

Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza

Nell'ambito delle Strutture Residenziali per non autosufficienti la D.G.R. 18-15227 del 30/3/2005, nel definire criteri e modalità di convenzionamento delle Strutture residenziali socio sanitarie per Anziani non autosufficienti con le ASL e gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, introduce il concetto di qualità.

In essa viene infatti richiesta la formale adesione delle strutture che intendono convenzionarsi con il sistema pubblico regionale ad intraprendere un percorso migliorativo orientato all'acquisizione di ulteriori requisiti di qualità dell'organizzazione, dell'assistenza e del servizio.

La stessa D.G.R. definisce, quali requisiti minimi di qualità, la stesura di protocolli sia sul versante igienico-ambientale che assistenziali rivolti al miglioramento della qualità dell'intervento.

Tali protocolli (previsti dall'all. C) restano praticamente autocertificati e non contengono indicatori di percorso e di risultato verificabili e quindi utilizzabili ai fini della valutazione della qualità, in definitiva hanno l'esclusivo compito di rappresentare del materiale documentale propedeutico al convenzionamento.

Da questo punto di vista occorre quindi procedere ad un salto di qualità nella normativa, che attraverso la determinazione degli standard per l'accreditamento istituzionale, sia in grado di assicurare livelli assistenziali omogenei ed orientati alla qualità delle prestazioni, pur nel rispetto delle peculiarità delle singole realtà.

I requisiti per l'accreditamento delle Residenze per Anziani non autosufficienti devono quindi comprendere, oltre la realizzazione di Piani Assistenziali Individualizzati a norma della DGR 42/2008 (PAI), anche Percorsi Integrati di Cura (PIC) e Protocolli standardizzati che permettano a ogni singolo ospite di mantenere o raggiungere il miglior funzionamento possibile e desiderato (autodeterminazione) in alcuni ambiti qualificanti la qualità della vita in struttura.

I Percorsi Integrati di Cura individuati dal progetto AReSS 2008 sono essenzialmente tre e riguardano nello specifico le problematiche relative alla MOBILIZZAZIONE, la NUTRIZIONE ed la COGNITIVITA' degli Anziani non autosufficienti, la cui rilevanza è testimoniata dalla premessa epidemiologica contenuta nella presentazione di ogni singolo percorso.

A tali PIC si aggiungono dei Protocolli di Attività relativi all'ACCOGLIENZA IN STRUTTURA e all'UMANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA NELLE RESIDENZE la cui rilevanza, dal punto vista sociale, è più importante della meccanica realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici che, se sganciati dalla capacità di rapportarsi sempre e comunque a una "persona", hanno scarsa possibilità di approdare a buoni risultati.

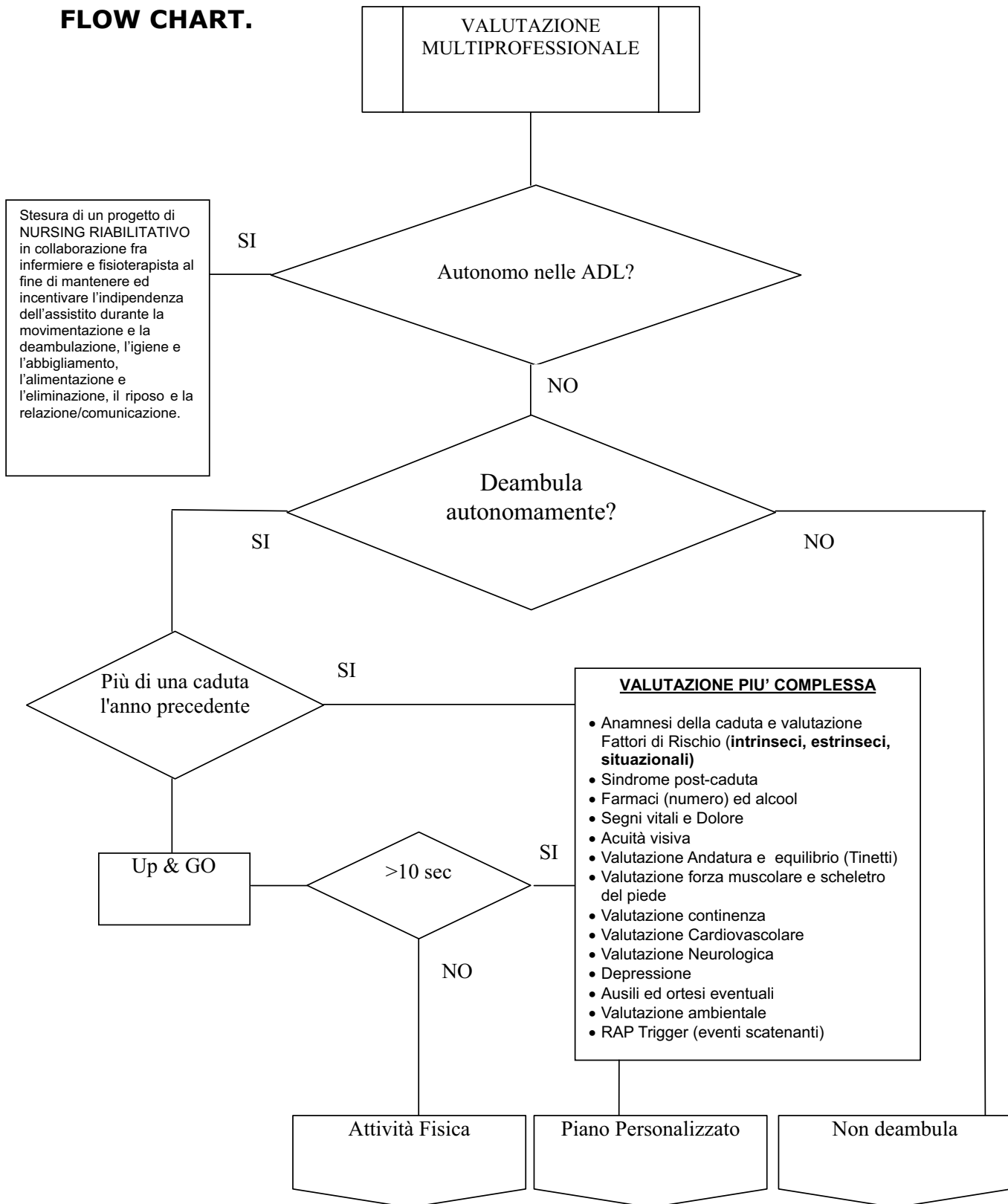
PERCORSO MOBILITA'

L'autonomia motoria è unitamente all'autonomia nella sfera cognitivo comportamentale è il cardine su cui si basa una accettabile qualità della vita. Il primo passo verso la perdita di capacità di muoversi autonomamente è, quando non intervengono fatti acuti che determinano bruschi cambiamenti dello stato funzionale, la caduta accidentale. Tale evento suggerisce l'iniziale perdita di adattamento posturale, di forza muscolare e di reattività neuromuscolare. Questo fenomeno è francamente frequente. È stata infatti rilevata una incidenza di 168,6/1000 persone anno di difetti del passo e tale incidenza cresce con l'avanzare dell'età mentre un largo studio tedesco ha rilevato 5,1/1000/die cadute nei residenti in strutture residenziali .

Se non contrastata questa tendenza al deterioramento multi sistemico, di cui la caduta accidentale è una spia, determina una più ampia perdita di autonomia e di mobilità e può condurre alla sindrome da immobilizzazione: immobilità, retrazione tendinea, rischio di deafferentazione e perdita cognitiva, perdita di massa muscolare, dimagrimento, lesioni da pressione. Queste ultime presentano un rischio relativo di morte rispetto a residenti in RSA esenti da lesioni di 1,92 ed hanno una prevalenza di 18% nei pazienti istituzionalizzati.

La mobilità degli ospiti non autosufficienti presenta aspetti complessi e necessita di un approccio multiforme costituito da un misto di misure strutturali di processo e di risultato. Da ciò consegue che un percorso di qualità non può prescindere da una organizzazione che preveda una stretta collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte .

FLOW CHART.



Attività Fisica

- Deambulazione** (rieducazione al passo, deambulazione assistita, valutazione dell'eventuale ausilio e addestramento all'utilizzo)
- Chinesiterapia** (mobilizzazione passiva, attiva assistita, attiva, attiva con rinforzo)
- Chinesiterapia respiratoria**
- Ginnastica con attrezzi** (cyclette, pedaliera, ecc.)
- Massoterapia e terapia fisica**
- Allineamento Posturale nel letto e Controllo della Postura Seduta**

Attività di Riattivazione motoria
con figure specializzate (musicoterapista, geromotricista, animatori, ecc.) pianificate, coordinate e supervisionate dal personale riabilitativo

Consulenze riabilitative
- valutazione del livello di autonomia e indipendenza, ambiente, attrezzature, arredi e ausili
- stesura di protocolli relativi alla mobilizzazione del paziente
- addestramento all'utilizzo di ausili
- strategie relative allo svolgimento delle ADL

Counselling riabilitativo
rivolto al paziente, al personale di assistenza, al care-giver, ai familiari e ai volontari

**RIVALUTAZIONE
PERIODICA**

Piano Personalizzato

Prevenzione dei fattori Estrinseci ed Intrinseci

- Valutare i rischi in genere: relativi all'ambiente (illuminazione, superficie dove si cammina, ecc.) all'abbigliamento (tipo di calzature, ecc.), agli ausili adottati (tipo di deambulatore, ecc.)
- Attuare un programma di indicazione, manutenzione e valutazione ausili a cura del personale competente in ambito fisioterapico ed in ambito ergonomico
- Stilare un protocollo di mobilitazione che comprenda anche l'allenamento al passo e all'equilibrio, a cura del fisioterapista
- Rivedere prescrizioni farmacologiche
- Ridurre numero e dosi di farmaci
- Trattamento Disautonomie (primitive e secondarie), ipotensione ortostatica, postprandiale
- Trattamento cardiovascolare
- Trattamento problemi visivi

Prevenzione dei fattori di situazione

- valutare il livello di autonomia durante lo svolgimento delle singole ADL
- valutare il livello di formazione del personale di assistenza

**RIVALUTAZIONE
PERIODICA**

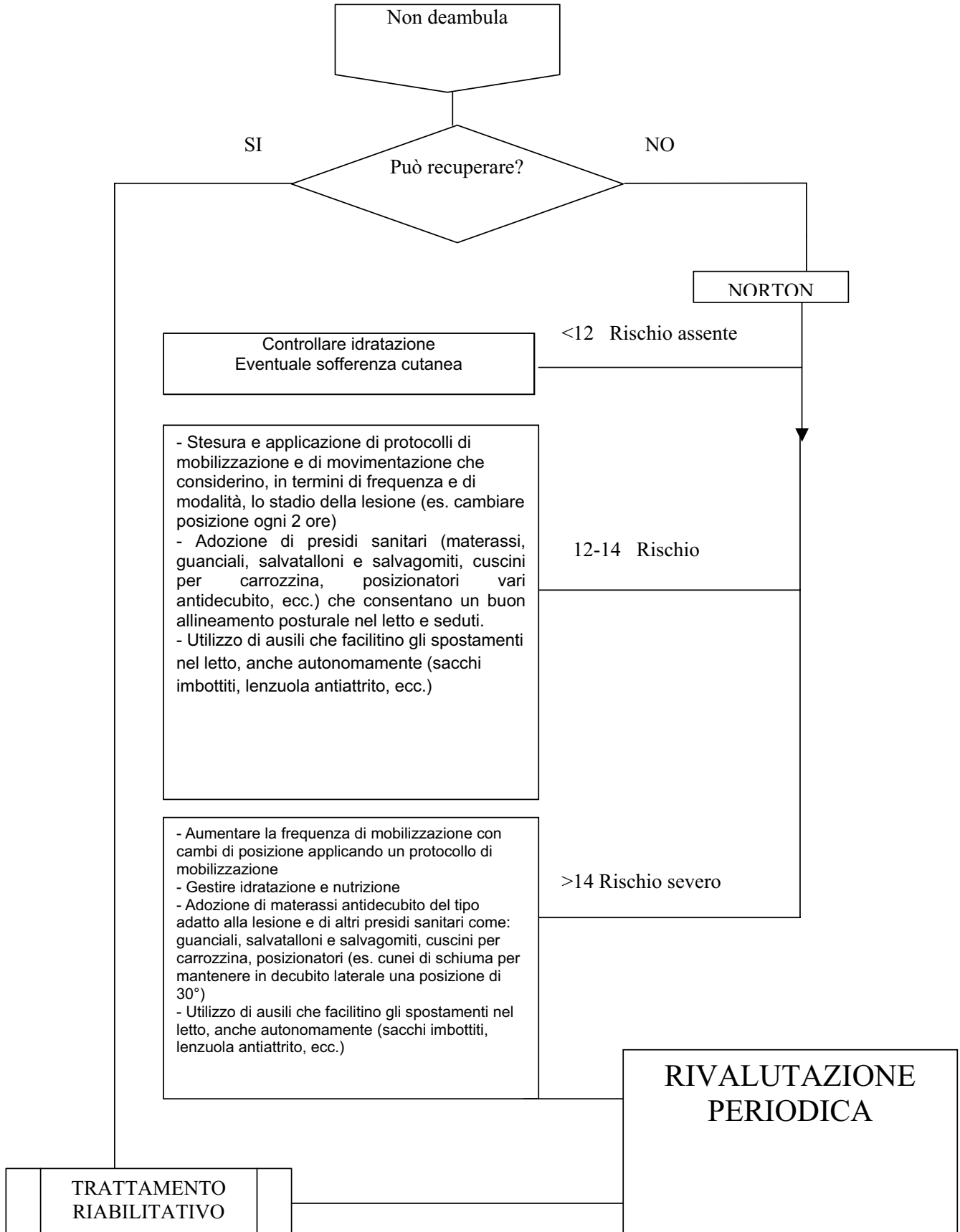
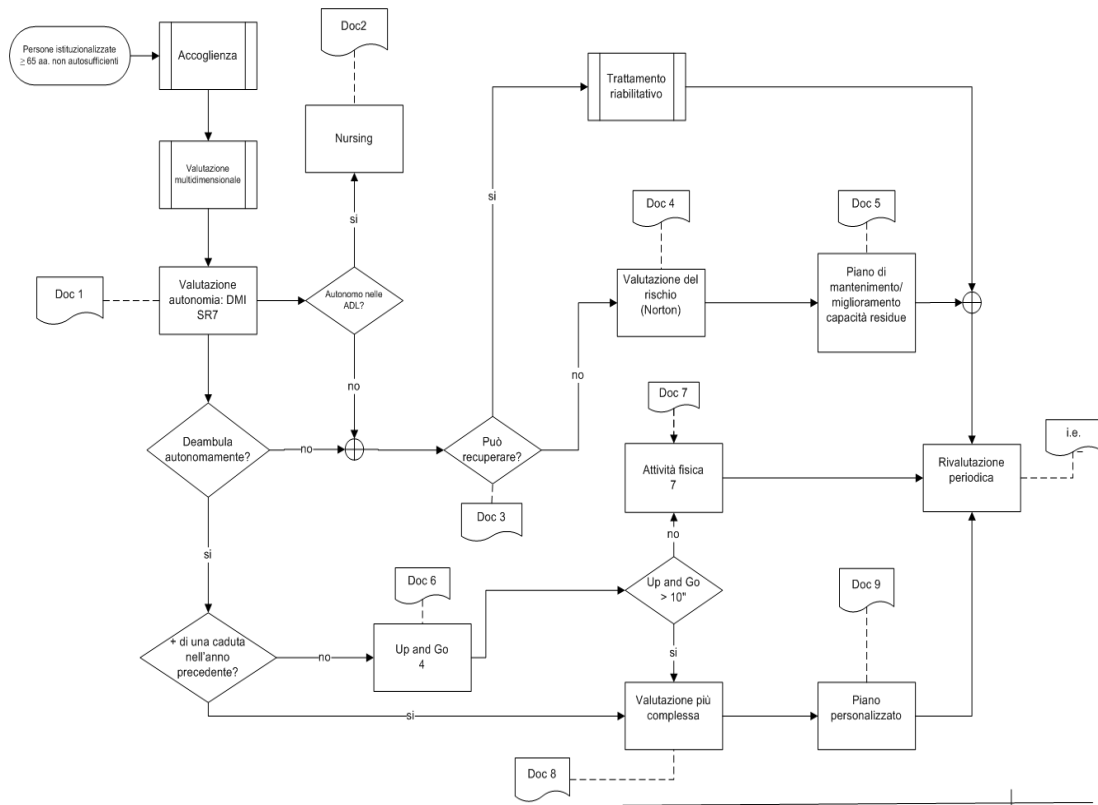


DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO MOBILITA'

Percorso Mobilità

martedì 16 dicembre 2008



Valutazione multiprofessionale

- Storia Clinica: Permette di conoscere il paziente e di mettersi rapidamente in intima relazione presupposto per gli atti medici a seguire e per un buon rapporto medico paziente
- CIRS: indica lo stato di complessità clinica del paziente e permette di discriminare situazioni di maggiore o minore severità è correlata con il rischio di morte e di evento, permette inoltre di introdurre un elemento prognostico nella valutazione globale del paziente e della sua aderenza al percorso
- ADL / IADL: fornisce informazioni su autonomia di base e strumentale punto di partenza per pianificare gli obiettivi da raggiungere
- SPMSQ: la conoscenza dello stato cognitivo del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA
- GDS Short: la conoscenza dello stato dell'umore del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA
- Valutazione Fisioterapica: consente il recupero/mantenimento delle capacità residue. Ottimizza l'utilizzo di ausili ed indirizza alla precoce mobilizzazione
- Bisogni di Cura: setting infermieristico, relazione infermiere paziente

Può recuperare? valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multiprofessionale (competenza muscolare, prognosi, capacità cognitive, ...)

UTILIZZO OBBLIGATO MA AUTONOMO DI CARROZZELLA
(SR7)

Questo è uno dei Criteri relativi dell'Indice Medico di Non Autosufficienza o Dependence Medical Index (DMI di Fabris F. e Coll.).

Descrive la possibilità di utilizzo autonomo di ausili.

Identifica soggetti non deambulanti ma con stato cognitivo, relazionale, prassico integri.

Possono essere inclusi in questa categoria paraplegici traumatici, fratturati di femore non operabili, Neuropatici periferici o centrali, monoarto, ...)

Tali soggetti si giovano di programmi motori differenziati e programmi ludico ricreativi simili ai soggetti deambulanti.

Nursing Riabilitativo

Stesura di un progetto di NURSING RIABILITATIVO in collaborazione fra infermiere e fisioterapista al fine di mantenere ed incentivare l'indipendenza dell'assistito durante la movimentazione e la deambulazione, l'igiene e l'abbigliamento, l'alimentazione e l'eliminazione, il riposo e la relazione/comunicazione.

Tale progetto si basa sulla valutazione delle abilità motorie e psichiche del soggetto preso in carico, sulla osservazione periodica del mantenimento delle stesse e sull'immediato intervento riabilitativo in caso di perdita di tali abilità.

Il nursing si attua attraverso la stesura di protocolli relativi a strategie di facilitazione per svolgere le attività di vita quotidiana e adozione di adeguati ausili.

Per una corretta applicazione del nursing, possono essere necessari adattamenti ambientali e specifica formazione del personale sanitario e assistenziale

Può recuperare?

Valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multi professionale:

- prognosi (Storia clinica, CIRS, diagnostica specifica)
- capacità cognitive (SPMSQ)
- Tono dell'umore e motivazione (GDS Short)
- Competenza neuro-muscolare (Valutazione FKT)
- Bisogni di cura

Valutazione del rischio di lesioni da decubito (Norton Score)

condizioni fisiche		stato mentale		attività		mobilità		incontinenza	
Buone	1	vigile	1	cammina	1	autonoma	1	assente	1
Mediocri	2	apatico	2	cammina con aiuto	2	ridotta	2	saltuaria	2
Scadenti	3	confuso	3	sta seduto	3	molto limitata	3	abituale	3
Molto scadenti	4	incosciente	4	sta a letto	4	immobile	4	doppia	4
punteggio totale									

CLASSIFICAZIONE	
> 16	alto rischio
16 - 12	medio rischio
< 12	basso rischio

La scala di Norton permette di identificare e misurare situazioni di rischio riguardo la formazione di piaghe da decubito.

Tale strumento è in grado di indirizzare l'azione preventiva e terapeutica.

PIANO DI MANTENIMENTO INTEGRITÀ CUTANEA ECAPACITÀ RESIDUE IN
RELAZIONE AL RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE

- Norton = 15-16 (Rischio assente)
 - Controllare idratazione cutanea e eventuali segni di sofferenza cutanea (I stadio)
 - Eventuale iporessia
- Norton = 12-14 (Rischio lieve-moderato)
 - Cambiare posizione circa ogni 2 ore, usare una agenda scritta
 - Stesura e applicazione di protocolli di mobilizzazione e di movimentazione che considerino, in termini di frequenza e di modalità, lo stadio della lesione
 - Adozione di presidi sanitari (materassi, guanciali, cuscini per carrozzina, posizionatori, ecc.)
 - Posturazione (es.: usare cuscini e materassi antidecubito e cunei di schiuma per mantenere in decubito laterale una posizione di 30°; sedute basculanti, ausili ergonomici)
 - Utilizzo di ausili che facilitino gli spostamenti nel letto, anche autonomamente (sacchi imbottiti, lenzuola antiatrito, ecc.)
 - Proteggere i talloni,
- Norton < 12 (Rischio Elevato)
 - Aumentare la frequenza di mobilizzazione con piccoli cambi di posizione,
 - Usare Materassi antidec. ad aria a pressione alternata,
 - Gestire idratazione, nutrizione e postura
 - Adozione di presidi sanitari (materassi, guanciali, cuscini per carrozzina, posizionatori, ecc.)
 - Posturazione (es.: usare cuscini e materassi antidecubito e cunei di schiuma per mantenere in decubito laterale una posizione di 30°; sedute basculanti, ausili ergonomici)

Up & GO

L'Up&Go test serve per valutare il rischio di caduta di un paziente che non sia caduto durante l'anno precedente. In quest'ultimo caso il rischio di caduta è di per se presente.

Si effettua:

- Si pone il paziente su di una sedia senza braccioli
- Lo si invita ad alzarsi camminare per 3 metri
- Fermarsi e tornare in dietro
- Risedersi sulla sedia.

Se tutta l'operazione si svolge in meno di 10 secondi non si ha rischio di caduta altrimenti il rischio è presente

PROGRAMMA DI ATTIVITA' FISICA

Valutazione: Dolore (eventuale antidolorifico 2 h prima); Fatica (adattare i percorsi); Mobilità (superfici, articolarietà); Deficit sensoriale (piede, balance, calzature)

Deambulazione (rieducazione al passo, deambulazione assistita, valutazione dell'eventuale ausilio e addestramento all'utilizzo)

-**Ginnastica con attrezzi** (cyclette, pedaliera).

-**Allineamento Posturale** nel letto e **Controllo della Postura Seduta**

Attività di Riattivazione motoria

con figure specializzate (musicoterapista, geromotricista, animatori)
pianificate, coordinate e supervisionate dal personale riabilitativo

Consulenze riabilitative

- valutazione ambiente, attrezzature, arredi e ausili (valutarne la tipologia)
- stesura di protocolli relativi alla mobilizzazione del paziente
- addestramento all'utilizzo di ausili
- strategie relative allo svolgimento delle ADL
-

Counselling riabilitativo, educazione sanitaria

rivolto al paziente, al personale di assistenza, al care-giver, ai familiari e ai volontari

CHECK LIST PER UNA VALUTAZIONE PIU' COMPLESSA VOLTA AD IDENTIFICARE IL PROBLEMA ALL'ORIGINE DELLA CADUTA E DEL DISTURBO DI DEAMBULAZIONE

- Anamnesi della caduta e valutazione Fattori di Rischio
- Sindrome post-caduta
- Farmaci (numero) ed alcool
- Segni vitali e Dolore
- Acuità visiva
- Valutazione Andatura e equilibrio (Tinetti)
- Valutazione forza muscolare e scheletro del piede
- Valutazione continenza
- Valutazione Cardiovascolare
- Valutazione Neurologica
- Depressione
- Ausili ed ortesi eventuali
- Valutazione ambientale
- RAP Trigger (eventi scatenanti)

OBIETTIVO: INDIRIZZARE AD UNA AZIONE SPECIFICA OVE POSSIBILE

PIANO PERSONALIZZATO

- Programma di indicazione, manutenzione e valutazione ausili da personale competente in ambito fisioterapico ed in ambito ergonomico
 - Migliorare l'illuminazione, la superficie dove si cammina, scarpe
 - Stilare un protocollo di mobilizzazione
 - Altri rischi ambientali
 - Allenamento al passo
 - Allenamento all'equilibrio
-
- Rivedere prescrizioni farmacologiche
 - Ridurre numero e dosi di farmaci
 - Trattamento Disautonomie (primitive e secondarie) Ipotensione ortostatica, postprandiale
 - Trattamento cardiovascolare
 - Trattamento problemi visivi

FASE 10	
---------	--

RIVALUTAZIONE PERIODICA

Rivalutazione multidimensionale con frequenza almeno semestrale o secondo modificazione del quadro clinico.

