conseguenze dei problemi legati all'età. Ciononostante, l'integrazione sociale delle persone anziane non-autosufficienti richiede lavoro sociale, assistenza sociale e pianificazione sociale che non è ancora disponibile. La maggior parte degli anziani non-autosufficienti vive a casa e preferisce restare a casa piuttosto che essere istituzionalizzata. Circa l'86% degli anziani vive a casa nonostante il suo livello di dipendenza (Sermet e Grandjean 1998). Il grado di dipendenza negli anziani francesi che vivono a domicilio è : 2,4% costretti a letto o in poltrona, 5,4% necessitanti di aiuto per andare in bagno o vestirsi, 9,7% non in grado di uscire senza l'aiuto di un'altra persona (Breuil-Genier, 1998).

In Francia vi è un impegno politico allo sviluppo di servizi di aiuto e domicilio in risposta alla tendenza demografica e alle preferenze degli utenti (Kerjosse, 1998). Ciononostante, mancano ancora reti sociali e sanitarie coordinate fra ospedali e settore delle cure primarie.

La politica sanitaria francese non fa riferimento ai principi fondamentale dell'OMS : "I professionisti della salute hanno un ruolo importante nel far crescere e potenziare la promozione della salute" (OMS, 1986a): La politica sanitaria francese non ha mai citato la Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (OMS,1986b) che è centrata sui principi che dovrebbero essere applicati negli Ospedali ( Health and Welfare Canada editore 1990; OMS, 1991). D'altro lato l'assistenza medica generalizzata è garantita alla popolazione che vive in Francia (Depeyroux e Pretot, 2000).

Nonostante il termine promozione della salute non esista nella legislazione, nuovi progetti sono stati implementati al fine di promuovere il coordinamento dell'assistenza fra fornitori di cure sanitarie. Questo articolo tratta del programma della rete HPH dell'OMS in un ospedale pubblico geriatrico in Parigi, l'Ospedale Vaugirard, che è stato inaugurato nel Dicembre 1991 (Le Faou et al. 1998; Pelikan et al: 2001)

L'Ospedale Vaugirard è un ospedale di distretto con una unità per acuti (10 letti), unità di riabilitazione (124 letti ) e unità per lungodegenti (181 letti). La degenza media è 20,4 giorni dell'unità per acuti, 47,2 giorni nelle unità riabilitative e 762 giorni nelle lungodegenze.

Il Consiglio di Amministrazione voleva che l'Ospedale Vaugirard divenisse l'ospedale geriatrico di riferimento del distretto con l'aiuto dei Medici di famiglia (MF). E' un ospedale geriatrico pilota, con strutture innovative, che serve da esempio per gli ospedali geriatrici urbani.

L' Ospedale Vaugirard ha aperto un Centro diurno nell'Aprile 1994. Esso ha raggiunto la piena capacità, 20 letti, nel settembre 1995. Esso offre assistenza, strutture riabilitative e seminari assistenziali per difficoltà della memoria, della minzione e della deambulazione. Controlli medici sono forniti a richiesta dei medici di famiglia. In effetti dal 1994 il Centro diurno ha fornito una alternativa al ricovero in struttura permettendo ai pazienti di restare a casa o di lasciare l'ospedale più rapidamente dopo un breve ricovero. Inoltre, al fine di favorire la compartecipazione fra ospedale e settore delle cure primarie, l' Ospedale Vaugirard ha sviluppato una rete assistenziale che mira a rispondere alle richieste dei medici di famiglia e dei famigliari, dando informazioni prima del ricovero di un anziano nell'ospedale e per preparare la sua dimissione contattandole varie organizzazioni di supporto del distretto.

E' stata condotta una indagine al fine di descrivere le caratteristiche (socio-demografiche e mediche) dei pazienti del Centro diurno. E' stato fatto un confronto fra i pazienti del Centro diurno e delle unità di riabilitazione per identificare differenti caratteristiche fra i due gruppi di pazienti.

