

COME MI COMPORTO SE...

IL MIO FAMILIARE DIVENTA NON AUTOSUFFICIENTE

- Gli ANZIANI -





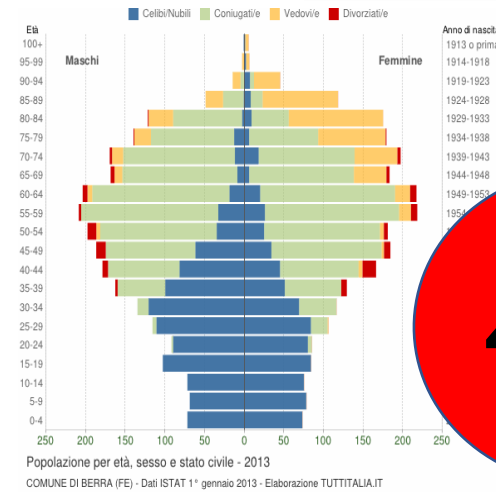
Piano Socio Sanitario 2018-2020
Distretto Centro Nord

IL CONTESTO LOCALE L'INDICE di VECCHIAIA



160

OGGI...



400



175

244

277



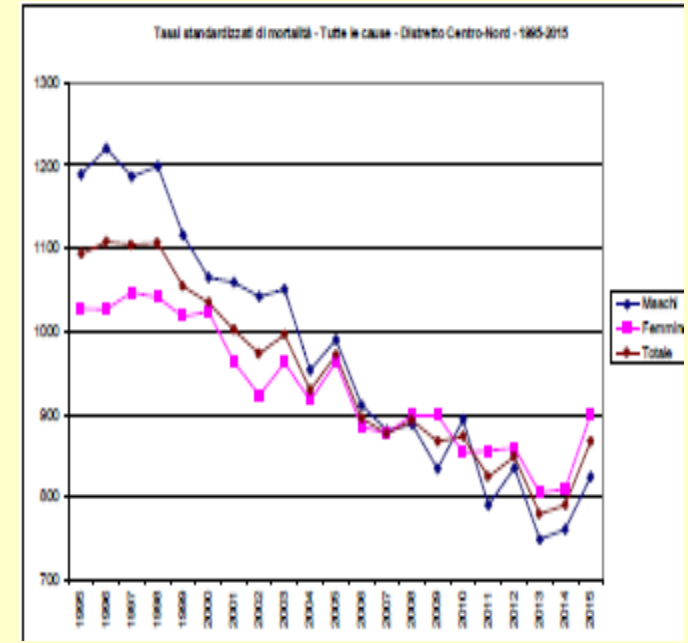


AMBITO ANZIANI: IL CONTESTO LOCALE

LA SPERANZA di VITA



L' aspettativa di vita alla nascita,
 in crescita negli anni scorsi,
 ha fatto registrare una **flessione nel 2015**,
 ma nel **2016** in RER è tornata
 ai livelli del 2014,
 sia per gli uomini che per le donne
 ed è superiore alla media nazionale,



MA

		FERRARA	EMILIA- ROMAGNA	ITALIA
SPERANZA DI VITA	M	80,0	81,2	80,5
	F	84,2	85,3	84,9
SPERANZA DI VITA A 65 aa	M	18,6	19,4	19,0
	F	21,7	22,5	22,1





COSA SI INTENDE PER NON-AUTOSUFFICIENZA

E' la perdita di **autonomia** nello svolgimento delle attività abituali della vita quotidiana (**ADL**).

Non si è più in grado di svolgere quei compiti (funzioni) **abituali** che ci consentono di **vivere "da soli"**.

TRE LIVELLI di "difficoltà": **BADL, IADL, AADL**.

Serve una lettura **MULTI** - professionale dei deficit (valutazione dell'autonomia – **VMD** = Valutazione Multi Dimensionale).

Vengono utilizzati **strumenti** **VALIDATI** e **CONCORDATI** per descrivere/capire il grado di dipendenza/bisogno.

Per RER una persona anziana comincia a diventare non autosufficiente quando **BINA** è almeno **230/1000**.



CAPIRE PERCHE'

La non autosufficienza non è “inevitabile”, anche se **l'invecchiamento** la rende molto **più frequente**.

E' importante identificare i primi segni di **fragilità** e le situazioni **reversibili/curabili**.

