



Il percorso del paziente: servizi di supporto attivabili in Trentino

Federica Dallaporta - Eleonora Dorigatti - Cinzia Fioroni -
Maria Teresa Mattivi - Morena Scottini



LA DEMENTIA

“Ma di ogni guasto fisico, il peggiore è la
demenza, per cui il vecchio, poi non ricorda
il nome dei servi, né riconosce il volto
dell’amico con cui ha cenato la sera prima,
né quello dei figli che ha messo al mondo ed
allevati”

Giovenale, Satire





IL CASO MATTEO

Matteo, di anni 67,

laureato in chimica , insegnava alla facoltà di scienze naturali.

Nel corso degli ultimi due anni lamentava una fatica crescente nel fare lezione e trattare con gli studenti.

Le nozioni utilizzate più abitualmente talvolta gli sfuggivano e si affidava alle diapositive usate da tempo che spesso leggeva senza commentare.

Le presentazioni apparivano scarse e ripetitive, con povertà di nomi propri, sostituiti da “quello”.

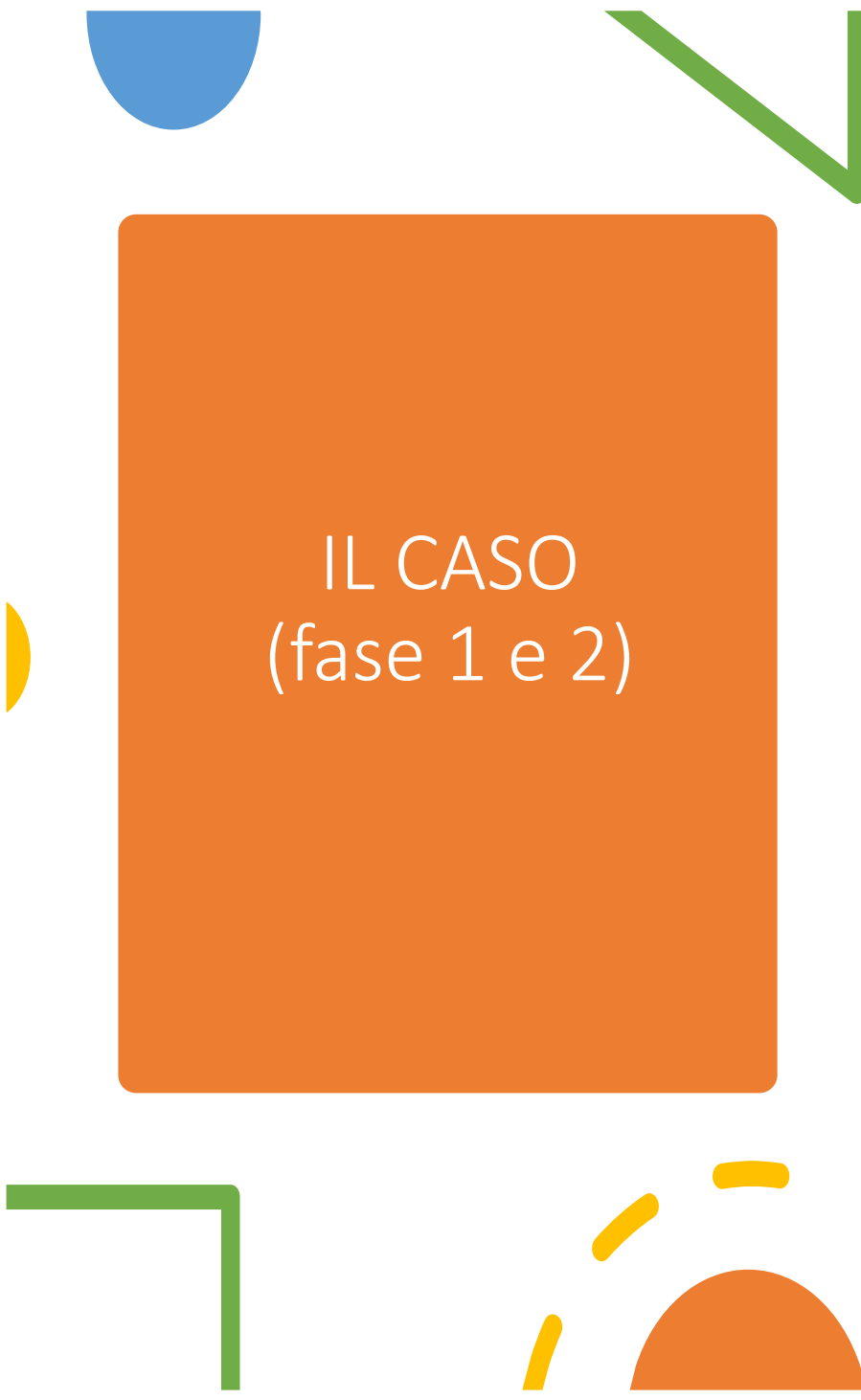
Una mattina arrivò tardi a lezione perché non trovava l'aula abitualmente utilizzata e si fece accompagnare da un bidello che lo guardava con atteggiamento incredulo.

Quando si rese conto che agli esami non appariva in grado di comprendere a pieno le risposte, si decise a rivolgersi ad un neurologo

Dopo i vari accertamenti viene effettuata diagnosi di Malattia di Alzheimer.

Il signor Matteo nel tempo comincia a perdere le autonomie e in seguito manifesta disturbi del comportamento.

Dopo un periodo lungo, le disabilità diventano più impattanti richiedendo un elevato bisogno assistenziale



IL CASO (fase 1 e 2)

LE FASI

Fase 1: Declino cognitivo lieve

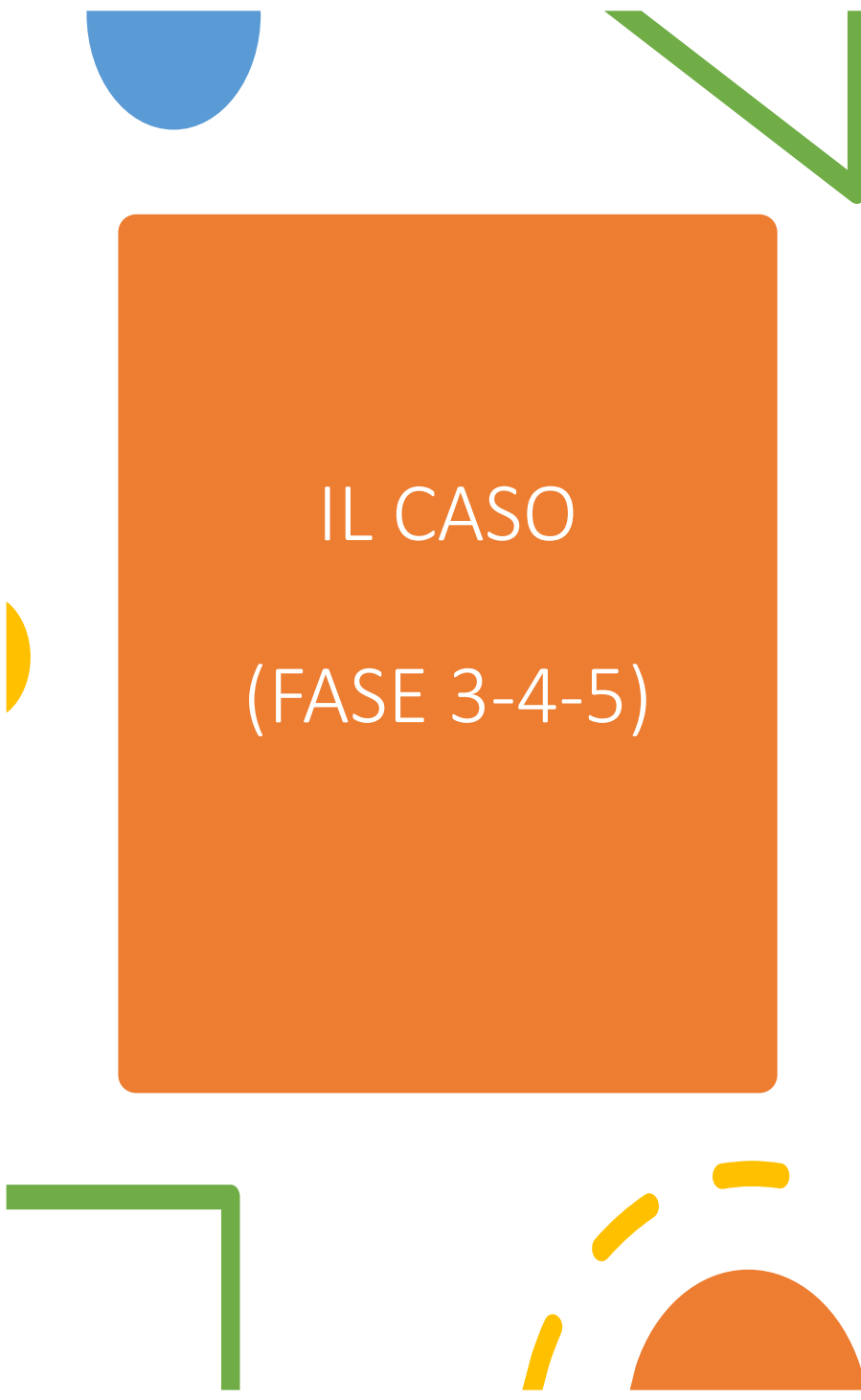
- Evidenti difficoltà a trovare la parola o il nome giusto
- Problemi a ricordare i nomi quando vengono presentate nuove persone
- Difficoltà notevolmente maggiori nello svolgere dei compiti in contesti sociali o di lavoro
- Dimenticare cose appena lette
- Perdere o non trovare un oggetto di valore
- Aumento dei problemi di programmazione o organizzazione
- Iniziali disturbi del comportamento quali apatia, disinteresse per i familiari