## Metodi

### Popolazione

L'Ospedale Vaugirard fornisce 4 tipi di servizi: centro diurno, unità per acuti, unità riabilitative e lungodegenza. Lo studio sulla popolazione è stata fatta sui pazienti ricoverati al Centro diurno e su quelli ricoverati in ospedale. Ogni nuovo paziente ricoverato nel 1995 al Centro diurno è stato incluso. Questo gruppo è indicato come gruppo del Centro diurno (n = 84)

Un gruppo di confronto fu tratto dai pazienti ospedalizzati, tenendo in considerazione il fatto che parte di questo gruppo potrebbe beneficiare della struttura del Centro diurno.

I nostri criteri di selezione per tale gruppo erano i seguenti: non necessità di assistenza a lungo termine né acuzie. I lungodegenti non furono selezionati perché avevano un grave dipendenza e generalmente restavano in ospedale sino alla morte. D'altro lato i casi acuti sono ricoverati per una malattia acuta. Di conseguenza non appartengono al gruppo di controllo. Le unità riabilitative furono scelte prendendo in considerazione il fatto che i pazienti senza urgenze sono ricoverati su base regolare per una permanenza di medio termine. Tali unità offrono assistenza medica, fisioterapia, terapia occupazionale, terapia del linguaggio, attività psicomotorie e

riabilitazione per l'incontinenza urinaria. Di conseguenza le caratteristiche dei pazienti di queste unità possono essere confrontate con quelle del gruppo del Centro diurno. I pazienti ricoverati nello stesso anno nelle unità riabilitative dell'Ospedale Vaugirard furono inclusi attraverso una regolare rassegna giornaliera. Questo gruppo fu chiamato il gruppo della riabilitazione (n = 160). Criteri di esclusione per il gruppo del Centro diurno furono quelli che rifiutarono di partecipare all'indagine o che erano già stati registrati nel gruppo della riabilitazione (n = 2). Nel gruppo della riabilitazione i criteri di esclusione furono le persone che erano già state incluse nel gruppo del Centro diurno o pazienti che erano già stati registrati nel gruppo della riabilitazione o perché erano già ricoverati o erano stati nuovamente ricoverati o perché avevano rifiutato di partecipare all'indagine (n = 5). Al termine l'indagine coinvolse un totale di 82 pazienti del gruppo del Centro diurno e 155 pazienti del gruppo della riabilitazione.

Per il gruppo del Centro diurno, il personale sanitario (medici e infermieri) compilarono un questionario per ogni paziente. Per il gruppo della riabilitazione i ricercatori (medici) raccolsero i dati dalla cartella clinica, dalla cartella infermieristica, da interviste degli infermieri e compilarono lo stesso questionario.

#### Il questionario

Il questionario per l'indagine fu disegnato per questo studio usando scale convalidate e domande specifiche riguardanti l'organizzazione assistenziale dell'Ospedale Vaugirard, dopo incontri fra esperti di sanità pubblica e i geriatri del Vaugirard. Dopo uno studio pilota, il questionario finale comprendeva domande sulle variabili anagrafiche (età, sesso, condizione matrimoniale) abitative, caratteristiche della rete sociale (visite giornaliere da parte di parenti, amici stretti, vicini o volontari) condizione medica usando la classificazione internazionale delle malattie (ICD9), livello di non-autosufficienza misurata con l'indice di Katz di indipendenza nella attività della vita quotidiana (Katz et al. 1970) (ADL), la copertura sociale, abitazione e servizi al 100% prima del ricovero, le procedure di ammissione all'ospedale, le relazioni fra medico di famiglia, operatori sanitari e sociali del distretto e il personale dell'Ospedale Vaugirard e i motivi dell'ospedalizzazione nel Centro diurno coi servizi prestati.

