

IL PAZIENTE GERIATRICO NEL PERCORSO OSPEDALE –TERRITORIO

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA GERIATRICA: DALL'OSPIZIO ALLE MODERNE FORME ASSISTENZIALI



26 MAGGIO 2018
sede dell' OMCeO di Terni
"Sala Maurizio Gentile".

MARINA MARINELLI
RESPONSABILE R.S.A. «LE GRAZIE»
DISTRETTO DI TERNI
USL UMBRIA 2

LA STORIA

IL NOSTRO ISTITUTO E'
COMPOSTO DA UNA SERIE DI
STRUTTURE EDILIZIE CHE
FURONO EDIFICATE TRA IL **1472**
E IL 1482 PER DARE OSPITALITA'
AI FRATI MINORI





**NELLA SECONDA META' DEL 1800
NEL NOSTRO PAESE MOLTI BENI
DELLA CHIESA FURONO TRASFERITI
ALLO STATO E L'INTERO COMPLESSO
EDILIZIO DIVENNE PROPRIETA' DEL
COMUNE DI TERNI.**



**NEL 1929 L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE ISTITUI' ANNESSO ALLA CHIESA,
UN OSPIZIO PER CRONICI E MENDICANTI CHE POI, FRA GLI ANNI 30 E GLI
ANNI 40, DIVENNE UNA CASA DI RIPOSO.**



INGRESSO DAL PARCO DELLE GRAZIE



COMUNE DI TERNI

Vol.

Deliberazione della Giunta Municipale

N. 328

Data 28.2.1958

OGGETTO:

Ricovero di vecchi inabili alla casa di Riposo delle "Grazie" di Terni.
Controdeduzioni alla ordinanza di rinvio da parte della G.F.A. della deliberazione n. 1102 del 21 agosto 1957.

L'anno millenovecentocinquantesimo il giorno ventotto

del mese di febbraio

alle ore 17,30 in una sala della Civica Residenza, si è riunita la Giunta

Municipale, sotto la presidenza del Sindaco Sig. EMILIO SECCI.

Sono presenti gli Assessori effettivi:

Sig. ALFREDO URBINATI

Sig. ANGELO MORETTI

Sig. ~~REMO RIGHETTI~~ assente

Sig. BRUNO GALIGANI

Sig.ra ERSILIA STEFANINI

Prof. EZIO OTTAVIANI

e gli Assessori supplenti:

Ins. ALFIO CATANIA

Sig. ~~LUIGI CAMPAGNA~~ assente

Assiste il Segretario Generale del Comune Dott. RENATO NAPOLI.

Il **Sindaco**, constatata la legalità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta.

/Sm COMUNE DI TERNI

Deliberazione della Giunta Municipale

N. 1128

Data 4/7/1958

OGGETTO:

Ricovero dell'indigente inabile ~~Fabrizi~~ Elvire nella Casa di Riposo delle "Grazie" di Terni.

==

UFFICIO COMUNALE
DI RAGIONERIA

Visto per l'adunanza

L'anno millenovecentocinquantesimo il giorno quattro

del mese di luglio

alle ore 18,30 in una sala della Civica Residenza, si è riunita la Giunta

Municipale, sotto la presidenza del Sindaco Prof. EZIO OTTAVIANI.

Sono presenti gli Assessori effettivi:

Sig. ALFREDO URBINATI

Sig. ANGELO MORETTI

Sig. REMO RIGHETTI

Sig. BRUNO GALIGANI

Sig.ra ~~ERSILIA STEFANINI~~ assente

Sig. OVIDIO LAURETI

e gli assessori supplenti:

Ins. ALFIO CATANIA

COMUNE DI TERNI

Deliberazione della Giunta Municipale

MORICI CATERINA

L'anno millenovecentocinquanteotto il giorno otto

N. 1861

del mese di novembre

Data 8/11/1958

alle ore 12,15 in una sala della Civica Residenza, si è riunita la Giunta

OGGETTO:

Municipale, sotto la presidenza del Sindaco Prof. EZIO OTTAVIANI.

Ricovero nella Casa
di Riposo dello
Graino dell'indi-
gente inabile Mori-
ci Caterina fu Fran-
cesco.

Sono presenti gli Assessori effettivi:

Sig. ALFREDO URBINATI

~~Sig. ANGELO MORETTI~~ assente

~~Sig. REMO RIGHETTI~~ " "

Sig. BRUNO GALIGANI

~~Sig.ra ERSILIA STEGANINI~~

Prof. DANTE SOTGIU' " "

Sig. OVIDIO LAURETI

e gli assessori supplenti:

UFFICIO COMUNALE
DI RAGIONERIA

COMUNE DI TERNI

Deliberazione della Giunta Municipale

L'anno millenovecentocinquantanove il giorno dieci

N. 10

del mese di gennaio

Data 12/1/1959

alle ore 17,30 in una sala della Civica Residenza, si è riunita la Giunta

OGGETTO:

Municipale, sotto la presidenza del Sindaco Prof. Dott. EZIO OTTAVIANI.

Ricovero nella Casa
di Riposo dello "Gra-
zio" dell'indigente
inabile Grimaldi Gia-
cinto.

Sono presenti gli Assessori effettivi:

~~Sig. ALFREDO URBINATI~~ assente

Sig. ANGELO MORETTI

Sig. REMO RIGHETTI

Sig. BRUNO GALIGANI

~~Sig. OVIDIO LAURETI~~ assente

Prof. Dott. DANTE SOTGIU'

e gli assessori supplenti:

UFFICIO COMUNALE DI RAGIONERIA
IMPUTAZIONE DELLA SPESA

Sig. Ins. ALFIO CATANIA

CENTRO GERIATRICO DI TERNI
Casa di Riposo « Le Grazie »

CARTELLA CLINICA N. 5.0.