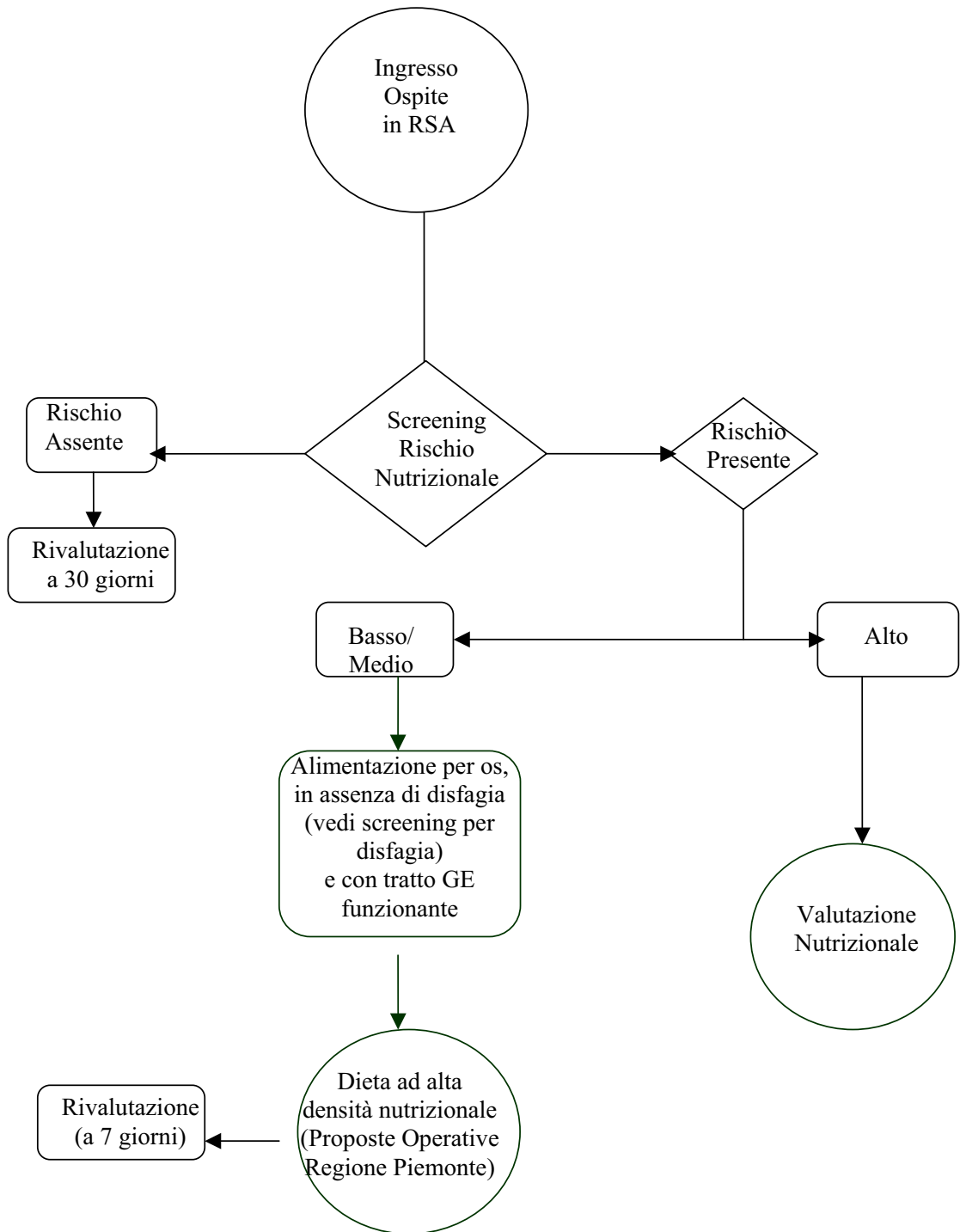
PERCORSO NUTRIZIONE

La fragilità, intesa come sarcopenia, iporessia, ipomobilità e la flogosi cronica a carico del muscolo striato è una sindrome che quando instaurata si auto mantiene e tende a peggiorare. La fragilità inoltre può essere associata ad un aumento di mortalità fino a 5 volte rispetto alla popolazione non fragile (1). Elemento centrale di questo quadro sindromico è l'iporessia, che va dalla iponutrizione più franca a quegli stati di subdolo rallentamento dell'alimentazione che determina a lungo andare una franca malnutrizione. La modalità di attacco di questa grave sindrome è sorvegliare l'alimentazione e prevenire stati mal nutrizionali adattando l'apporto nutrizionale alle esigenze dell'ospite.

La prevalenza del problema nelle strutture residenziali è alta, una recente review ha evidenziato che un basso BMI era presente dal 10 al 50% dei soggetti ed una albuminemia sotto i 3,5g/dl si trovava dal 2 al 41%. Una valutazione con MNA ha rivelato una prevalenza di malnutrizione fino a 38% degli ospiti ed una prevalenza di rischio di malnutrizione fino al 62% (2). Uno studio effettuato valutando l'apporto nutrizionale in 52 Nursing homes ha mostra che anche nel caso di pazienti che mangiano tutti i giorni e con peso stabile lungo l'arco dello studio il riscontro di un apporto proteico calorico insufficiente è molto frequente (3).

I dati rilevabili in Piemonte non si discostano da questi. Rilievi recenti in una RSA torinese hanno mostrato che all'MNA il 46% degli ospiti erano francamente malnutriti mentre il 38% erano a rischio di malnutrizione. Questo stato presentava una netta associazione sull'autonomia rilevata con ADL di Katz (RR=1,44; p=0,029). Dati di questa entità implicano necessariamente un intervento riorganizzativo e strutturale che identifichi la malnutrizione come rischio di estremo rilievo e come priorità di azione.

FLOW CHART



* Strumenti appropriati per la popolazione in esame, che includono criteri e score che indichino l'azione che deve essere intrapresa. Comprendono normalmente: peso, altezza, % di calo ponderale, BMI.

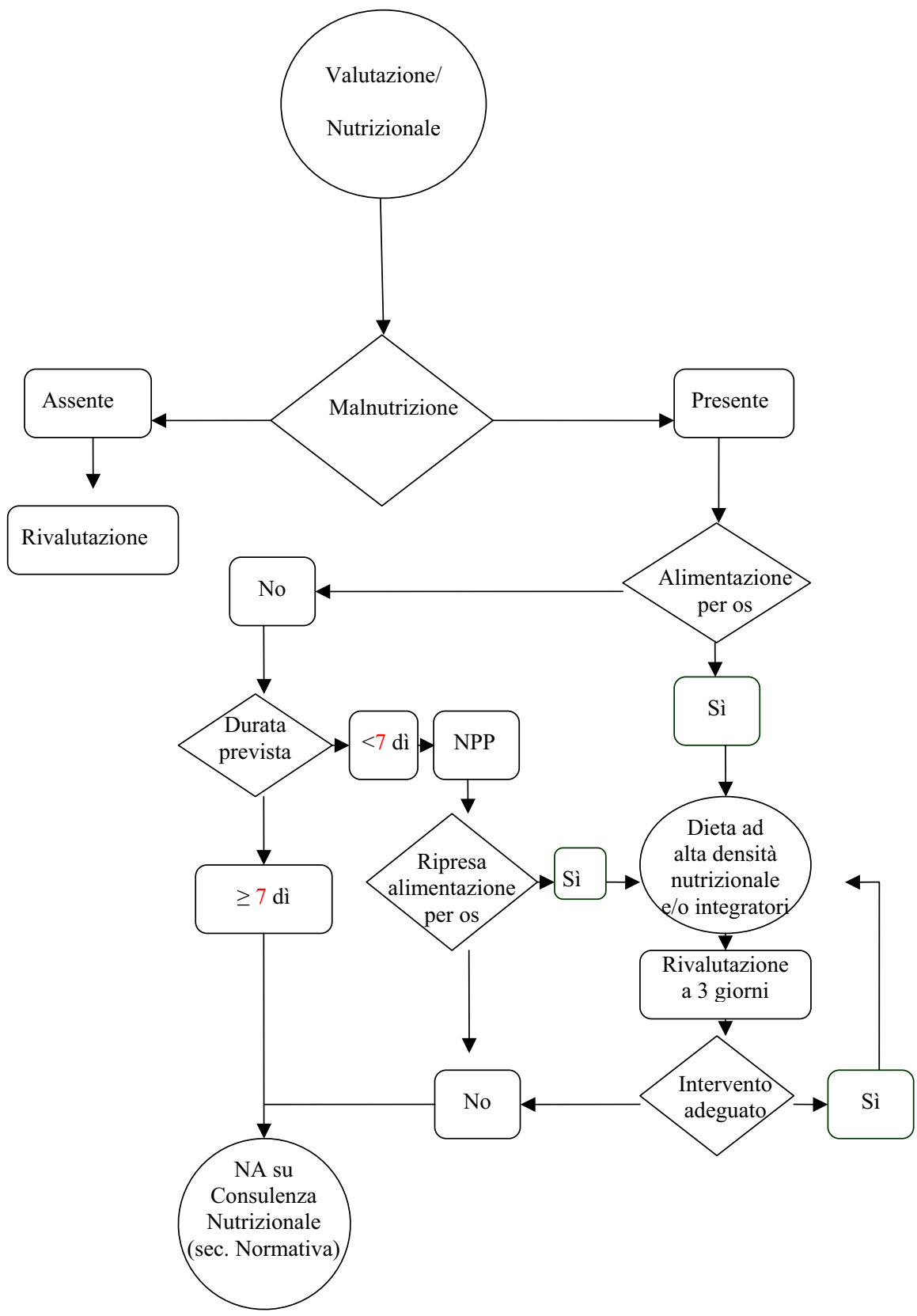
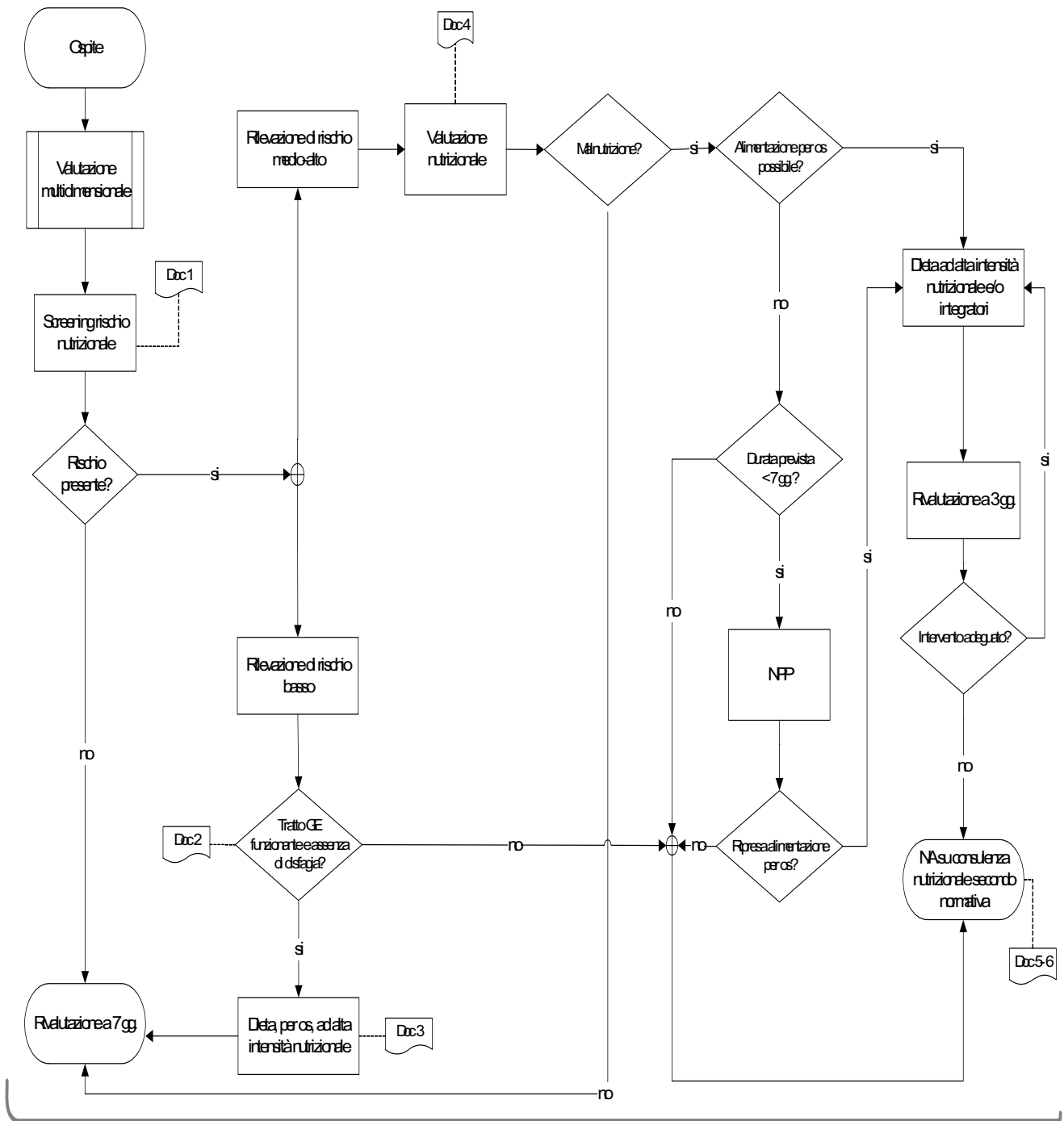


DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO NUTRIZIONE.

Percorso Nutrizione



Valutazione Multiprofessionale

Attività	Descrizione
Raccolta della Storia Clinica	<i>Permette di conoscere il paziente e di mettersi rapidamente in intima relazione presupposto per gli atti medici a seguire e per un buon rapporto medico paziente</i>
Somministrazione CIRS	<i>La scala indica lo stato di complessità clinica del paziente e permette di discriminare situazioni di maggiore o minore severità è correlata con il rischio di morte e di evento, permette inoltre di introdurre un elemento prognostico nella valutazione globale del paziente e della sua aderenza al percorso</i>
<u>ADL / IADL</u>	<i>Fornisce informazioni su autonomia di base e strumentale punto di partenza per pianificare gli obiettivi da raggiungere</i>
<u>Somministrazione CIRS</u>	<i>La scala indica lo stato di complessità clinica del paziente e permette di discriminare situazioni di maggiore o minore severità è correlata con il rischio di morte e di evento, permette inoltre di introdurre un elemento prognostico nella valutazione globale del paziente e della sua aderenza al percorso</i>
<u>ADL / IADL</u>	<i>Fornisce informazioni su autonomia di base e strumentale punto di partenza per pianificare gli obiettivi da raggiungere</i>
<u>SPMSQ</u>	<i>La conoscenza dello stato cognitivo del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA</i>
<u>GDS Short</u>	<i>La conoscenza dello stato dell'umore del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA</i>

<u>Valutazione FKT</u>	<i>Consente il recupero/mantenimento delle capacità residue. Ottimizza l'utilizzo di ausili ed indirizza alla precoce mobilizzazione</i>
<u>Bisogni di Cura</u>	<i>Setting infermieristico, relazione infermiere-paziente</i>

Può recuperare? valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multiprofessionale (competenza muscolare, prognosi, capacità cognitive, ...)