#### Metodi statistici

Per il confronto fra gruppi vennero usati il t-test a due code, il CHI quadro e il test esatto di Fisher. I calcoli vennero eseguiti con il software Statview (Statview, 1996)

#### Risultati

##### Variabili demografiche

Nel gruppo del Centro diurno l'età media era 82,2 anni contro gli 84,7 anni del gruppo di riabilitazione (p = 0.013). Non vi erano differenze significative per il sesso (tabella I)

**Tabella I Distribuzione della popolazione per età, sesso, stato matrimoniale**

	Gruppo del Centro diurno		Gruppo riabilitativo		p
Età (media)	82,2		84,7		0.013
Sesso n. (%)					0.367
Maschi	20	(24,39)	30	(19,35)	
Stato matrimoniale n. (%)					0.017
Sposati	24	(29,27)	26	(14,77)	
Vedovi	41	(50,00)	78	(50,32)	
Divorziati	8	( 9,76)	9	( 5,81)	
Mai sposati	8	( 9,76)	32	(20,54)	
Sconosciuto	1	( 1,21)	10	( 6,45)	

Per quanto riguarda lo stato matrimoniale vi erano significativamente più persone mai sposate nel gruppo della riabilitazione (tabella I) . Noi osservammo che più persone vivevano da sole nel gruppo della riabilitazione. Ciononostante, non vi erano differenze significative per quanto riguarda la rete sociale fra i due gruppi (tabella II). Per il maggior tempo solo la famiglia visitò i propri famigliari (68,7%) piuttosto che i vicini, amici e volontari. Inoltre, i pazienti del gruppo del Centro diurno avevano maggiore probabilità di avere qualcuno presente a casa ogni giorno in confronto al gruppo della riabilitazione (tabella II)

**Tabella II Distribuzione della popolazione secondo la rete sociale e l'abitazione**

	Gruppo del Centro diurno		Gruppo della riabilitazione		p
Soli n. (%)					0.0017
Si	45	54,88	107	69,03	
No	37	45,12	44	28,39	
Sconosciuto	0	0	4	2,58	
Rete sociale					0.169
Si	81	98,78	143	92,26	
No	1	1,22	7	4,32	
Sconosciuto	0		5	3,23	
Visite quotidiane					0.921
Si	50	60,98	82	52,90	
No	32	39,02	54	34,84	
Sconosciuto	0	0,00	19	12,25	
Abitanti del 15° Distretto di Parigi	75	91,46	141	90,97	

Abitazione					0,055
Casa	1	1,22	1	0,65	
Appartamento	79	96,34	132	85,16	
Casa di cura	1	1,22	3	1,93	
Casa di riposo	0	0,00	7	4,51	
Altro	1	1,22	1	0,65	
Sconosciuto	1	1,22	11	7,10	
Ascensore					0,288
Si	51	62,96	81	52,26	
No	13	16,05	31	20,00	
Sconosciuto	17	20,99	43	27,74	

---

#### Abitazione

La maggior parte delle persone vivevano nel 15° Distretto di Parigi in cui si trova l'Ospedale Vaugirard. La maggior parte della gente viveva in appartamenti, ma vi erano più pazienti che vivevano nella case di riposo nel gruppo della riabilitazione. Si deve sottolineare che una larga percentuale di anziani non aveva a disposizione l'ascensore nella propria casa (tabella II)

#### Situazione sanitaria, non-autosufficienza e copertura sociale

La storia clinica remota dei pazienti era molto differente fra i due gruppi. Nel gruppo del Centro diurno le malattie più frequenti erano l'Alzheimer e le altre demenze (52,4%), l'ipertensione (28%) e la depressione (25,6%). Nel gruppo della riabilitazione le malattie più frequenti erano l'ipertensione (38,7%), la cardiopatia coronarica (17,4%) e le aritmie (16,3%) (tabella III)

L'indice di Katz di Indipendenza nelle Attività di Vita Quotidiana (ADL) misurato al momento del ricovero era significativamente differente fra i due gruppi ( $p < 0,001$ ): il gruppo del Centro diurno aveva un più elevato livello di indipendenza (ADL = 13,2) che il gruppo della riabilitazione (ADL = 9,3). La copertura sociale al 100% dei pazienti era differente fra i due gruppi: più alta per il gruppo del Centro diurno (90,2%) contro il 68,4% del gruppo della riabilitazione.