MANTIENE LE AUTONOMIE

Fase 2 : Declino cognitivo moderato

- Dimentica eventi recenti
- Compromissione della capacità di eseguire calcoli aritmetici mentali impegnativi
- Maggiore difficoltà a svolgere compiti complessi es. la pianificazione della cena per gli ospiti, il pagamento delle bollette o la gestione delle finanze
- Dimentica la propria storia personale
- Carattere sempre più soggetto a sbalzi di umore, soprattutto in occasione di situazioni socialmente o mentalmente impegnative

MANTIENE LE AUTONOMIE DI BASE, PERDE ALCUNE ABILITA' COMPLESSE



IL CASO

(FASE 3-4-5)

Fase 3 : Declino cognitivo moderatamente grave

- Peggioramento delle capacità cognitive
- Disorientamento
- Necessità di aiuto per svolgere le attività quotidiane es. per scegliere un abbigliamento adeguato per la stagione o per l'occasione
- Non necessita ancora di assistenza per mangiare o andare in bagno

AUMENTATO BISOGNO ASSISTENZIALE

Fase 4: Declino cognitivo grave

La memoria continua a peggiorare, iniziano cambiamenti di personalità; ulteriore aumento di aiuto per svolgere le attività quotidiane.

- Perde la consapevolezza delle esperienze più recenti e di ciò che lo circonda
- Presenta difficoltà a distinguere i volti noti e non noti
- Presenta la sospettosità e le fissazioni (come credere che la persona che l'assiste sia un'imbrogliona) oppure comportamenti incontrollabili o ripetitivi, come torcersi le mani o fare a pezzetti i fazzoletti di carta
- Tendere a vagare o perdersi

MAGGIORE BISOGNO ASSISTENZIALE PEGGIORMANTO DELLE ADL E IADL

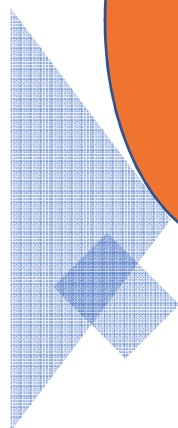
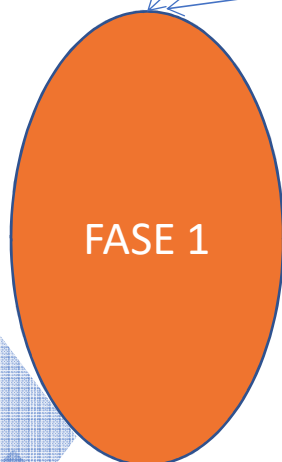
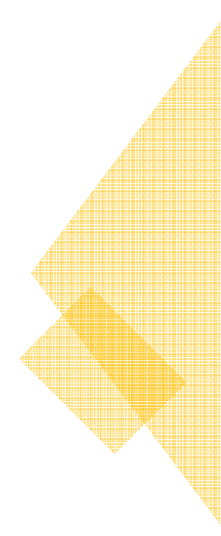
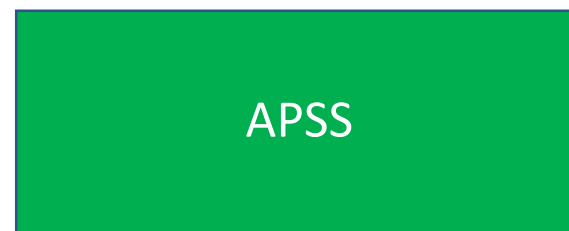
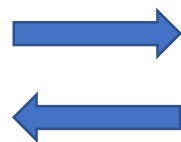
Fase 5: Declino cognitivo molto grave

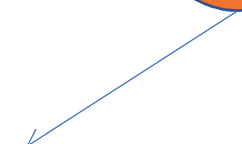
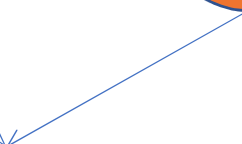
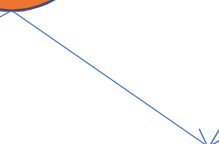
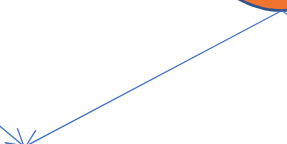
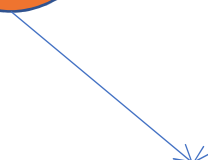
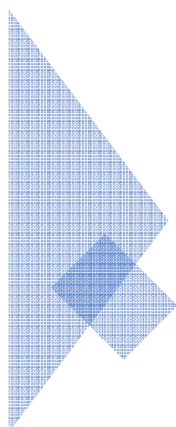
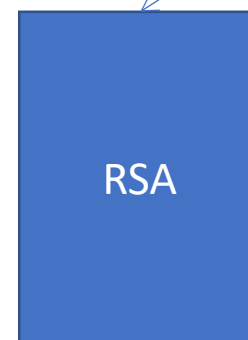
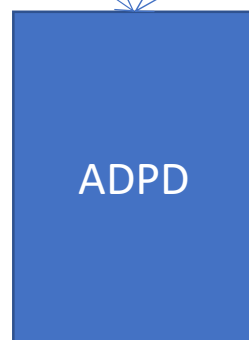
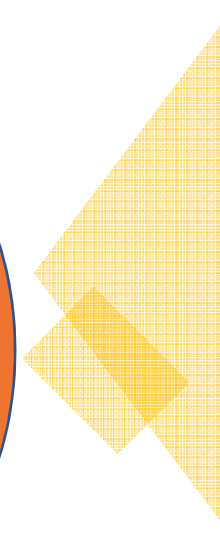
- Matteo perde la capacità di rispondere al suo ambiente, di portare avanti una conversazione e, in seguito, di controllare i movimenti
- È necessario molto aiuto nella cura personale quotidiana, tra cui mangiare o andare in bagno. I riflessi sono anomali. I muscoli sono rigidi. La deglutizione è compromessa.

MASSIMA NECESSITA' DI CURA E AIUTO NELLE ADL

QUALI SERVIZI?









CINZIA FIORONI
ASSISTENTE SOCIALE COORDINATRICE
AREA ANZIANI SPAZIO ARGENTO
COMUNITA' DELLE GIUDICARIE



ASSISTENTE SOCIALE

ASCOLTO

PROGETTO DI VITA DELLA
PERSONA: TROVARE
INSIEME STRATEGIE E
POSSIBILI SOLUZIONI AI
PROBLEMI

CREATORE DI
RETE SUL
TERRITORIO

RUOLO CENTRALE HA LA RELAZIONE CON LA FAMIGLIA

RISORSE DELLA FAMIGLIA:

- CONOSCENZA DELLA SITUAZIONE
- ASSISTENZA ALLA PERSONA

POSSIBILI DIFFICOLTÀ DELLA FAMIGLIA:

SISTEMA COMPLESSO DI RELAZIONI

NON CURA I PROPRI BISOGNI SANITARI

BISOGNO DI SOLLIEVO

SOLITUDINE

SENTIMENTI DI SFIDUCIA, COLPEVOLIZZAZIONE

MAGGIORI SPESE PER L'ASSISTENZA

TOTALIZZAZIONE



SPAZIO ARGENTO SPERIMENTALE GIUDICARIE

COSA È:

servizio locale specializzato
nell'**assistenza agli anziani**

DESTINATARI:

anziani del territorio in situazioni di fragilità (perdita di autonomia, isolamento sociale, difficoltà economiche, conflitti familiari, ecc.)

EQUIPE:

- assistenti sociali Comunità di valle;
- infermiera UOCP Apss;
- infermiera coordinatrice Apsp.

FUNZIONE:

garantire il **coordinamento** tra i professionisti (medici, infermieri, assistenti familiari, terapisti occupazionali, operatori Apsp, ecc.) ed enti che si occupano di assistenza agli anziani



MODALITÀ DI CONTATTO

L'assistente sociale interviene:

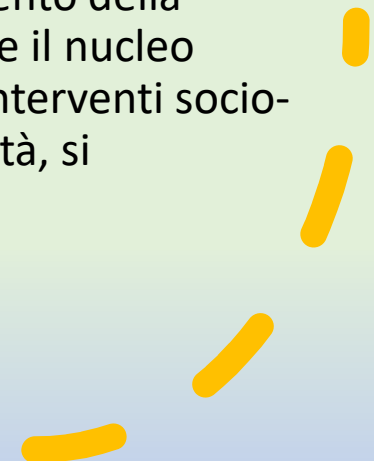
- in seguito ad una **richiesta (esplicita o implicita)** della persona o della famiglia: conosce la situazione, valuta i reali bisogni e le risorse, attiva i possibili interventi (per migliorare o sostituire eventuali autonomie perse), a favore della persona e della sua rete familiare;
- in seguito a **segnalazione** (mmg, infermieri cure primarie, operatori dell'ospedale): collabora con gli operatori dei servizi presenti sul territorio

PERCORSO DELLA PERSONA SUL TERRITORIO

FASE INIZIALE: ascolto, informazioni sulla rete dei servizi del territorio, condivisione di un progetto di assistenza a domicilio, presa in carico;

FASE CENTRALE: invio al MMG, attivazione CDCD ed eventuale piano ADPD; se non viene attivato, continua la presa in carico ;

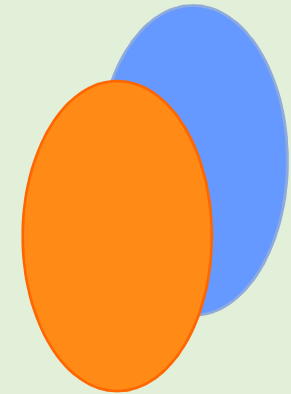
FASE FINALE: quando c'è un aggravamento della situazione, il piano ADPD viene chiuso e il nucleo viene sostenuto a domicilio con i vari interventi socio-assistenziali possibili; in caso di necessità, si accompagna fino all'ingresso in RSA.