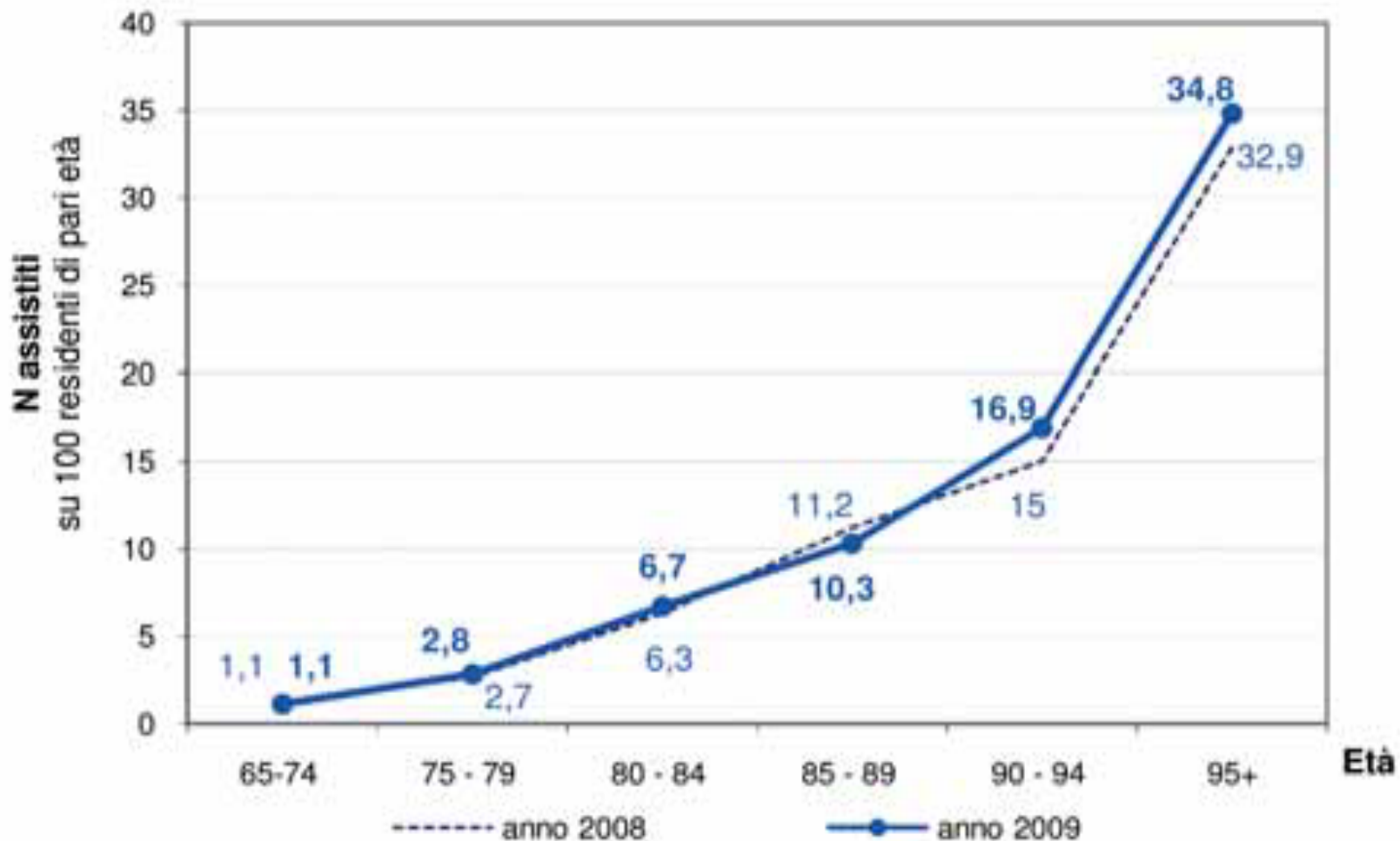
Se la situazione di NON autosufficienza diventa irreversibile diventa importante far partire il percorso per il **riconoscimento** dell'invalidità civile/indennità per poter godere dei diritti che ne conseguono.

In tutti questi passaggi un ruolo fondamentale va attribuito al **MMG**.



"CONSUMO" di SERVIZI e CLASSI di ETÀ

Anziani assistiti in LTC su 100 residenti di pari età.
Dati anni 2008-2009, Distretto Ovest Az.Usl di Ferrara





Piano Socio Sanitario 2018-2020
Distretto Centro Nord

AMBITO ANZIANI: IL CONTESTO LOCALE **.A SPERANZA di VITA ATTIVA**



L'Italia è **tra i paesi più longevi** in Europa, preceduta solo dalla Spagna (rapporto ISTAT 2017)
Anche nelle età anziane gli italiani hanno una speranza di vita ben superiore alla media europea **MA ...**
se si considera la qualità della sopravvivenza:
lo svantaggio per gli italiani nel numero di anni senza limitazioni a 65 anni è pari a **1,6 per gli uomini e sale a 1,9 per le donne.**



Piano Socio Sanitario 2018-2020
Distretto Centro Nord

AMBITO ANZIANI: IL CONTESTO LOCALE **NON AUTOSUFFICIENZA & RESPONSABILITA'**



L'impatto sulla salute di consumi e stili di vita: i principali fattori di rischio modificabili e intermedi

(ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso consumo di frutta e verdura)

**determinano la maggior parte (86%) degli anni di
vita vissuti in condizioni di disabilità.**

Si stima che negli anni 2010-2013

più di **2 milioni** di abitanti RER hanno un basso consumo di **frutta e verdura**,

1 milione è in **sovrappeso** e 300 mila obesi,

più di **800 mila** sono **fumatori**,

più di **600 mila** siano **sedentari** e altrettanti consumano troppi **alcolici**.



COSA FARE PER RICHIEDERE L' INVALIDITA' CIVILE

- VALUTARE INSIEME AL PROPRIO **M.M.G.** L'OPPORTUNITA' CHE EGLI INOLTRI ALL'INPS LA RICHIESTA PER VIA TELEMATICA (SOLO LUI PUO' FARLA). DEVE SPECIFICARE SE INTENDE CHIEDERE ANCHE VALUTAZIONE PER LEGGE 104.
- ATTENDERE LA CONVOCAZIONE DELLA **COMMISSIONE** INVALIDI E NEL MENTRE PREPARARE LE **COPIE** DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- DOPO LA VISITA **ATTENDERE** COMUNICAZIONE DA PARTE DI INPS DELL'ESITO
- **NON E' ASSOLUTAMENTE NECESSARIA UNA VISITA GERIATRICA PREVENTIVA ALLA DOMANDA**



INVALIDITA' CIVILE

La commissione può concedere:

- **Percentuale** di invalidità (soglia 1/3 – 100 %)
- Legge **104**
- Indennità di **Accompagnamento** (IDA)

COME MI COMPORTO SE...

