



I. Santi, M. Perego, M. Vergani, A. Adduci, E. Imbimbo, I. Riva, M. D'Aniello, E. Perego, S. Scaccabarozzi, C. Carcano, V. Arrigoni.

Equipe Istituto Geriatrico e Riabilitativo G. e C. Frisia di Merate (LC) – ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio – Milano.

## INTRODUZIONE

Le demenze rappresentano un grande problema di rilevanza sanitaria e assistenziale. In Lombardia interessa 80.000 persone e le famiglie sostengono il 72,5% dei costi della non autosufficienza e spesso si trovano impreparate a gestire un rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero o in IDR. Questo bisogno spesso non trova risposta nell'attuale rete di offerta. La Regione Lombardia (D.G.R. 3239/2012) ha messo a disposizione dei fondi per progetti sperimentali che permettano di rimodulare la rete di offerta secondo i bisogni dell'utenza e delle loro famiglie. Il nostro Istituto ha proposto pertanto il progetto sperimentale "Percorso integrato post-acuto per il reinserimento sicuro al domicilio di anziani complessi con decadimento cognitivo, attraverso una presa in carico globale del paziente, della famiglia e dell'ambiente sociale", attivo dal 15/11/2012.

## OBIETTIVI

**Sperimentare** prima e accreditare poi, **una nuova Unità di Offerta di 10 posti letto**, volta a evitare o ritardare l'ingresso in RSA e ricoveri ospedalieri e riabilitativi impropri, ottimizzando le risorse territoriali; **garantire un'opportunità riabilitativa a soggetti** con decadimento cognitivo e patologie in fase post-acuta, **che altrimenti non troverebbero una collocazione nell'attuale rete di offerta socio-sanitaria territoriale; offrire una presa in carico globale** del paziente (pz), della famiglia ed ev. assistenti domiciliari e dell'ambiente di residenza, preparando il reinserimento nel loro contesto sociale di vita.

## MATERIALI E METODI

La sperimentazione si rivolge ad anziani complessi con decadimento cognitivo, con patologie in fase post-acuta, provenienti dall'area ortopedica, neurologica, internistica, chirurgica e oncologica, in condizioni di stabilità clinica, ma che necessitano di un ulteriore periodo di degenza per preparare il loro reinserimento al domicilio. Tutti i pz ricoverati sono stati sottoposti da parte dell'Equipe Multidisciplinare, composta da Neurologo, Fisiatra, Tecnico della riabilitazione, Terapista occupazionale, Logopedista, Coordinatore, Infermiere, OSS, Assistente Sociale, Educatrice/Animatrice sociale, in condizioni basali e pre-dimissione, ad una valutazione multidimensionale. Per ogni pz è stato pianificato un PRAI (Piano Riabilitativo ed Assistenziale Individuale), successive rivalutazioni, formazione e sostegno della famiglia, prescrizione di ausili e procedure amministrative sociali (Invalidità civile, AdS, recupero fondi per abbattimento barriere architettoniche...), se necessario, e sopralluoghi domiciliari pre e post dimissione.

## RISULTATI

Dal 15/11/2012 al 31/07/2013, sono state **erogate 2.089 giornate** di assistenza post-acuta a 110,00 euro/die (voucher Regione) + 10,00 euro/die (compartecipazione alla spesa alberghiera da parte dell'utente). Al 31/07/13 sono pervenute **47 domande** di ammissione al progetto sperimentale: **34 idonee** e 6 non idonee e 7 rinunce. Dei pazienti idonei, **24 erano femmine e 10 maschi**; l'**età** era compresa tra 66 e 98 anni (media **82 7,5 DS**). La **degenza media** è risultata di **61 giorni**. I pazienti provenivano dagli ospedali e IDR limitrofi. **L'evento indice** causa del ricovero, oltre al decadimento cognitivo di varia eziologia, risultava: esiti frattura femore, esiti ictus cerebrali, sindrome ipocinetica in cardiopatia ischemica, TEP, epilessia e pregresso intervento al colon, M. di Parkinson; lussazione endoprotesi anca in esiti frattura collo femore, deficit deambulazione ed equilibrio in artrosi polidistrettuale. Le patologie di maggior riscontro, responsabili del ricovero, risultavano: esiti frattura femore (41%), sindrome da allettamento in esiti patologie internistiche acute (39%), esiti eventi cerebrovascolari (20%). Dei 34 pz presi in carico, **24 sono stati dimessi e 10 risultavano degenti al 31 luglio 2013**. Dei dimessi, 16 pz sono **rientrati al domicilio** (66,7%), 3 sono stati **trasferiti in Ospedale**, 3 **trasferiti in RSA** e 2 sono **deceduti** in Istituto. Sono stati effettuati **26 sopralluoghi al domicilio e 17 visite domiciliari di verifica post-dimissione**.