Cognome Capaliti Nome Emilia di Val Liberi
Data di nascita 7-12-1885 Luogo di nascita Lugnano in Teverina
Professione d.d.o. (domestica, agricoltura)

Abitante in via Residenze precedenti
Città Tel. Rapporti con i parenti la nipote (quale sola)
Medico curante Dr. indirizzo Tel.
Data e causa del ricovero 15-3-1956
solitudine

Età e causa del pensionamento la nipote, dep. il
Ente erogatore I.N.G.P. Entità della pensione matrimonio, non aver posto.
Altre entrate Ente assistenziale I.N.A.M.
Sic. N.° 5044

ANAMNESI FAMILIARE

Padre: età + 75 causa morte Madre: età + 50 causa morte tumore
malattie malattie non ricorda

CARTELLA
CLINICA

NEI PRIMI ANNI **SESSANTA** NELLA LA CASA DI RIPOSO VENNE CREATO UN **SERVIZIO SANITARIO DI GERIATRIA** ABBANDONANDO I VECCHI METODI DI ASSISTENZA CHIUSA, STATICA E BASATA ESCLUSIVAMENTE SUL RIPOSO.

DA ALLORA SI ATTUO' UN PIANO PER FAVORIRE

- **LA PREVENZIONE DELLA CRONICIZZAZIONE E DELL'INVALIDITA',**
- **IL RECUPERO GLOBALE**
- **LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI.**

**NEL 1974 L'OSPIZIO SI TRASFORMO' IN UN SERVIZIO
CHIAMATO**

CENTRO SOCIALE DI ASSISTENZA GERIATRICA,

**DANDO INIZIO ALLA PROPRIA ATTIVITA' E
FINALIZZANDOLA**

➤ *ALLA MASSIMA APERTURA*

➤ *AL RECUPERO FUNZIONALE DEGLI OSPITI*

**NEL 1980 IL COMUNE DI TERNI CHIESE
CHE IL CENTRO SOCIALE DI
ASSISTENZA GERIATRICA VENISSE
TRASFERITO IN TOTO ALLA U.S.L. N.12
DELLA CONCA TERNANA.**



DORMITORIO UOMINI



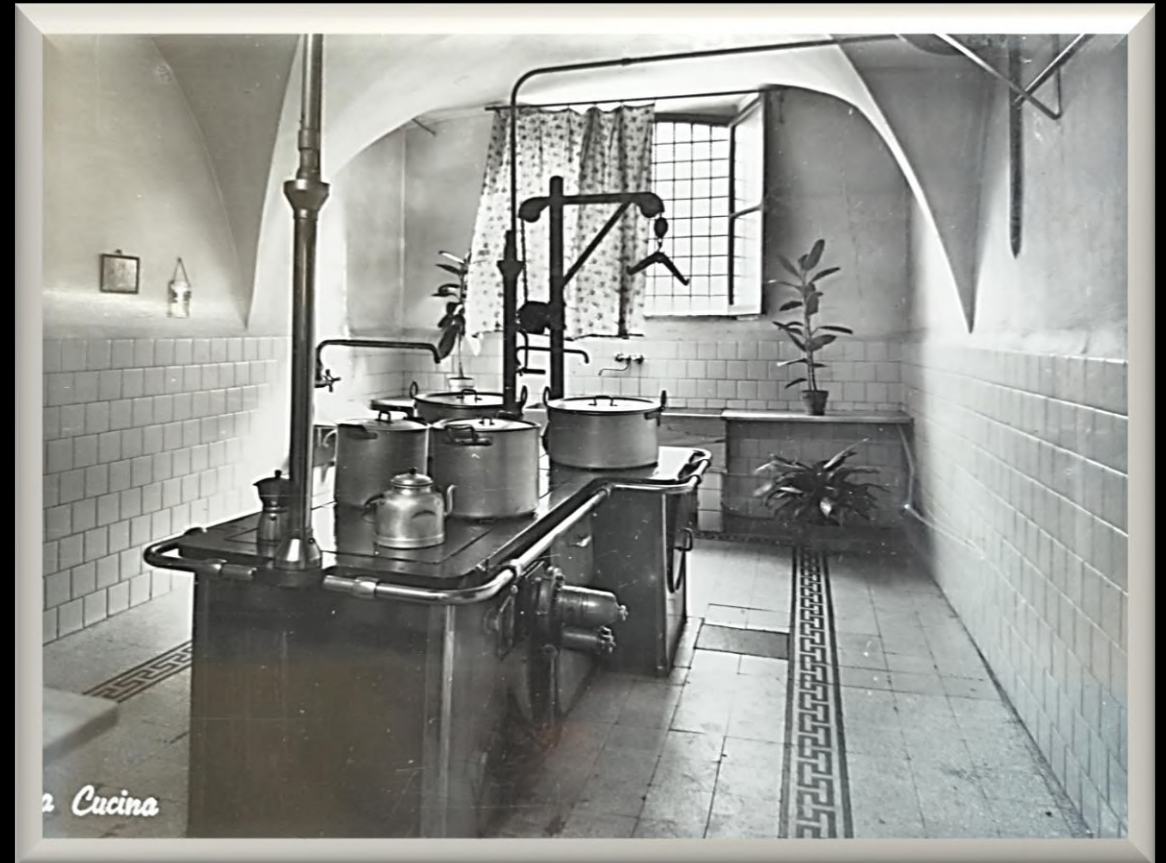
REFETTORIO UOMINI



UN REFETTORIO



LA CUCINA



UN SOGGIORNO

UN CORRIDOIO



IL CHIOSTRO





**IL CENTRO SOCIALE DI ASSISTENZA GERIATRICA SVOLGEVA ANCHE
ATTIVITA' SANITARIE PREVENTIVE, DI DIAGNOSI, DI CURA E DI RIABILITAZIONE.**



RICERCA DELL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA



FU INTRAPRESA ANCHE UNA ATTIVITA' DI **ASSISTENZA DOMICILIARE CONTINUATIVA** IN ALTERNATIVA AL RICOVERO.