IL MIO FAMILIARE COMINCIA A PERDERE LA MEMORIA



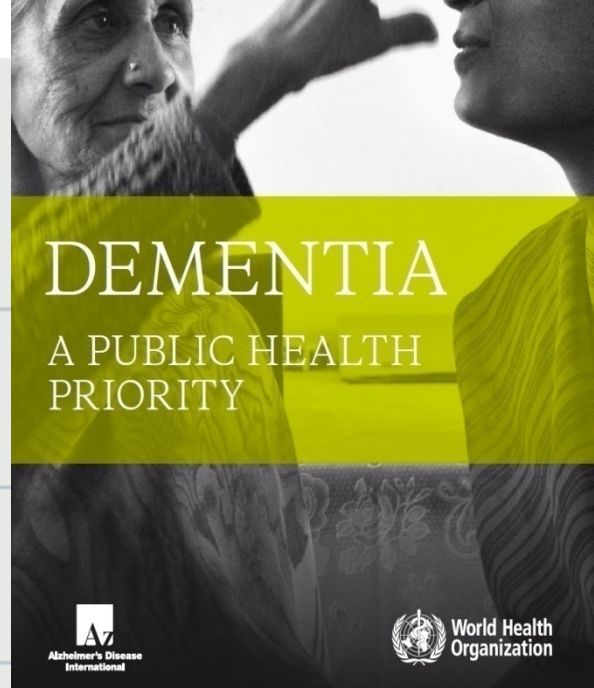
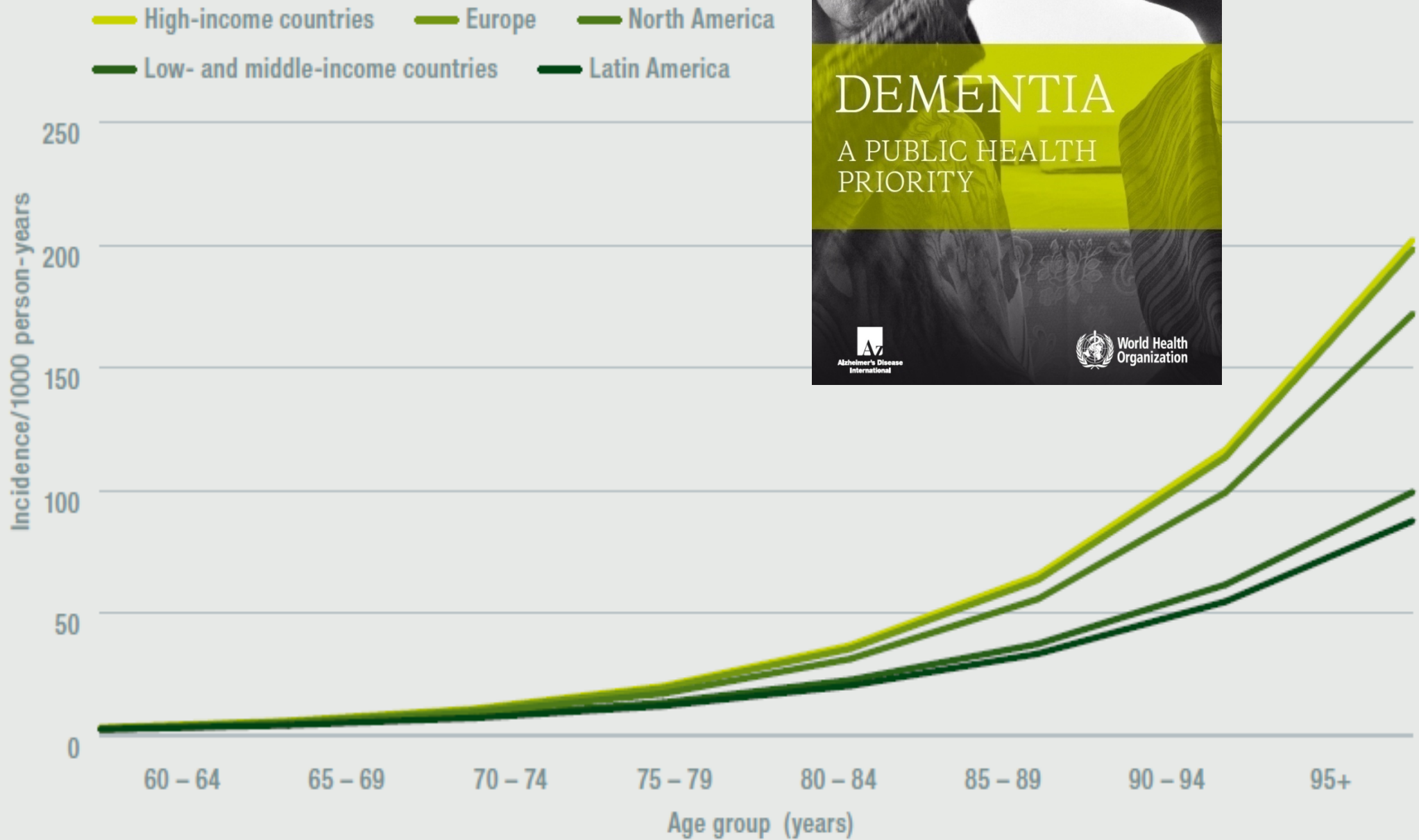


FIG 2.5 Estimated age-specific annual incidence of dementia, derived from mixed-effects Poisson metaregression, for world regions for which meta-analytical synthesis was feasible



LA DIAGNOSI = CAPIRE PERCHE'

La **perdita** della memoria e delle altre funzioni **cognitive** è più frequente con il passare degli **anni**, MA non è mai da considerare una cosa inevitabile.

Si deve capire se **per quella persona** quanto si vede rientra nella normalità o se merita un **approfondimento**:

è di fondamentale importanza arrivare ad una **diagnosi**.

capire se quella persona a **davvero una DEMENZA** (quando possiamo parlare di demenza?)

e da che cosa **dipende** la sua demenza....

CONDIZIONI CLINICHE IN CUI SI PUO' MANIFESTARE UN DECLINO COGNITIVO NELL'ANZIANO

Demenza

Delirium (stato confusionale acuto)