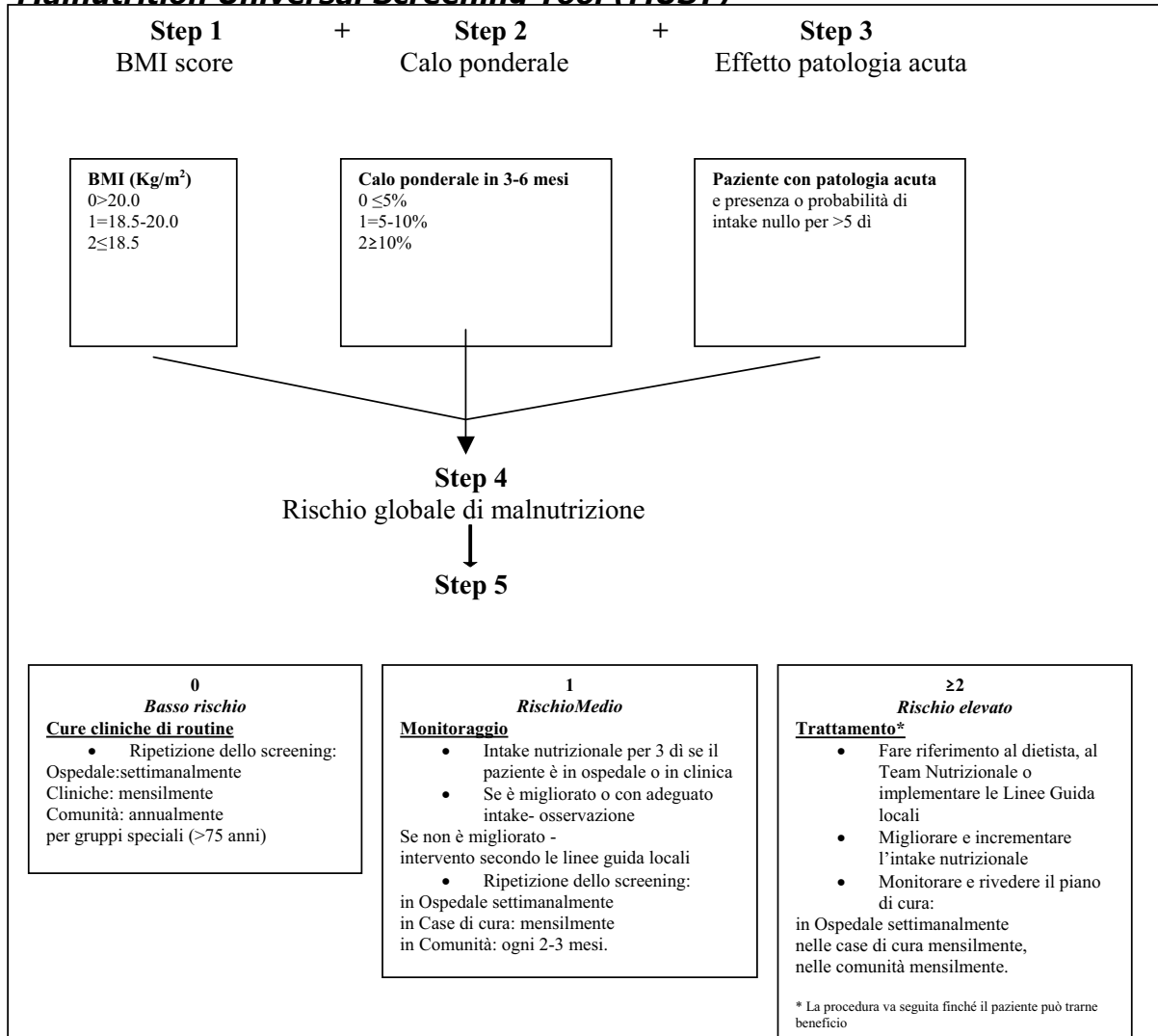
Screening nutrizionale

DOC1

Si tratta di:

- Un processo che identifica persone con malnutrizione o a rischio, che necessitano di una valutazione più esaustiva (Green & McDougall 2002)
- Può essere gestito anche da personale che non abbia specifiche competenze nutrizionali ma che sia adeguatamente formato

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)



Initial Mini Nutritional Assessment (M.N.A.S.F.)

A	L'intake nutrizionale è diminuito nei precedenti 3 mesi a causa di una perdita di appetito, difficoltà digestive, difficoltà di masticazione, disfagia? 0= perdita severa dell'appetito 1= perdita moderata di appetito 2= nessuna perdita di appetito
B	Calo ponderale durante l'ultimo mese? 0= calo ponderale >3 Kg 1= non è noto 2= calo tra 1 e 3 Kg 3= nessun calo ponderale
C	Mobilità: 0= confinato a letto o sulla sedia 1= capace di alzarsi da letto/sedia, ma non di uscire 2= capace di uscire
D	Ha sofferto di stress fisico o malattia acuta nei precedenti 3 mesi? 0= sì 2= no
E	Problemi neuropsicologici? 0= demenza grave o depressione 1= demenza media 2= nessun problema psicologico
F	BMI (Kg/m ²): 0= BMI<19 1= BMI tra 19 e 20.9 2= BMI tra 21 e 22.9 3= BMI ≥ 23
Punteggio di screening (totale massimo=14)	

≥12	Normale – non a rischio: nessuna necessità di complementare l'assessment
≤11	Possibile malnutrizione: continuare l'assessment

MODALITA' OPERATIVE PER IL RILIEVO PESO CORPOREO

Pazienti pesabili

- 1 - Rilevare il peso, senza calzature, lasciando indossata solo la biancheria intima o al massimo il pigiama (se molto leggero)
- 2 - Non pesare il paziente in corso di terapia infusiva
- 3 - Rilevare il peso nell'arco della mattinata, e comunque, all'interno dello stesso reparto, nella stessa fascia di ore
- 4 - Usare preferibilmente bilance a bascula ; riportare il peso in frazioni di 0,5 Kg

Pazienti che non mantengono la stazione eretta

Seguire le regole precedenti nei punti 1- 2 - 3 -

- 4 - Utilizzare il sollevatore meccanico, indicato per la movimentazione dei pazienti allettati e dotato di accessorio specifico per il peso corporeo; in alternativa usare sedie a bilancia o altre altre attrezzature per la pesata di pazienti allettati.

MODALITA' OPERATIVE PER IL RILIEVO DELL'ALTEZZA

- 1 Provvedere alla misurazione dell'altezza in cm. Utilizzando l'altimetro.
- 2 Per i pazienti che non mantengono la stazione eretta :ricavare il dato anamnestico o attraverso i documenti di identità
- 4) *Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità - Rete delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica: "Procedura di Screening della Malnutrizione per pazienti adulti ospedalizzati." 2008.*

DEFINIZIONI/ABBREVIAZIONI

Malnutrizione: condizione clinica che risulta dalla deplezione di un nutriente essenziale o di un compartimento corporeo. Secondo la definizione del Council on Food and Nutrition dell'American Medical Association⁽⁶⁾, indica uno stato di alterazione funzionale strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente a discrepanza tra fabbisogni nutrizionali specifici ed introito (o utilizzazione) dei nutrienti essenziali e di calorie.

BMI: indice di massa corporea che deriva dal rapporto peso (kg) /statura (m²); il BMI classifica gli stati ponderali (allegato nomogramma per il calcolo)

Perdita di peso: variazione del peso corporeo in un arco di tempo definito, secondo la seguente formula : peso iniziale-peso attuale x 100 / peso iniziale

La misura ripetuta del peso consente di evidenziare la presenza di decremento ponderale non intenzionale. Un calo ponderale non intenzionale > 5% negli ultimi due mesi può essere riferito ad una situazione di malnutrizione proteico-energetica in atto. La misura del peso va effettuata con periodicità almeno settimanale: un calo ponderale non intenzionale del 2% rispetto alla settimana precedente indica apporti energetico inadeguati.

Patologia di base: condizione clinica che è causa di malnutrizione per disfagia, anoressia, alterazione della digestione, dell'assorbimento, del metabolismo, dell'escrezione.

Intake=Alimentazione attuale=Ingesta=Introito alimentare: sono considerate come sinonimi di quantità di cibo che il paziente assume nelle 24h

Screening per disfagia

DOC 2

Standardized Swallowing Assessment

1° fase: valutare:

- lo stato di coscienza del paziente
- la sua capacità di risposta allo stimolo verbale
- la sua capacità di tenere in asse il capo in posizione seduta

2° fase: valutare:

- la capacità del paziente di tossire volontariamente

- la capacità di mantenere il controllo della saliva
- la motilità della lingua sulle labbra

➤ Se il paziente supera questa fase e non ha alterazioni della fonazione è invitato a assumere:

- uno dopo l'altro tre cucchiaini di acqua
- mezzo bicchiere di acqua

➤ Se durante l'assunzione dei liquidi non presenta segni di inalazione come tosse, difficoltà nella respirazione o alterazioni della fonazione, può iniziare ad alimentarsi.

Dieta di consistenza modificata

DOC 3

Dieta di consistenza modificata

- Prevede cibi di consistenza morbida ed omogenea, che devono essere facilmente masticabili e deglutibili. Devono essere previste modalità di preparazione e di cottura che evitino che i cibi rilascino piccoli pezzi che potrebbero perdersi nella bocca con rischio di aspirazione nelle vie aeree in caso di disfagia.
- *Indicazioni*
È indicata nei pazienti con deficit della masticazione (es. anziani, anoressici) e in pazienti che presentino problemi meccanici o funzionali di deglutizione di grado lieve.
Pazienti con disfagia di grado elevato andranno gestiti con diete specifiche.
- *Caratteristiche nutrizionali*
Dieta normocalorica, equilibrata con consistenza del cibo semisolida.

Dieta ad alta densità nutrizionale

- Lo scopo di questa dieta è quello di facilitare il mantenimento di un buon stato nutrizionale e/o di prevenire la malnutrizione nei soggetti con scarso appetito o sazietà precoce. La sua caratteristica è di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto.

- *Indicazioni*

La dieta è indicata per i pazienti inappetenti che non presentino difficoltà di masticazione e di deglutizione.

- *Caratteristiche nutrizionali*

Dieta normocalorica normoproteica, con pasti caratterizzati dal piccolo volume.

I piatti principali, a pranzo e cena, devono essere arricchiti in proteine e calorie per fornire più di 300 kcal ognuno; l'apporto calorico di un dessert deve essere di almeno 300 kcal; l'alimentazione deve essere frazionata durante la giornata: gli spuntini, disponibili almeno due volte al giorno, devono fornire almeno 150 kcal ognuno.

Valutazione nutrizionale

DOC 4

E' la procedura, gestita da personale sanitario con specifica formazione e competenza in ambito nutrizionale, destinata a:

- accertare e valutare lo stato nutrizionale;
- misurare la severità della malnutrizione;
- prescrivere la terapia nutrizionale più opportuna.

Essa consta di:

- valutazione clinica del paziente (patologia di base e patologie associate);
- valutazione delle ingestie;
- misurazione dei parametri (indici) antropometrici;
- valutazione degli esami di laboratorio;
- valutazione degli "indici prognostici" (PNI, SGA ...) ovvero strumenti complessi che valutano contemporaneamente diversi indici nutrizionali e destinati a target specifici di pazienti.

Nutrizione Artificiale Domiciliare

DOC 5

La **Nutrizione Artificiale** è una terapia che attraverso tecniche specifiche ha come scopo principale il mantenimento e/o il recupero di un accettabile stato nutrizionale, attraverso l'apporto di calorie, azoto, elettroliti, vitamine e oligoelementi, in tutti quei soggetti non in grado temporaneamente o definitivamente di assumere alimenti per os in modo adeguato.

La Nutrizione Artificiale comprende due metodiche: la Nutrizione **Enterale** che utilizza l'intestino come via di somministrazione e assorbimento dei nutrienti e la Nutrizione **Parenterale** che, qualora sia impraticabile

l'apparato intestinale, si avvale del sistema venoso per somministrare i nutrienti.

Entrambe queste tecniche possono essere impiegate a domicilio per pazienti affetti da patologie che non richiedono l'ospedalizzazione, con indubbi vantaggi sia per il paziente, che rimane nel proprio ambiente familiare e in taluni casi ritorna alle proprie occupazioni abituali, che per la società con riduzione dei costi rispetto alla degenza ospedaliera.

La corretta indicazione alla **Nutrizione Artificiale Domiciliare**, che non può prescindere dalla valutazione del quadro psicologico del paziente e del contesto familiare e sociale in cui la terapia verrà effettuata, deve quindi emergere sempre da una valutazione del rapporto benefici-svantaggi rispetto alla NA condotta in ambiente ospedaliero.

I **pazienti che possono avvalersi di un trattamento di NAD** sono coloro che, non in grado, temporaneamente o definitivamente di alimentarsi adeguatamente per os, sono affetti da patologie croniche o di lunga durata e per i quali un corretto apporto nutrizionale rappresenti una condizione indispensabile per la sopravvivenza. In altri casi inoltre la NAD rappresenta il mezzo insostituibile per migliorare le condizioni di vita residua e per aumentare la tolleranza a terapie specifiche quali ad esempio la radioterapia e la chemioterapia.

La **scelta tra NED e NPD** va fatta secondo quanto indicato nelle Linee Guida delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali: il trattamento di Nutrizione Artificiale Domiciliare di elezione è la NED che va utilizzata ogni volta che l'apparato gastrointestinale sia funzionante.

Le motivazioni a sostegno di questa regola fondamentale sono le seguenti:

- trattamento più fisiologico (minori complicanze metaboliche, effetto enterotrofico, stimolazione attività del complesso endocrino gastrointestinale)
- maggiore semplicità di gestione
- minore costo (90% in meno rispetto alla NPD)
- minore ospedalizzazione per complicanze (1/3 rispetto alla NPD).

