

Progetto sperimentale Europeo CoopSussi - Missione Olanda

E' una missione orientata alla visita e valutazione delle best pratics in materia di servizi per l'Alzheimer

Partecipanti:

Paola Garbella – Direttore Generale

Marco Cattaneo – Direttore Sanitario

Anna Collobiano – Psicologa

Nicoletta Bocca – Psicomotricista

Clara Gabossi – Operatore Socio Sanitario

Sonia Messina – Responsabile Qualità

Luisa Lomazzi – Consulente

Franco Ferlisi – Membro AIMA

Daniele Toffoletto – Psicologo - organizzatore locale - Interprete

Martedì 7 settembre

AMSTERDAM

10.30 – 13.00: Visita al Centro d'Incontro presso il Multifunctioneel Centrum de Edelsteen in Smaragdplein Amsterdam.

Centro di incontro situato in un quartiere popolare di Amsterdam. Nel centro ci si occupa di benessere sotto l'aspetto psicosociale con persone dementi e con i loro partner. Il Centro d'incontro è all'interno di una struttura di quartiere che comprende diverse attività: da attività per bambini piccoli ad attività varie per adulti.

All'interno del centro è attivo anche il Centro d'incontro, frequentato da circa 14 persone con diagnosi di demenza. Aperto nel 1993 con lo scopo di aiutare i dementi al di fuori di una struttura chiusa ed è stato un successo sin da subito, dimostrando che questo approccio è quello che dà i migliori risultati.

Il gruppo dementi partecipa anche alle attività degli altri gruppi, non è isolato da questi.

L'intervento non è diretto solo al malato, ma anche al parente caregiver il quale è integrato con un programma a parte articolato in 3 punti:

1. Informazione e corsi sulla demenza
2. Consultorio per problemi personali
3. Gruppi di discussione coordinati da infermieri psicosociali.

Gli obiettivi per le famiglie sono quindi l'informazione, l'autoaiuto ed il sostegno emozionale e si lavora sul modello teorico di Rose-Marie Dröes

Dopo 6 settimane si effettua una analisi del malato e della famiglia per tarare gli interventi successivi.

E' importante arrivare a non accorgersi della demenza, a tal fine si potenziano le capacità residue con interventi personalizzati.

E' fondamentale comunque l'attenzione al gruppo ed all'interno di esso nascono amicizie e vi è un aiuto reciproco.

In Olanda vi sono 60 centri di incontro ed il nuovo progetto è quello di trasformare i centri diurni in centri di incontro nei quali si svolgono attività di ogni tipo e multiculturali integrando i malati in un ambiente di vita quotidiana.

La partecipazione non è a termine e si sta creando una lista di attesa.

La malattia non è un tabù, tutti sono coscienti della loro malattia per cui il clou dell'attività è dedicato al modo in cui il malato si rapporta con la propria malattia e la funzione di chi guida è di aiutarlo ad accettarsi nel gruppo superando l'apatia che sopravviene quando si sentono insicuri.

Il centro è aperto tutti i giorni e gli utenti non pagano nulla, solo 50 € l'anno per le attività extra.

Le attività svolte sono: Reminiscenza, musica, ballo, ginnastica ed è attiva anche un'agenzia viaggi dedicata ai dementi che fornisce un accompagnatore di supporto.

Finanziamento e Personale:

due assicurazioni finanziano il Centro: l'AWBZ per circa 150.000 € l'anno ed il Comune attraverso la WMO contribuisce con 50.000 €, mentre per l'affitto della struttura si pagano al centro di quartiere 13.000 €/anno per riscaldamento, pulizia e manutenzione.

Sono impiegati 3 dipendenti a tempo pieno: 1 psicomotricista (coordinatore), 1 animatore ed 1 OSS.

Il risultato è il dimezzamento dei tempi di istituzionalizzazione con conseguente risparmio per l'Amministrazione pubblica ed una riduzione dei disturbi del comportamento nei malati.

L'AJA

14.30 – 17.00: Incontro con Bère Miesen: l'ideatore dei Caffè Alzheimer e detentore della patente del nome e visita alla struttura dove lavora.

Il caffè Alzheimer

L'essenza del caffè Alzheimer è la comunicazione della diagnosi, la sua attività deve essere dettagliatamente organizzata, ma deve dare un'impressione di improvvisazione.