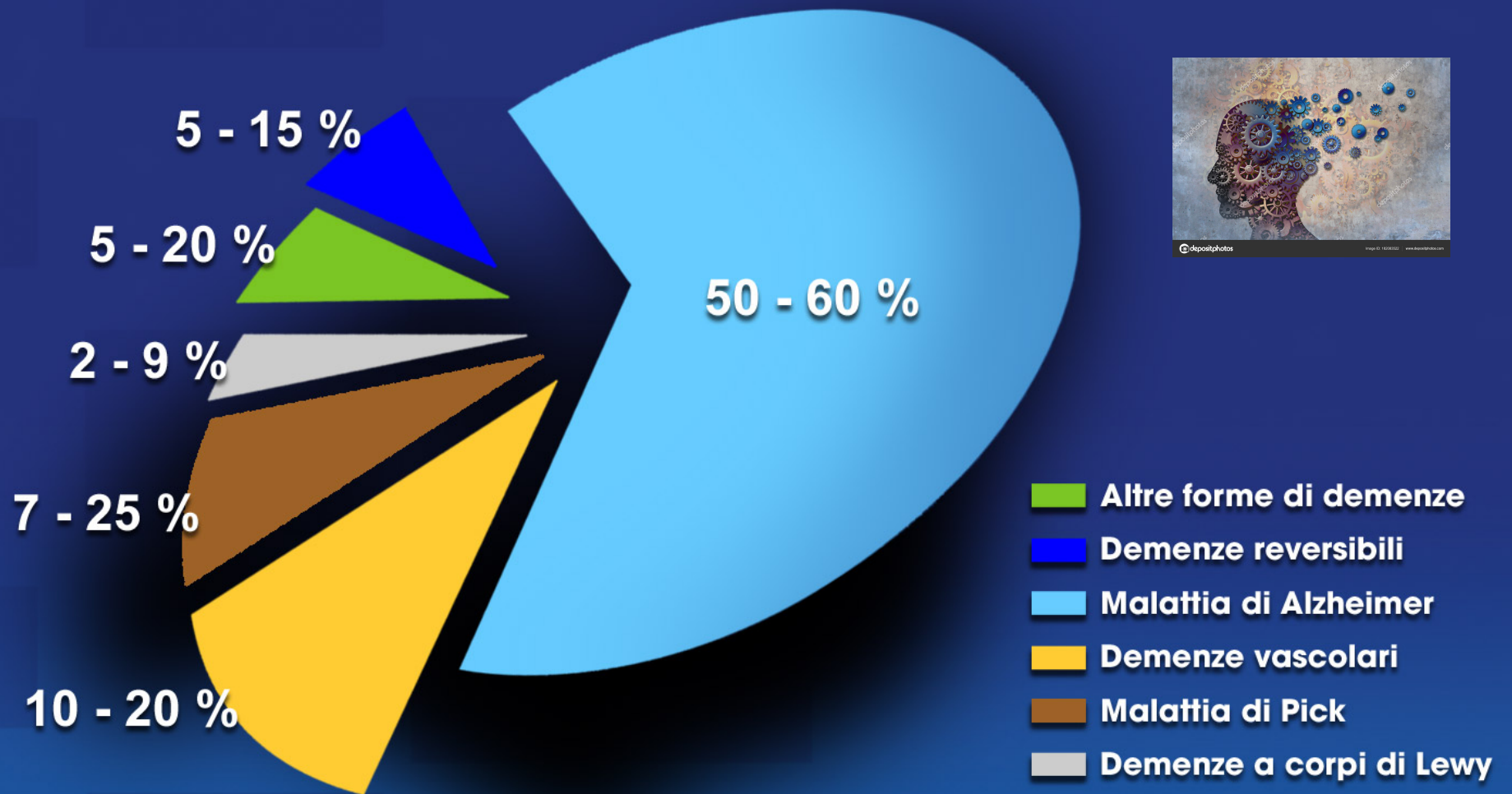
Depressione

Declino cognitivo associato all'età (ARCD)

Mild Cognitive Impairment (MCI)

Psicosi croniche

Deprivazione sensoriale



Demenze secondarie

Demenza Vascolare Ischemica

Disturbi endocrino-metabolici

- 1) Distiroidismi
- 2) Ipo-iperparatiroidismi
- 3) M. Asse ipofisi-surrene
- 4) Insufficienza renale cronica
- 5) Ipoglicemia
- 6) Disidratazione

Malattie metaboliche ereditarie

Malattie infiammatorie del SNC

- 1) Meningiti ed encefaliti
(batterica, neurosifilide, micotica, virale)
- 2) Sclerosi Multipla e Malattie demielinizzanti
- 3) Connettiviti
- 4) Malattia di C-J
- 5) AIDS conclamato

Stati Carenziali

- 1) Carezza di Tiamina (Korsakoff)
- 2) Carezza di Vit. B12 e folati
- 3) Malnutrizione generale

Sostanze tossiche

- 1) alcool
- 2) Metalli pesanti
- 3) Farmaci
- 4) Composti organici

Processi espansivi cerebrali

Neoplasie, ematomi, Ascessi

Miscellanea

Traumi cranici
Sindromi paraneoplastiche
Malattie cardiovascolari e respiratorie



CHI CONCORRE ALLA DIAGNOSI?

la diagnosi non basta = verso il **PDTA**

La prima risposta è del **MMG**: conosce la persona ed interpreta i suoi **cambiamenti**

La seconda risposta è il passaggio ai CDCD **Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze**

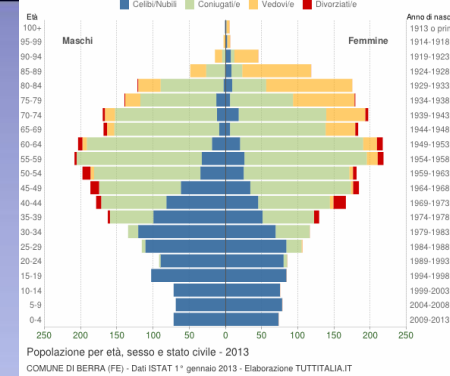
Si chiamavano UVA e ci sono sedi in tutta la regione, nella nostra provincia sono molto “diffusi”.

Si sta cercando di sviluppare l'integrazione dei CDCD con la **rete dei servizi** che cercano di dare una risposta ai problemi dei pazienti con demenza (Es. i servizi anziani, i Centri Diurni, il Nucleo Speciale Demenze).



Epidemiologia ITA

Le dimensioni del problema



ILSA/CNR 1998: PREV 6.5% , INC 11 per mille/a +65aa.