QUINDI I SETTORI DI INTERVENTO ERANO:

- **SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA AMBULATORIALE**
- **ISTITUTO DI RICOVERO E RIABILITAZIONE**
- **SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE**



GLI OBIETTIVI ADOTTATI NEL SERVIZIO DOMICILIARE ERANO

➤ **STIMOLAZIONE DELLA PERSONA**

➤ **MIGLIORAMENTO DELLA EFFICIENZA PSICOFISICA**

➤ **INTERVENTI DI ANIMAZIONE**

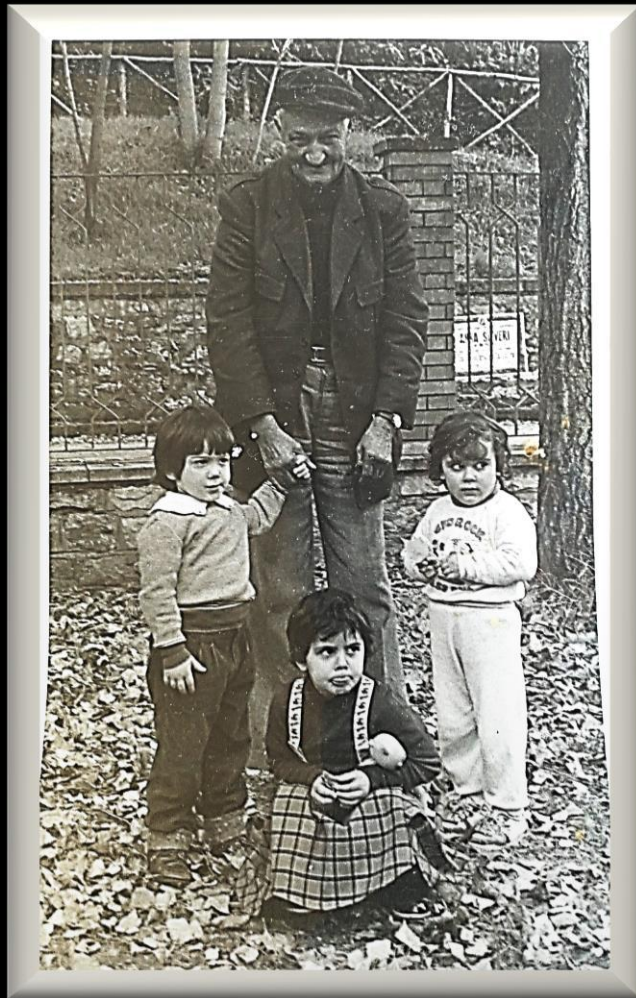
TUTTI MIRATI AL RECUPERO DELL'INDIVIDUO CON DISABILITA' FISICHE E DEFICIT COGNITIVI.

TUTTO QUESTO DAVA LA POSSIBILITA' ALLA PERSONA DI POTER RIMANERE NEL PROPRIO CONTESTO FAMILIARE



VENIVANO EFFETTUATI ANCHE SOGGIORNI DI VACANZA INTEGRATI PER SANI ED DISABILI, CONTATTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI PENSIONATI ED ASSOCIAZIONI VARIE.

INOLTRE FURONO EFFETTUATE INCONTRI CON LE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E STABILITI CONTATTI CONTINUI CON L'ESTERNO SIA IN FAVORE DEI RICOVERATI CHE DEGLI ASSISTITI A DOMICILIO





**LE USCITE FURONO ORGANIZZATE COME MOMENTO DI
INTEGRAZIONE CON L'ESTERNO E RITORNO NEI VECCHI
LUOGHI DI PROVENIENZA**

**UNA DELLE PRIME
USCITE AVVENNE NEL
1978 PRESSO LE
ACCIAIERIE DI TERNI
SU RICHIESTA DEGLI
OSPITI STESSI DOVE
AVEVANO LAVORATO
IN PASSATO**







*Incontro di calcio
in Basilicata*



Cascia



Bomarzo

Roma



SI SVOLGEVANO ATTIVITA' DI GRUPPO CHE STIMOLAVANO L'ANZIANO A COMUNICARE CON GLI ALTRI E A VIVERE MOMENTI VALIDI ANCHE A LIVELLO EMOTIVO



NEL **CENTRO DIURNO** SI SVOLGEVANO ATTIVITA' DI **RIABILITAZIONE MANUALE E PSICOFISICA** CHE COMPORTAVANO UNO SPECIFICO INTERVENTO MIRATO **AL RECUPERO ED AL MANTENIMENTO DELLE CAPACITA' MNEMONICHE DEGLI OSPITI**







rapia occupazionale

TUTTO CIO' E' STATO MESSO IN ATTO
DA UN MEDICO CHE HA SCRITTO
PAGINE IMPORTANTI PER LA SANITÀ
UMBRA E NAZIONALE :

IL DOTTOR PIETRO VALDINA .

IL SUO APPORTO A MODELLI CHE POI
SONO STATI RITENUTI VALIDI PER IL
PAESE È UNA COSA CHE HA

**VALORIZZATO LE ESPERIENZE LOCALI
NELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI, IN
PARTICOLARE NELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE, E CHE SONO IL FRUTTO
DI UN IMPEGNO ALL'AVANGUARDIA.**

**HA ANTICIPATO E SUGGERITO DIVERSI
TEMI DELLA RIFORMA SANITARIA
NAZIONALE DEL '78.**





IL PRESENTE

**LA RSA "LE GRAZIE" OFFRE ATTUALMENTE
DUE TIPOLOGIE DI SERVIZI:**



**SERVIZIO RESIDENZIALE
SERVIZIO AMBULATORIALE**



RESIDENZIALITA'

DIMISSIONE PROTETTE OSPEDALIERE

E' fondamentale tenere conto della **complessità del soggetto che, passata la fase dell'acuzie, è in condizione di fragilità.**

La fragilità rappresenta una condizione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa **del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta all'invecchiamento.**

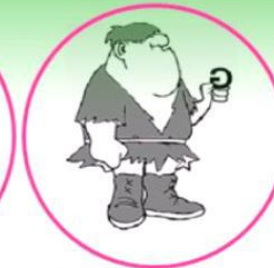
Concorre altresì, a determinare la condizione di fragilità la **mancaanza di una rete familiare e sociale di assistenza.**

I „Giganti“: indicatori di fragilità

Cadute



Depressione



Malnutrizione

Incontinenza



Immobilità



Intellectual impairment



La D.P.O. presuppone una continuità assistenziale e richiede che sia programmata fin dall'inizio della degenza in Ospedale mediante lo stretto coordinamento tra :

❑ **UFFICIO DIMISSIONI PROTETTE OSPEDALIERE (AZIENDA OSPEDALIERA «SANTA MARIA»)**

❑ **U.O.REPARTO OSPEDALIERO degli ospedali USL UMBRIA 2**

➤ **CONTACT ASSESSMENT distretto di Terni**

➤ **L'Unità di Valutazione Multidimensionale(U.V.M.) /Equipe di valutazione territoriale**

❖ **Il paziente e la sua famiglia**

La pianificazione della dimissione è un intervento che mira ad assicurare la migliore continuità assistenziale

MODALITÀ DI ACCESSO/PROGRAMMAZIONE

Come da procedura interaziendale D.P.O. viene inviata presso la nostra R.S.A. **la scheda di Brass (via fax e Atl@nte)** da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Terni/ Ospedali della Usl Umbria 2 con contestuale consegna dei moduli , per la richiesta di ricovero, al familiare di riferimento dell'anziano.