ATTIVITÀ

FRONT-OFFICE DI SPAZIO ARGENTO

- informazioni relative alla domanda di invalidità civile ed accompagnamento, assegno di cura, legge 104/92 a favore di se stessi e per agevolazioni ai familiari;
- informazioni relative alla rete dei servizi territoriali a favore della popolazione anziana.



INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (L.P. 13/2007)

ASSISTENZA DOMICILIARE

- Aiuto domestico
- Pasti a domicilio
- Lavanderia
- Telesoccorso-telecontrollo

PARTECIPAZIONE COMMISSIONI UVM E RELATIVA VALUTAZIONE

Valutazione da parte della Commissione UVM del Distretto sanitario (medico, infermiera, assistente sociale) per l'attivazione di possibili risorse a sostegno e a favore dell'anziano e della sua rete familiare (Centri Diurni, ADI, ADICP, ADIPD). La valutazione della situazione di vita della persona e della sua rete familiare e sociale compete all'assistente sociale, quindi è presente a domicilio in fase di valutazione congiunta ed in sede di commissione UVM.

ITER PER SERVIZI A DOMICILIO

Prendere contatto con l'assistente sociale di zona

Raccolta informazioni e valutazione sociale

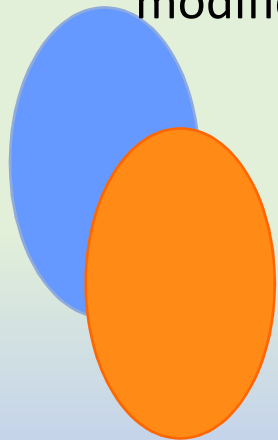
Invio a patronati per fare ICEF

Definizione di un progetto di aiuto

Attivazione di servizi attraverso una domanda amministrativa

Definizione di un PAI (Piano assistenziale Individualizzato)

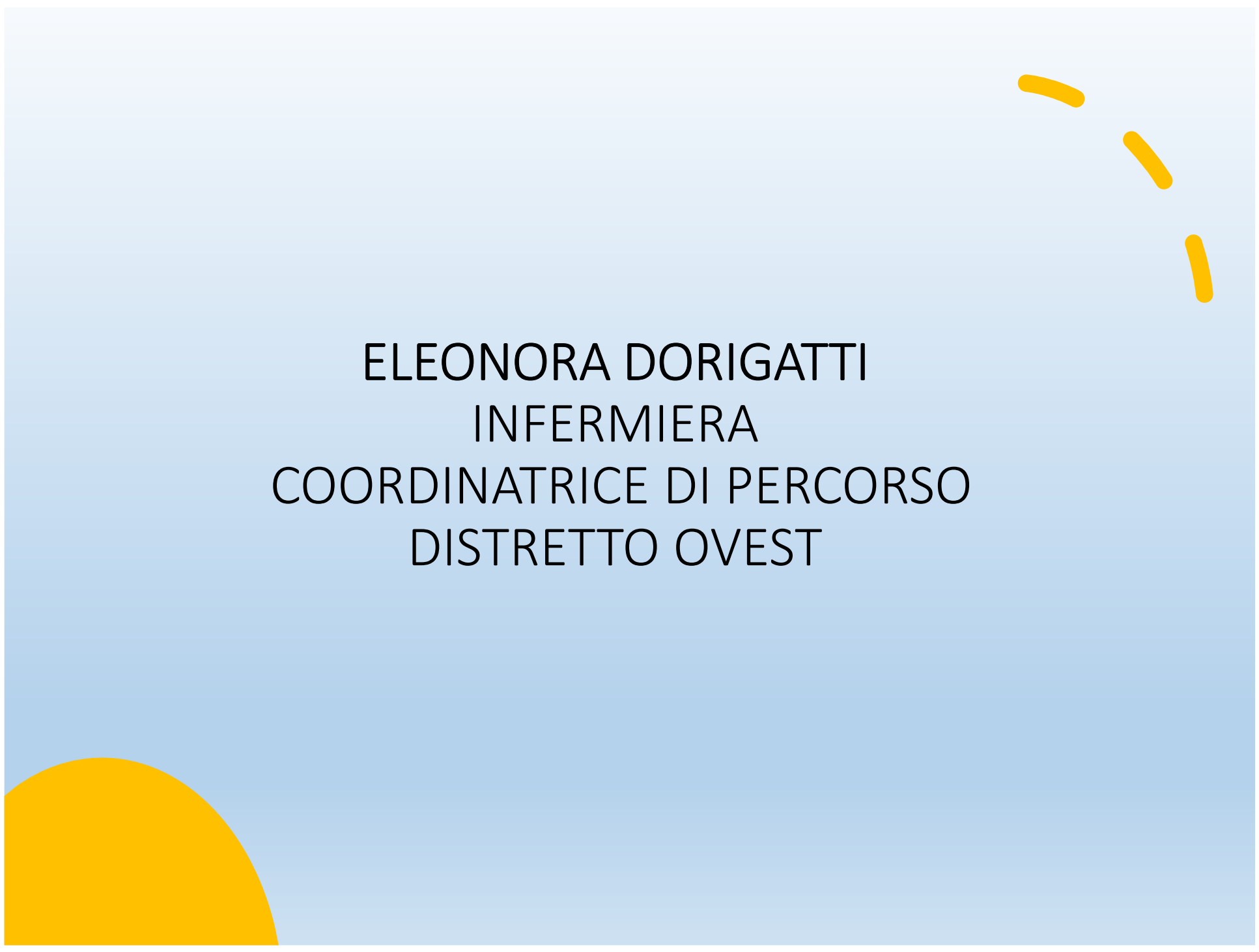
Verifiche e monitoraggio della situazione (possibili cambiamenti e modifiche al progetto a favore della persona)



ACCOMPAGNAMENTO IN STRUTTURA

- Domanda come autosufficiente direttamente presso RSA
- Inserimento presso alloggi semi-protetti (case anziani comunali, abitare accompagnato per anziani)
- Valutazione da parte della Commissione UVM del Distretto sanitario (medico UVM, assistente sociale, MMG, infermiera,) per l'inserimento in strutture residenziali RSA in caso di non autosufficienza, per periodi di sollievo o per ingressi definitivi.
Se la persona è in carico l'assistente sociale può attivare direttamente UVM, altrimenti invia al MMG per attivazione.





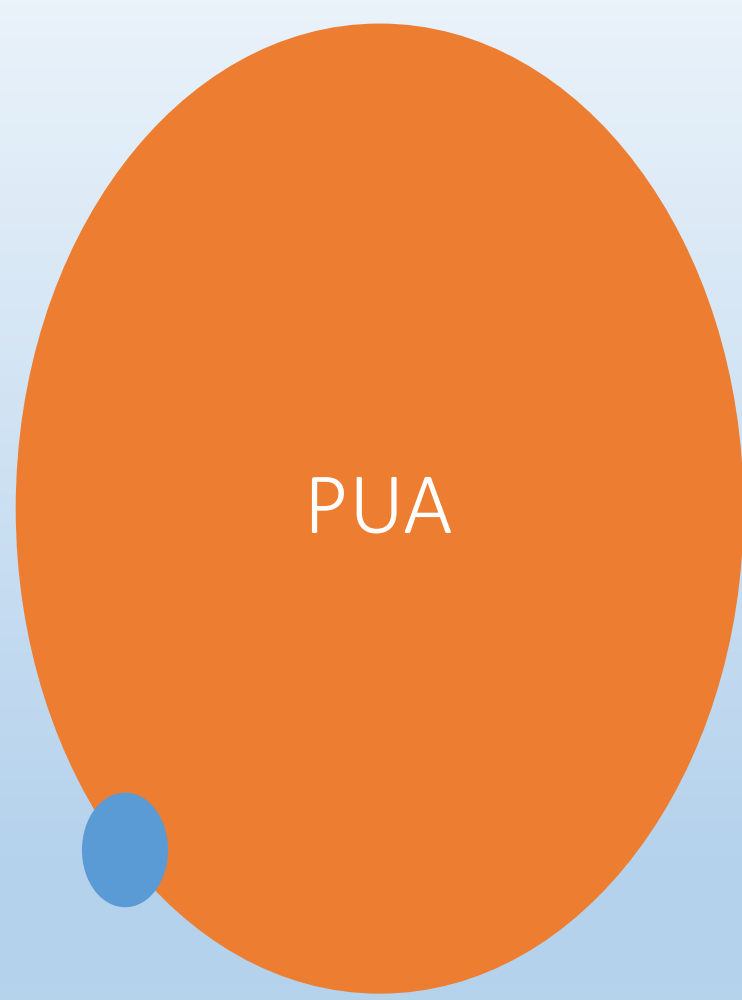
ELEONORA DORIGATTI
INFERMIERA
COORDINATRICE DI PERCORSO
DISTRETTO OVEST

IL PUA PUNTO UNICO DI ACCESSO

- sportello di libero accesso
- le persone possono trovare informazioni su aree di integrazione sociosanitaria.

rivolto a tutti i cittadini in situazione di fragilità, adulti e minori di età, anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità, con gravi patologie o dipendenze, ecc.