#### Servizi di sostegno a casa prima del ricovero

Non vi erano differenze significative fra i due gruppi per quanto riguarda l'assenza di servizi di sostegno a casa e la disponibilità di almeno un aiuto a casa prima del ricovero: 40% del gruppo del centro diurno e 47% del gruppo della riabilitazione non avevano alcun aiuto istituzionale a casa. Quando i pazienti avevano un servizio di aiuto a domicilio prima del ricovero, è stato calcolato per entrambi i gruppi una media di 1,6 di servizi di aiuto domestico. L'aiuto fornito era differente nei 2 gruppi; una maggior proporzione del gruppo del Centro diurno aveva aiuto

da parte di un infermiere o di una ADEST in confronto al gruppo della riabilitazione (tabella IV)

Procedure di ammissione e contatto col medico di famiglia

Le procedure di ammissione all'ospedale erano significativamente differenti fra i due gruppi. La maggior parte dei pazienti del centro diurno (76,6%) venivano dall'ambulatorio geriatrico del Vaugirard, mentre l'84,5% del gruppo della riabilitazione veniva da un altro ospedale che forniva le cure acute secondo l'organizzazione degli ospedali francesi: la regolamentazione stabiliva che i pazienti ammessi alle unità di riabilitazione dovevano essere inviati dai sanitari che lavorano nelle unità per acuti. Per quanto riguarda il ruolo dei Medici di Famiglia nella assistenza fornita durante le degenze, è da notare che circa  $\frac{3}{4}$  dei MF erano in regolare contatto con l'ospedale Vaugirard nel gruppo del Centro diurno mentre il 55% erano in contatto nel gruppo della riabilitazione ( $p = 0.005$ ). Inoltre il contatto coi MF era osservato più frequentemente nel gruppo del Centro diurno (69,1%) che in quello della riabilitazione (20%)

**Tabella III Storia clinica remota della popolazione**

	Gruppo del Centro diurno (n = 82)		Gruppo della riabilitazione (n = 155)	
	n	%	n	%
<b>Cardiovascolare</b>				
Ipertensione	23	28,05	60	38,71
Coronaropatia	14	17,07	27	13,55
Scompenso congestizio	6	7,32	12	7,74
Aritmia	16	18,51	25	16,13
<b>Disordini neurologici, psichiatrici e di dipendenza</b>				
Alzheimer	32	39,02	12	7,74
Altre demenze	11	13,41	5	3,23
Malattie cerebrovascolari	2	2,44	19	12,26
Depressione	21	25,61	18	11,61
<b>Sistema muscoloscheletrico</b>				
Mono e poli-artrite	11	13,42	9	5,80
Fratture arti superiori	2	2,44	19	12,26
Fratture arti inferiori	7	8,64	18	11,61
<b>Malattie oftalmiche e otorino</b>				
Sordità	6	7,32	13	8,39
Cecità	2	2,44	5	3,23
Glaucoma	5	6,10	2	1,29
Cataratta	0	0,00	24	15,58

**Tabella IV Servizi di aiuto domestico prima del ricovero**

	Gruppo del Centro diurno (n = 82)		Gruppo della riabilitazione (n = 155)		p
	n	%	n	%	
Infermieri	25	30,49	27	17,42	0.028
Domestiche	30	36,58	68	43,87	0.279
ADEST	12	14,63	8	5,18	0.013
Altri ( fisioterapisti, volontari, ecc.)	14	18,30	29	23,55	0.756

**Tabella V Procedure di ammissione, MF in contatto regolare col personale del Vaugirard, Contatti coi MF durante le degenza**