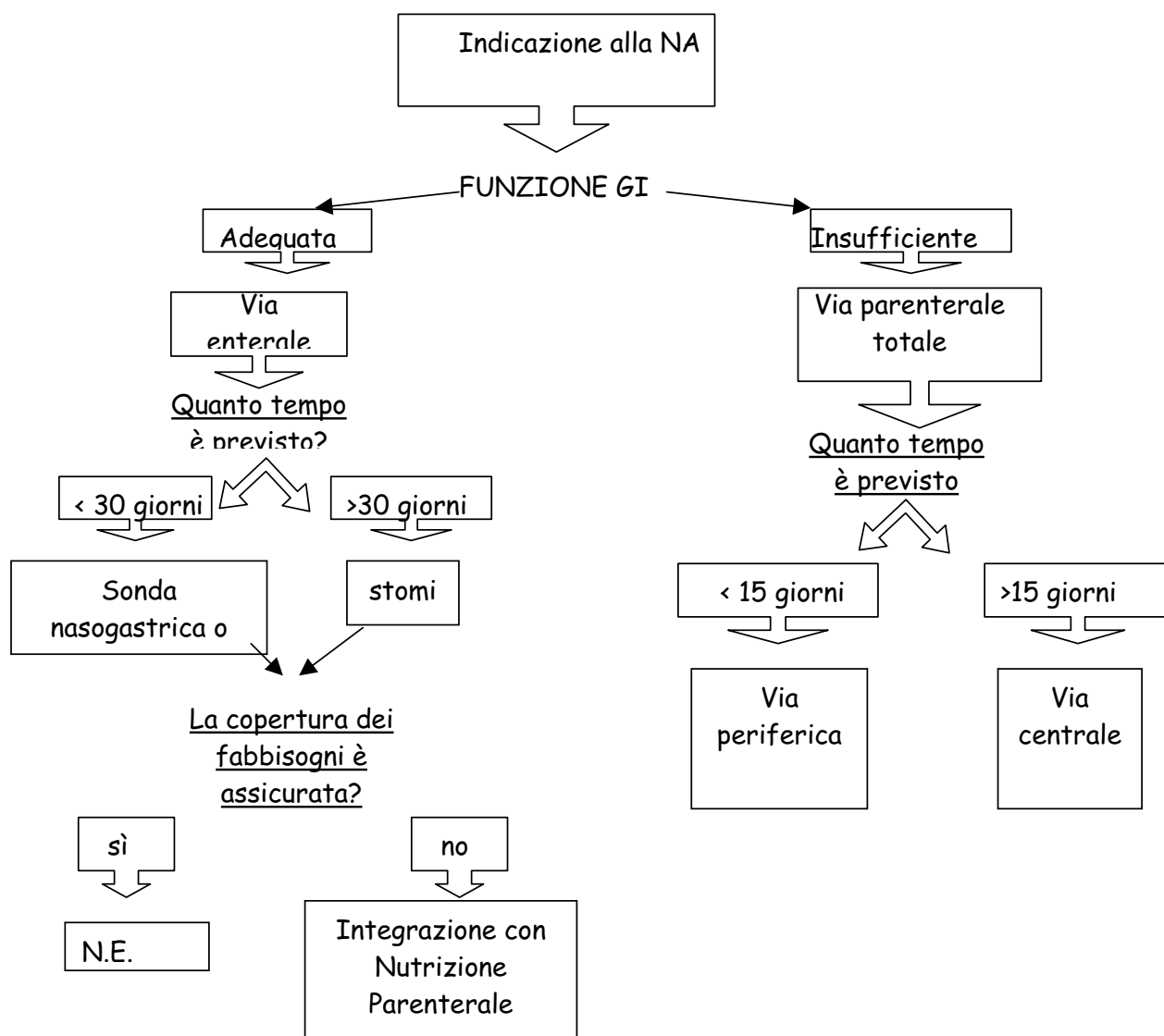
Per quanto riguarda l'integrazione all'alimentazione per via orale i supplementi nutrizionali orali (ONS) si rendono necessari in quelle condizioni nelle quali il paziente non riesce a soddisfare integralmente i propri fabbisogni nutrizionali con la sola alimentazione per os. In molte condizioni patologiche associate a disturbi della deglutizione (neoplasie, SLA, altre malattie neurologiche ad andamento cronico) i supplementi nutrizionali (completi o modulari, agenti addensanti, acque gelificate) sono in grado di prevenire o correggere la malnutrizione e/o la disidratazione quindi contrastare la comparsa di complicanze correlate alla disfagia (es. polmonite ab ingestis), alla malnutrizione, riducendo i ricoveri ospedalieri.

La **NPD** trova indicazione nei pazienti che non possono mantenere un adeguato equilibrio nutrizionale per via orale o enterale e le cui condizioni cliniche e socio-familiari consentano la permanenza a domicilio.

Sono individuabili due gruppi di situazioni che differiscono rispetto alla durata della terapia nutrizionale parenterale:

- Insufficienza intestinale permanente o di lunga durata (NPD a lungo termine).
- Impossibilità e/o controindicazioni all'impiego dell'intestino per tempi limitati (NPD a breve durata).

- Scelta della via di somministrazione della NA



D.G.R n° 13-7456 del 19 /11/2007**Determina n°131 del 14-03- 08**

Oggetto : Nutrizione artificiale a domicilio .

Approvazione delle linee guida attuazione nutrizione enterale (NED) e parenterale a domicilio (NPD).

Nelle Linee Guida vengono individuati:

- Soggetti destinatari;
- Compiti responsabilità e requisiti organizzativi delle Strutture di Dietetica e nutrizione Clinica;
- Modalità di presa i carico e trattamento;
- Obblighi per i pazienti in trattamento;
- Compiti delle Aziende Sanitarie Locali;
- Prodotti e attrezzature necessarie.

PERCORSO COGNITIVITA'

Una delle maggior cause di istituzionalizzazione é il deterioramento cognitivo ed i disturbi comportamentali ad esso associati .

La prevalenza di demenza in NH é alta e varia dal 38% al 75 % fino anche al 90% nelle strutture piú sanitarizzate che operano in continuitá con un ospedale . Tali strutture selezionano pazienti tendenzialmente piú complessi.

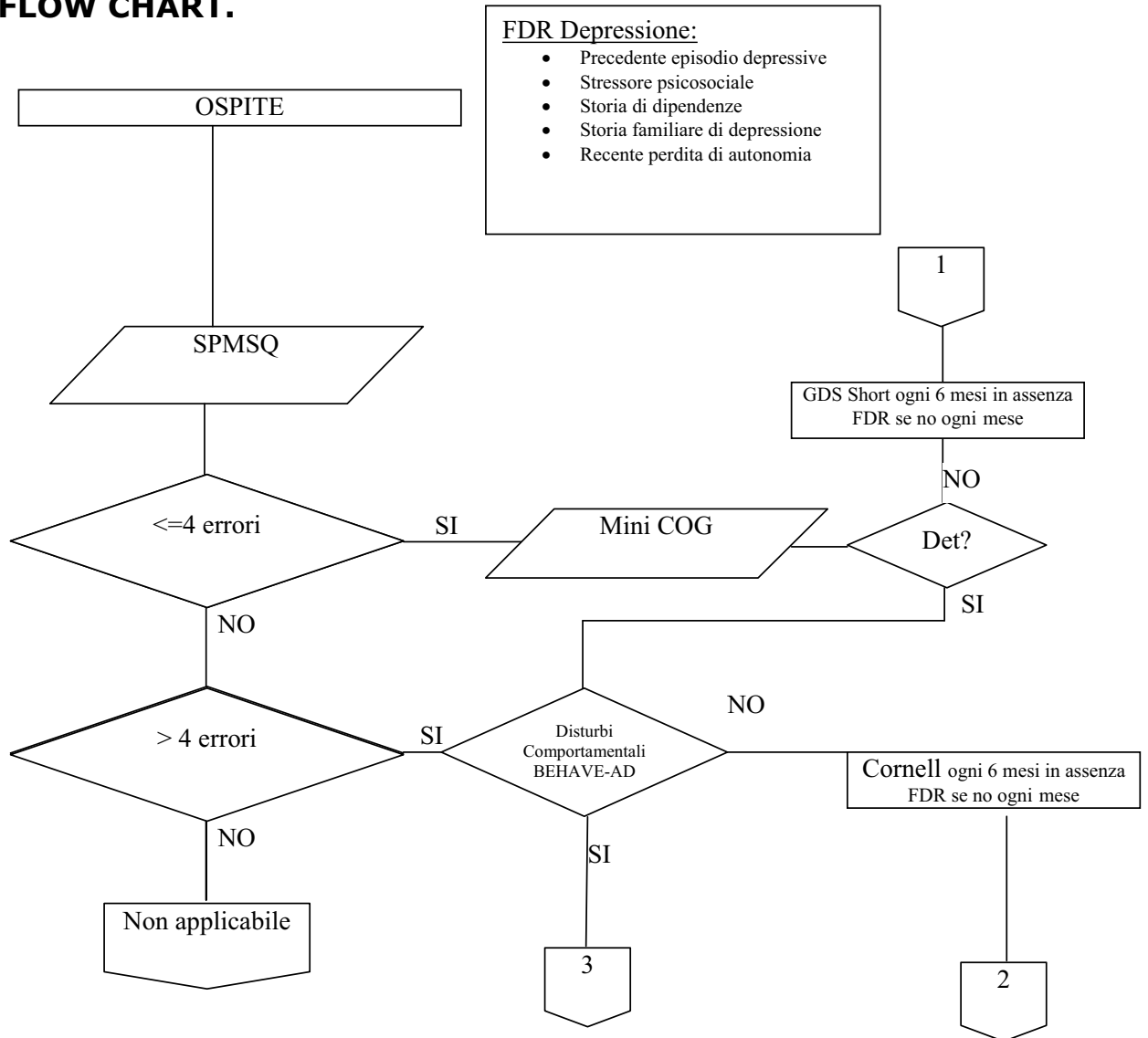
Variamente associati ai disturbi cognitivi insistono nella pratica quotidiana nelle RSA i disturbi del tono dell'umore. Anche in questo caso la dimensione del problema é notevole. La prevalenza infatti di sintomatologia depressiva si aggira intorno al 50% degli ospiti. Talvolta per la presentazione atipica nel paziente anziano la depressione risulta misconosciuta e trattata solo nel 23% dei casi. Ciò puó influire sia sull'alimentazione che sulla mobilità innescando importanti conseguenze di ordine sistemico.

Altro sintomo neuropsichico frequente negli anziani istituzionalizzati é l'ansia che é presente nel 30% circa della popolazione di nostro interesse. L'ansia nel paziente anziano si manifesta spesso con cenestopatie e sintomi di spostamento, e ciò contribuisce non poco ad incrementare la sua complessità clinica.

Nel corso degli anni non é cambiato il motivo profondo che conduce all'istituzionalizzazione del paziente con disturbi psico-comportamentali. La difficoltà nel gestire il paziente, la perdita di possibilità comunicative, la sensazione di "essere in trappola" determinano la decisione di ricorrere all'istituto. Le stesse istanze sono presenti anche nel personale di RSA che presenta alti tassi di burn out e di turn over. Ciò costituisce un elemento critico sia per il personale stesso che per gli ospiti che non vedono garantite una continuitá di "care" ed una stabilitá delle relazioni interpersonali all'interno di quel "nucleo di convivenza che é la struttura".

Da tutto ciò si rende evidente la necessitá di ottenere dallo stato dell'arte della letteratura scientifica raccomandazioni a supporto delle azioni da svolgere che permettano di migliorare la qualità dell'assistenza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

FLOW CHART.



1

Aspetti cognitivi da presidiare:

Orientamento: personale e spazio-temporale

Memoria: capacità di registrare, ritenere e richiamare informazioni

Attenzione: selezione e concentrazione sugli stimoli

Pensiero: capacità di organizzare e comunicare i contenuti della propria ideazione

Linguaggio: comprensione e espressione di messaggi

Abilità prassiche: capacità di dirigere e coordinare movimenti

Funzioni esecutive: capacità di astrazione, pianificazione, sequenziazione logica e utilizzo di feedback per guidare la performance.

Attività ludico ricreative, attività geragogiche, mobilità

2

UVA per terapia farmacologica

Versante cognitivo

Modesti effetti AntiCh se non nel Parkinson demenza o nella LEWY

Demenza Severa Memantina non nella demenza vascolare

Versante comportamentale

Valut eventi stressanti (Clinici; relazionali; ...)