È composto da: medico del Servizio Territoriale, Infermiere Coordinatore di Percorso, Assistente Sociale.

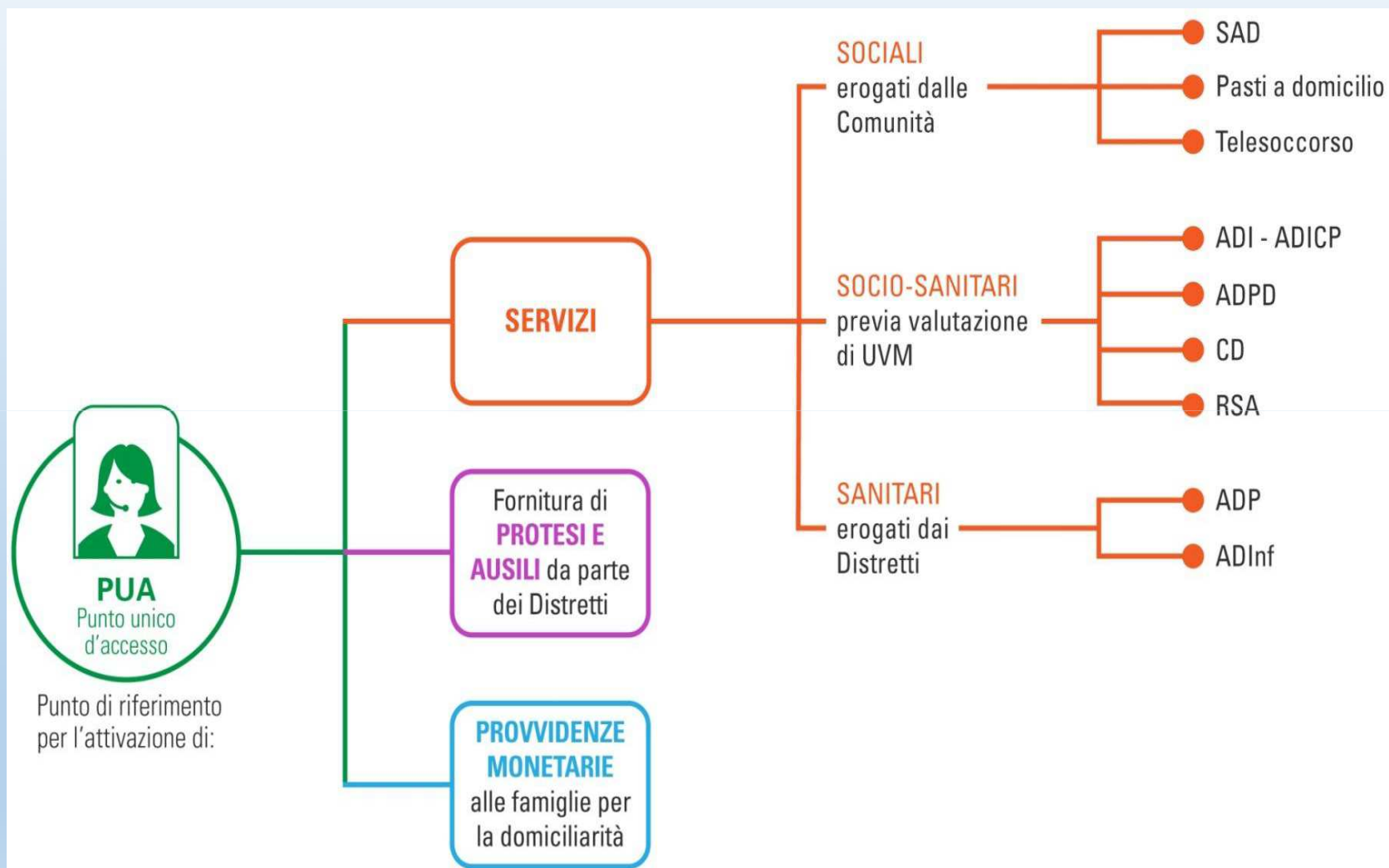
A large orange circle with the text 'PUA' in the center. A small blue circle is positioned at the bottom-left edge of the orange circle. To the right of the orange circle, there is a list of functions, each preceded by a checkmark. Above the list, there are several yellow curved lines of varying lengths, arranged in a semi-circular pattern.

PUA

❖ Svolge le funzioni di:

- ✓ accoglienza e ascolto
- ✓ informazione sui servizi e sulle modalità di attivazione
- ✓ orientamento ai cittadini e agli operatori per semplificare l'accesso alla rete dei servizi socio- sanitari
- ✓ accompagnamento
- ✓ valutazione e successiva presa in carico della persona con bisogni socio-sanitari complessi

PUA



UVM: UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE

È lo strumento operativo per la valutazione multidimensionale dei bisogni complessi, sanitari e socio-assistenziali e per l'individuazione degli interventi che meglio rispondono a questi bisogni.



è necessario un "attivatore di tipo istituzionale" che raccolga consenso

la persona e la famiglia interessate possono esprimere le proprie esigenze e condividere un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

CENTRI DIURNI

I CENTRI
DIURNI
ESTERNI IN
TRENTINO
SONO 15

I CENTRI
DIURNI
INTEGRATI
(SERVIZIO DI
APSP) SONO 7

I CENTRI
DIURNI
ALZHEIMER
SONO 2
TRENTO E
ROVERETO

ESTERNI:

- SCURELLE
- CANAL SAN BOVO
- LEVICO TERME
- TRENTO CENTRO
- GARDOLO
- MATTARELLO
- POVO
- RAVINA
- CLES
- CONDINO
- VILLA RENDENA
- TIONE DI TRENTO
- ALA
- MORI
- ROVERETO

INTEGRATI:

- PERGINE
- ARCO
- LEDRO
- RIVA
- BRENTONICO
- NOMI
- ROVERETO



FEDERICA DALLAPORTA
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA
COORDINATRICE CENTRO DIURNO GIRASOLE
GRUPPO SPES

CENTRI DIURNI Anziani e Alzheimer

CD ALZHEIMER

Per Chi?

Adulti e anziani residenti in Provincia, con diverso grado di non autosufficienza e con diagnosi specialistica di Demenza.

Perché?

Per promuovere il mantenimento a domicilio, mantenere o migliorare le capacità funzionali e cognitive, controllare i disturbi comportamentali.

Come?

Attraverso UVM (mmg, assistente sociale, infermieri) che valuta l'idoneità e l'inserimento in graduatoria. L'ingresso avviene in base alla disponibilità.

Per Quanto?

Dai 6 ai 24 mesi prorogabili con rivalutazione UVM; per passaggio ad altro progetto assistenziale.

CD ANZIANI

Per Chi?

Adulti e anziani residenti in Provincia, parzialmente autosufficienti con autonomie residue ma che necessitano di aiuto e/o che vivono in isolamento sociale.

Perché?

Per promuovere il mantenimento a domicilio, mantenere o migliorare le capacità funzionali e cognitive, relazionali.

Per Quanto?

Fino a che la persona lo desidera, per peggioramento delle condizioni cliniche, per passaggio ad altro progetto assistenziale.

Criteri di ammissione

CD ALZHEIMER	CD ANZIANI
Confuso, deambulante, autonomo.	Lucido.
Confuso, deambulante, in parte dipendente.	In parte dipendente o con deambulazione assistita.
Confuso, deambula assistito.	Persona confusa, autonoma nella deambulazione o che deambula assistita.
Problemi comportamentali prevalenti (ma controllabili con terapie farmacologiche o trattamenti/strategie non farmacologiche) compatibili con la vita comunitaria del centro.	Persone lucide e autonome sono ammesse nei casi di anziani che vivono in un contesto di grave e prolungato isolamento sociale o di privazione relazionale qualora nel territorio non sia presente un Centro servizi con accoglienza diurna.



Criteri di esclusione

CD ALZHEIMER

CD ANZIANI

Persone allettate non mobilizzabili in carrozzina.

Persone con gravi disturbi comportamentali (valutati con scala NPI quali forme di aggressività fisica e wandering costante incompatibili con la vita di comunità).

Persone con gravi disturbi comportamentali (valutati con scala NPI) quali: deliri, allucinazioni, agitazioni, disinibizioni, attività motoria aberrante (vagabondaggio o tendenza alla fuga).

Assenza di rete familiare.

-

Persone con turbe del comportamento, che controindicano l'inserimento in un contesto comunitario.

Persone che vivono in contesti abitativi con barriere architettoniche non superabili con ausili di uso comune e/o con i servizi disponibili quali il trasporto disabili.

Persone disabili con importanti problemi di salute per le quali il trasferimento fuori casa o l'alterazione dei ritmi della giornata non produrrebbe benefici.



Criteri di dimissione

CD ALZHEIMER

Raggiungimento dei tempi massimi di permanenza.

CD ANZIANI

Peggioramento delle condizioni di autonomia, cliniche, cognitive o comportamentali tali da modificare il profilo e non rendere più adeguato il servizio ai bisogni della persona.