2017 - ITALIA: circa 1.000.000 **RER** quasi 70.000

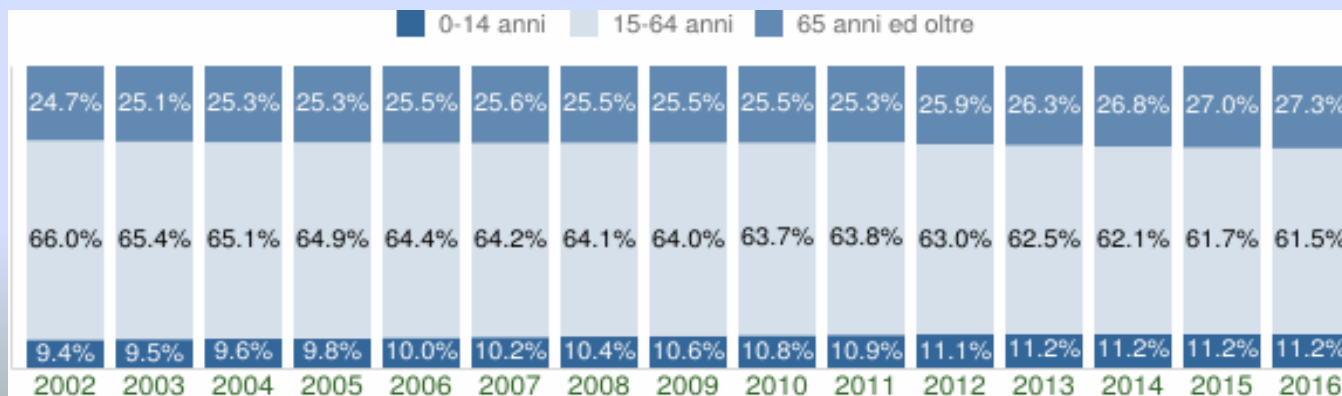
FERRARA (+ 65 aa 96.000)

Prevalenza: circa **7.000** persone affette

Incidenza: circa **1000** nuovi casi/anno

2013 Alcove (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe)

ITA 1.400.000, 75.000 RER



Struttura per età della popolazione



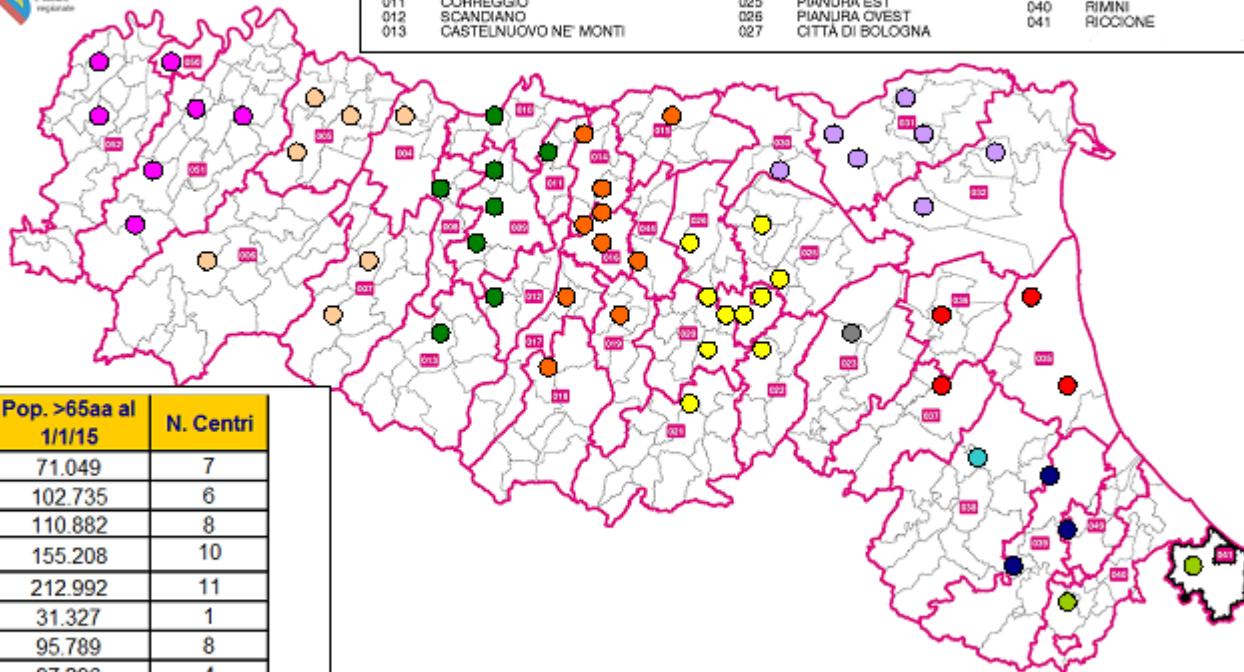
I CDCD IN EMILIA ROMAGNA

Regione Emilia Romagna
 Direzione generale Sanità e Politiche sociali



DISTRETTI SANITARI - edizione Gennaio 2012
 L.R. 19/94 e L.R. 29/04

050	CITTA DI PIACENZA	044	CASTELFRANCO EMILIA	023	IMOLA
051	LEVANTE	014	CARPI	030	OVEST
052	PONENTE	015	MIRANDOLA	031	CENTRO-NORD
004	PARMA	016	MODENA	032	SUD-EST
005	FIDENZA	017	SASSUOLO	035	RAVENNA
006	VALLI TARO E CENO	018	PAVULLO NEL FRIGNANO	036	LUGO
007	SUD-EST	019	VIGNOLA	037	FAENZA
008	MONTECCHIO EMILIA	020	CASALECCHIO DI RENO	038	FORLI
009	REGGIO EMILIA	021	FORRETTA TERME	049	RUBICONE
010	GUASTALLA	022	SAN LAZZARO DI SAVENA	039	CESENA - VALLE DEL SAVIO
011	CORREGGIO	025	PIANURA EST	040	RIMINI
012	SCANDIANO	026	PIANURA OVEST	041	RICCIONE
013	CASTELNUOVO NE' MONTI	027	CITTA DI BOLOGNA		