Una volta riconsegnata, al nostro servizio, la modulistica compilata viene programmato il ricovero

Il ricovero è temporaneo con una media di circa 30 gg di degenza



PRESA IN CARICO IN R.S.A.

AREE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

STATO FISICO

**STATO COGNITIVO E
AFFETTIVO**

**STATO
FUNZIONALE**

**STATO SOCIO-
ECONOMICO**

**CONDIZIONI
AMBIENTALI**

PRESA IN CARICO IN R.S.A.

La VMD geriatrica si focalizza nell'individuazione delle specifiche aree che caratterizzano lo stato funzionale del paziente

Viene redatto un **PAI** che individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare intende perseguire.

Tali obiettivi sono soggetti **a verifica e adeguamento periodico** e devono essere quindi misurabili e quantificabili



DIMISSIONE DALLA R.S.A.

- **RIENTRO A DOMICILIO**
- **ATTIVAZIONE A.D.I.**
- **DIMISSIONE VERSO R.P.**
- **DIMISSIONE VERSO R.S.**

Durante la valutazione multidimensionale in prossimità della dimissione, il team valutativo

- ✓ **identifica, secondo i desiderata dei familiari, i servizi territoriali da attivare e i presidi necessari presso il domicilio del paziente nelle prime 24 ore dopo le dimissioni,**
- ✓ **informa il paziente e i familiari che verrà attivato un percorso di dimissione protetto,**
- ✓ **stabilisce data e ora di dimissione,**
- ✓ **produce copia del report di dimissione che sarà consegnato ai familiari/struttura che dovrà prendere in carico il soggetto**

RICOVERI DI SOLLIEVO

Nelle R.S.A. possono essere previsti dei posti letto utilizzabili per **ricoveri temporanei per Continuità Assistenziale**

I ricoveri temporanei possono rappresentare dei veri e propri **ricoveri di sollievo** per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo.



Questi periodi in struttura, seppure limitati, possono essere utili per **svolgere attività di riattivazione, assicurare la vigilanza sanitaria e promuovere il recupero dell'anziano e il mantenimento delle abilità funzionali.**

Gli inserimenti di questo tipo sono destinati ad assicurare prestazioni assistenziali e sanitarie di **elevata intensità per un breve periodo** ad anziani non autosufficienti, in base alle esigenze individuate dal **piano di assistenza individuale (PAI).**





LE FINALITÀ

- assicurare una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a **mancaanza improvvisa (temporanea o prolungata) del caregiver principale** (familiare o assistente familiare);
- garantire un **periodo di sollievo** per coloro che assistono persone non autosufficienti programmabile sulla base delle esigenze dell'anziano e del caregiver stesso;
- assicurare l'accompagnamento nella **ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale** a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle **mutate condizioni dell'anziano**.

Le accoglienze temporanee di sollievo sono una opportunità ed una risorsa per il sostegno del mantenimento a domicilio e costituiscono una delle opportunità da utilizzare nel Programma personalizzato di vita e di cura.

MODALITÀ DI ACCESSO E DI CONDUZIONE

- Domanda di ricovero per Continuità Assistenziale da parte del MMG del paziente **da trasmettere presso la segreteria del nostro Servizio** con contestuale consegna dei moduli , per la richiesta di ricovero, al familiare di riferimento dell'anziano. Una volta recapitata, al nostro servizio, la modulistica compilata viene programmato il ricovero
- Durata del ricovero max 30 gg
- **Programma terapeutico e /o riabilitativo impostato dal team geriatrico** (geriatra, infermiera, terapista della riabilitazione, animatore del tempo libero, OSS)



ORTOGERIATRIA

L'Ortogeriatría, ovvero la combinazione di competenze geriatriche e ortopediche applicata all'anziano fratturato, nasce per gestire in modo ottimale i pazienti con frattura di femore tramite un approccio multidisciplinare

La delibera della Regione Umbria n. 1411 del 30/11/2015 "Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore", traccia il percorso riabilitativo del pz anziano fratturato, dalla presa in carico in PS alla riabilitazione nei reparti di Riabilitazione Intensiva e nelle RSA del territorio.

I pz che si ricoverano per frattura di femore sono prevalentemente ultrasessantacinquenni con comorbilità preesistente. **La complessità dei bisogni medici-chirurgici e riabilitativi del paziente anziano deve necessariamente avvalersi di un approccio multidimensionale geriatrico e multidisciplinare integrato**



In Umbria le fratture di femore osteoporotiche rappresentano il 53% dei ricoveri per frattura ed il 93% dei pz sono ultrasessantacinquenni. La frattura di femore è a tutti gli effetti una patologia geriatrica e come tale deve essere gestita anche dal geriatra

Nel 2012 il progetto pilota **OrtoGeriatra** della durata di 6 mesi condotto presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia, ha dimostrato che il comanagement ortogeriatrico è in grado di ridurre i tempi di attesa per l'intervento chirurgico (entro le 48 ore), di ridurre le complicanze post-operatorie, la mortalità intraospedaliera, i tempi di degenza e di aumentare la percentuale di pz dimessi in condizioni cliniche più stabili.