Atipsicotici di prima generazione

BDZ solo se ansia (se no cadute, peggioramento cognitivo, ... / lorazepam, oxazepam)

Depressione

Preferire SSRI

Insonnia

Se altre tecniche hanno fallito trazodone e zolpidem

IN NH OCCORRE SOSPENDERE PSICOLETTICI PER QUALCHE TEMPO E POI RIPRENDERE

Terapie non farmacologiche

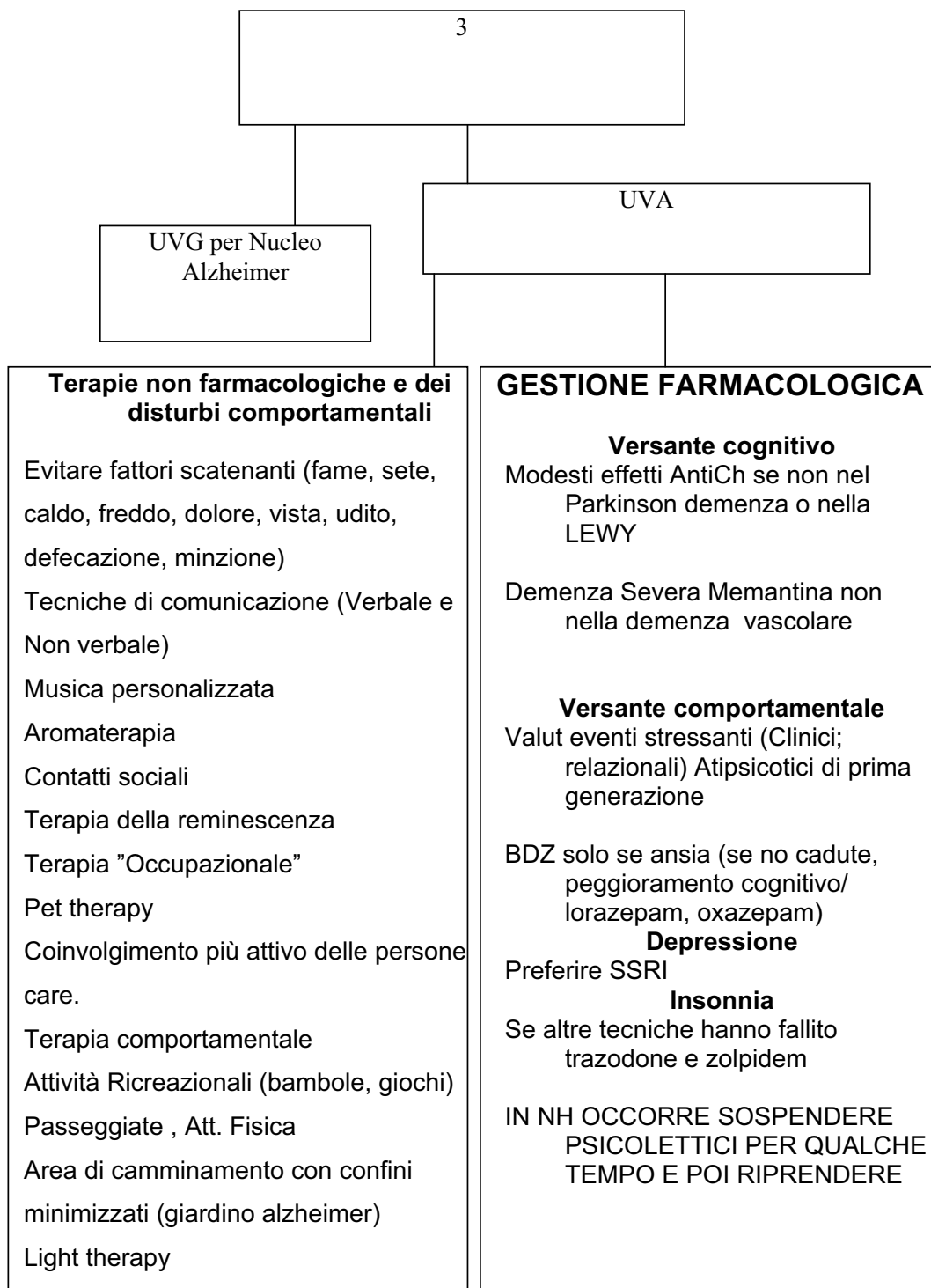
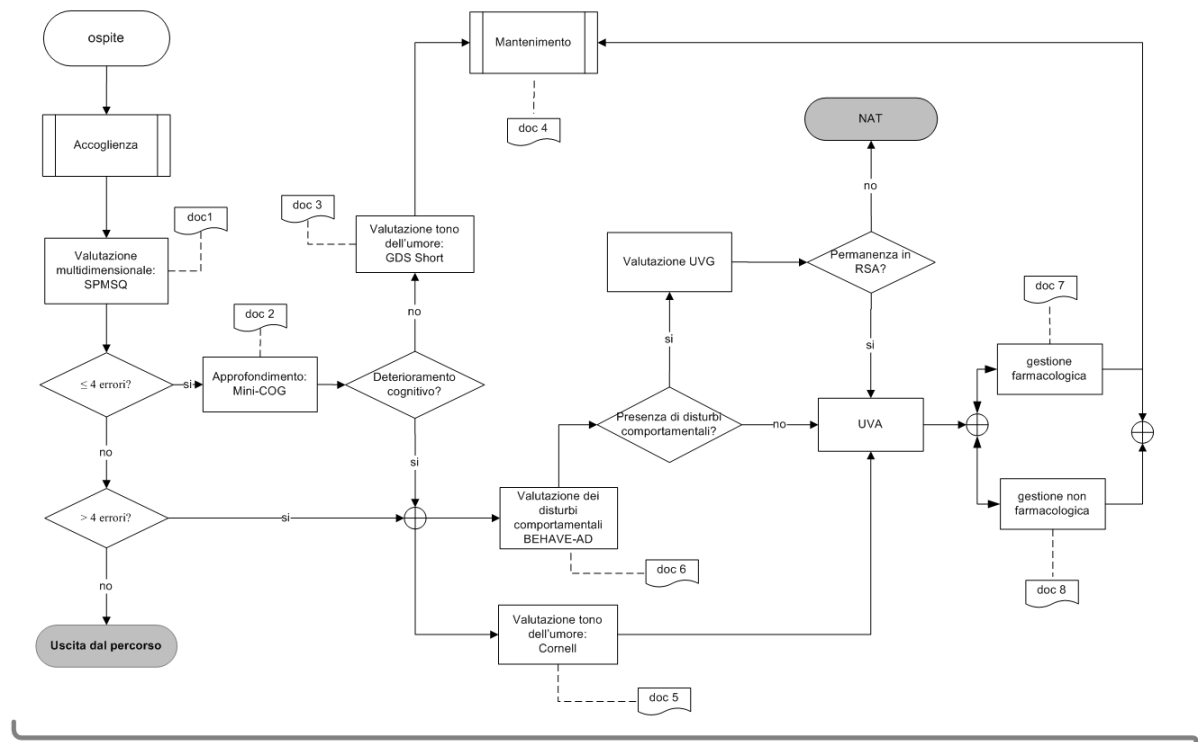


DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO COGNITIVITA'

Percorso cognitiv  e disturbi psico-comportamentali



**DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE:
SPMSQ**

S.P.M.S.Q.

(Short Portable Mental Status Questionnaire)

- 1 Che giorno è oggi (giorno, mese,anno)?
- 2 Che giorno della settimana?
- 3 Quale è il nome di questo posto?
- 4 Quale è il suo numero di telefono?
- 5 Quanti anni ha?
- 6 Quando è nato?
- 7 Chi è l'attuale Papa?
- 8 Chi era il precedente Papa
- 9 Quale era il nome di sua madre prima di sposarsi?
- 10 Faccia "20-3" e ora -3 fino a 2

0-2 errori: assenza di deterioramento

3-4 errori deterioramento lieve

5-7 errori: deterioramento moderato

8-10 errori: deterioramento grave

APPROFONDIMENTO: MINI_COG

Il test viene utilizzato come screening per il deterioramento cognitivo:

- viene utilizzata la ripetizione di tre termini simili foneticamente e semanticamente distanti (casa pane gatto) fino alla memorizzazione degli stessi (ripetizione per 6 volte)
- viene fatto successivamente disegnare il quadrante di un orologio con le cifre relative alle ore e le lancette alle 11.10
- infine si richiede di ripetere i 3 termini.

Se il paziente non ricorda i tre termini o non esegue correttamente il disegno il test è positivo per deterioramento cognitivo.

VALUTAZIONE DEL TONO DELL'UMOREFattori di Rischio di Depressione:

- Precedente episodio depressivo
- Stress psicosociale (Es. lutto)
- Storia di dipendenza
- Storia familiare di depressione
- Recente perdita di autonomia

GDS-Short

Mantenimento delle capacità cognitive da presidiare:

Orientamento: personale e spazio-temporale

Memoria: capacità di registrare, ritenere e richiamare informazioni

Attenzione: selezione e concentrazione sugli stimoli

Pensiero: capacità di organizzare e comunicare i contenuti della propria ideazione

Linguaggio: comprensione e espressione di messaggi

Abilità prassiche: capacità di dirigere e coordinare movimenti

Funzioni esecutive: capacità di astrazione, pianificazione, sequenziazione logica e utilizzo di feedback per guidare la performance.

Attività ludico ricreative,

Attività geragogiche,

Mobilità

VALUTAZIONE DEL TONO DELL'UMORE NEL PAZIENTE COGNITIVAMENTE DETERIORATO

SCALA DI CORNELL PER LA DEPRESSIONE NELLA DEMENZA

Alterazioni del tono dell'umore

1. Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)
2. Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)
3. Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli
4. Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)

Disturbi comportamentali

5. Agitazione (impazienza, movimento nervoso delle mani)
6. Rallentamento motorio/movimenti rallentati, discorso rallentato, reazioni lente)
7. Lamento di molteplici disturbi fisici (segnare 0 in presenza di soli sintomi gastrointestinali)
8. Perdita di interessi (minore partecipazione alle attività usuali)
(segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)

Segni fisici

9. Diminuzione dell'appetito (mangia meno del solito)
10. Perdita di peso (segnare se la perdita di peso è superiore a 2 kg in meno di un mese)
11. Mancanza di energia (si stanca facilmente, è incapace di sostenere una attività)
(segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)

Funzioni cicliche

12. Variazioni del tono dell'umore durante la giornata (sintomi più intensi al mattino)
13. Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi rispetto al solito)
14. Numerosi risvegli notturni
15. Precoce risveglio mattutino (risveglio precoce rispetto al solito)

Disturbi ideativi

16. Suicidio (sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desiderio di suicidio, tentato suicidio)
17. Bassa autostima (autoaccusa, diminuzione della stima di sé, sentimento di fallimento)
18. Pessimismo (si attende il peggio)
19. Deliri relativi all'umore (idee deliranti di rovina, di malattia, di abbandono)

Per ogni item:

NA = non applicabile **0** = Assente **1** = Lieve/moderato **2** = Grave

VALUTAZIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI

BEHAVE-AD SCALA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

(per ogni item 1= presenza della condizione)

Parte 1 - Sintomatologia

IDEAZIONE DELIRANTE E PARANOIDE

"Qualcuno mi ruba le cose": deliri

assenti

deliri che qualcuno nasconda gli oggetti

deliri che qualcuno entri in casa e nasconda gli oggetti

interloquire con persone che si pensa siano entrate in casa

"La mia casa non è casa mia": deliri

assente

convinzione che il posto in cui si vive non sia la propria casa (per es. fare le valigie per tornare a casa; mentre è in casa dire

"portatemi a casa")

tentare di lasciare il domicilio per tornare a casa

violenza in risposta ai tentativi di limitare forzatamente l'uscita

"Il coniuge (o altri caregivers) è un bugiardo"

assente

convinzione che il coniuge (o un altro caregiver) sia un bugiardo

ira contro il coniuge (o un altro caregiver) che si ritiene sia un bugiardo

violenza contro il coniuge (o un altro caregiver) che si ritiene essere un bugiardo

"Deliri di abbandono" (per es. essere istituzionalizzato)

assenti

sospetto che il caregiver progetti di abbandonare o di istituzionalizzare il paziente

accusa di progettare l'abbandono o l'istituzionalizzazione

imminente o immediato abbandono o istituzionalizzazione

"Deliri di infedeltà"

assenti

convinzione che il coniuge e/o i figli, e/o altri caregivers siano infedeli

rabbia nei confronti del coniuge, dei parenti o di altri caregivers per la loro infedeltà

violenza nei confronti del coniuge, dei parenti o di altri caregivers per la loro presunta infedeltà

"Sospettosità/paranoia" (altro rispetto ai precedenti)

assente

sospettosità (per es. nascondere degli oggetti che successivamente non si trovano più)

paranoia (per es. convinzioni fisse riguardo alla sospettosità e/o rabbia come risultato della sospettosità)

violenza come risultato della sospettosità

Deliri (altro rispetto a quanto sopra)

assenti

idee deliranti

manifestazioni emotive verbalmente espresse come risultato di deliri

azioni fisiche o violente come risultato di deliri

ALLUCINAZIONI

Allucinazioni visive

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiare visioni di oggetti o persone (per es. vedere altre persone a tavola)

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni acustiche

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni olfattive

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni tattili

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Altre allucinazioni

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

DISTURBI DELL'ATTIVITÀ

Wandering

assente

presente ma non tale da richiedere limitazioni della libertà di movimento (es. chiudere le porte)

limitazioni della libertà di movimento

risposte emotive o fisiche verbalmente espresse successive ai tentativi di prevenire il wandering

Attività afinalistiche (abulia cognitiva)

assente

ripetizione di attività afinalistiche (per es. aprire e chiudere il portafogli, fare e disfare le valigie, vestirsi e svestirsi, aprire e chiudere

cassetti, ripetere insistentemente richieste e domande)

camminare o altre attività afinalistiche che richiedono limitazione della libertà di movimento

abrasioni o danni fisici come risultato di tali attività

Attività inappropriate

assente

attività inappropriate (per es. accumulare o nascondere oggetti in posti inappropriati come gettare i vestiti nella spazzatura o

mettere i piatti vuoti nel forno; comportamenti sessuali inappropriati come esibizionismo)

presente e tale da richiedere limitazioni

presente e accompagnato da ira e violenza se frenato

AGGRESSIVITÀ

Comportamento verbale clamoroso

assente

presente (compreso uso non abituale di linguaggio scurrile o offensivo)

presente e accompagnato da ira

presente e accompagnato da ira contro altre persone

Aggressività fisica e/o violenza

assente

comportamenti minacciosi

violenza fisica

violenza fisica accompagnata da veemenza

Agitazione

assente

presente

presente con componente emotiva

presente con componente emotiva e fisica

DISTURBI DEL CICLO DIURNO

Disturbi del sonno e della veglia

assenti

continui risvegli notturni

mantenimento del 50-75% del normale periodo di sonno notturno

completa sovversione del ciclo sonno-veglia (per es. meno del 50% del normale periodo di sonno notturno mantenuto)

DISTURBI AFFETTIVI

Piagnucolosità

assente

presente

presente ed accompagnata da chiara componente affettiva

presente ed accompagnata da componenti fisiche ed affettive (per es. contorcersi le mani ed altri gesti di disperazione)