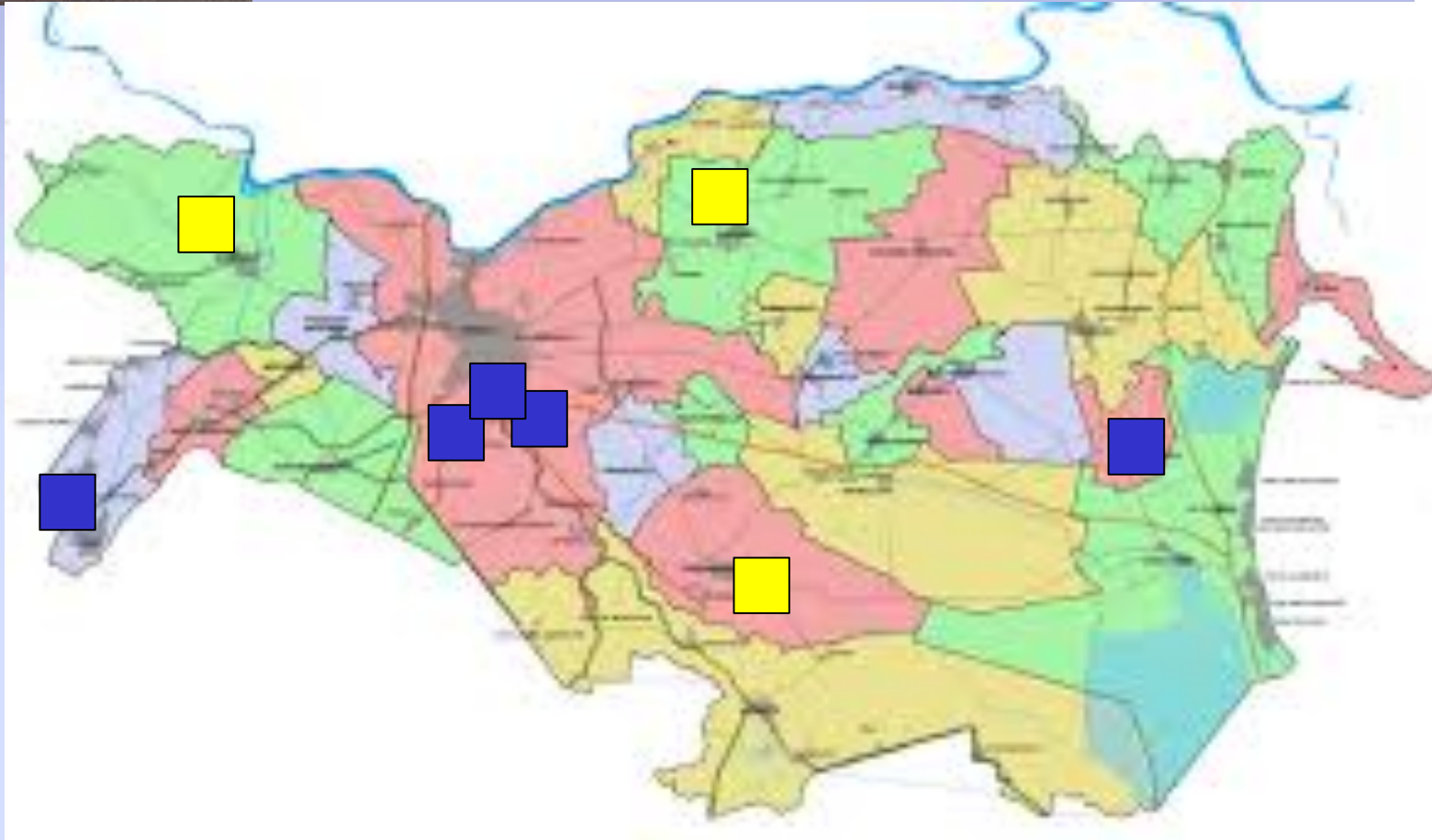
AUSL	Pop. >65aa al 1/1/15	N. Centri
PIACENZA	71.049	7
PARMA	102.735	6
REGGIO E.	110.882	8
MODENA	155.208	10
BOLOGNA	212.992	11
IMOLA	31.327	1
FERRARA	95.789	8
RAVENNA	97.296	4
FORLI'	46.260	1
CESENA	46.516	3
RIMINI	73.611	2
REGIONE	1.043.665	61

Elaborazione a cura di

 Ufficio cartografico
 della Regione Emilia Romagna



La MAPPA dei CDCD La rete "DIFFUSA" Provincia di Ferrara (DGR 2581/99)



 **Ospedale**

 **Casa della Salute**

L'organizzazione dei servizi per le Demenze: Il modello regionale

CDCD - DATI di ATTIVITA

Prime visite e pazienti presi in carico anno 2015				Confronto 2015-2014			
AUSL	PRIME VISITE			N° Pazienti con 1° Visita anno 2014	% aumento o diminuzione 1° visite nel 2015 rispetto al 2014	N° Pazienti con 1° Visita presi in carico 2014	% aumento o diminuzione presi in carico 2015 rispetto al 2014
	N° Pazienti con 1° Visita	N° Pazienti con 1° Visita presi in carico	% Pazienti presi in carico				
PIACENZA	1.093	1.041	95%	1.144	-4%	1.064	-2%
PARMA	1.924	1.583	82%	1.765	9%	1.448	9%
REGGIO E.	3.088	2.637	85%	2.846	9%	2.489	6%
MODENA	4.869	2.329	48%	4.309	13%	2.339	0%
BOLOGNA	4.457	2.760	62%	4.142	8%	2.824	-2%
IMOLA	461	409	89%	386	19%	346	18%
FERRARA	1.681	941	56%	1.750	-4%	893	5%
RAVENNA	2.761	1.965	71%	2.600	6%	1.666	18%
FORLI'	870	540	62%	773	13%	273	98%
CESENA	541	541	100%	665	-19%	574	-6%
RIMINI	1.345	834	62%	1077	25%	804	4%
REGIONE	23.090	15.580	67%	21.457	8%	14.720	6% Totale presi in carico su 1 visite 69%



PRENDERSI CURA DI CHI SI PRENDE CURA

La demenza è una malattia in cui il
CAREGIVER è spesso
sovraccaricato, può essere aiutato in
più modi:

- il **CaFE'** ... (+ i supporti psicologici)
- fare esperienza di gruppo (**AMA**)
- le attività di **INCLUSIONE** sociale

LA PREVENZIONE



1 Look after your heart



Smoking, high blood pressure, high cholesterol, and heart attack, that could lead to dementia, can be prevented effectively if they do occur.