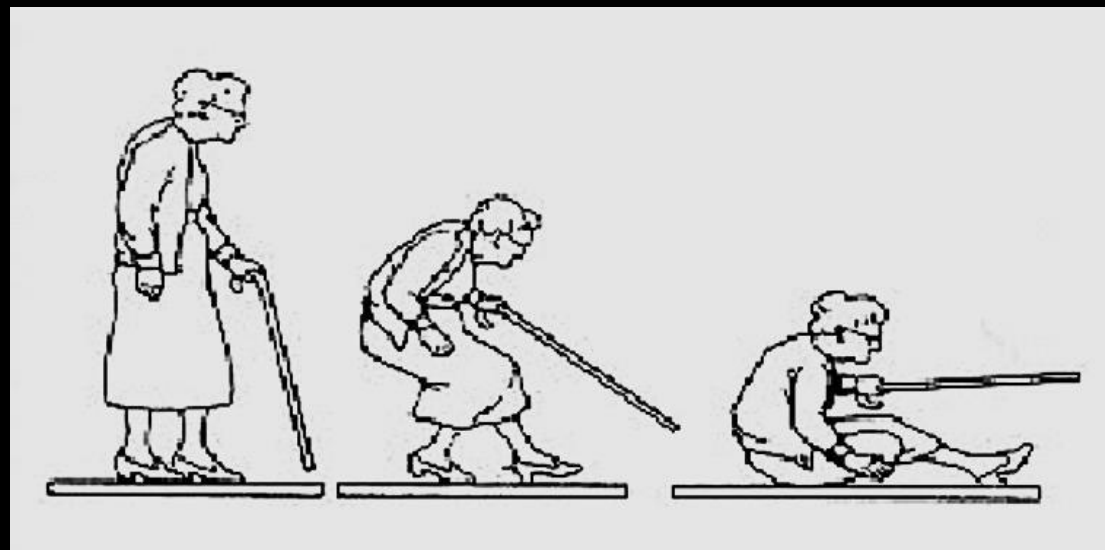
L'intervento chirurgico precoce, la stabilizzazione clinica ad opera del geriatra, l'inizio della riabilitazione dopo 24h porta questi pz ad una dimissione entro 7 gg..



La possibilità di rapida dimissione dai reparti di ortopedia dei pazienti anziani operati per frattura di femore è condizionata **dalla disponibilità di adeguate strutture riabilitative e intermedie, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili**. L'indisponibilità di tali strutture condiziona la durata della degenza indipendentemente dai problemi sanitari.

L'anziano con esiti di frattura di femore necessita di sorveglianza medica, di nursing infermieristico e/o di riabilitazione, organizzati in un progetto di cure integrate, di durata variabile ed erogate in differenti punti della rete dei servizi **(es. ADI, RSA, Riabilitazione, etc)**.

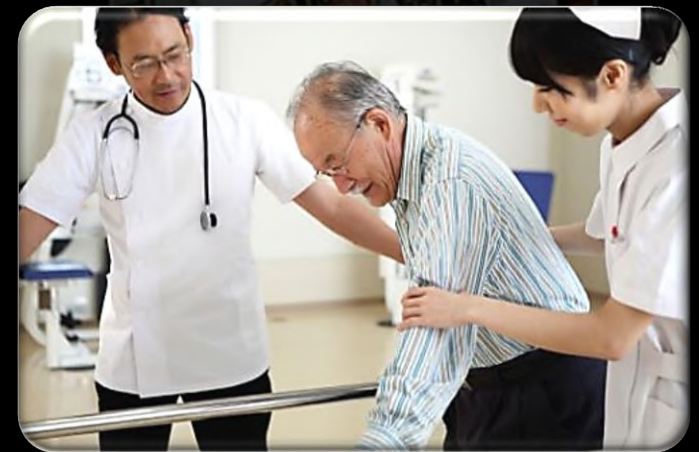
A tal ragione è utile portare avanti un progetto/percorso ortogeriatrico nella nostra RSA



Lo scopo del progetto è la dimostrazione che un setting riabilitativo geriatrico è il più appropriato per:

- **stabilizzare clinicamente**
- **migliorare le performance fisiche**
- **ridurre il rischio di ricaduta**
- **ridurre la istituzionalizzazione, ri-ospedalizzazione e morte del paziente anziano fragile fratturato**

l'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia in riferimento alle competenze pre-frattura sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL. E' parte integrante dell'attività riabilitativa anche l'addestramento agli ausili.



Si prevede la presa in carico di pz anziani sopra i 65 aa con frattura di femore nel post-intervento (entro 7-10 gg) provenienti dai reparto di Ortopedia ospedalieri.

Tale presa in carico avviene nelle modalità previste dalla procedura " Gestione Dimissione Ospedaliera Protetta e Semplice " del 25/10/2013.

Il ricovero in media ha la durata di 30 gg.





SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GRUPPO ITALIANO DI STUDIO DELL'ORTOGERIATRIA (GIOG)

- E' nato per soddisfare un'esigenza di confronto tra le unità di ortogeriatría presenti a livello nazionale.
- E' stato promosso da SIGG e AIP, per l'interesse comune di assicurare la migliore assistenza possibile ad un anziano fragile come è quello con frattura di femore.
- Il GIOG risulta costituito da 49 centri, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Il coordinamento ha promosso una mappatura delle realtà ortogeriatriche in Italia, che ha mostrato una maggior diffusione del modello ortogeriatrico costituito da un **reparto di ortopedia a cogestione geriatrica**.

Il gruppo di lavoro ha prodotto un documento d'indirizzo su **“La gestione del paziente anziano con frattura di femore”**, per fornire linee d'indirizzo finalizzate alla **creazione di modelli efficaci di gestione del paziente anziano con frattura di femore, attraverso l'identificazione dei requisiti di un modello e la definizione di uno standard applicabile in Italia**.

SERVIZIO AMBULATORIALE

1. CENTRO U.V.A.

- Si accede tramite richiesta di **visita geriatrica disturbi cognitivi + test** da parte del MMG seguito da prenotazione CUP. Si effettua una Valutazione Multidimensionale, secondo Linee Guida della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia.
- La valutazione si completa dopo diversi momenti di visita, di colloquio e osservativi condotti dal Team del Centro Specialistico secondo protocolli riconosciuti.