### Le patologie di maggior riscontro:

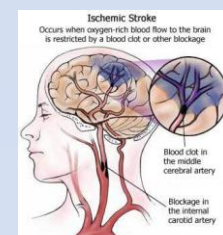
esiti frattura femore  
(41,00%)



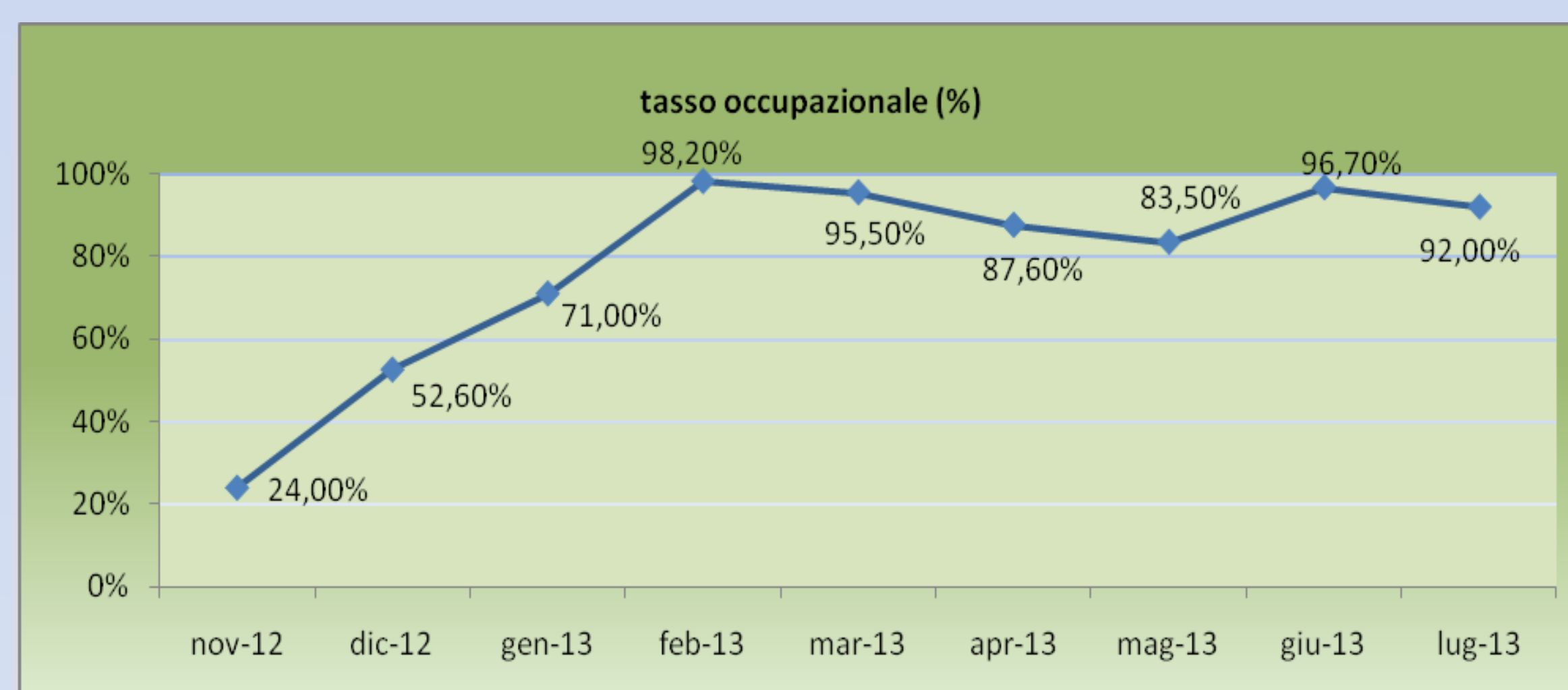
sindrome da allettamento in  
esiti patologie internistiche acute  
(39%)



