

SOCIETÀ ITALIANA
GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

CONGRESSO NAZIONALE



52°

Firenze, Palazzo dei Congressi
28 novembre - 2 dicembre 2007

8° Corso Multiprofessionale di Nursing
29 novembre - 1° dicembre 2007

6° Corso di Riabilitazione Cognitiva
29-30 novembre 2007

3° Corso per Psicologi
30 novembre - 1° dicembre 2007

2° Corso per Assistenti Sociali
29-30 novembre 2007

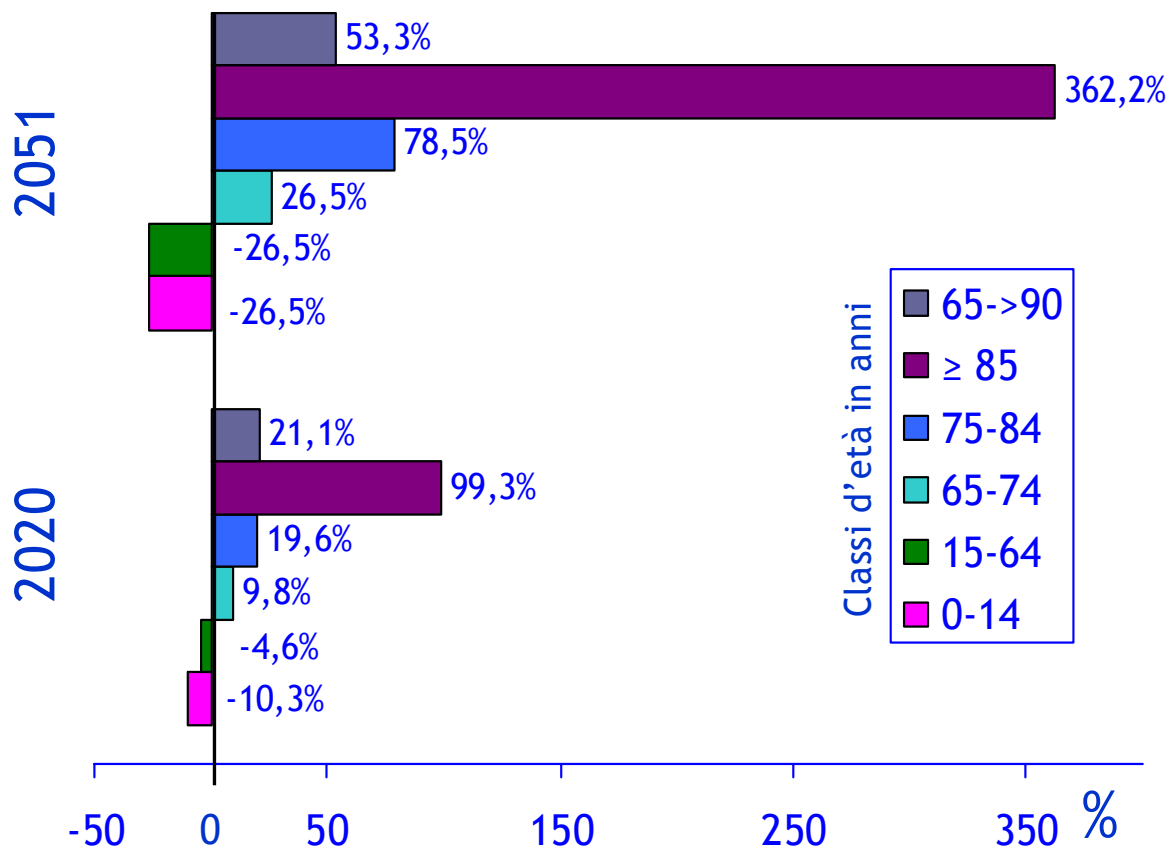
1° Corso per Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali
29-30 novembre 2007

Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia

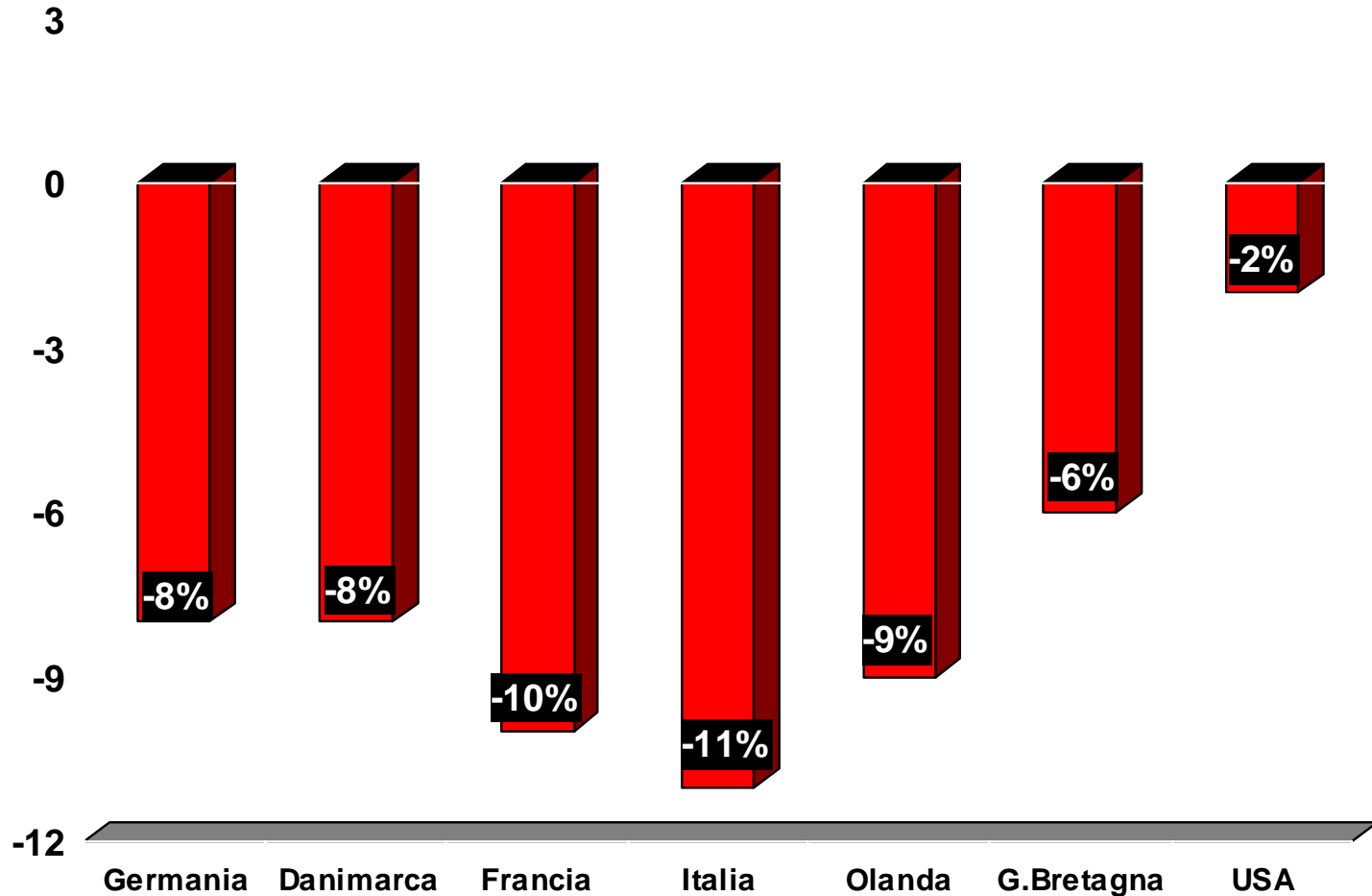


PROIEZIONE ISTAT (2006) - IPOTESI MEDIA -

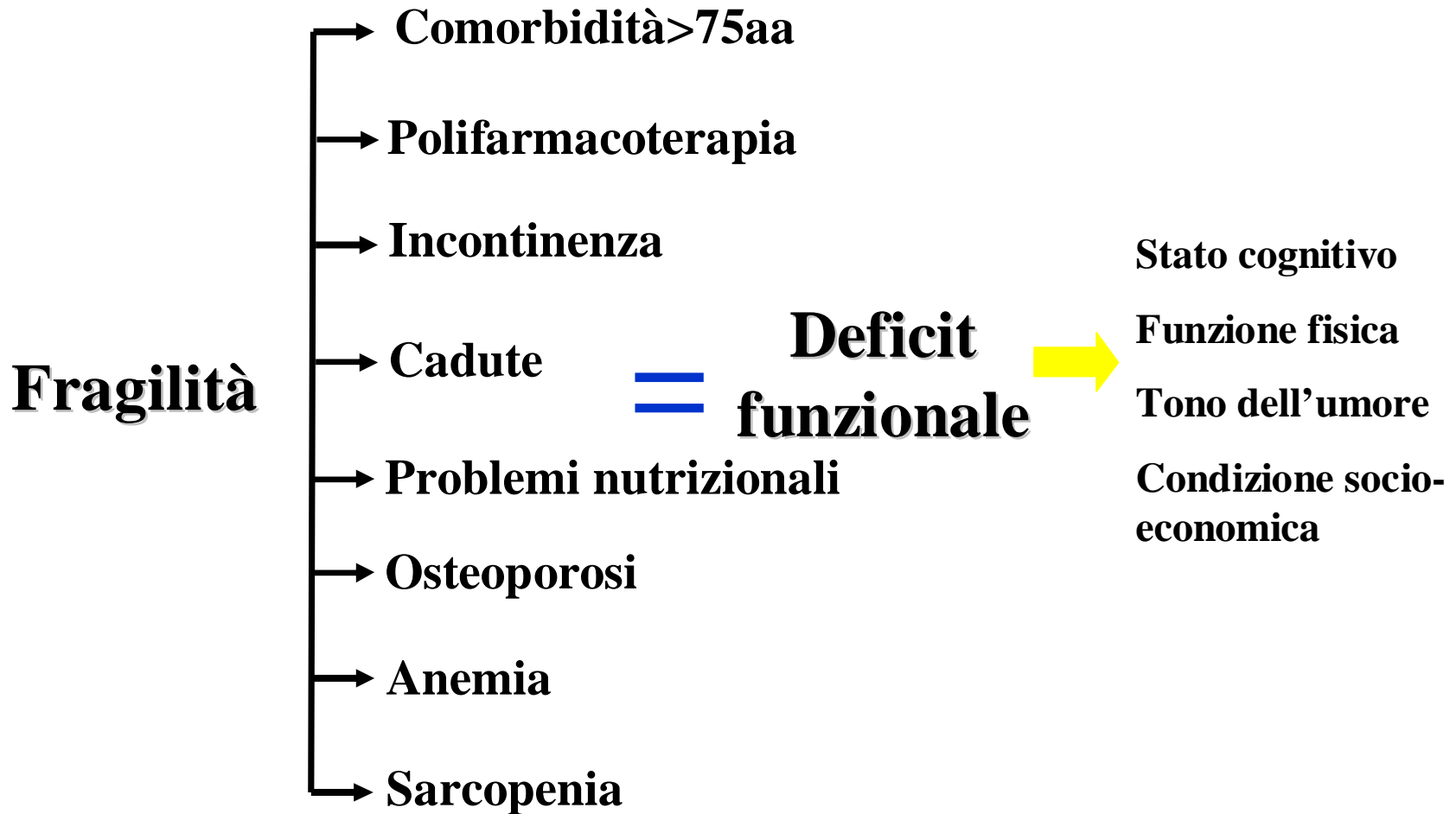
Variazioni percentuali nelle singole classi d'età rispetto alle corrispondenti grandezze osservate nel 2004



2025: CALO DELLA FORZA LAVORO (n° ore lavoro/settimana/procapite = PIL)

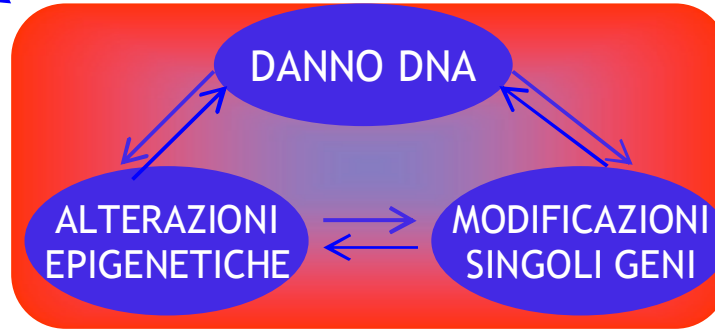


Paziente moderno



Fattori interni
(ROS, errori
replicazione
DNA ecc)

Fattori
Ambientali
(radiazioni,
molecole
genotossiche)

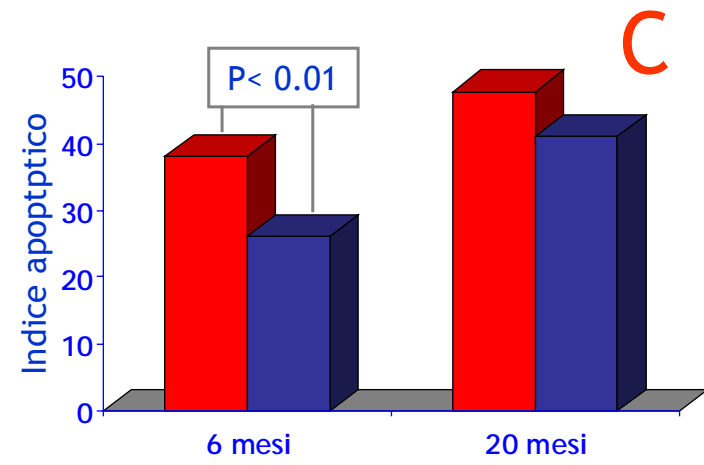
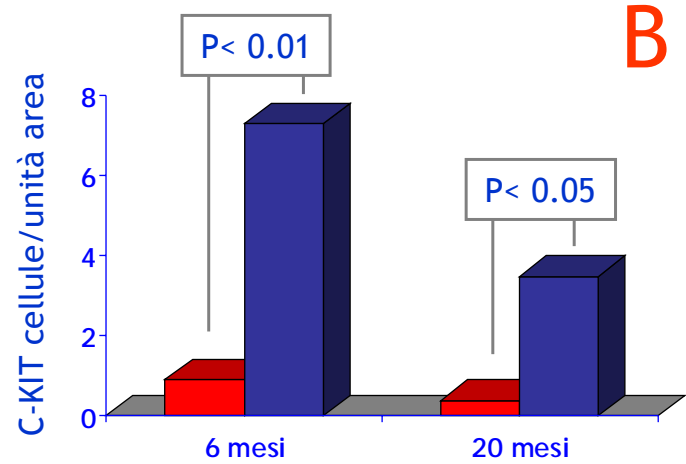
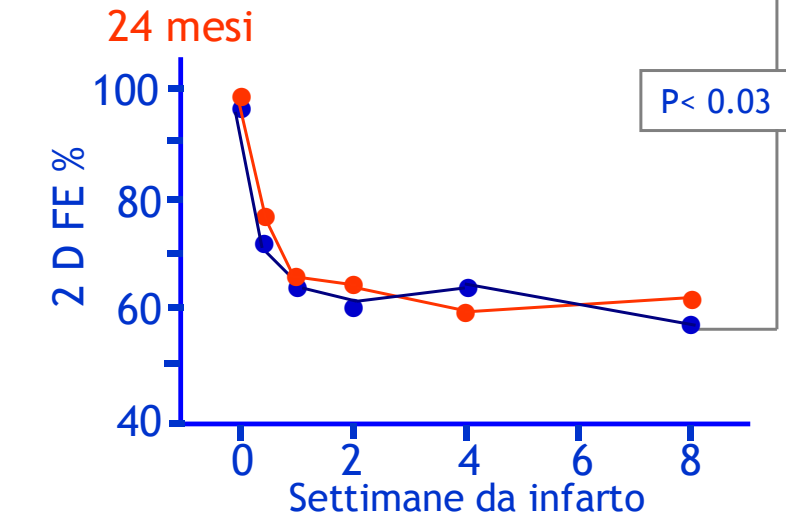
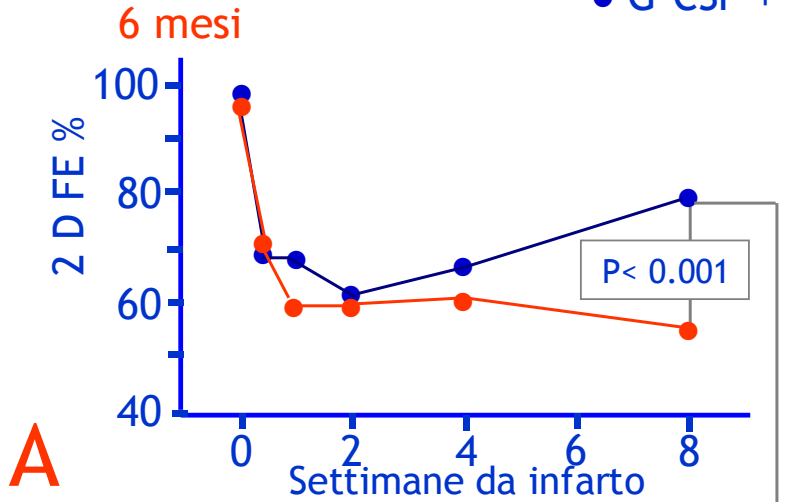


SENESCENZA ORGANISMO



FATTORI CRESCITA STAMINALI E INFARTO SPERIMENTALE

● G-CSF + SCF ● Placebo








HOW STEM CELLS AGE AND WHY THIS MAKES US GROW OLD

Nature Rev Mol Cell Biol 2007; 8: 703-712

“Anti-cancer mechanisms such as senescence and apoptosis, which rely on telomere activation, appear to promote ageing just as their failure is associated with cancer. We believe that a further, more precise mechanistic understanding of this process will be requested before this knowledge can be translated into human anti-ageing therapies. *For the time being, the most prudent, clinically validated advice appears still to be don't smoke, eat reasonably and take exercise.*”

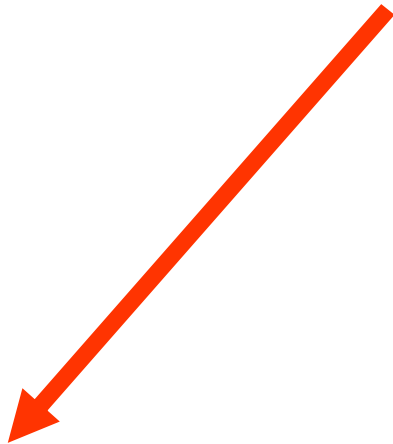
Potential Treatment Interactions for a 79-Year-Old Woman with 5 Chronic Diseases

Boyd, C. M. et al. JAMA 2005;294:716-724.