2. AMBULATORIO SPECIALISTICO DI GERIATRIA CLINICA, VISITA GERIATRICA PER VALUTAZIONE DISABILITÀ

- Si accede tramite richiesta del MMG e prenotazione CUP

3. PRESCRIZIONE PRESIDI PER INCONTINENZA

- Si accede tramite richiesta del MMG (**solo se il paziente necessita di aumento dei presidi concessi oltre i 90 pezzi**) da inviare al PES di competenza che provvede a recapitarla al nostro servizio



In associazione all'attività ambulatoriale specialistica sono presenti i

LABORATORI RIABILITAZIONE COGNITIVA

Le attività del Laboratorio si rivolgono a soggetti affetti da

demenza di grado lieve – moderato senza disturbi comportamentali

CDR 1-2

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

La Clinical Dementia Rating o CDR è una scala numerica utilizzata per quantificare la gravità di una demenza valutando la performance cognitiva e funzionale del paziente in sei aree.

Secondo il Rapporto OMS e ADI (*Alzheimer's Disease International*) del 2016 la demenza, nelle sue molteplici forme, è stata definita **"una priorità mondiale di salute pubblica"**.

In Italia circa 1 milione di persone sono affette da demenza e circa 3 milioni sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari.



IL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA: UN APPROCCIO INTEGRATO

Le terapie “farmacologiche

- ✓ disordini cognitivi
- ✓ disordini comportamentali

Le terapie “non-farmacologiche”

- ✓ interventi per prevenire complicanze e comorbidità
- ✓ modificazioni ambientali
- ✓ strategie comportamentali
- ✓ la riabilitazione cognitiva

La perdita delle facoltà cognitive
non è un fenomeno "tutto o nulla"
bensì un processo graduale che
lascia spazio all'approccio
riabilitativo

Zanetti E, 1999

Tuttavia, il paziente demente è stato, ed è ancora, quasi regolarmente escluso da un percorso riabilitativo e, troppo spesso, lo si vede relegato in un limbo assistenziale senza obiettivi, spesso senza un impegno di cura specifico, senza qualità.



COSA SI INTENDE PER RIABILITAZIONE?

L'intervento riabilitativo **non deve** quindi essere identificato (come spesso accade) con la **sola stimolazione cognitiva**, ma è tutto il campo delle disfunzioni **personali, familiari e sociali**, che deve essere valutato, stimolato e aiutato; non a caso si parla sempre più spesso di **“progetto assistenziale individualizzato” (PAI)**.

PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

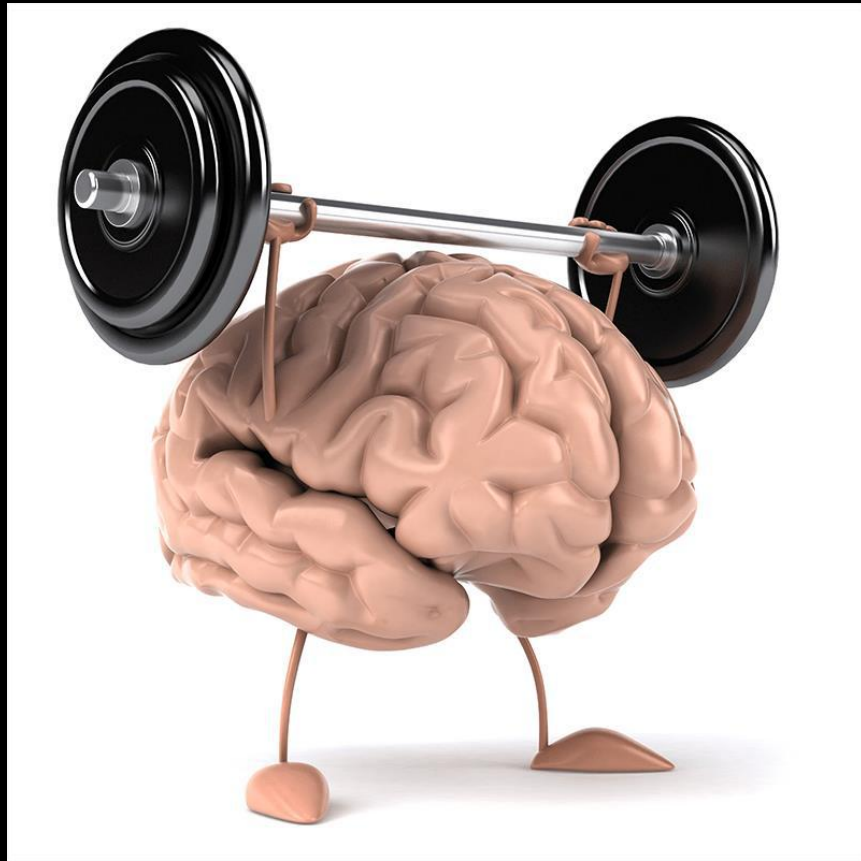
Punto di partenza di un PAI è la **valutazione multidimensionale** che ha come obiettivo l'identificazione delle **risorse cognitive e funzionali ancora preservate** dal processo degenerativo **su cui poter poi intervenire** per potenziarle o prevenirne l'ulteriore perdita

Con il **PAI** vengono definiti quindi:

1. **Gli obiettivi** (cognitivi, funzionali, comportamentali, socio-ambientali)
2. **Gli interventi** (diretti ed indiretti: paziente, famiglia, ambiente)
(individuali e/o di gruppo)
3. **Tecniche e strategie da utilizzare:** cognitivo – comportamentali

SCOPO DELLA RIABILITAZIONE COGNITIVA:

Sostenere ed attivare
le **funzioni neuro-
psicomotorie e mentali**
non completamente
deteriorate
intervenedo sulle
potenzialità residue
dell'individuo



LA TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA COGNITIVE STIMULATION THERAPY (CST)

Recentemente è stato introdotto un **protocollo di Terapia di Stimolazione Multidimensionale** per persone con demenza da Malattia di Alzheimer, che ha mostrato risultati di efficacia sul profilo cognitivo-comportamentale e il funzionamento neurale (Baglio et al., 2015).

E' fondamentale mettere **la persona** con demenza e i suoi bisogni al **centro della cura**, seguendo un approccio globale che intervenga su tutti gli **aspetti della persona, sul caregiver e sull'ambiente in cui la persona vive** (Kitwood, 1997; Pradelli, 2004, 2005).