Depressione

assente

presente (per es. dichiarazione occasionale "vorrei essere morto" senza chiare componenti affettive)

presente con chiare componenti affettive (per es. pensieri di morte)

presente con componenti fisiche ed emotive (per es. tentativi di suicidio)

ANSIE E FOBIE

Ansia rispetto agli eventi futuri (sindrome di Godot)

assente

presente: ripetute richieste e/o altre attività che riguardano impegni od eventi attesi

presente e disturbante per il caregiver

presente ed intollerabile per il caregiver

Altre manifestazioni d'ansia

assenti

presenti

presenti e disturbanti per il caregiver

presenti ed intollerabili per il caregiver

Paura di essere lasciato solo

assente

presente: la paura di essere lasciato solo è solo esternata

manifestata e tale da richiedere un intervento specifico da parte del caregiver

manifestata e tale da richiedere che il paziente sia sempre accompagnato

Altre fobie

assenti

presenti

presenti e di portata tale da richiedere un intervento specifico da parte del caregiver

presenti e tali da richiedere una prevenzione delle attività del paziente

PUNTEGGIO TOTALE SINTOMATOLOGIA /75

Parte 1 – Disagio Psicico globale

Valutazione del caregiver sulla gravità dei sintomi

non arrecano danno alla persona che assiste o non sono pericolosi per il paziente

sono lievemente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente

sono moderatamente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente

sono gravemente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente

PUNTEGGIO VALUTAZIONE GLOBALE DEL CAREGIVER /3

GESTIONE FARMACOLOGICA

Versante cognitivo

Modesti effetti AntiCh se non nel Parkinson demenza o nella LEWY

Demenza Severa Memantina non nella demenza vascolare

Versante comportamentale

Valut eventi stressanti (Clinici; relazionali) Atipsicotici di prima generazione

BDZ solo se ansia (se no cadute, peggioramento cognitivo/ lorazepam, oxazepam)

Depressione

Preferire SSRI

Insonnia

Se altre tecniche hanno fallito trazodone e zolpidem

IN NH OCCORRE SOSPENDERE PSICOLETTICI PER QUALCHE TEMPO E POI RIPRENDERE

Terapie non farmacologiche e dei disturbi comportamentali

- Evitare fattori scatenanti (fame, sete, caldo, freddo, dolore, vista, udito, defecazione, minzione)
- Tecniche di comunicazione (Verbale e Non verbale)
- Musica personalizzata
- Aromaterapia
- Contatti sociali
- Terapia della reminescenza
- Terapia "Occupazionale"
- Pet therapy
- Coinvolgimento più attivo delle persone care.
- Terapia comportamentale
- Attività Ricreative (bambole, giochi)
- Passeggiate , Att. Fisica
- Area di camminamento con confini minimizzati (giardino alzheimer)
- Light therapy

PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIENZA DELL'ANZIANO IN R.S.A.

Premessa.

L'accoglienza di un anziano in casa di riposo è una fase di fondamentale importanza. Rappresenta l'incontro e la conoscenza tra la struttura e l'anziano con la sua famiglia e **si configura come un momento di cambiamento estremamente delicato, che investe la loro quotidianità sotto il profilo sia organizzativo che psicologico-relazionale.**

Il familiare, nella maggior parte dei casi, impossibilitato nella gestione al domicilio del proprio congiunto anziano e malato, si trova costretto a prendere la difficile decisione di inserirlo in casa di riposo. Per l'anziano stesso, l'inserimento in struttura, che implica lasciare la propria famiglia, i propri affetti, le proprie abitudini, rappresenta un cambiamento radicale della propria esistenza: è un grande trauma.

Si rende necessario, pertanto, monitorare con attenzione questa fase con procedure codificate poiché ad essa è legato il buon esito del processo di inserimento ed integrazione dell'individuo nel nuovo ambiente. A tal fine, Tutto il personale della RSA, dunque, deve essere pronto e preparato ad accogliere l'anziano, spesso dipendente in molte attività della vita quotidiana, e la sua famiglia .

Particolarmente delicati risultano i primi contatti che possono trasmettere all'anziano e ai parenti rassicurazione oppure incertezza e ansia. L'accoglienza dunque si configura come un percorso di presa in "cura" globale della persona da parte della RSA, garantendo una corretta modulazione dell'assistenza e degli interventi erogati sui bisogni reali della persona e coerentemente con gli obiettivi specifici di mantenimento o recupero della sua condizione sanitaria e delle sue funzioni nonché di sviluppo delle potenzialità socio-relazionali.

L'articolazione del protocollo di accoglienza prevede principalmente quattro fasi:

- 1) Colloquio pre-accoglienza dei parenti per la visita della struttura e per la raccolta di dati sull'anziano.
- 2) Visita pre-ingresso al domicilio (o nel luogo in cui si trova l'anziano) nelle fasi che precedono l'ingresso in casa di riposo.
- 3) Accoglienza vera e propria il giorno d'ingresso dell'anziano in R.S.A.
- 4) L'orientamento e l'osservazione dell'anziano nei primi 20 giorni di permanenza in R.S.A.

1. COLLOQUIO di PRE-ACCOGLIENZA DEI PARENTI

Azione:

colloquio che si effettua al momento della effettiva disponibilità del posto in RSA.

Eseguita da:

personale con competenze socio-assistenziali e/o psicologiche.

Rivolta a:

familiari, care-givers, rappresentanti legali, anziani stessi qualora se ne verifichi la possibilità.

Con finalità di:

- Raccogliere le prime informazioni per la migliore accoglienza possibile dell'anziano (aspetti sanitari, cognitivi, sociali, psicologici, hobby, abitudini e storia di vita)
- Fornire informazioni sulla casa di riposo, i servizi erogati, documenti e materiale necessario per l'ingresso.
- Definire forme e modalità di pagamento, illustrando modalità e percorsi per eventuali forme di integrazione da parte dei servizi sociali.
- **Verificare il livello di consapevolezza che l'anziano ha** rispetto al suo prossimo ingresso in casa di riposo; richiedere che l'anziano non venga accompagnato in casa di riposo passivamente o con l'inganno e concordare le modalità di comunicazione più adatte alla situazione; accogliere i vissuti della famiglia e dell'anziano rispetto a tale scelta fornendo un primo spazio di ascolto e di elaborazione di tale scelta.
- Fare visitare gli ambienti in cui l'anziano verrà accolto (spazi privati e spazi comuni).
- Stabilire la data in cui verrà svolta la visita pre-ingresso, spiegandone le motivazioni.
- Adempiere ad una serie di attività burocratiche necessarie per l'accoglienza in struttura (di seguito specificate).
- Invitare l'anziano, ove possibile, ad una visita della struttura prima dell'ingresso ufficiale.

Documenti da utilizzare a supporto:

- carta dei servizi o suo estratto
- regolamento
- contratto di ospitalità
- elenco indumenti/biancheria consigliati per ingresso con contrassegno di lavanderia indicato
- scheda regionale D.G.R. 17 inerente ingresso
- eventuale scheda predisposta dalla struttura inerente i dati ritenuti più significativi
- scheda registrazione del colloquio

2. VISITA A DOMICILIO PRE INGRESSO

Azione:

visita all'anziano al domicilio o nel contesto in cui si trova prima dell'ingresso in RSA, da effettuarsi, **se le condizioni di salute non risultano particolarmente compromesse, alcuni giorni prima del suo effettivo ingresso.**

La visita, salvo impedimenti di ordine logistico-organizzativo, dovrebbe essere un passaggio obbligato, una modalità sistematica di operare, strutturata secondo i passaggi sotto indicati.

Eseguita da:

personale con competenze socio-assistenziali e/o psicologiche che ha svolto il colloquio pre-ingresso; OSS che ricoprirà il ruolo di tutor; eventuale personale sanitario (direttore sanitario o infermiere professionale) a seconda della necessità di raccogliere, prima dell'ingresso, ulteriori informazioni relative alla condizione sanitaria dell'anziano altrimenti non reperibili.

Rivolta a:

anziano.

Con finalità di:

- aumentare la conoscenza dell'anziano futuro ospite della struttura, del suo contesto familiare, relazionale ed abitativo, al fine di personalizzare maggiormente l'accoglienza ed i servizi erogati
- verificare le informazioni fornite durante la fase di pre-colloquio rispetto ad abitudini, aspetti cognitivi, sociali, psicologici, di mobilità preservata nel contesto in cui si trova.
- verificare il grado di consapevolezza rispetto all'ingresso in casa di riposo da parte dell'anziano compatibilmente con il suo stato cognitivo;
- stabilire un rapporto empatico con l'anziano;
- fornire informazioni dirette all'anziano sulla vita in struttura;
- accogliere ansie e preoccupazioni ove emergano, rassicurare rispetto a quanto avverrà nel prossimo futuro;
- stabilire la data dell'ingresso in struttura;
- perfezionare eventuali pratiche burocratiche ove necessario (firma di documenti lasciati in lettura durante la fase di pre-colloquio).

Documenti da utilizzare a supporto:

- scheda visita domiciliare, in cui gli obiettivi di osservazione e relazione vengono discussi prima della visita dagli operatori che la effettueranno dividendosi i compiti e che verrà poi compilata al rientro in casa di riposo.
- Progetto U.V.G.

In situazioni di particolare lontananza del domicilio dell'anziano dalla casa di riposo in cui si deve recare (distanza superiore ai 60 km), è possibile derogare alla visita cercando però di recuperare tutti gli elementi possibili di conoscenza nella fase precedente e successiva.

Qualora per le difficoltà di cui si è parlato sopra, non sia possibile la realizzazione di questa pratica, l'inevitabile povertà delle informazioni che il personale avrà a sua disposizione e le ripercussioni a livello relazionale che ne derivano andranno prese in considerazione al momento dell'accoglienza vera e propria in struttura e nei periodi successivi, elaborando strategie compensative e di maggior attenzione alla persona.

Si reputa necessaria la visita pre ingresso anche per gli anziani con uno stato cognitivo gravemente compromesso, perché l'obiettivo di tale pratica non consiste nello stabilire un rapporto di tipo esclusivamente intellettuale ma anche rapporti empatici con l'anziano e di conoscenza ed osservazione del suo ambiente di riferimento

3. ACCOGLIENZA IL GIORNO D'INGRESSO DELL'ANZIANO IN R.S.A.

Azione:

l'anziano viene accolto all'ingresso della casa di riposo, gli viene dato il benvenuto ed accompagnato a visitare la sua stanza. L'O.S.S. tutor lo aiuta a sistemare la sua biancheria insieme a familiari. Gli viene offerto un caffè o una bibita. In relazione ad una valutazione dello stato cognitivo ed emotivo dell'anziano e in relazione alle sue richieste, si procederà a presentargli eventuali compagni di camera e il restante personale in turno, ad accompagnarlo nella visita dei locali comuni indicandogli il posto momentaneamente assegnatogli a tavola. Il direttore sanitario aprirà la parte sanitaria della sua cartella ed effettuerà la visita necessaria. Il parente sarà accompagnato in segreteria per gli adempimenti necessari all'ingresso.

Eseguita da:

équipe di operatori che ha effettuato la visita domiciliare e il direttore sanitario.

Rivolta a:

anziano e suoi familiari.

Con finalità di:

- accompagnare l'anziano nel nuovo contesto abitativo e relazionale
- assicurare l'anziano e i familiari, accogliendo stati emotivi che accompagnano questo momento
- permettere l'espletamento delle pratiche necessarie al momento dell'ingresso in casa di riposo

Documenti da utilizzare a supporto:

- Diario individuale per annotare l'avvenuto ingresso, aspetti emotivi che l'hanno accompagnato, relative nuove informazioni (data ultima evacuazione, ausili che la persona ha portato con sé, biancheria mancante etc.)
- Sezione della cartella multiprofessionale relativa alla condizione sanitaria dell'anziano.

3. L'ORIENTAMENTO E L'OSSERVAZIONE DELL'ANZIANO NEI PRIMI 20 GIORNI DI PERMANENZA IN R.S.A.**Azione:**

in relazione alle informazioni raccolte nelle tre fasi precedenti, si struttura una prima ipotesi di servizio da erogare all'anziano per rispondere alle sue specifiche esigenze. Si accompagnano l'anziano ed i suoi familiari alla guida nella fruizione dei servizi presenti cercando di individuare con loro quali sono le risposte e le soluzioni che meglio si adattano alle esigenze dell'anziano (orari, attività di animazione, compagni di tavola etc.). In questa fase è necessario approfondire la conoscenza del nuovo ospite e dettagliare il suo profilo sia sotto il profilo sanitario che relazionale.

Inizia così la "presa in cura" da parte di tutta l'équipe multidisciplinare, con la condivisione delle informazioni a disposizione fino a questo momento sull'anziano e la verifica delle sue condizioni di salute e funzionali, da realizzare attraverso l'esecuzione di una valutazione multidimensionale e di test vari ai fini dell'elaborazione del PAI, il quale verrà stilato alla fine del periodo di osservazione.

Eseguita da:

tutto il personale, équipe multidisciplinare.

Rivolta a:

anziano e suoi caregivers.

Con finalità di:

- Affiancare il percorso di adattamento al cambiamento di vita in corso, favorendolo e supportandolo
- individuare le migliori risposte ai bisogni specifici dell'anziano tentando di preservare e potenziare al massimo le autonomie

Documenti da utilizzare a supporto:

- scheda di osservazione regione D.G.R. 17
- diario individuale
- schede altri percorsi

Aspetto da presidiare: *Tutela della Privacy*

Tutte le informazioni raccolte o prodotte sull'ospite durante tutte le fasi della sua permanenza in struttura vanno trattate come sensibili. Devono essere accessibili agli operatori della R.S.A. e conservate in modo da garantirne la

CONCLUSIONI

L'attuazione del protocollo sopra descritto richiede un notevole sforzo organizzativo e gestionale da parte delle RSA .