	Gruppo del Centro diurno (n = 82)		Gruppo della riabilitazione (n = 155)		p
	n	%	n	%	
Procedure di ammissione					0.0001
Visita geriatrica	62	76,61	18	11,60	
Reparti per acuti	6	7,32	131	84,52	
Altri	14	17,07	6	3,88	
MF in contatto col					
Personale ospedaliero					0.005
Si	61	74,39	86	55,48	
No	19	23,17	49	31,61	
Sconosciuto	2	2,44	20	12,90	
Contatti coi MF durante					
il ricovero					0.0001
Si	57	69,51	31	20,00	
No	18	21,95	98	63,23	
Sconosciuto	7	8,54	26	16,77	

### Centro diurno ospedaliero

Nel Centro diurno ospedaliero, la frequenza dei ricoveri fu la seguente: 15,8% venivano una volta alla settimana, 42,7% due volte alla settimana e un terzo tre volte alla settimana. L'Ospedale Vaugirard generalmente organizzava il trasporto dei pazienti (84% dei pazienti). La maggior parte del tempo la gente raggiungeva l'ospedale in ambulanza (tabella VI)

**Tabella VI Centro diurno ospedaliero: frequenza dei ricoveri**

Gruppo del Centro diurno ( n = 82)		
	n	%
Frequenza del ricovero		
- una volta alla settimana	13	16,46
- due volte alla settimana	35	44,30
- tre volte alla settimana	27	34,18
- solo per un check up	4	5,06

Fra i pazienti del Centro diurno, i ricoveri erano dovuti ai seguenti motivi: tenere i pazienti a casa (67% dei pazienti), fornire un controllo clinico (55%) e preparazione per un ricovero in una unità di lungodegenza dell'Ospedale Vaugirard (6%) ( Tabella VII). Il Centro diurno ospedaliero forniva i seguenti servizi (Tabella VIII): check up della diagnosi (60%), prevenzione della dipendenza (73%), esercizi per la memoria (52%) e fisioterapia (44%). Nel gruppo del Centro diurno, 44 pazienti (54%) furono dimessi durante il periodo di osservazione: 48% di questi furono ricoverati in una unità di lungodegenza, 45% tornarono a casa e 7% furono ammessi a una unità di riabilitazione.

**Tabella VII Cause del ricovero nel Centro diurno ospedaliero**

Gruppo del centro diurno ( n = 82)		
	n	%

Controllo medico	16	19,51
Mantenimento al domicilio	21	25,61
Riduzione della durata della degenza ospedaliera	5	6,10
Preparazione per la lungodegenza	3	3,66
Controllo medico e mantenimento al domicilio	27	32,93
Controllo medico e preparazione alla lungodegenza	2	2,44
Mantenimento a casa e riduzione della degenza	7	8,53
Altro	1	1,22

**Tabella VIII Descrizione dei servizi forniti nel centro diurno ospedaliero**

	Gruppo del centro diurno ( n = 82)	
	n	%
Controllo della diagnosi	49	59,76
Fisioterapia	40	43,64
Terapia occupazionale	9	10,98
Terapia del linguaggio	7	8,54
Terapia psicomotoria	18	21,95
Psicoterapia	26	31,71
Attività di vita quotidiana	60	63,17
Esercizi per la memoria	43	52,44
Trattamenti specifici *	10	12,20
Altri	19	23,17

\* problemi urinari, turbe comportamentali

### Discussione

I nostri risultati dimostrano che il centro diurno ospedaliero fornisce assistenza a un nuovo gruppo di pazienti in termini di rete sociale, storia medica pregressa, copertura sanitaria e tipo di servizi di sostegno domiciliare prima del ricovero al Centro diurno dell'Ospedale Vaugirard.