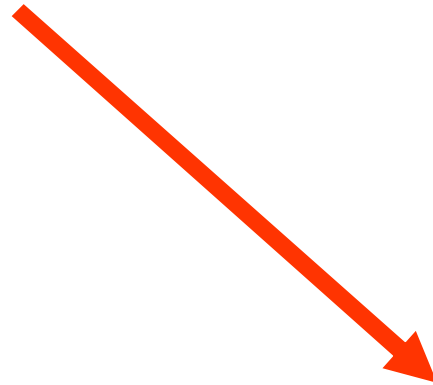
	<i>Time</i>	<i>Medications</i>	<i>Other</i>
	7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
	8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40.0 mg of lisinopril 81.0 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20.0 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes DASH
	12:00 AM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes DASH
	1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
	7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes DASH
	11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed		Albuterol metered dose inhaler	

SETTING ASSISTENZIALE

(RSA, ADI, Ospedale, MMG,
Distretto)



Organizzazione



VMD

InterRAI – suite di strumenti

- RSA interRAI LTCF
- ADI interRAI-HC
- Screening/allocazione interRAI-CA
- Salute mentale interRAI-MH
- Assistenza pz acuto interRAI-AC
- Case per anziani interRAI-AL
- Cure palliative interRAI-PC
- Post-acuzie – riabilitazione interRAI-PAC

VAOR sez. G Funzione Fisica

VAOR LTCF

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA

1 AUTONOMIA NELLE ADL Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello. Se un singolo episodio è codificabile come livello 0, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5. Se in generale il paziente è autonomo in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1. Negli altri casi considera l'episodio di massima dipendenza (da 2 a 5)	
2. INDIPENDENTE – nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione 1. ORGANIZZAZIONE – mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano, del cliente anche solo in una occasione 2. SUPERVISIONE - controllo, incoraggiamento o suggerimento 3. ASSISTENZA LIMITATA - aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo 4. ASSISTENZA INTENSIVA - aiuto nel sostenere il peso corporeo (includo il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottattività 5. MASSIMA ASSISTENZA - aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (includo il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottattività 6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da un'altra persona 8. ATTIVITA' MAI ESEGUITA (durante l'intero periodo)	
a. USO DELLA VASCA/DUCCIA - Come il cliente esegue il trasferimento nella vasca/duccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli]. b. IGIENE PERSONALE – Come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [ESCLUSO bagno e doccia]. c. VESTIRE LA PARTE SUPERIORE DEL CORPO - Come il cliente veste la parte superiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, come abbottona i vestiti, ecc. d. VESTIRE LA PARTE INFERIORE DEL CORPO - Come il cliente veste la parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe e come si abbottona i vestiti e. CAMMINARE – Come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello. f. LOCOMOZIONE – Come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle). g. TRASFERIMENTO SUL W.C. – come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda) h. USO DEL W.C. – Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il pappagalio), come si pulisce (anche in caso di episodi di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti [escluso trasferirsi sul/dal W.C.]	

i. MOBILITA' A LETTO - Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto j. MANGIARE – Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino nasogastrico o con nutrizione parenterale)	
2 AUTONOMIA NEGLI SPOSTAMENTI a. Principale modo di locomozione 0. Cammina, senza bisogno di ausili 1. Cammina, con utilizzo di ausili (bastone, deambulatore, canadesi) 2. Sedia a rotelle (manuale o elettrica) 3. Confinato a letto b. Test del cammino dei 4 metri [predispone un percorso in piano, senza ostacoli, il paziente deve stare fermo in piedi sulla linea di partenza] Dire al paziente: "Quando glielo dico, inizi a camminare a una normale andatura (con il bastone o le stampelle se le utilizzi). Questa non è una prova di velocità. Si fermi quando glielo dico io. E' tutto chiaro?" [Si può anche fare una dimostrazione per il paziente] Poi dire al paziente: "Inizi a camminare" [Inizia a contare il tempo con un cronometro; interrompi il cronometro quando il paziente supera il punto di riferimento che indica i 4 metri] A questo punto dire al paziente: "Ora può fermarsi" Indicare il tempo impiegato in secondi (fino a 30 secondi) 30. Se sono necessari 30 o più secondi per compiere i 4 metri 77. Se il paziente si è fermato prima di completare il test 88. Se il paziente rifiuta di eseguire il test 99. Test non eseguibile	
c. Distanza percorsa camminando [Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (eventualmente con l'utilizzo di ausili)] 0. Non cammina 1. Meno di 5 metri 2. 5-49 metri 3. 50-99 metri 4. 100 metri o più 5. 1 km o più	
c. Distanza percorsa su sedia a rotelle [Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (includo l'utilizzo di carrozzina motorizzata)] 0. La carrozzina viene spinta da altri 1. Utilizza una carrozzina motorizzata 2. Meno di 5 metri 3. 5-49 metri 4. 50-99 metri 5. Più di 100 metri 6. Non usa una sedia a rotelle	

3 ATTIVITA' FISICA a. Numero di ore di esercizio fisico negli ultimi 3 giorni 0. Nessuna 1. Meno di 1 ora 2. 1-2 ore 3. 3-4 ore 4. Più di 4 ore	
b. Numero di giorni in cui il paziente è uscito dalla propria abitazione (facendo riferimento gli ultimi 3 giorni) 0. Nessuna 1. Non è uscito negli ultimi 3 giorni, ma di solito esce spesso 2. 1-2 giorni 3. 3 giorni	
3 POTENZIALE RIBELLATIVO	0. No 1.50 1.50 a) Il cliente ritiene di essere in grado di migliorare la propria autonomia funzionale b) Il personale sanitario ritiene che il cliente possa migliorare la propria autonomia funzionale
4 CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL	Rappeto a 90 giorni fa o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni 0. No 1.50 1.50

VAOR sez. G Funzione Fisica

VAOR HC

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA:

1. Autonomia nelle ADL
Codificare per l'autonomia del cliente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI

Codificare per la difficoltà basandosi sulla presunta capacità del cliente di portare a termine una determinata ADL. Questa valutazione richiede una "speculazione" circa le risorse residue del paziente.

CODICI:	(A)	(B)
0. INDIPENDENTE – non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto		
1. ORGANIZZAZIONE		
2. SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento, suggerimento		
3. ASSISTENZA LIMITATA – aiuto in alcune occasioni		
4. ASSISTENZA INTENSIVA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività		
5. MASSIMA ASSISTENZA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo		
6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da altri		
8. ATTIVITA' NON ESEGUITA		
a. PREPARAZIONE DEI PASTI – Come prepara i pasti (p.es. programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)		
b. LAVORI DOMESTICI USUALI – Come compie i lavori domestici usuali in casa (p.es. lavare i piatti, spolverare, rifare il letto, mettere in ordine, fare il bucato)		
c. USO DEL DENARO – Come paga i conti, gestisce il libretto degli assegni, tiene le spese di casa		
d. GESTIONE DEI FARMACI – Come gestisce i farmaci (p.es. ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)		
e. USO DEL TELEFONO – Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)		
f. FARE LE SCALE – Come il cliente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini)		
g. FARE LA SPESA – Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (p.es. scelta delle cose, uso dei soldi)		
g. USO DEI TRASPORTI – Come il cliente si sposta con i mezzi (p.es. va in luoghi non raggiungibili a piedi)		

2. AUTONOMIA NELLE ADL
Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti

Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello.

Se un singolo episodio è codificabile come livello 6, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5.

Se in generale il paziente è autonomo in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1.