In esso vengono tuttavia indicati gli elementi essenziali del protocollo di accoglienza, così come emergono dalla letteratura di riferimento.

SCHEDA VISITA PRE-INGRESSO	Numero Pag. 1/2
----------------------------	-----------------------

Nominativo ospite:		Data di nascita:
Data visita domiciliare:	Luogo in cui si è svolta la visita:	
Operatori presenti:		

Obiettivi rispetto alla visita domiciliare:
Valutazione raggiungimento obiettivi:

	SCHEDA VISITA DOMICILIARE		Numero Pag. 1/2
--	---------------------------	--	-----------------------

Informazioni aggiuntive:

Osservazione sull'andamento della visita:

Nominativo Compilatore	Qualifica/Mansione	Firma
------------------------	--------------------	-------

QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE

DEL MEDICO CURANTE

(da allegare alla Domanda di Ammissione)

Cognome e Nome dell'Ospite _____

N.B. *Crociare la voce che interessa e se pregressive o in atto specificare:*

1) affezioni cardiovascolari :

no _____
pregresse _____
in atto _____

2) malattie endocrine :

no _____
pregresse _____
in atto _____

3) malattie del sistema nervoso centrale :

no _____
pregresse _____
in atto _____

4) turbe psichiche :

no _____
pregresse _____
in atto _____

5) malattie del sangue :

no _____
pregresse _____
in atto _____

6) malattie apparato urogenitale :

no _____
pregresse _____
in atto _____

7) malattie a carico dell'apparato locomotore :

no _____
pregresse _____
in atto _____

8) malattie dermatologiche (piaghe da decubito, ecc.) :

no

pregresse _____
in atto _____

9) allergie :

si quali _____
no

10) diabete :

si (specificare se seguito da un centro antidiabetico):
no

11) disturbi del comportamento :

si quali _____
(vagabondaggio – ansia – agitazione/agressività – deliri – allucinazioni – depressione/disforia – apatia/indifferenza
disinibizione – irritabilità – disturbi dell'appetito e dell'alimentazione – disturbi del sonno)
no

12) altre malattie in atto (specificare) :

13) terapia in corso :

14) incontinenza :

urinaria : si no (specificare se catetere o pannoloni)
fecale : si no

Si certifica chel.....Sig/Sig.ra
nat..... a non è affett..... da malattie
infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali che non consentono la vita in
comunità.

Timbro

Il Medico curante

PROTOCOLLO PER L'UMANIZZAZIONE DELLA VITA IN STRUTTURA RESIDENZIALE.

Premessa.

Le strutture residenziali socio sanitarie per anziani non autosufficienti devono sforzarsi di coniugare i tempi ed i ritmi della persona\ospite con i tempi ed i ritmi imposti dalle proprie esigenze organizzative, ovvero ricercare di coniugare la complessità dell'organizzazione con la personalizzazione degli interventi rivolti ad ogni anziano.

A questo scopo vengono sotto indicati alcuni grandi capitoli inerenti la vita in struttura che rappresentano quattro ambiti di intervento essenziali per il diritto all'autodeterminazione della persona ospite in RSA.

- 1) Orari di vita.
- 2) Partecipazione alle decisioni delle attività da svolgere, persone cui stare vicino, animazione, menu, organizzazione degli spazi comuni.
- 3) Autodeterminazione dell'anziano relativamente ad interventi sanitari ed interventi riabilitativi.
- 4) Autodeterminazione dell'anziano rispetto alle uscite dalla struttura.

1. Orari di vita.

Azione:

definizione con ogni singolo anziano (o care-giver qualora la persona sia cognitivamente compromessa e non in grado di esprimere preferenze) di orari di vita (orari alzata, accompagnamento a letto, pasti, presenza di amici e parenti...) il più possibile vicini alle sue abitudini e richieste.

Eseguita da:

- personale che ha compiuto il pre-colloquio e la visita pre ingresso nella prima fase dell'accoglienza
- case manger del Pai nelle fasi successive.

Rivolta a:

anziano o care-giver.

Con finalità di:

- Personalizzare il più possibile l'assistenza ricercando il massimo grado di controllo sulla situazione da parte dell'anziano.
- Non snaturare i ritmi delle persone.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Piano di lavoro individualizzato per quell'anziano delle diverse figure .
- Schede Pai.

Considerata la complessità della coniugazione di tempi collettivi con tempi personali si suggerisce almeno l'individuazione di fasce orarie all'interno delle quali il singolo anziano possa scegliere quando richiedere il servizio desiderato.

Si raccomanda comunque che tali fasce orarie non prevedano alzate mattutine prima della 6 del mattino, messe a letto serali prima delle 20, colazioni dopo le 9, pranzi prima delle 12 e cene prima delle 18.

Sarà possibile rispondere ad eventuali richieste individuali in diversa direzione previa annotazione scritta in cartella firmata dall'anziano stesso e\o dal suo familiare.

Richieste estemporanee di variazione di orario saranno naturalmente possibili in relazione alle capacità del sistema di rispondervi e con annotazione sul diario individuale giornaliero ogni volta che si verifichino.

2. Partecipazione alle decisioni delle attività da svolgere, persone cui stare vicino, menu, organizzazione degli spazi comuni**Azione:**

definizione periodica con gruppi di anziani delle attività da programmare in RSA, del menù, della gestione degli spazi comuni e dei tempi di fruizione. Consultazione periodica dei care-givers.

Eseguita da:

- Figura professionale individuata dalla struttura per monitorare la qualità dei servizi erogati in collaborazione con l'animatore e con il supporto della direzione.

Rivolta a: anziani e care-givers.

Con finalità di:

- Realizzare attività che interessano e stimolano i gruppi di anziani che si susseguono nel tempo.
- Permettere all'anziano di mantenere il controllo sul suo contesto ambientale seppur con modalità di partecipazione collettiva.
- Flessibilizzare il servizio per rispondere alle reali esigenze manifestate dagli anziani.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Questionari per il rilevamento della soddisfazione del servizio
- Verbali di riunioni di gruppo degli anziani.

3. Autodeterminazione dell'anziano relativo ad interventi sanitari ed interventi riabilitativi.**Azione:**

colloquio del medico curante volto all'informazione dell'intervento sanitario e terapeutico messo in atto con richiesta di consenso da parte dell'anziano non completamente cognitivamente compromesso e/o con il legale rappresentante o il familiare qualora l'anziano non sia in grado di comprendere quanto comunicato.

Eseguita da:

medico curante con supporto eventuale di Direttore Sanitario o Terapista della riabilitazione.

Rivolta a:

anziani, rappresentanti legali, familiari.

Con finalità di:

Rispetto del diritto delle persone di essere informate dei trattamenti sanitari in atto.

Documenti da utilizzare a supporto

Cartella multiprofessionale

4. Autodeterminazione dell'anziano rispetto alle uscite dalla struttura.**Azione:**

permettere all'anziano in grado di farlo di uscire liberamente da solo dalla struttura raccogliendone la volontà.

Eseguita da: Direttore Sanitario, Personale della struttura.

Rivolta a:

anziano anche disabile ma in grado di uscire dalla struttura da solo e di ritornarvi.

Con finalità di:

Rispettare la libertà della persona e il diritto alla autodeterminazione.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Modulo di registrazione della volontà dell'anziano.
- Valutazione sanitaria.

PROTOCOLLO PER LE DIMISSIONI DALLE RSA.**Premessa.**

La legge di riforma dell'assistenza sociale (L. 328/2000 e L.R. 1/2004) indica tra i suoi principi la valorizzazione delle responsabilità familiari puntando sul reinserimento o mantenimento dell'anziano al proprio domicilio.

Ciò deve far considerare la possibilità di dimissioni con maggior attenzione e con un'ottica diversa da quella che ha caratterizzato fin ora le varie forme di dimissione dalle strutture.

Secondo le normative vigenti, le Residenze Assistenziali non dovrebbero infatti più rappresentare l'alternativa ai servizi territoriali domiciliari, bensì dovrebbero configurarsi come parte integrante della rete dei servizi garantendo risposte sempre più flessibili ed adattabili al continuo modificarsi dei bisogni degli utenti.

Nelle Residenze Assistenziali possono essere accolti anziani sia in forma permanente che temporanea.

Tra i ricoveri temporanei, oltre a quelli richiesti per varie forme di riabilitazione, esistono oggi quelli di sollievo, per aiutare e sostenere le famiglie che quotidianamente si prendono cura di anziani non autosufficienti, i ricoveri temporanei e post-degenza (continuità assistenziali).

Il termine "dimissione" acquista pertanto un significato con valenze multiple in ragione del motivo che ha portato al ricovero, mutando le aspettative e i vissuti che ad esso si accompagnano.

La "dimissione" deve quindi rappresentare la continuazione di un processo assistenziale e, nel progettartela, devono essere presi in considerazione tutti gli elementi che consentono di conoscere il più esattamente possibile la situazione ambientale, familiare, socio-assistenziale della persona che viene dimessa al fine di garantire, attraverso un servizio di rete territoriale, la continuità dell'intervento avviato in struttura.

Le fasi che scandiscono il protocollo sono così rappresentate:

- 1) Potenziamento del lavoro per il rientro al domicilio.
- 2) Trasferimento ad altre strutture.
- 3) Accompagnamento alla morte.

1. Potenziamento del lavoro per il rientro al domicilio

Azione:

partecipare, con la rete dei servizi e le risorse individuali dell'anziano, alla realizzazione del maggior numero possibile di progetti individuali di rientro al domicilio.

Eseguita da:

équipe multiprofessionale, individuando preferibilmente il case-manager in una figura con competenze socio-assistenziali in grado di tenere i contatti con il servizio eventualmente inviante, la rete dei servizi e le risorse familiari.

Rivolta a:

anziani con patologie stabilizzate.

Con finalità di:

- Realizzare, in un tempo definito, il miglior percorso riabilitativo e di cura possibile - rispetto alle risorse di una RSA - per permettere il rientro al domicilio.
- Consentire alla rete dei servizi e ai familiari di attivarsi per trovare soluzioni che permettano il rientro al domicilio dopo il verificarsi di un evento acuto improvviso che ha cambiato la condizione dell'anziano.
- Permettere alla rete di supporto dell'anziano di fruire di un periodo di sollievo dall'attività di assistenza.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Proposta dell'eventuale servizio inviante con indicazione del progetto e dei tempi previsti.
- Pai predisposto nell'arco di 1 settimana dall'ingresso considerata la necessità di raggiungere gli obiettivi in un arco temporale spesso ridotto (30 -60 giorni).
- Eventuali accordi con i servizi sanitari e sociali per ridurre i tempi per l'attivazione e fornitura di servizi ed ausili.

2. Trasferimento in altre strutture.

Azione:

organizzazione del trasferimento dell'anziano con gli effetti personali, tutta la sua documentazione ed il piano assistenziale individuale presso struttura diversa da quella ospitante nei seguenti casi:

- su richiesta dell'anziano o della rete familiare;
- per decorrenza dei termini di ricovero a tempo determinato e/o impossibilità di rientro al domicilio e di ospitalità presso la struttura stessa;
- variazioni delle condizioni di salute certificate dal medico responsabile tali da rendere la struttura non più idonea ad assistere l'ospite;
- inadeguatezza della RSA a rispondere a nuove esigenze dell'anziano per motivazioni altre rispetto a quella indicata al punto precedente;
- adeguata informazione dell'anziano e dei care-givers ed ottenimento del consenso dell'anziano.

Qualora l'anziano non abbia nessuno ad accompagnarlo è necessario che la RSA organizzi il trasferimento, garantendo la presenza dell'OSS tutor durante il viaggio ed l'ingresso nella nuova sede.

Eseguita da:

Direttore Sanitario e Responsabile del personale OSS.

Rivolta a:

anziano.

Con finalità di:

- garantire la continuità del processo assistenziale;
- ridurre la traumaticità del trasferimento e favorire il primo contatto con la nuova realtà ospitante.

•

Documenti da utilizzare a supporto:

- cartella multi professionale.
- PAI.
- Relazione sanitaria e socio-assistenziale

La nuova struttura deve far riferimento a quanto già stabilito per la fase di preaccoglienza e di accoglienza.

3. Accompagnamento alla morte.

Azione:

Le RSA devono dotarsi di percorsi di formazione ad hoc di tutto il personale (assistenziale, sanitario, medico, alberghiero, amministrativo) per sviluppare capacità e conoscenze che permettano di elaborare percorsi di

- accompagnamento alla morte dei loro anziani e dei loro familiari;
- supporto ai familiari al momento del decesso e nell'elaborazione del lutto.

Eseguita da:

i corsi di formazione devono essere condotti da personale con competenze specifiche di tipo clinico e socio-relazionale (psicologi, sociologi, medici...) e devono essere orientati altresì a promuovere presso gli operatori coinvolti momenti di riflessione su come si muore nella propria struttura per fare scaturire, per ogni figura professionale, indicazioni operative su come migliorare l'accompagnamento alla morte nel proprio contesto.

Rivolta a:

tutti gli operatori e collaboratori. Particolare importanza riveste il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale per attivare procedure inerenti l'utilizzo della medicina palliativa ed il ricorso o meno al ricovero ospedaliero nella fase terminale della vita.

Con finalità di:

- Aumentare il senso di competenza del personale e la sua capacità di prendersi cura del morente senza attivare strategie di fuga o di negazione.
- Migliorare la qualità della vita dell'anziano terminale.
- Diffondere l'utilizzo della medicina palliativa.

- Sostenere l'elaborazione del lutto da parte di tutti i soggetti vicino all'anziano.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Materiale dei corsi di formazione.
- Stesura di procedure e di indicazioni operative sull'accompagnamento realizzato nella propria struttura .