I risultati che riguardano il gruppo del centro diurno permettono di identificare le caratteristiche delle persone anziane che beneficiano di tale servizio. Si tratta di una popolazione specifica che usufruisce di una rete di sostegno sociale ben sviluppata. Le famiglie e i fornitori di cure sanitarie costituiscono la rete più importante per i pazienti. Fra i fornitori di cure sanitarie i medici di famiglia avevano un ruolo centrale, tenendo in considerazione il fatto che in Francia il

MF è responsabile per la prescrizione di assistenza infermieristica, aiuto domestico e fisioterapia. Inoltre la partecipazione dei MF alla rete assistenziale dell'Ospedale Vaugirard contribuiva a mantenere gli anziani a domicilio. Questi risultati sono in accordo con altri studi che dimostrano l'importanza della rete sociale. Tale rete può consistere di (i) aiuto informale da parte delle famiglie e (ii) servizi formali forniti da professionisti della salute (World Health Organisation Technical Report Series, 2000; Boersma et al 1997; Gaugler et al 2000; Liu et al. 2000; Walter-Ginzburg et al 2001). Nell'Ospedale Vaugirard tale studio ebbe implicazioni pratiche. Un appartamento al piano terreno venne concesso per sistemare un gruppo di persone non-autosufficienti anziane senza rete sociale. Queste persone con gravi malattie neurologiche e impedimenti fisici vivevano in un ambiente caldo mentre erano seguiti dal personale ospedaliero. Un'altra conseguenza di questo studio è stata l'implementazione di una rete gerontologica costituendo un programma di scambio di personale per gli infermieri. Gli infermieri di distretto coinvolti nell'assistenza a domicilio lavoravano nell'Ospedale Vaugirard mentre i loro colleghi visitavano i pazienti a casa. Questo programma rese possibile al personale e agli infermieri del distretto di rafforzare il coordinamento fra il personale dell'Ospedale Vaugirard e i professionisti sanitari del distretto.

Il programma di assistenza diurna del Vaugirard era un approccio completamente nuovo per promuovere la salute e il benessere degli anziani nel distretto. Il centro diurno ospedaliero aveva un duplice ruolo: il controllo della diagnosi e la prevenzione della non-autosufficienza con un approccio multidisciplinare (praticare le attività della vita quotidiana, esercizi per la memoria, fisioterapia). I Gerontologi sostengono lo sviluppo di tali Centri diurni ospedalieri in Francia. La proposta raccomanda due tipi di centri diurni ospedalieri: 1) un Centro diurno ospedaliero per anziani che abbisognano di controlli sanitari a richiesta dei MF. E' richiesto un approccio multidisciplinare, infermieri sanitari e socio-assistenziali, fisioterapisti della riabilitazione e psicologi; 2) un centro diurno ospedaliero per i pazienti con Alzheimer per evitare ricoveri a lungo termine non necessari. Nel nostro studio la demenza è stata la causa maggiore di ricovero nel gruppo del centro diurno (vetel,1997). Ciononostante noi abbiamo osservato che metà dei pazienti del gruppo del Centro diurno che furono dimessi dal centro diurno ospedaliero ritornarono alle loro case. Gli altri pazienti furono istituzionalizzati in lungodegenze, case di riposo o continuarono a essere seguiti al centro diurno ospedaliero. La rete sociali gioca un ruolo fondamentale per mantenere gli anziani a casa, La collocazione dell'Ospedale Vaugirard nel centro della città facilita le visite dei famigliari e la partecipazione dei pazienti alla vita quotidiana dell'area circostante. Una politica di costruire gli ospedali geriatrici o di ristrutturare ospedali per acuti fu implementata nell'area metropolitana di Parigi sul modello dell' Ospedale Vaugirard ( per es. l'Ospedale Bretonneau che ha aperto le porte nel 2001 e che era precedentemente un ospedale pediatrico).