Assenza non giustificata da oltre 3 settimane continuative

Percorso di
una persona
con demenza

CENTRO
DIURNO

PRE INGRESSO

- Accordo telefonico con la famiglia
- Visita al centro

PRIMO GIORNO DI FREQUENZA

- Accoglienza
- Confronto veloce in equipe al termine della giornata
- Restituzione alla famiglia al termine della giornata

GIORNI SUCCESSIVI

- Monitoraggio dell'equipe
- Raccolta della storia di vita

TRA IL PRIMO ED IL SECONDO MESE

- Stesura del PAI



Percorso di
una persona
con demenza

CENTRO
DIURNO
ALZHEIMER

PRE INGRESSO

- Colloquio con il/i familiare/i di riferimento per la presentazione delle attività, l'accordo circa le giornate di frequenza e la raccolta della storia di vita
- Se possibile si visita il centro

PRIMO GIORNO DI FREQUENZA

- Accoglienza con operatore dedicato
- Confronto veloce in equipe al termine della giornata
- Restituzione alla famiglia al termine della giornata

GIORNI SUCCESSIVI

- Monitoraggio dell'equipe

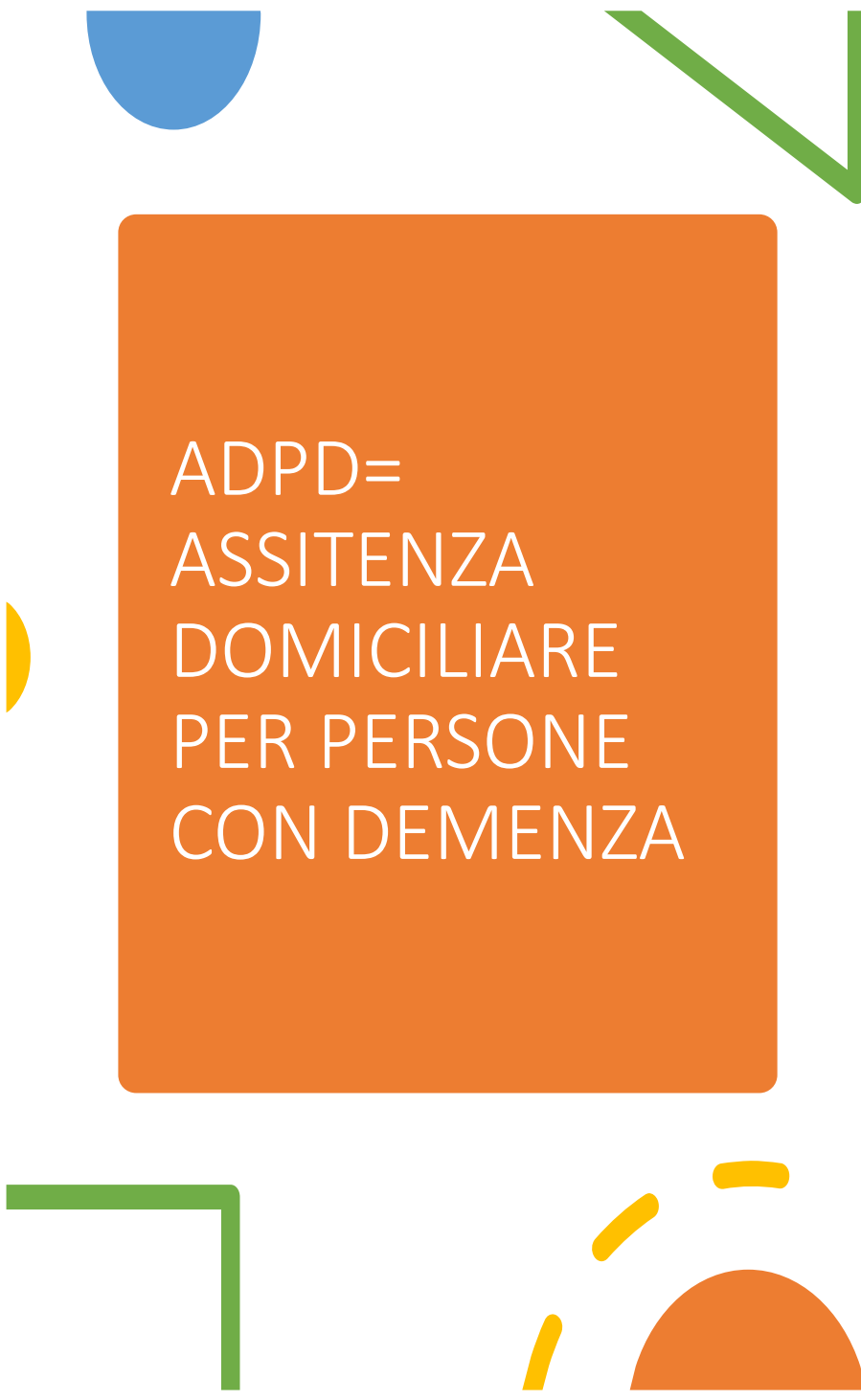
TRA IL PRIMO E IL TERZO MESE

- Stesura del PAI
- Raccolta autobiografia (se la situazione cognitiva lo permette)



MORENA SCOTTINI
COORDINATRICE INFERMIERISTICA
REFERENTE RETE DEMENZE
DISTRETTO CENTRO SUD





ADPD=
ASSISTENZA
DOMICILIARE
PER PERSONE
CON DEMENZA

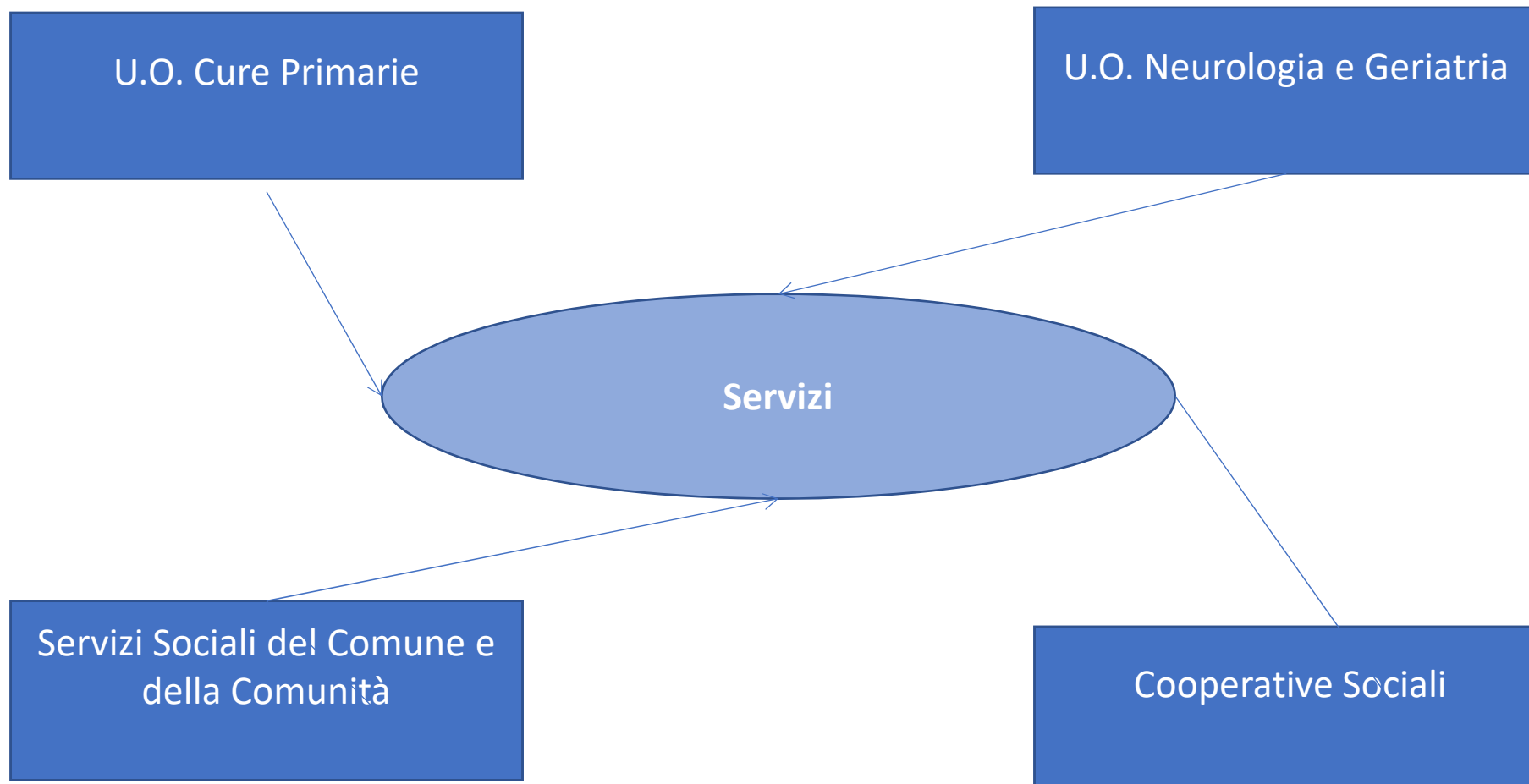
È UN MODELLO DI
SERVIZIO
ASSISTENZIALE
RIVOLTO ALLE
PERSONE CON
DEMENTIA,
ORIENTATO AL LORO
MANTENIMENTO A
DOMICILIO