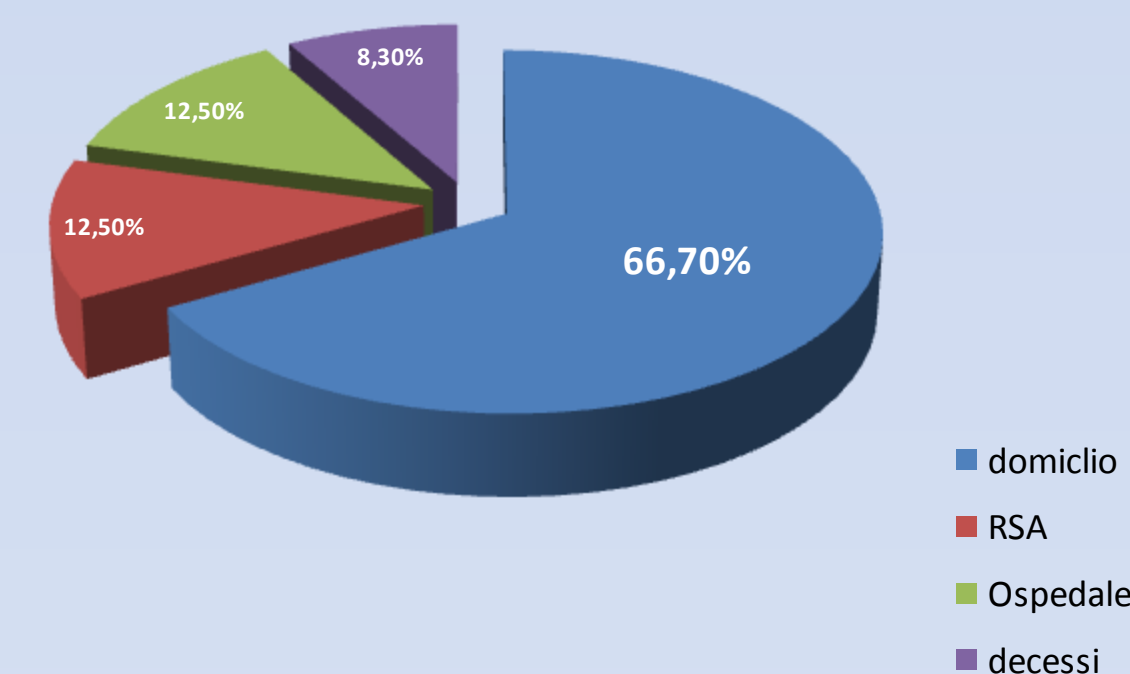
esiti eventi cerebro-vascolari  
(20%)



**Prestazioni erogate**



### Gli esiti %



N° pz	Visite fisiatriche	FKT	Ter. Occupaz. + Logopedia	Prescrizione Ausili
34	113	1.388	1.234 + 22	18
N° . Pz	PRAI+Riv	Fomazione Caregiver	Sedute Animazione	Interv. sociali
34	34 + 70	26	939	226

## CONCLUSIONI

I dati riportati, seppur preliminari, evidenziano che **il modello sperimentale proposto ha raggiunto gli obiettivi**, offrendo un'opportunità riabilitativa a pazienti che attualmente non trovano sul territorio risposte ai loro bisogni, **favorendo la loro permanenza al domicilio**. **La presa in carico globale** di pz, famiglia e ambiente **e l'approccio multidisciplinare** di esperti nei diversi settori **rappresentano il valore aggiunto** di questo progetto che prosegue, grazie alla DGR X/499 del 25-07-2013, volta al consolidamento delle buone prassi individuate e all'attuazione delle azioni correttive e migliorative necessarie. Questa seconda fase della sperimentazione si concluderà il 31 gennaio 2014, quindi verranno individuate le Unità di Offerta da accreditare nella rete dei servizi socio-sanitari della provincia di Lecco. Il nostro progetto è, infine, risultato **economicamente sostenibile**.