La letteratura riguardante i centri diurni ospedalieri per anziani è orientata sulle patologie più che sui problemi dell'età. I pazienti con ictus sono particolarmente studiati in rapporto alle

strutture diurne nei confronti della gestione globale sanitaria che corrisponde alle strutture di ricovero (riabilitazione acuta e lungodegenza). Hui et al. Hanno studiato centoventi pazienti anziani con ictus, che venivano assegnati in modo casuale a assistenza in regime di degenza o al Centro diurno. Essi dimostrarono che il centro diurno geriatrico accelerava il ricupero funzionale e riduceva le visite ambulatoriali senza costi addizionali (Hui et al, 1995). Comunque all'arruolamento fu combinato un sostegno familiare o della comunità per entrambi i gruppi di trattamento. Nel nostro studio, la rete sociale costituiva un'importante differenza fra i due gruppi.

Una rassegna della letteratura di studi randomizzati della riabilitazione in day hospital in pazienti con ictus non riuscì ad evidenziare una riduzione della disabilità e dell'handicap e una ottimizzazione della qualità di vita. Tuttavia gli autori commentavano la scarsa qualità metodologica dei 15 studi selezionati e la necessità di ottenere una definizione standardizzata di Centro diurno ospedaliero (Dekker et al.1998). La frequenza ad un day hospital sembra essere efficace nel prolungare la vita indipendente per gli anziani che necessitano di riabilitazione in uno studio sistematico di 12 studi controllati, ma non vi era chiaro vantaggio nei confronti di altre cure comprensive (Foster et al. 1999). In questa rassegna, gli autori sottolineano l'importanza degli studi randomizzati, che sono difficili da condurre in questo tipo di popolazione per ragioni etiche e pratiche.

Un'analisi Cochrane concludeva che il Centro diurno ospedaliero per gli anziani risultava più efficace del non fare alcun intervento in rapporto ai seguenti criteri: esiti medici al follow up e livello di non-autosufficienza. D'altro lato il Centro diurno ospedaliero non presentava vantaggi chiari rispetto ad altre forme di servizi medici comprensivi per gli anziani (Foster et al 2000). Quando venivano esaminate le risorse impiegate, il Centro diurno ospedaliero dimostrò una tendenza alla riduzione nell'uso di letti ospedalieri e di istituzionalizzazione dei pazienti. I costi del day hospital erano maggiori per 9 dei 12 studi, in confronto all'assistenza comprensiva, all'assistenza non comprensiva e alla assistenza domiciliare (Foster et al. 2000). D'altro lato solo due analisi presero in considerazione i costi a lungo termine (Gladman et al. 1994; Young e Foster,1993) Questi studi economici erano centrati sui pazienti con ictus col confronto fra Centro diurno a cura domiciliari. Di conseguenza le loro conclusioni non possono essere extrapolate alla nostra popolazione. Un lavoro più recente ha indagato se i benefici di un programma di day hospital geriatrico superavano i costi nei confronti di una coorte storica. Gli autori trovarono che il rapporto costo/benefici era favorevole per il programma di day hospital prendendo in considerazione il guadagno in autonomia funzionale (Tousignant et al.2003) Il nostro studio non prende in considerazione le conseguenze economiche dell'organizzazione del Centro diurno ospedaliero in termini di: evitare ospedalizzazione per acuti, costi a lungo termine, partecipazione ai costi delle famiglie e aiuto informale e formale. Ulteriori studi sarebbero necessari per valutare i costi diretti ed indiretti prendendo in considerazione gruppi confrontabili

Il programma degli Ospedali per la Promozione della Salute (HPH) può servire come modello per : (i) favorire una maggior cooperazione fra ospedali e sistema delle cure primarie (Aujoulat et al 2001) , (ii) sviluppare standards di qualità dell'assistenza, programmi di assicurazione della qualità e procedure di accreditamento. Questi progetti HPH potrebbero essere inclusi nei criteri per l'accREDITAMENTO degli ospedali con attività specifiche quali gli ospedali geriatrici.

#### Ringraziamenti

Noi siamo in debito col personale dell'Ospedale Vaugirard per la loro attiva partecipazione al programma HPH al pari che col Dr.Karl Krajic, il prof. Jurgen Pelikan e la Dr.ssa Mila Garcia Barbero per il loro sostegno durante lo studio pilota HPH.

#### Bibliografia