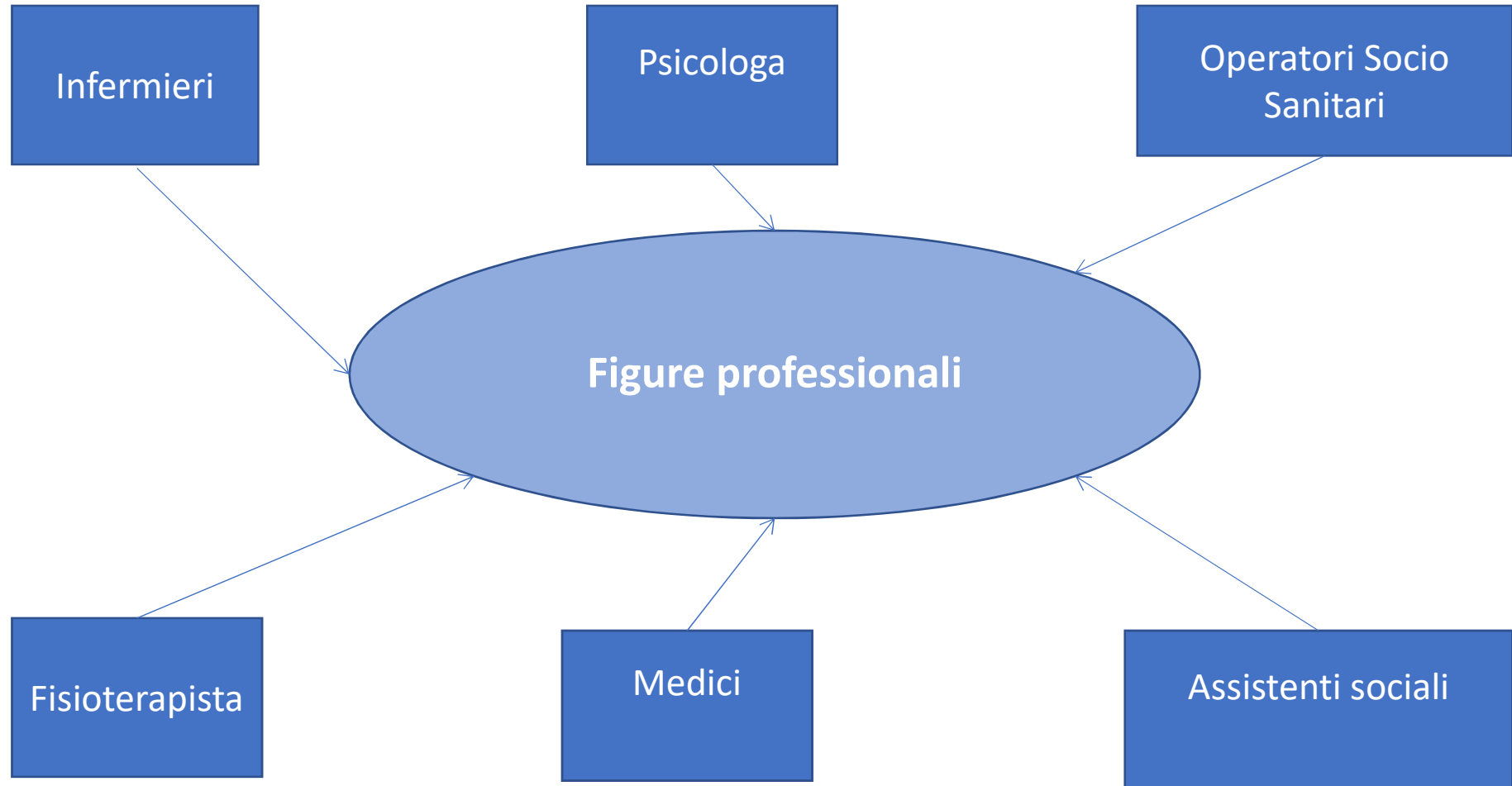
OBIETTIVI

- Rallentamento del decadimento cognitivo
- Mantenimento delle abilità funzionali residue
- Riduzione dello stress del *caregiver*
- Riduzione dei disturbi del comportamento

Servizi Coinvolti

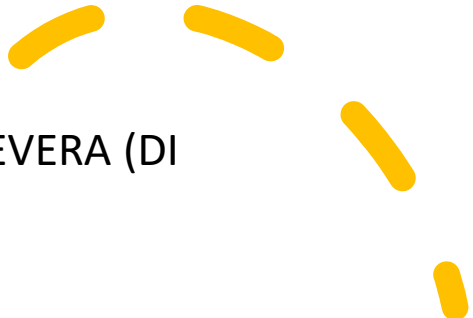


Professionisti Coinvolti





ADPD: PER CHI?

- 
- DEMENZA MODERATA-SEVERA (DI QUALSIASI EZIOLOGIA);
 - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO – BPSD;
 - RETE FAMILIARE ORIENTATA AL MANTENIMENTO A DOMICILIO DELLA PERSONA;
 - PRESENZA DEI CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.

CRITERI DI INCLUSIONE

È RICHIESTA LA PRESENZA CONTEMPORANEA DI TUTTI I SEGUENTI CRITERI:

- Diagnosi specialistica di demenza
- Età ≥ 65 aa
- MMSE ≤ 19 somministrato negli ultimi due mesi corretto per età e scolarità
- NPI totale ≥ 36 oppure scala agitazione/aggressività, deliri, disinibizione o affaccendamento motorio con punteggio ≥ 12
- Autonomo o parzialmente autonomo
- Si sposta da solo o con aiuto
- Ben assistito o parzialmente assistito



© CanStockPhoto.com - csp15600108



CRITERI DI ESCLUSIONE

È SUFFICIENTE LA PRESENZA DI UN SOLO CRITERIO:

- Allettato
- Non sufficientemente assistito
- Presenza di un piano attivo di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o Assistenza Domiciliare Integrata -Cure Palliative



CRITERI DI DIMISSIONE

L'utente viene dimesso dal servizio se:

- Il servizio è stato usufruito per un periodo di 2 anni
- Si verifica la presenza di uno dei criteri di esclusione sopra definiti

N.B. La dimissione viene concordata in Unità di valutazione multidimensionale (UVM) congiuntamente alla proposta di un piano assistenziale alternativo



INTERVENTI OFFERTI



assistenza domiciliare mirata (*minimo 6 ore settimanali, massimo 30 ore settimanali*);

assistenza domiciliare di tregua (*massimo 4 ore al mese*);

assistenza domiciliare urgente (*al bisogno per eventi imprevedibili non procrastinabili*);

affiancamento e supporto dell'Assistente familiare

supporto psicologico e counseling all'attivazione e in itinere se previsto dal PAI (*massimo 8 ore annuali*);

stimolazione cognitiva

stimolazione motoria

Tutti i servizi sono erogati da una cooperativa sociale

COSTI



compartecipazione di spesa

- per le attività di assistenza domiciliare

Compartecipazione calcolata attraverso “l’attestazione dell’indicatore ICEF” rilasciata dai CAF e che definisce:

- quota oraria
- tetto massimo

Sono gratuiti:

- 
- **stimolazione cognitiva**
 - **stimolazione motoria**
 - **supporto psicologico e counseling**
- 
- 
- 

PERCORSO DI ATTIVAZIONE

SEGNALAZIONE AL PUA



L'ATTIVAZIONE DELL'UVM



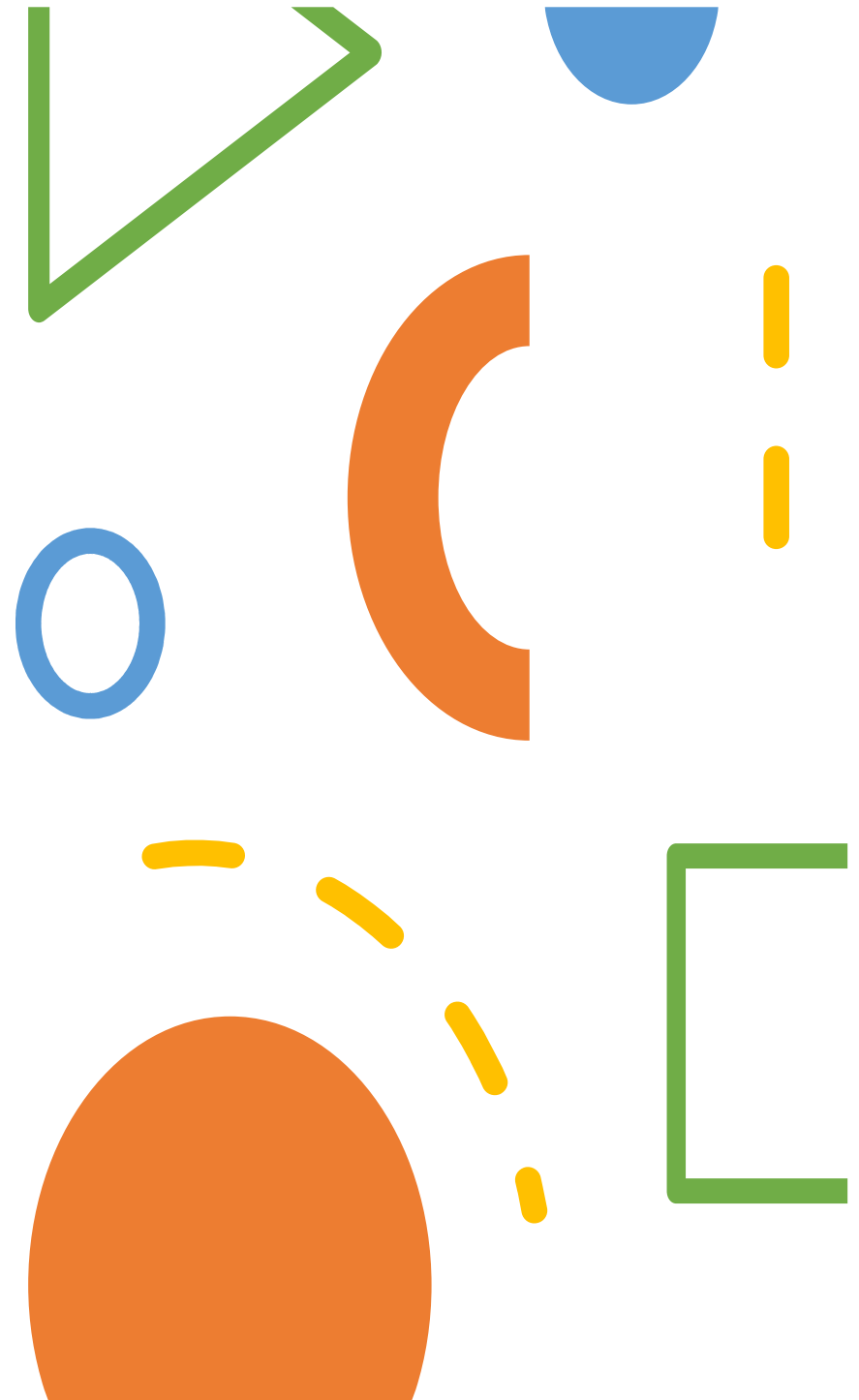
COLLOQUIO INFORMATIVO



VALUTAZIONE AL DOMICILIO

COLLOQUIO INFORMATIVO

- spiegazione del progetto
- valutazione dei bisogni
- somministrazione delle schede di valutazione (CBI e NPI)
- valutazione presenza dei criteri
- consegna materiale informativo
- consegna modulistica per UVM - SAD