Negli altri casi concludere l'episodio di minore dipendenza (da 2 a 5)

0. INDIPENDENTE – nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
1. ORGANIZZAZIONE – mezzo o dispositivo fornito e messo a portata di mano; del cliente anche solo in una occasione
2. SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento o suggerimento
3. ASSISTENZA LIMITATA – aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
4. ASSISTENZA INTENSIVA – aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottotattività
5. MASSIMA ASSISTENZA – aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottotattività
6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da un'altra persona
8. ATTIVITA' NON ESEGUITA (durante l'intero periodo)

a. USO DELLA VASCA/DOCCIA – Come il cliente esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo (ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli)
b. IGIENE PERSONALE – Come cura l'igiene personale (compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bagno (ESCLUSO bagno e doccia))
c. VESTIRE LA PARTE SUPERIORE DEL CORPO – Come il cliente veste la parte superiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, come abbottona i vestiti, ecc.
d. VESTIRE LA PARTE INFERIORE DEL CORPO – Come il cliente veste la parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe e come si abbottona i vestiti
e. CAMMINARE – Come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello
f. LOCOMOZIONE – Come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle).
g. TRASFERIMENTO SUL W.C. – come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)
h. USO DEL W.C. – Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il paggiacello), come si pulisce (anche in caso di episodi di incontinenza), come cambia il pannolino, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti (incluso trasferirsi sulla W.C.)
i. MOBILITA' A LETTO – Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto
j. MANGIARE – Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino nasogastrico o con nutrizione parenterale)

3. AUTONOMIA NEGLI SPOSTAMENTI

a. Principale modo di locomozione

0. Cammina, senza bisogno di ausili
1. Cammina, con utilizzo di ausili (bastone, deambulatore, canoche)
2. Sedia a rotelle (manuale o elettrica)
3. Confinato a letto

b. Test del cammino dei 4 metri

Indicare un percorso in piano, senza ostacoli. Il paziente deve stare fermo in piedi sulla linea di partenza) Dire al paziente: "Quanto glielo dico, così a camminare a una normale andatura (sen il bastone o le stampelle se le utilizza). Questa non è una prova di velocità. Si fermi quando glielo dico di "fermarsi allora" (Si può anche fare una dimostrazione per il paziente) Poi dice al paziente: "Inci a camminare!" (Inizia a contare il tempo con un cronometro; interrompi il cronometro quando il paziente supera il punto di riferimento che indica i 4 metri) A questo punto dire al paziente: "Cin può fermarsi?"

Indicare il tempo impiegato in secondi (fino a 30 secondi)
30. Se sono necessari 30 o più secondi per completare i 4 metri
77. Se il paziente si è fermato prima di completare il test
88. Se il paziente rifiuta di eseguire il test
99. Test non eseguibile

d. Distanza percorsa camminando
Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (eventualmente con l'utilizzo di ausili)

0. Non cammina
1. Meno di 5 metri
2. 5-49 metri
3. 50-99 metri
4. 100 metri o più
5. 1 km o più

e. Distanza percorsa su sedia a rotelle
Indicare la distanza maggiore percorsa senza fermarsi negli ultimi 3 giorni (include l'utilizzo di carrozzine motorizzate)

0. La carrozzina viene spinta da altri
1. Utilizza una carrozzina motorizzata
2. Meno di 5 metri
3. 5-49 metri
4. 50-99 metri
5. Più di 100 metri
6. Non usa una sedia a rotelle

4. ATTIVITA' FISICA

a. Numero di ore di esercizio fisico negli ultimi 3 giorni

0. Nessuna
1. Meno di 1 ora
2. 1-2 ore
3. 3-4 ore
4. Più di 4 ore

b. Numero di giorni in cui il paziente è uscito dalla propria abitazione (facendo riferimento gli ultimi 3 giorni)

0. Nessuno
1. Non è uscito negli ultimi 3 giorni, ma di solito esce spesso
2. 1-2 giorni
3. 3 giorni

5. **POTENZIALE RIABILITATIVO**

0. No	1. Si
a. il cliente ritiene di essere in grado di migliorare la propria autonomia funzionale	
b. il personale sanitario ritiene che il cliente possa migliorare la propria autonomia funzionale	
Rispetto a 30 giorni fa o alla data dell'ultima valutazione se inferiore a 30 giorni	

6. **CAMMINARE NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL**

0. No	1. Si
-------	-------

7. **GUIDA DI AUTOVEICOLI**

a. Ha guidato una macchina (o altro autoveicolo) negli ultimi 90 giorni	0. No	1. Si
b. Se ha guidato negli ultimi 90 giorni, chi esegue la valutazione ha suggerito che il paziente dovrebbe limitare o smettere di guidare	0. No	1. Si
	0. No	1. Si

VAOR sez. F Benessere Psicosociale

VAOR LTCF

SEZIONE F. BENESSERE PSICOSOCIALE

1	RELAZIONI SOCIALI	[Chiedere al cliente, al personale, alla famiglia] 0. Mai 1. Più di 30 giorni fa 2. 8-30 giorni fa 3. 4-7 giorni fa 4. Negli ultimi 3 giorni 5. Non valutabile a. Partecipazione ad attività sociali che lo interessavano precedentemente b. Ha ricevuto visite da amici di vecchia data/familiari c. Mantiene contatti telefonici o via e-mail con amici di vecchia data/familiari		
2	COINVOLGIMENTO IN ATTIVITÀ SOCIALI	0. Non presente 1. Presente ma non esito negli ultimi 3 giorni 2. Esito in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Esito quotidianamente negli ultimi 3 giorni a. Facilità nelle interazioni sociali b. Facilità nel portare a termine attività programmate c. Accetta di partecipare alla maggior parte delle attività di gruppo d. Coinvolgimento nella vita della struttura (es. cerca di fare nuove amicizie, è coinvolto in attività di gruppo, mostra interesse per le nuove attività proposte, assiste alle funzioni religiose) e. Ricerca interazioni con altre persone f. Reagisce positivamente alle interazioni iniziate da altre persone g. Si adatta facilmente ai cambiamenti nella routine quotidiana		
3	DIFFICOLTÀ NELLE RELAZIONI SOCIALI	0. No 1. Sì a. Il cliente è in conflitto con o ha espresso ripetutamente critiche su alcuni degli altri ospiti b. Il cliente è in conflitto con o ha espresso ripetutamente critiche su alcuni membri dello staff c. La staff riferisce persistente frustrazione nel relazionarsi con il cliente d. I familiari del paziente riferiscono di sentirsi sopraffatti dalla patologia del paziente e. Il cliente non si adatta al cambiamento delle abitudini di vita f. Eventi significativi nella vita del cliente negli ultimi 90 giorni es. grave lutto familiare, perdita della propria abitazione, perdita della patente di guida, vittima di un furto/aggresione		
4	TRAUMI PSICHICI negli ultimi 90 giorni	0. No 1. Sì		
5	SUPPORTI	0. No 1. Sì a. Forte relazione con la famiglia b. Visione positiva della vita c. Trova nuovi stimoli nella vita di ogni giorno		