Chi lo frequenta ha un problema che non deve essere misconosciuto, ma ci si deve scherzare e parlarne e chi conduce deve comportarsi con naturalezza.

In 13 anni di sviluppo dell'idea si è giunti oggi al concetto base che il demente, anche in stadio avanzato è conscio della sua malattia e che i problemi nascono proprio dalle diverse percezioni della malattia da parte del malato e del familiare.

Il caffè è un ambiente dove trovare sicurezza e dove è possibile esplorare la malattia, mentre oggi si tende a fare terapia traumatica al malato e famiglia.

La demenza è sempre un trauma che è caratterizzato da:

1. Impotenza
2. Rottura degli equilibri della vita quotidiana
3. Instabilità emotiva

In un caffè coabitano il luogo pubblico e quello riservato, l'accesso deve essere semplice e senza impegno senza essere obbligati ad esporsi: la partecipazione è molto diversa da una terapia di gruppo nella quale si va per appuntamento.

E' sempre utile la musica ma non invadente e l'ambiente è del tutto informale.

ORGANIZZAZIONE

Ci si deve appoggiare alle associazioni e costituire un gruppo di lavoro di non più di 3-4 persone le quali fanno quel che vogliono ottenere se si allarga a tutti i 10-12 che collaboreranno troppe immagini diverse degli obiettivi bloccheranno tutto. La regola è discutere poco ed avere obiettivi chiari.

REGIA

Lo spazio deve essere aperto, con una durata precisa e ripetersi nello stesso giorno del mese e nello stesso luogo, quindi non itinerante.

Il tempo deve essere organizzato in 5 mezz'ore:

1. Accoglienza,
2. Informazione sulla malattia, con argomenti programmati nell'arco di un anno,
3. Pausa per caffè e rapporti informali,
4. Discussione,

5. Commiato.

I tempi vanno rispettati con precisione, è utile usare un suono di avviso 3 minuti prima dello scadere di ciascuna fase.

Le persone si abituanano a questo concetto di caffè che serve al malato per sapere quello che lo aspetta.

PROGRAMMA DI INFORMAZIONE

Questo programma è sotto la responsabilità di chi coordina e deve essere strutturato in 10 momenti mensili, tenendo conto che la sospensione non deve superare mai i 3 mesi.

1. Cos'è la demenza, tutto sotto forma di intervista ad un medico specialista in 20 minuti più 4 domande del pubblico,
2. La demenza come trauma psichico, consapevolezza e significati per famigliari e malato, intervista con psicologo,
3. Elaborazione del lutto, intervista con malato,
4. Funzionamento della memoria e conseguenze dei danni, intervista a malati, famigliari o psicologo, sotto forma di psicodramma,
5. sicurezza-insicurezza della diagnosi, intervista ad un malato che afferma sia meglio conoscere la diagnosi,
6. Informazione sui servizi a disposizione, spiegare i percorsi e le possibilità, intervista con famigliari che hanno parenti in struttura con esperienze positive e negative,
7. intervista con persone che hanno il parente defunto chi ha elaborato e chi no, obiettivo superare la paura della separazione,
8. Eutanasia e morte,
9. Aspetti giuridici,

Il costo di una organizzazione simile è di circa 10.000 € ed è finanziato dall'organizzazione Alzheimer.

Mercoledì 8 settembre

GRONINGEN

09.30: Incontro con Jan de Keijzer e Ria Berkel direttore e manager della fondazione DIGNIS che organizza un'ampia gamma di servizi psico-geriatrici in città e provincia (www.dignis.nl/).

Indirizzo: Laan Corpus den Hoorn 102/2 in Groningen.

Negli stessi locali incontro con Rob Reynders (geriatra) e un case-manager del Team 290 (tipo DOC-Team). Presenteranno il loro progetto, come lavorano e come sono organizzati (www.team290.nl/).

DIGNIS è un'organizzazione molto grande che all'inizio era un centro di salute mentale provinciale, in seguito alla privatizzazione della sanità olandese, la struttura si è posta sul mercato, modificandosi e allargandosi ad un livello nazionale.