VALUTAZIONE AL DOMICILIO

- Valutazione paziente con somministrazione eventuale MMSE
- Contesto familiare
- Ipotesi di piano individuale con paziente, familiari e Referente Servizio domiciliare



DEFINIZIONE DEL PIANO INDIVIDUALE ASSISTENZIALE (PAI)

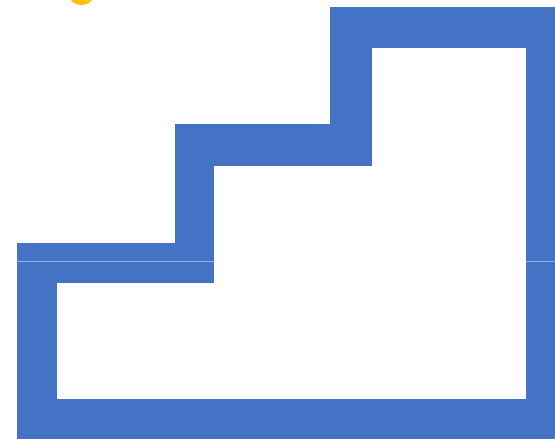
La scelta della tipologia del piano assistenziale e della sua intensità è effettuata in base a:

- stadio della malattia e il potenziale residuo che determinano le figure professionali impegnate **(RUOLO E NUMERO)**
- la situazione familiare che determina l'intensità del servizio **(ORE/SETTIMANA)**



MONITORAGGIO

- Verifica ogni 6 mesi (con nuova somministrazione delle scale)
- Monitoraggio mensile con famiglia e cooperativa
- Rivalutazione al bisogno



IMPORTANTE!



TEMPESTIVITA'

ACCETTAZIONE
DELLA FAMIGLIA

COSTO/BENEFICIO

R.S.A

Le RSA in Trentino sono
54.

3 RSAO

Sono presenti posti letto
base e posti letto da
nucleo Alzheimer
Posti letto sollievo

I nuclei Alzheimer sono
presenti in 23 RSA

I posti in RSA prevedono il
pagamento della retta
alberghiera, la quota
sanitaria è sostenuta dalla
PAT

- ❖ COMUN GENERAL DE FASCIA 1
- ❖ COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERNSTOL 4
- ❖ COMUNITA' VALLAGARINA 9
- ❖ COMUNITA' DELLE GIUDICARIE 7
- ❖ COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO 5
- ❖ COMUNITA' DELLA VAL DI NON 3
- ❖ COMUNITA' DELLA VAL DI SOLE 2
- ❖ COMUNITA' DELLA VALLE DEI LAGHI 1
- ❖ COMUNITA' DELLA VALLE DI CEMBRA 1
- ❖ COMUNITA' DEL PRIMIERO 2
- ❖ COMUNITA' ROTALIANA KONISBSERG 3
- ❖ COMUNITA' DELLA VAL DI Fiemme 2
- ❖ COMUNITA' VALSUGANA E TESINO 6
- ❖ MAGNIFICA COMUNITA' ALTIPIANI Cimbri 1
- ❖ COMUNITA' VAL D'ADIGE 10



MARIA TERESA MATTIVI
MEDICO COORDINATORE SANITARIO
APSP SANTO SPIRITO FONDAZIONE
MONTEL - PERGINE

RSA
e
Demenza

Fine del percorso?





RSA

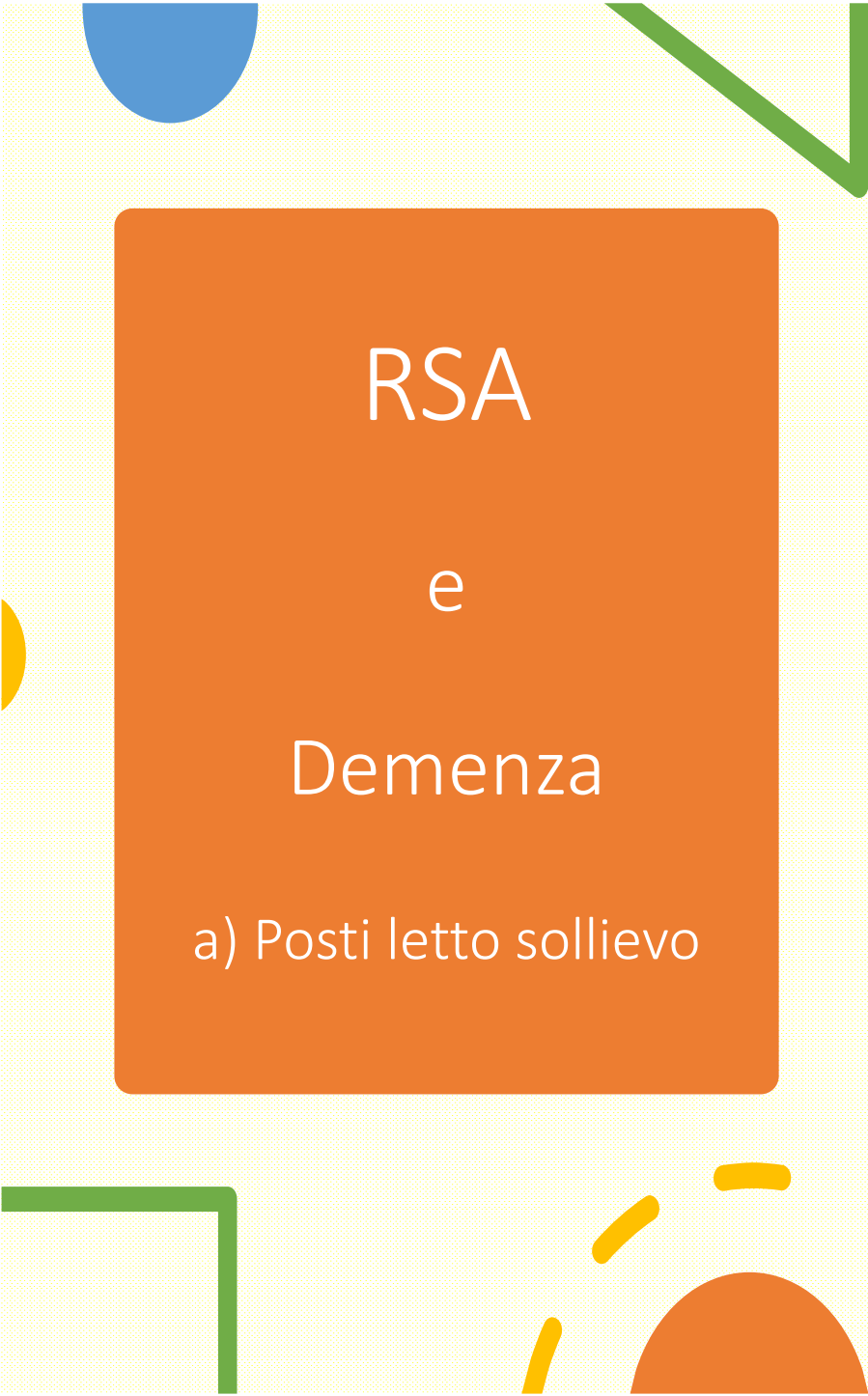
e

Demenza

OBIETTIVI

Prevenzione e
cura delle complicanze

Mantenimento
delle abilità residue



RSA

e

Demenza

a) Posti letto sollievo

OBIETTIVI

- Sollievo/sostegno ai familiari per periodi di ferie o in caso di momentanea impossibilità del caregiver a prendersi cura del malato
- Stimolare/mantenere le capacità residue in continuità con gli interventi adottati dalla famiglia
- Garantire continuità con gli interventi specifici eventualmente forniti da altri servizi della rete

INTERVENTI

- Valutazione e monitoraggio delle capacità cognitive, funzionali, relazionali e dei disturbi comportamentali
- Inserimento in programmi di attività per la stimolazione/mantenimento delle abilità cognitive e funzionali residue