VAOR HC

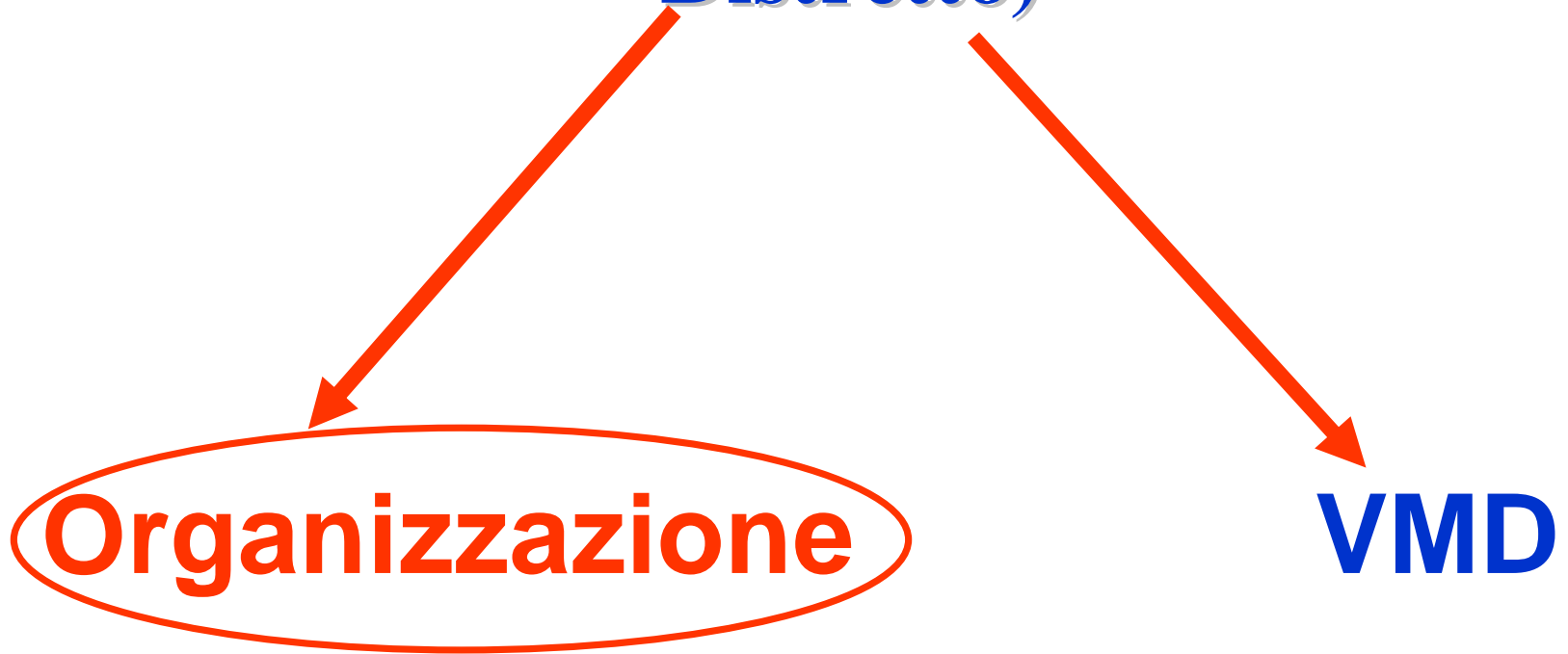
SEZIONE F. BENESSERE PSICOSOCIALE

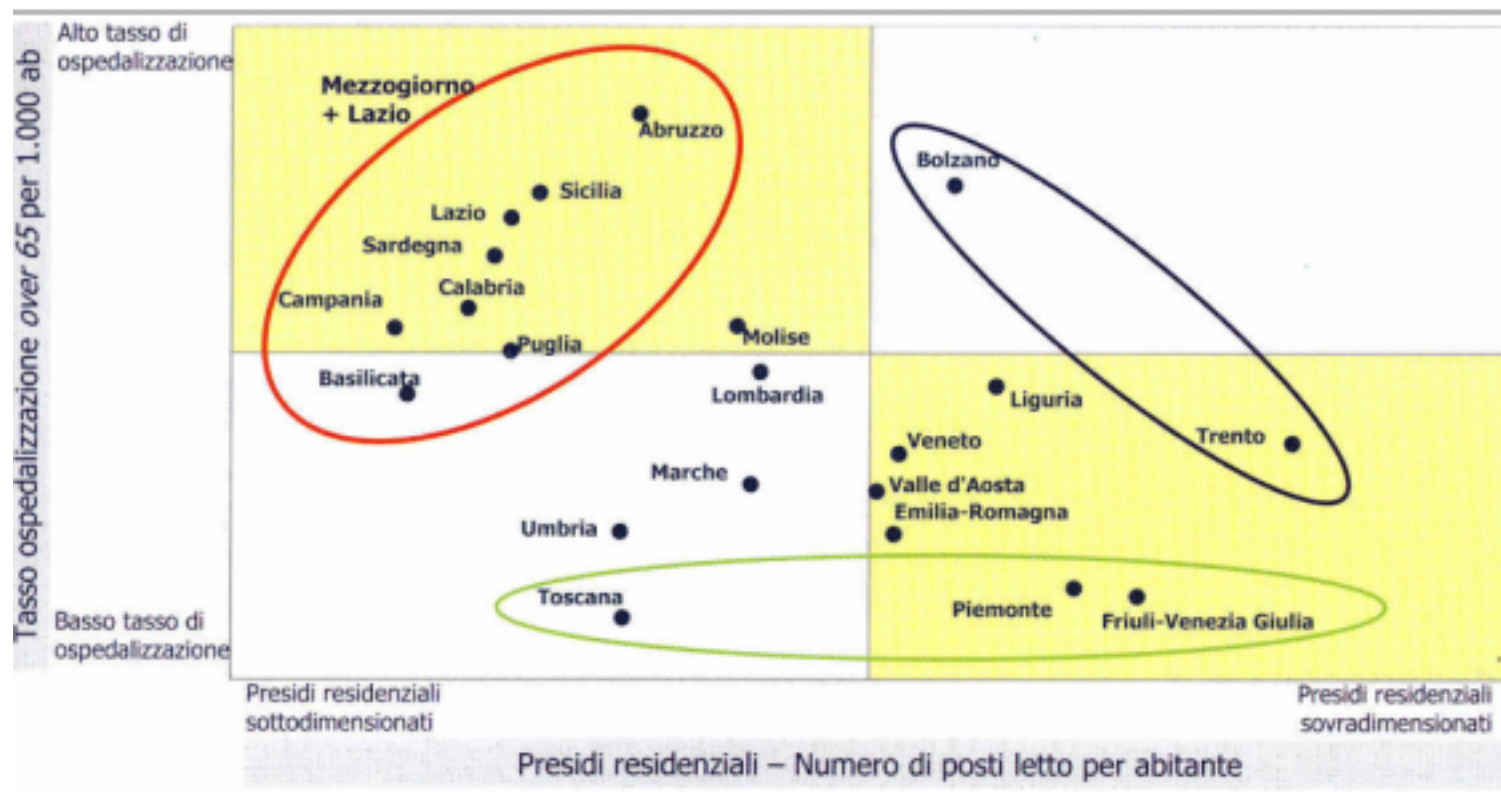
1	RELAZIONI SOCIALI	[Chiedere al cliente, al personale, alla famiglia] 0. Mai 1. Più di 30 giorni fa 2. 8-30 giorni fa 3. 4-7 giorni fa 4. Negli ultimi 3 giorni 5. Non valutabile a. Partecipazione ad attività sociali che lo interessavano precedentemente b. Ha ricevuto visite da amici di vecchia data/familiari c. Mantiene contatti telefonici o via e-mail con amici di vecchia data/familiari d. Il cliente è in conflitto con o esprime rancore nei confronti di familiari o amici e. Il paziente esprime paura nei confronti di un familiare o di un conoscente stretto f. Segni di abbandono, maltrattamento, abuso		
3	SOLITUDINE	Il cliente dice o fa capire di sentirsi solo 0. No 1. Sì		
4	CAMBIA-MENTO NELLE ATTIVITÀ SOCIALI	RISPETTO A 90 GIORNI FA (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 90 giorni) si è ridotta la partecipazione ad attività sociali, religiose, hobbies o altre attività che il cliente faceva volentieri 0. No 1. Sì, ma il cliente non è preoccupato 2. Sì, il cliente è preoccupato per questo		
5	TEMPO TRASCORSO DA SOLO	Durante la giornata (mattina e pomeriggio) 0. Meno di 1 ora 1. 1-2 ore 2. Più di 2 ore ma meno di 8 ore 3. 8 o più ore		
6	EVENTI SIGNIFICATIVI NELLA VITA DEL CLIENTE	es. grave lutto familiare, perdita della propria abitazione, perdita della patente di guida, vittima di un furto/aggresione 0. No 1. Sì		