2 Be physically active



Physical activity and exercise help you control your blood pressure, type 2 diabetes and some forms of dementia. The benefits of physical activity make us feel good and is a key part of staying healthy.

3 Follow a healthy diet



Food is fuel for both brain and body. Eating a healthy, balanced diet, such as a Mediterranean-type diet, rich in fruits, vegetables, and whole grains, can help to reduce the risk of dementia. The benefits of specific foods and lots of foods which are high in antioxidants and with a higher risk of heart disease.

4 Challenge your brain



By challenging the brain with new tasks, you strengthen the neurons and strengthen the brain's ability to resist the harmful effects of Alzheimer's disease. By challenging your brain with activities like learning a new language, playing a musical instrument, or solving puzzles.

5 Enjoy social activities



Social activities may be beneficial for brain health, helping to build brain reserves, helping to reduce the risk of dementia, and making time for friends and family. Social activities with physical and mental components are particularly beneficial.

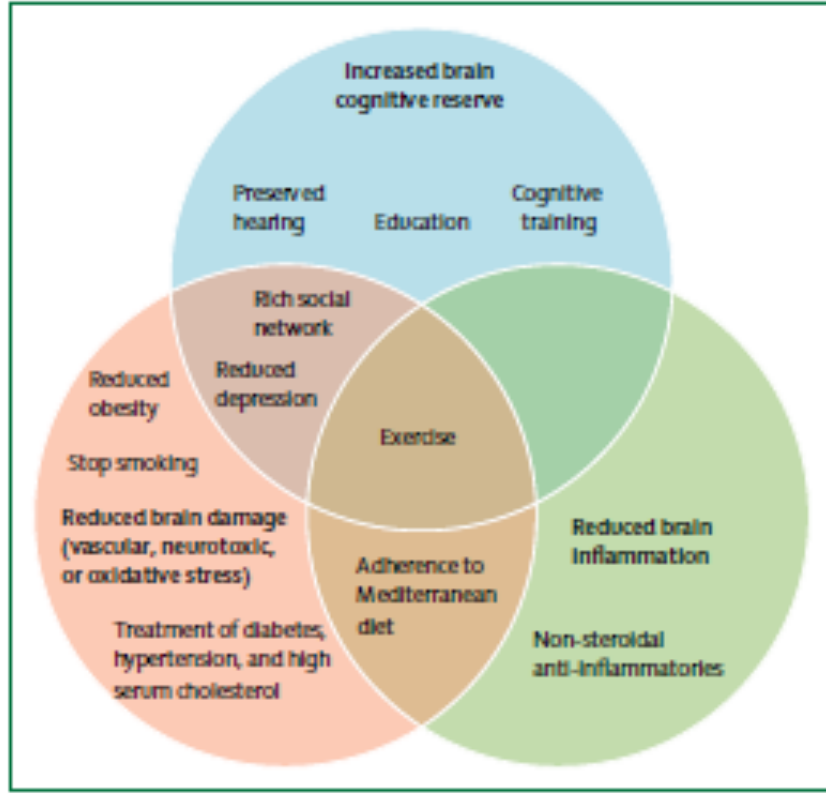
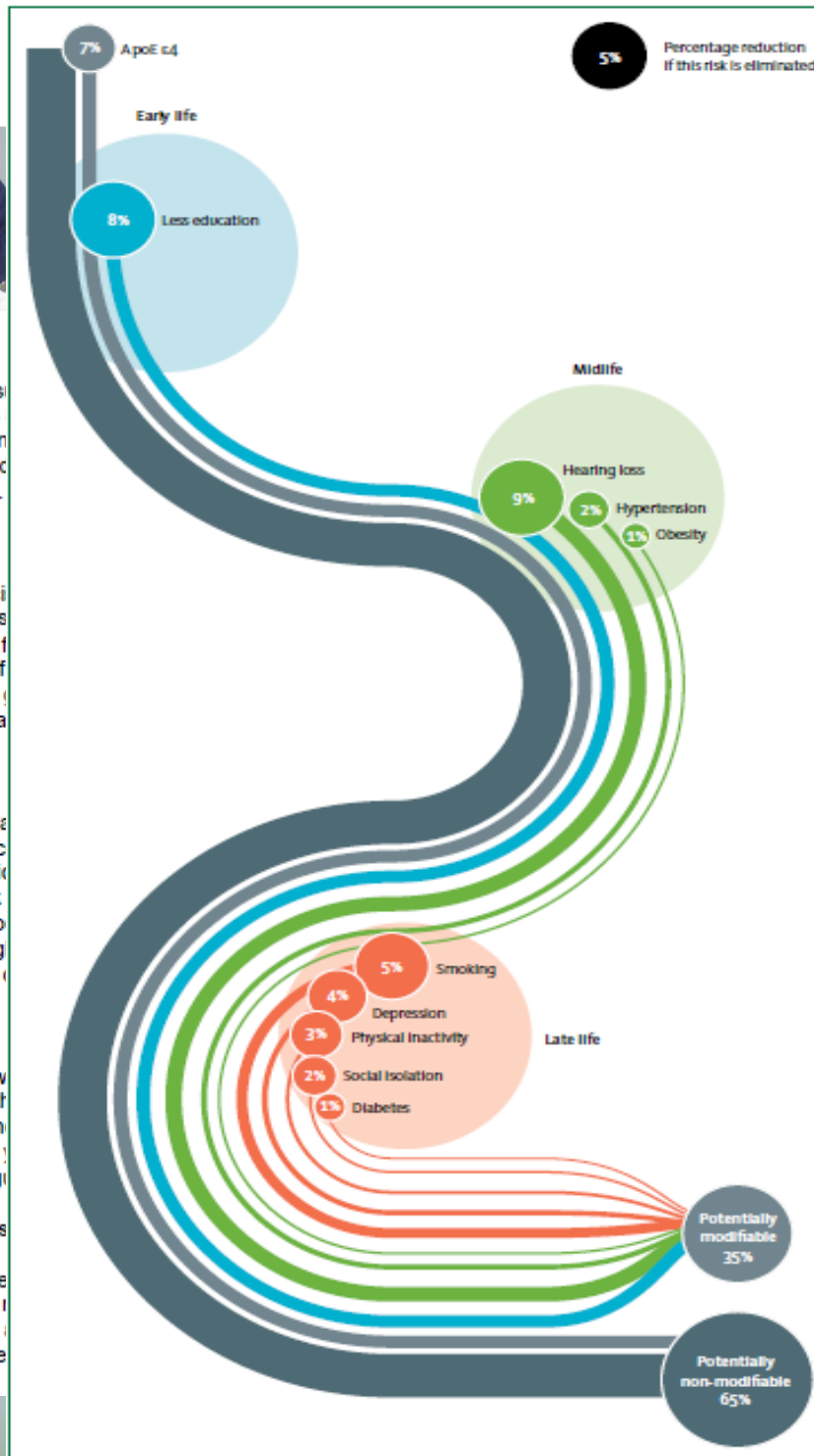