INTERVENTI DI STIMOLAZIONE ASPECIFICA

RIABILITAZIONE NEURO-PSICO-MOTORIA

➤ Trattamenti di gruppo:

Tale programma è realizzato all'interno di gruppi costituiti da soggetti che presentano caratteristiche simili e per i quali sono indicate le stesse finalità riabilitative

➤ Programmi di Ginnastica dolce

perseguono l'obiettivo "dell'animazione" psicomotoria per mantenere deste le competenze dei soggetti che non necessitano ancora di specifici interventi riabilitativi

Numerosi studi hanno dimostrato che un programma di **esercizi fisici** può risultare efficace per:

➤ **Ridurre rischio cadute e fratture**

Duckham RL et al. Age Ageing. 2015 Jul;44(4):573-9. ; Cochrane Database, Syst. Rev.2014

➤ **Prevenire malnutrizione, disturbi comportamentali, disturbi del sonno, depressione**

Kerling et al JAD 2015 may 15; 177

➤ **Rallentare il decadimento cognitivo**

Yu F et al, J Nurs Scholarsh 2006; 38: 358-65.

➤ **Migliorare il livello di autonomia e la qualità di vita**

Tery L, et al. JAMA 2003; 290 (15):2015-2022.

COSA FACCIAMO

Gli obiettivi che ci poniamo sono:

- **Rallentare la progressione della malattia**
- **Limitare l'impatto di condizioni disabilitanti con interventi che mirano a conservare il più elevato grado di autonomia compatibile con la condizione clinica**
- **Promuovere un nuovo equilibrio di adattamento all'ambiente da parte del paziente**
- **Migliorare le prestazioni cognitive**
- **Supportare i familiari e il care-giver**
- **Informare e formare i care-giver**

MODALITÀ DI INTERVENTO

- Programmi riabilitativi per i deficit mnesici (es. Memory Training, memotecniche ecc.)
- Programmi riabilitativi psicosociali (es. ROT formale, terapia di reminiscenza ecc..)
- Sedute di fisioterapia di gruppo
- Progetto terapeutico personalizzato e rivalutato periodicamente
- Informazione ai familiari sulle caratteristiche della malattia, sull'evoluzione e le modalità di approccio
- Monitoraggio delle condizioni cognitive e comportamentali
- Collaborazione diretta tra lo specialista geriatra e MMG

MODALITÀ DI ACCESSO E CONDUZIONE

- Richiesta di visita geriatrica o geriatrica per disturbi cognitivi da parte del MMG,
- Prenotazione CUP
- Valutazione presso centro specialistico

Le modalità di conduzione prevedono:

- Trasporto a carico dei familiari
- Il servizio è gratuito
- Aperto tutti i giorni feriali (dal lunedì al sabato) dalle 9 alle 12

Le caratteristiche del laboratorio sono le seguenti.

- **4 gruppi di lavoro con max 10 pazienti ognuno per complessivi 80 utenti a settimana**
- **Sedute di lavoro a giorni alterni (3 sedute a settimana)**
- **Durata media del ciclo di trattamento circa 3 mesi**
- **Durante l'anno almeno 3 cicli di trattamento**

Il personale impegnato nel laboratorio

- Animatori del tempo libero
- Infermiera professionale
- Fisioterapista
- OSS
- Geriatra
- **Psicologa**
- **Assistente sociale**

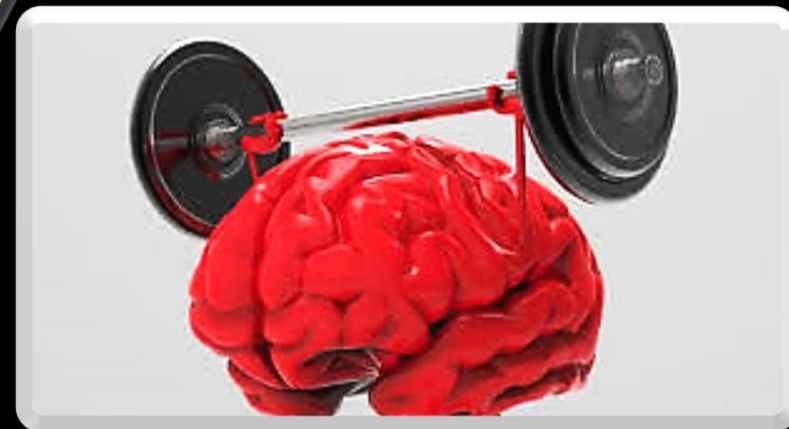


QUALI ATTIVITA' SVOLGIAMO?



ATTIVITÀ COGNITIVE E MANUALI

Si cerca di rendere
l'individuo il più a
lungo possibile
autosufficiente.



Stimolazione cognitiva

- **orientamento**: spaziale, temporale, sociale
(rievocazione e ricordo di luoghi, città, oggetti..ecc. familiari all'utente e carichi di ricordi e...loro attualità.)
- **linguaggio**: denominazione, fluenza verbale, comprensione di informazioni orali e scritte, lettura, scrittura
(lettura di giornali, denominazione di fotografie, figure, immagini....ed associazione con nomi e lettere)
- **attenzione selettiva: visiva, uditiva, olfattiva, tattile.**
(riconoscimento di immagini, oggetti, personaggi noti e non noti, rievocazione di racconti associati a ricordi di suoni, profumi, immagini)
- **memoria autobiografica**
(ricordi dei temi dell'infanzia e della famiglia, la storia)



Oltre a sostenere e rinforzare le abilità allenate con gli esercizi di tipo cognitivo, hanno l'obiettivo di migliorare il tono dell'umore, scaricare l'ansia e aumentare la fiducia in se stessi.

Tutto ciò è possibile grazie alla realizzazione di oggetti che diventano i simboli delle capacità dell'anziano che può vedere e toccare.

STIMOLAZIONE MANUALE:





ATTIVITA' MOTORIE









IL FUTURO

MODULI

La diversificazione dei posti letto in moduli si allinea a quanto è stato già illustrato più volte nei piani sanitari regionali e ribadito a partire dal **piano sanitario regionale 2009-2011 della regione Umbria**

“...Un'attenzione particolare viene riservata alle **"cure intermedie"** per la gestione delle patologie croniche e l'assistenza all'anziano, che necessitano di un modello organizzativo complesso e flessibile che garantisca la continuità assistenziale attraverso l'integrazione e il coordinamento tra operatori, strutture e diversi livelli organizzativi.