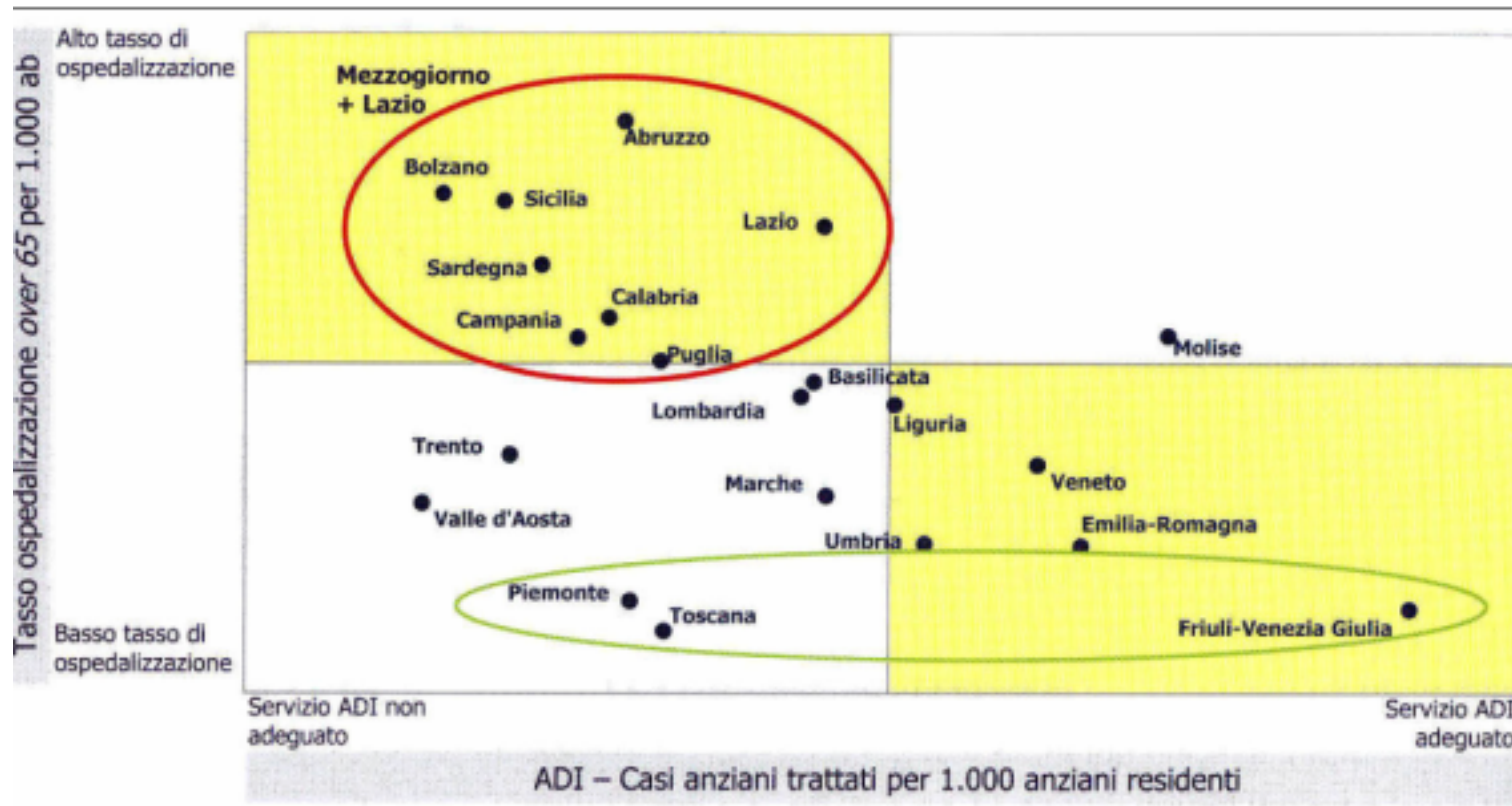


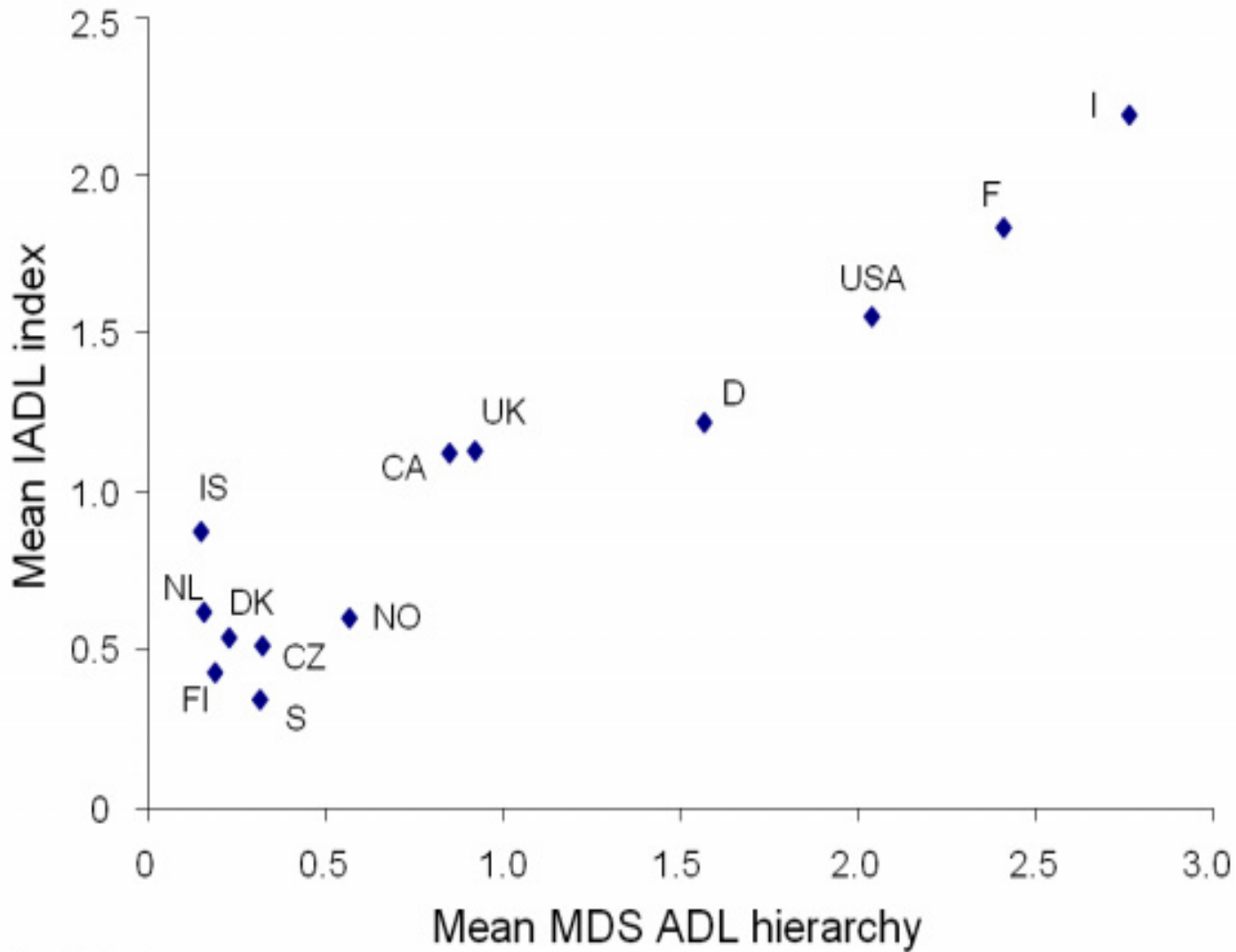
SETTING ASSISTENZIALE

(RSA, ADI, Ospedale, MMG,
Distretto)







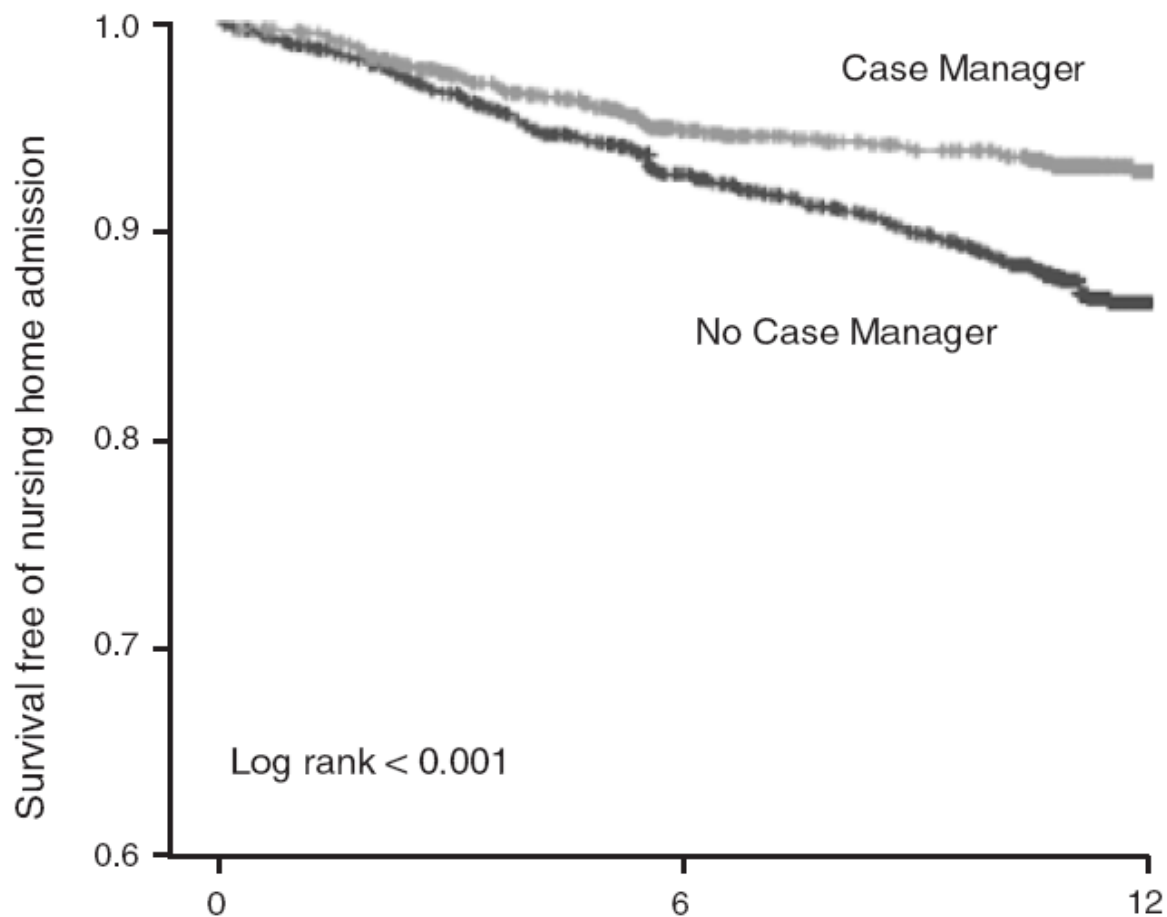


Bernabei R et al 'International Gerontology' in Hazzard's Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Sixth Edition, in press.

Alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione, appare utile inserire, all'interno delle forme organizzate di assistenza primaria, per le aree che presentino un'alta concentrazione di over 65 e, soprattutto di over 75, il geriatra, per consentire l'inquadramento puntuale delle problematiche dell'anziano attraverso la valutazione multidimensionale. L'anziano fragile è infatti frequentemente affetto da situazioni di comorbidità, che richiedono un approccio integrato e multidisciplinare coordinato da uno specialista: il geriatra

Il Case Manager è una figura centrale dell'organizzazione territoriale: rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona, di gestirlo nel tempo, assumendo la responsabilità di attivare i servizi necessari, di valutare il risultato, di assicurarne la congruenza economica, di essere il referente del paziente e della sua famiglia

Case Management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care: Results of the AgeD in HHome Care Study



“Follow-up” (months) Onder G JAGS 2007





Ministero della Salute

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'
SESSIONE XLVI
SEZIONE I
Seduta del 23 ottobre 2007
IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'
Sezione I

Premesso che...