RSA

e

Demenza

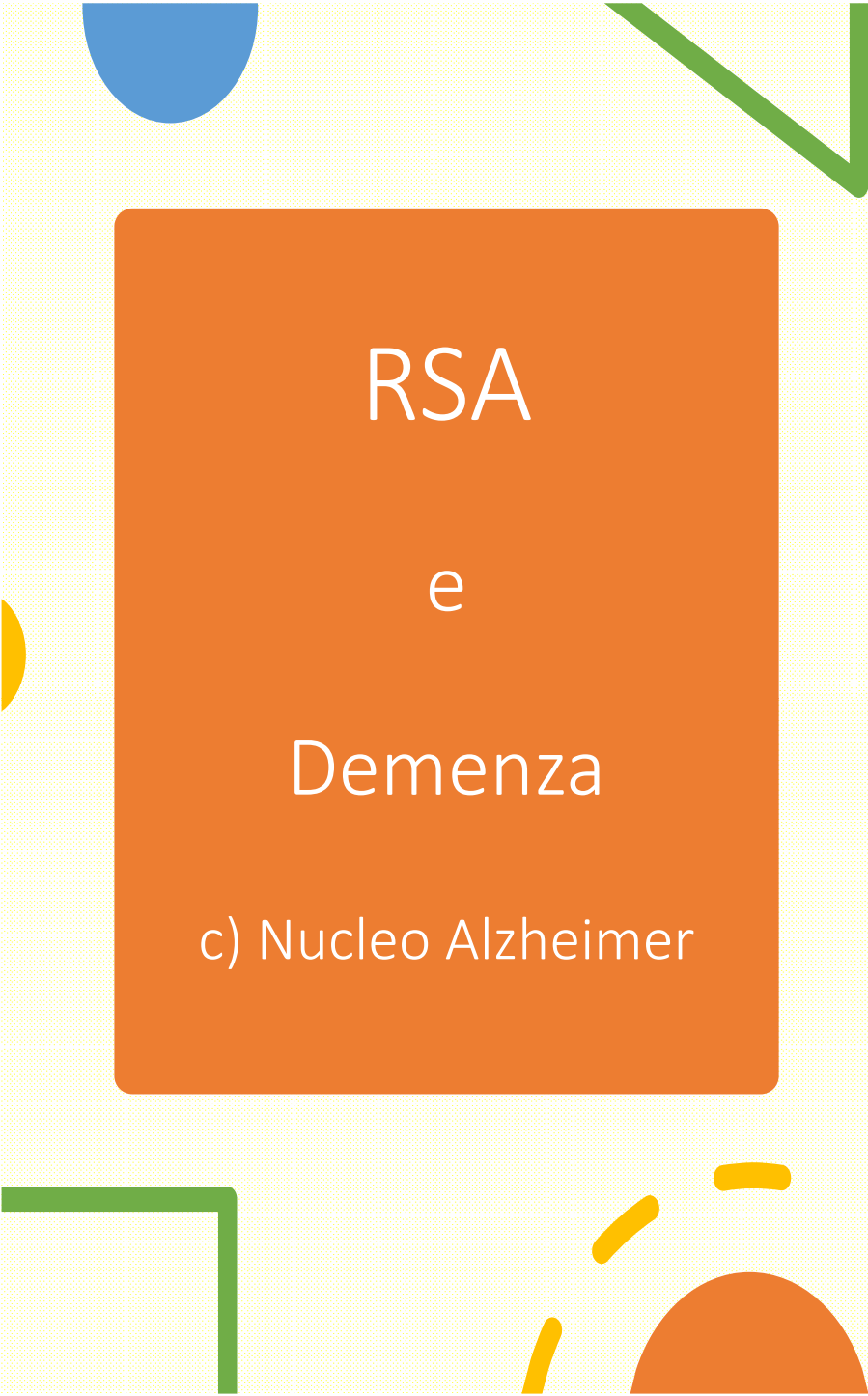
b) posti letto base

OBIETTIVI

- Rallentare il progressivo deterioramento delle capacità funzionali cognitive, motorie
- Garantire interventi sanitari, assistenziali, sociali in modo integrato
- Gestire i disturbi del comportamento riducendo l'utilizzo di contenzione fisica e farmacologica
- Effettuare la riconciliazione terapeutica e trattare la comorbidità
- Accompagnare nel fine vita

INTERVENTI

- Predisposizione di programmi specifici di stimolazione al mantenimento delle capacità motorie, relazionali/affettive, cognitive, funzionali, sociali
- Programmi specifici per la prevenzione delle cadute
- Adattamento dei ritmi di vita e di erogazione dei servizi diretti alle persona e alle specifiche esigenze di tali malati
- Elaborazione del Piano assistenziale individualizzato e per la prevenzione delle complicanze dello stadio avanzato di malattia
- Aggiornamento e formazione specifica sulla gestione dei soggetti dementi, di tutto il personale di assistenza diretta al malato



RSA

e

Demenza

c) Nucleo Alzheimer

CRITERI DI AMMISSIONE

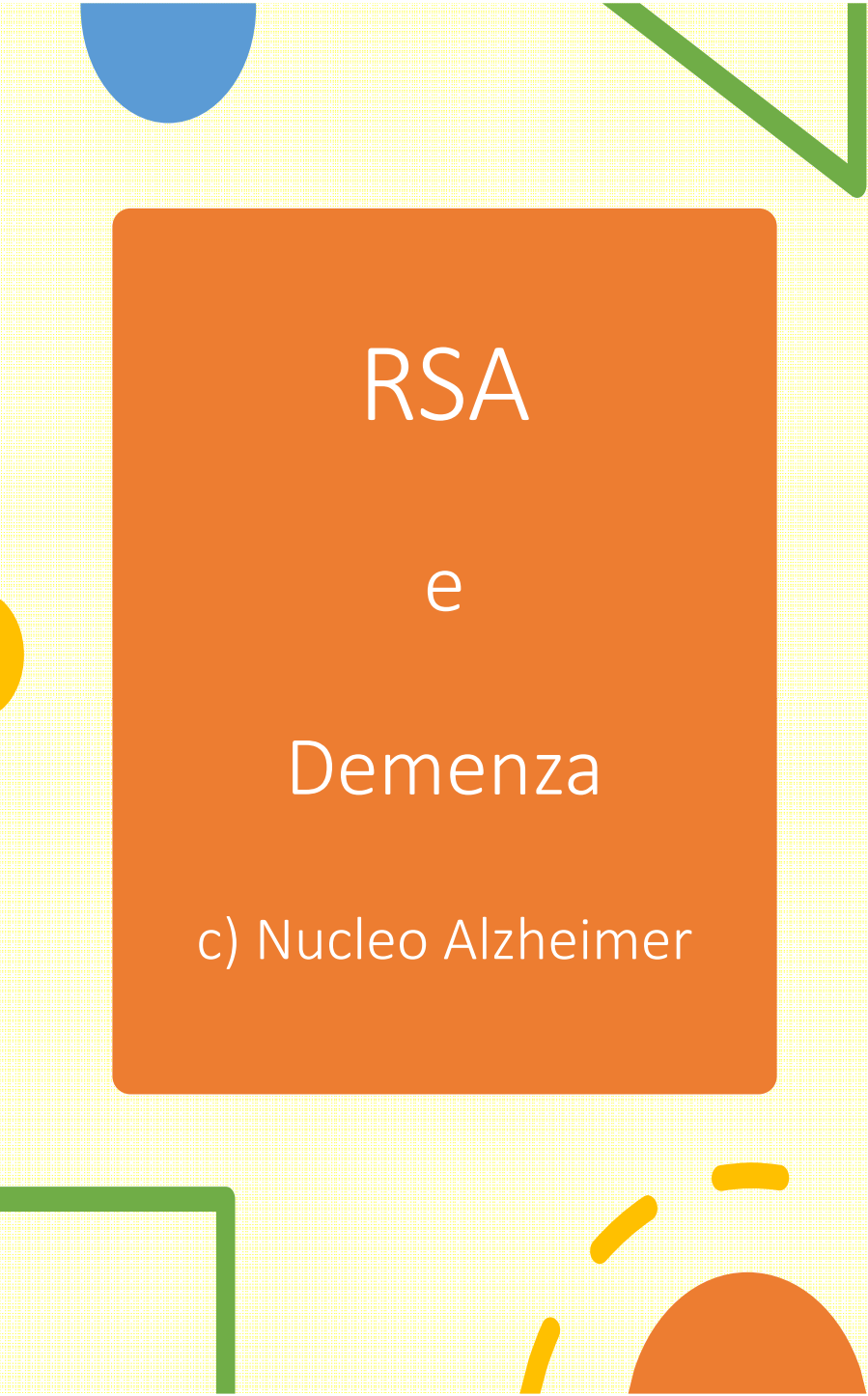
- Demenza di grado moderato-severo
- Presenza di disturbi comportamentali o psichici clinicamente rilevanti
- Autonomia nella deambulazione

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Malattie psichiatriche che richiedono differenti modalità di intervento e cura
- Stato confusionale acuto in assenza di demenza
- Demenza senza disturbi comportamentali

CRITERI DI DIMISSIONE

- Perdita di autonomia nella deambulazione
- Controllo dei disturbi comportamentali mantenuto anche all'esterno del nucleo



RSA

e

Demenza

c) Nucleo Alzheimer

OBIETTIVI

Tutela del benessere della persona e cura dei disturbi del comportamento attraverso:

- Ambiente protetto, personalizzato e con stimoli congrui alla patologia
- Verifica costante delle abilità cognitive e funzionali
- Proposta di attività occupazionali e interventi di stimolazione cognitiva per il mantenimento delle abilità residue e il rallentamento del processo di deterioramento
- Monitoraggio dei disturbi del comportamento ricercando strategie di gestione

RSA e Demenza

Fine del percorso?



*«...intanto vai a fare un po' di
riabilitazione per riprendere forza e
tornare a casa»*

RSA e Demenza

Condivisione di *aspettative, obiettivi*
e *possibilità di intervento* in
relazione alla **storia della persona** e
allo **stadio di malattia**