Figure 5: Potential brain mechanisms for preventive strategies in dementia

Published online July 20, 2017
The Lancet Commissions



COME MI COMPORTO SE...

**HO BISOGNO DI RAFFORZARE
L'ASSISTENZA A CASA**





COSA FARE PER RICHIEDERE AUSILI

AUSILI = I PIU' COMUNI SONO LETTO, MATERASSO ANTIDECUBITO (M.A.D.), SOLLEVATORE, COMODA, DEAMBULATORE

DOMICILIO ci si rivolge al M.M.G. che può prescriverli direttamente se l'utente è in A.D.I. (letto, spondine, m.a.d., sollevatore), altrimenti il MMG prescrive visita specialistica pubblica (generalmente da Fisiatra o Geriatra). In questo caso è obbligatorio possedere una percentuale di invalidità >33 % o aver inoltrato domanda di I.C.

OSPEDALE il medico ospedaliero può attivare una “dimissione protetta” (tramite l'ADI e per casi complessi) previa l'approvazione del M.M.G., può far quindi richiesta diretta di ausili per allettati (no deambulatore). Se il medico ospedaliero compila direttamente il modulo, bisogna portarlo al CUP, in questo caso è obbligatorio possedere IC >33% o aver inoltrato domanda di I.C.



COSA FARE PER RICHIEDERE PRESIDI

PRESIDI = PANNOLONI, TRAVERSE, SACCHE DIURESIS, CATETERI VESCICALI

DOMICILIO ci si rivolge al M.M.G. che può prescriverli direttamente:

- se l'utente è in A.D.I.
- se l'utente possiede verbale di IC con incontinenza certificata come permanente.

In tutti gli altri casi è necessario che il M.M.G. richieda una visita specialistica pubblica (generalmente da Fisiatra, Geriatra o Urologo).

OSPEDALE il medico ospedaliero può attivare una “dimissione protetta” (tramite l'ADI e per casi complessi) previa l'approvazione del M.M.G., può far quindi richiesta diretta di presidi per allettati. Se il medico ospedaliero compila direttamente il modulo, bisogna portarlo al CUP, in questo caso è necessario possedere IC >33% o aver inoltrato domanda di I.C.



ASSISTENZA A DOMICILIO: CONOSCERE LE RISORSE A DISPOSIZIONE

- A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)**
- S.A.D. (Servizio di Assistenza Domiciliare)**
- PASTI A DOMICILIO**
- ASSISTENTE FAMILIARE (ASPASIA Via Ripagrande, 5 Lun-
Mar-Ven dalle 9.00 -13.00)**
- ASSEGNO DI CURA**
- CENTRO DIURNO**
- RICOVERO DI SOLLIEVO**



ASSISTENZA A DOMICILIO: A CHI MI DEVO RIVOLGERE

SEGRETERIATO SOCIALE

Cos'è: primo punto di accesso per il cittadino.

Con chi parlo: un'Assistente Sociale che valuta la necessità di presa in carico o fornisce indicazioni sulla rete dei servizi pubblici e privati del territorio

Dove mi rivolgo: Casa della Salute “Cittadella S. Rocco”, C.so Giovecca 203. N° Telefono: 0532/2011557

Quando: Lunedì – Mercoledì – Venerdì dalle 8:30 alle 12:30 senza appuntamento (accesso diretto)

COME MI COMPORTO SE...

**IL MIO FAMILIARE DEVE USCIRE
DALL'OSPEDALE E MI SENTO IN
DIFFICOLTA' AD ORGANIZZARE
IL RIENTRO A CASA**





PERCORSI DI DIMISSIONE

A DOMICILIO TRAMITE ATTIVAZIONE DA PARTE DEL REPARTO DIMETTENTE DI UN PERCORSO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.). VERRA' PRESO IN CARICO DA UN CASE MANAGER INFERMIERISTICO CHE PIANIFICHERA' CON IL **MMG E UN CARE GIVER** (FAMIGLIARE STESSO O BADANTE) L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALL'UTENTE. OCCORRE NECESSARIAMENTE LA PRESENZA DI UN CARE-GIVER CHE DIA DISPONIBILITA' AD ESSERE EVENTUALMENTE FORMATO DA PERSONALE INFERMIERISTICO SULLE MANOVRE ASSISTENZIALI NECESSARIE ALLA CURA DEL PAZIENTE E LA DISPONIBILITA' DEL MMG AD APRIRE TALE PERCORSO. NON VIENE EROGATA ASSISTENZA DI BASE.



PERCORSI DI DIMISSIONE

IN STRUTTURA TRAMITE L'ATTIVAZIONE DI UN TEAM MULTIPROFESSIONALE (UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA O CENTRALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A SECONDA DI DOVE E' RICOVERATO) CHE PROVVEDERA' DOPO VALUTAZIONE AD IDENTIFICARE IL SETTING ASSISTENZIALE PIU' ADEGUATO DOVE INSERIRE L'UTENTE IN BASE ALLE CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE SPECIFICHE.