Preso atto che...

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE...

Al riguardo

Sottolinea l'importanza di un approccio innovativo al problema della non autosufficienza

Al riguardo...

Propone che siano attuati i seguenti interventi:

- Implementare, per l'assistenza agli anziani fragili e non autosufficienti, l'integrazione della rete assistenziale dei servizi sanitari e sociali entro cui il paziente deve trovare adeguata collocazione, utilizzando per la definizione del bisogno assistenziale un approccio uniforme a livello nazionale di *valutazione multidimensionale* – “ *geriatric assessment*”-;
- Realizzare una rete integrata di strutture e servizi, sia ospedalieri che distrettuali, che assicurino la continuità assistenziale. Tali servizi, come accade in Inghilterra e Canada sono la divisione di Medicina Interna / Geriatria, strutture per post-acuzie, Assistenza territoriale a domicilio o in struttura. Gli elementi nodali di tale rete sono:
 - strutturali**, riferibili a strutture post-acuzie dove si riabilita, nei tempi necessari, il paziente anziano comorbido che ha avuto un evento acuto (ictus, infarto, insufficienza respiratoria, protesi d'anca o ginocchio, ecc.) non dimissibile a casa.
 - organizzativi**, attraverso, ad esempio la presenza a livello territoriale dell'infermiere **case manager**, formato per la valutazione multidimensionale del bisogno, che raccolga la domanda di servizi sia a livello di territorio che di ospedale (dimissione protetta) e la risolva con le strutture/servizi del distretto;
- Istituire una banca dati per la non autosufficienza al fine di implementare e migliorare le modalità di raccolta, elaborazione, comunicazione e condivisione dei dati sia a livello locale che centrale;
- Sostenere specifici programmi di ricerca e formazione del personale sanitario e non sanitario.

FROM STEM TO STERN

Nature 2007; 449: 288-91

“...Even if epigenetic changes are a hallmark of ageing, what are the processes that initially lead to them in old cells? The juxtaposition of these studies raises a conundrum similar to that of ‘chicken or egg’: do age-related epigenetic changes render DNA more susceptible to damage, or does DNA damage underlie epigenetic changes? And how do general epigenetic modifications fit in with specific genes that have been shown to limit hematopoietic stem cells (HSC) function or maintain HSC potential during ageing? More importantly for regenerative medicine, are these epigenetic changes (and thus possibly ageing) reversible?

.....Are these observations true for adult stem cells in other tissue, particularly tissues with much lower cellular turnover than the blood?

....Understanding what limits stem-cell function during ageing will be essential for the field of regenerative therapeutics. Which proffers the hope that the remarkable potential of stem cells will be harnessed for the repair of injury and the treatment of diseases”.

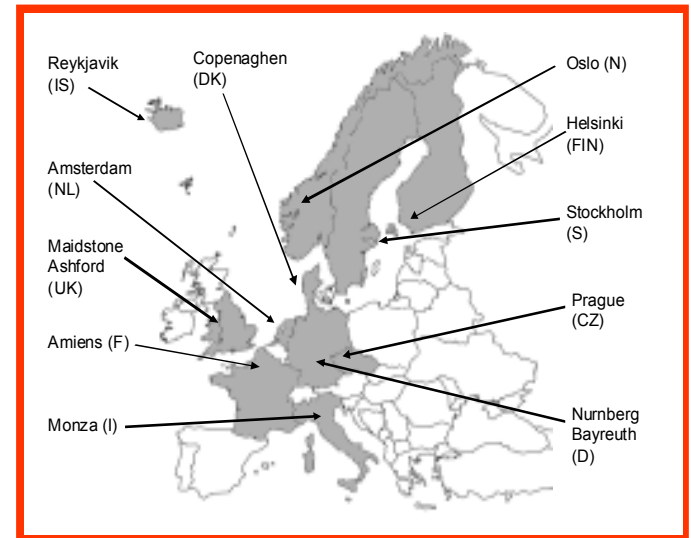
DIDASCALIA

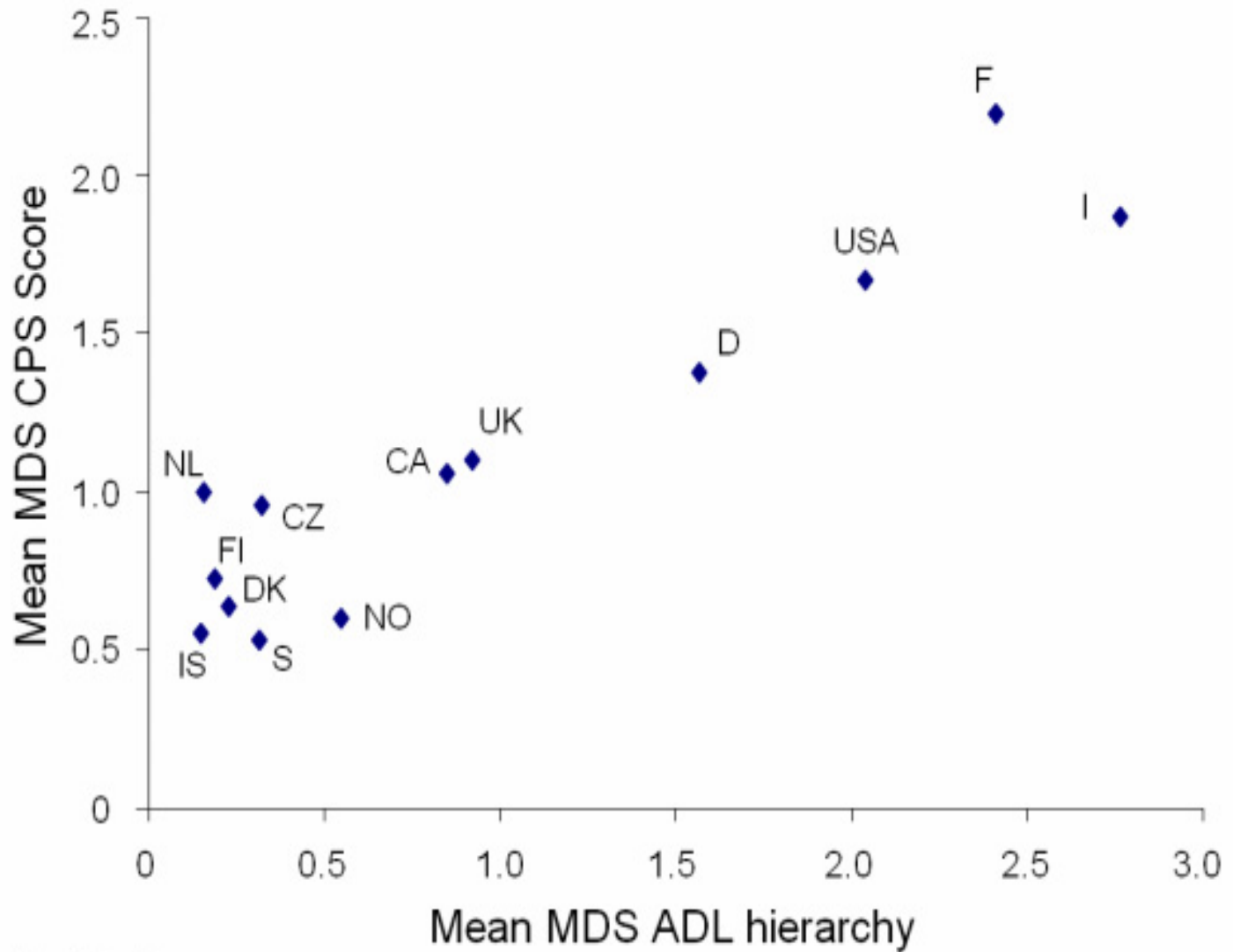
- La ricerca è stata fatta su due gruppi di ratti: adulti (6 mesi) e anziani (20 mesi), sottoposti ad infarto sperimentale tramite legatura della coronaria sinistra.
- Nei ratti sopravvissuti dopo 48 ore (mortalità nei 6 mesi 15,6 e 42,9% nei 20 mesi) vengono somministrati i fattori di crescita G-CSC (granulocyte colony stimulantig factor) e SCF (stem cell factor) oppure placebo.
- A. Negli animali seguiti per 8 settimane vengono osservati comportamenti diversi in rapporto all'età: nei 6 mesi si osserva un significativo miglioramento della frazione di eiezione e una riduzione del volume telediastolico (questo ultimo dato non è riportato nella figura). Nei 20 mesi, invece, non si osserva alcun miglioramento.
- B. Colonizzazione della zona infartuata da parte delle cellule staminali: le cellule c-KIT (antigene di adesione delle staminali) sono aumentate in modo significativo sia nei 6 mesi che nei 24 mesi rispetto ai gruppi trattati con placebo.
- C. nei 6 mesi trattati si riduce significativamente l'indice apoptotico delle staminali nella zona infartuata, mentre nei 24 mesi questo risultato non è stato ottenuto.
- Conclusione: la parziale risposta delle cellule staminali invecchiate ai fattori di crescita non è sufficiente a migliorare funzione contrattile cardiaca del cuore senile sottoposto ad infarto sperimentale.