In questo settore viene confermato il ruolo strategico delle RSA, ma si propone di puntare anche allo sviluppo degli ospedali di comunità, strutture residenziali affidate ai MMG...”

A seguire questo concetto è stato ripreso ed ampliato nei seguenti documenti :

Atto della conferenza permanente per i rapporti tra Stato- regioni repertorio n. 198/CSR del 13/01/2015

“Intesa sullo schema di decreto del Ministero della Salute concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

“...Per struttura intermedia omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o provenienza del paziente, si intende una **struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati**, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, e

pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera....”)

Ministero della salute “ATTO DI INDIRIZZO PER L’ANNO 2017”

- **5.2. Riorganizzazione dell’assistenza primaria e ospedaliera.**
- 5.2.1. Nel 2017 occorrerà dare ulteriore impulso **all’azione di riorganizzazione dell’assistenza primaria secondo una logica di rete**..... In tale ambito sarà necessario promuovere anche gli **strumenti di raccordi ospedale-territorio come le cure intermedie** e in particolare **gli ospedali di comunità** previsti, da ultimo, dall’Allegato 1, Paragrafo 10, del D.M. 70 del 2015, seguendo il processo di sviluppo in ambito regionale e locale.

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

(“...In quest’ottica, un ruolo significativo può essere svolto da due nuove tipologie di servizi che hanno recentemente trovato una sistematizzazione nel Patto per la salute 2014- 2016 e nel Regolamento n. 70/2015. **L’ospedale di comunità è una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l’assistenza alla persona e l’esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacutizzate con rischio sociale variabile.**

L’ospedale di comunità si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.....”)

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ


E' una struttura con un numero di posti letto gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- di sorveglianza infermieristica continuativa.



- La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
- L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta.
- L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina Generale e dai Medici di Continuità Assistenziale.





Gli Ospedali di comunità sono quindi strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di **una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura.**

Non vanno intesi come strutture ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che vengono rimodulate all'interno del nuovo modello organizzativo.



PIANO SANITARIO, OK IN COMMISSIONE REGIONALE ANSA 09 MAG 2018

- La terza commissione consiliare presieduta da Attilio Solinas, ha approvato a maggioranza una proposta di risoluzione contenente **orientamenti d'indirizzo generale per la redazione del nuovo Piano sanitario regionale per il triennio 2018-2020.**
- Si chiede una riorganizzazione del servizio sanitario regionale in considerazione dei crescenti fabbisogni di salute dei cittadini e dei cambiamenti nel contesto sociale e epidemiologico della popolazione umbra, con l'aumento delle persone over 65, spesso portatrici di patologie croniche



- Si rileva che lo sbilanciamento finanziario e organizzativo penalizzante per l'assistenza territoriale ha determinato **carenze di strutture e servizi per gli anziani con disabilità e non autosufficienti, dei pazienti con Alzheimer (in Umbria sono 8mila), con dipendenze e problemi psichiatrici.**
- Opportuno dunque **potenziare la rete degli ospedali di comunità.**
- **Le residenze sanitarie assistite e le strutture finalizzate a favorire percorsi di dimissione protetta sotto il controllo di equipe specialistiche integrate.**
- La proposta di risoluzione elaborata dalla Terza commissione passa ora all'esame dell'Assemblea legislativa.

SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE

CENTRO DIURNO

Il Target al quale si rivolge il Centro Diurno sono soggetti affetti da **demenza di grado moderato –severo con disturbo comportamentale assente o lieve (CDR=3)**

Gli obiettivi che si cerca di raggiungere sono.

- Consentire il mantenimento del soggetto a domicilio
- Contenere il processo di deterioramento cognitivo
- Mantenere il più a lungo possibile le capacità sociali, funzionali, motorie
- Monitorare i cambiamenti
- Aiutare i famigliari a comprendere l'evoluzione della malattia e le modalità di approccio comportamentale corretto per creare continuità fra gli interventi del Servizio e quelli del caregiver

Il raggiungimento di tali obiettivi avviene tramite:

- Programmi di socializzazione e riabilitazione cognitiva
- Prestazioni assistenziali, sociali e tutelari
- Informazioni ai familiari sulle caratteristiche della malattia, le possibili modalità di evoluzione, le modalità di approccio
- Monitoraggio delle condizioni funzionali e comportamentali
- Collaborazione diretta con lo specialista geriatra e con il MMG



MODALITA' DI ACCESSO E CONDUZIONE

- Richiesta di visita geriatrica o geriatrica per disturbi cognitivi da parte del MMG,
- Prenotazione CUP
- Valutazione presso centro specialistico

Le modalità di conduzione prevedono:

- Trasporto a carico dei famigliari
- Partecipazione alla spesa giornaliera da parte dell'utente
- Apertura tutti i giorni feriali (dal lunedì al sabato) dalle ore 8 alle ore 16
- I posti disponibili sono 15 e si effettuerà una rivalutazione della validità del ricovero ogni 3 mesi.

Il personale impegnato nel Centro Diurno sarà costituito da:

- **OSS**
- **Animatori del tempo libero**
- **Infermiera professionale**
- **Geriatra**
- **Terapista occupazionale**
- **Fisioterapista**
- **Assistente sociale**
- **Psicologa**



Molti Medici, forse troppi, si occupano delle fasi iniziali della diagnosi delle demenze (valutazione, ricerca, studi, farmaci, € ...)

- Tanti si occupano delle fasi intermedie (ri- valutazioni e follow up delle terapie)

- *“Pochi” si occupano delle fasi terminali ... in genere solo i Geriatri ed i MMG... Questa fase costa, non solo in termini di denaro, ma soprattutto in termini umani e di coinvolgimento ...*

Il sole dei vecchi

**Il sole dei vecchi
è un sole stanco.
Trema come una stella
e non si fa vedere,
ma solca le acque d'argento
dei notturni favori.
E tu che hai le mani piene
d'amore per i vecchi
sappi che sono fanciulli
attenti al loro pudore**

Alda Merini





GRAZIE