The Aged Home Care project ADHOC

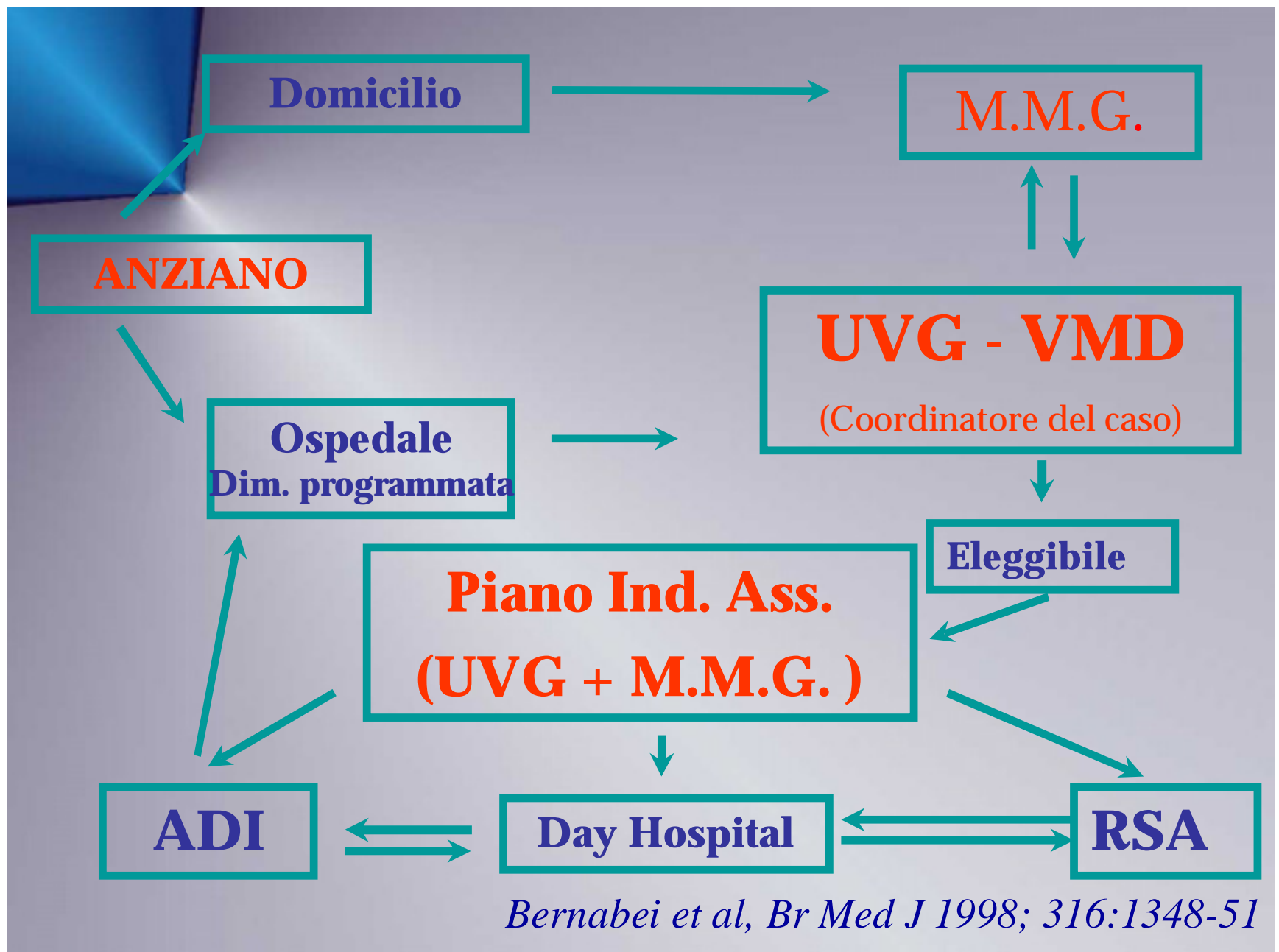
G I Carpenter	Canterbury	V Garms-Homolova	Berlin
E Topinkova	Praque	P Jonsson	Reykjavik
M Schroll	Copenhagen	D Frijters	Utrecht
H Finne-Soverei	Helsinki	L W Sørbye	Oslo
J-C Henrard	Paris	G Ljunggren	Stockholm

R Bernabei Rome (Principal Investigator)





Bernabei R et al 'International Gerontology' in Hazzard's Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Sixth Edition, in press.



Bernabei et al, Br Med J 1998; 316:1348-51



Ministero della Salute

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'

I^a sezione

*Territorio, continuità dell'assistenza e
cure primarie*

VAOR – Attività e Supporto

VAOR LTCF

SEZIONE L. COINVOLGIMENTO IN ATTIVITA'

1	TEMPO IN CUI IL CLIENTE E' COINVOLTO IN ATTIVITA'	(considerare il tempo in cui il cliente è sveglio e non riceve trattamenti o assistenza nelle ADL) 0. Per più di 2/3 del tempo 1. Da 1/3 a 2/3 del tempo 2. meno di 1/3 del tempo 3. Mai	
2	ATTIVITA' RICREATIVE PREFERITE	0. Nessuna preferenza, il paziente non è stato coinvolto in alcuna attività negli ultimi 3 giorni 1. Nessuna preferenza, ma il paziente è stato coinvolto in qualche attività negli ultimi 3 giorni 2. Preferita, ha effettuato l'attività negli ultimi 3 giorni 3. Preferita, svolge regolarmente tale attività, ma non negli ultimi 3 giorni 4. Preferita, ma non svolge tale attività a. Giochi da tavolo/carte/puzzles b. Attività al computer c. Fare conversazione o parlare al telefono d. Artigianato/Attività artistiche e. Ballo f. Discutere/ricordare eventi della vita passata g. Esercizio fisico/sport h. Giardinaggio i. Aiutare gli altri j. Canto/Musica k. Accudire animali domestici l. Lettura/scrittura/parole crociate m. Attività spirituali o religiose n. Gite o shopping o. Fare passeggiate all'aperto p. Guardare la TV o sentire la radio	
3	TEMPO IN CUI IL CLIENTE DORME DURANTE IL GIORNO	0. Sveglio per la maggior parte del tempo (non più di un sonnello durante la mattina o il pomeriggio) 1. Molteplici sonnelli 2. Dorme per la maggior parte del tempo, ma rimane sveglio e reattivo per brevi periodi 3. Sennolento e non reattivo per la maggior parte del tempo	



VAOR HC

SEZIONE P. RELAZIONI SOCIALI E SUPPORTO INFORMALE

1	DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI (1) e Secondario (2)	a. Rapporto di parentela/relazione con il cliente 1. Figlio o nuora/genero 2. Coniuge 3. Partner 4. Parente/tutore legale 5. Altro parente 6. Amico/vicino 7. Amico 8. Vicino 9. Nessun caregiver informale	(1) Prin	(2) Sec.
		b. Vive con il cliente 0. No 1. Sì, da 6 mesi o meno 2. Sì, da più di 6 mesi 3. Nessun caregiver informale		
		AREE DI AIUTO INFORMALE: 0. Sì 1. No 8. Nessun caregiver informale		
		c. Assistenza nelle IADL		
		d. Assistenza nelle ADL		
2	CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA	0.No 1.Sì a. Uno dei caregiver non è in grado di continuare a prestare assistenza - es., il peggioramento dello stato di salute del supporto fa sì che sia difficile continuare b. Il caregiver principale manifesta segni di stanchezza, rabbia, depressione c. Familiari/amici stretti riferiscono eccessivo carico dalla malattia del paziente		
3	ENTITA' DELL'AIUTO	ORE DI ASSISTENZA INFORMALE E MONITORAGGIO ATTIVO Per le IADL e ADL svolte DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI, indicare l'entità complessiva dell'aiuto ricevuto da familiari, amici e vicini (arrotondare in ore)		ORE
4	FORTE COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	0.No 1.Sì		

Garantire la continuità assistenziale

- Inserire, nella cartella clinica delle Strutture Ospedaliere, una specifica sezione dedicata alla valutazione dei bisogni assistenziali, alla necessità di continuità dell'assistenza e alla registrazione degli atti necessari per le dimissioni protette, tutto ciò nella prospettiva di una cartella clinica integrata
- Identificare la figura del *case manager* - in base alle esperienze internazionali già maturate – in un infermiere che abbia l'incarico di coordinare i rapporti tra Distretto, ospedali e restanti strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali territoriali, soprattutto allo scopo di garantire la continuità delle cure nei pazienti in condizioni di fragilità.