In LENTIS operano 5 organizzazioni:

1. Psichiatria forense,
2. Adulti psichiatrici,
3. Giovani psichiatrici
4. Trattamento delle depressioni e interventi mirati aperti al territorio,
5. DIGNIS organizzazione dedicata agli anziani.

Quest'ultima, in particolare, è organizzata nel modo seguente:

- RSA e case di riposo, delle quali molte dedicate a persone con demenza o patologie concomitanti, situate prevalentemente in città, sulle quali si persegue il progetto di trasformare i grossi agglomerati in piccole strutture comunitarie ciascuna con 20-25 malati.

- Psichiatria per anziani: 2 centri con ciascuno la presenza di un clinico ed un team di assistenza domiciliare con la possibilità di alloggi per non autosufficienti. Vengono assistite a domicilio 2000 persone l'anno e vi sono 65 letti per malati psichiatrici.
- Neuropsichiatria, rivolta non soltanto agli anziani, attività molto specialistica per disturbi congeniti e Korsakoff. Dispone di 25 posti letto, ma ha l'obiettivo di riabilitare oltre che curare. Si occupa di tutto il nord dell'Olanda.
- Team 290 che si occupa di assistenza domiciliare ai dementi.

Il TEAM 290

è nato 6 anni fa, quando la demenza era diagnosticata dal Medico e dopo il malato e la famiglia erano lasciati al loro destino; questa prassi era causa di vari problemi anche psichiatrici e di anticipate istituzionalizzazioni nelle RSA in quanto la demenza è incurabile e tutto era lasciato sulle spalle del caregiver.

Alcune organizzazioni e RSA sono allora confluite in DIGNIS dando vita al "TEAM 290" che da subito ha riscosso un successo notevole, tanto che oggi si appoggiano ad esso molti medici di famiglia ed ha ottenuto l'appoggio della associazione Alzheimer olandese.

L'attività è svolta sempre a stretto contatto con i malati e dal 2004 al 2010 si è progressivamente passati da 6 a 50 collaboratori.

La prospettiva odierna è quella di creare una rete per indirizzare i malati alle scelte più adatte a ciascuno, mentre ora ogni organizzazione pensa per sé.

L'incidenza delle demenze nella provincia di Groningen è del 6-8/1000 su 400.000 abitanti ed il team assiste 1700 persone l'anno, mentre 2000 sono ricoverati e altri 3000 non sono seguiti da personale LANTIS.

Il TEAM 290 ha un'organizzazione multidisciplinare formata da Medico Geriatra/Psichiatra, Case Manager (assistente Sociale), Psicologo e personale amministrativo; i suoi compiti riguardano diagnosi, cura e assistenza domiciliare dalla diagnosi al decesso o al ricovero in struttura.

Al centro dell'attività c'è il "case management" le cui basi teoriche furono poste da Moxley nel 1989, un modo di operare fondato sull'interesse della persona che diviene il punto di partenza per ogni tipo di intervento: Guida, trattamento, informazione e sostegno.

Si interviene su tutto l'insieme della vita del malato e della famiglia con l'obiettivo di procrastinare il ricovero in struttura ed il malato è guidato lungo tutto il percorso della rete.

Ci sono sempre difficoltà a reperire finanziamenti per la cura e l'assistenza, mentre c'è un buon rapporto con i servizi della rete.

L'accesso avviene su domanda e dopo la visita dello psicologo, ma di recente si sta creando una lista di attesa e questo rischia di essere la fine dell'organizzazione perché il limite di finanziamento delle assicurazioni è di 1700 persone.

L'attività del team si svolge nel modo seguente:

Il malato può venire inviato dall'ospedale, dallo specialista, dal medico curante generalmente con l'anamnesi già effettuata, o su segnalazione di case di riposo o da assistenti domiciliari, ma il fulcro rimane il Medico di famiglia che peraltro ha interesse ad inviare il caso alleviando un suo problema. Il processo di diagnosi non è soltanto medico, ma riguarda globalmente il malato e la famiglia, perché l'impegno principale è quello di ristabilire l'equilibrio del caregiver.

La collaborazione è favorita da una buona informazione, congressi e pubblicazioni.

Il primo contatto avviene con il Case-manager e il secondo con il Medico geriatra, ai quali segue, dopo aver confrontato le informazioni raccolte, una visita psicologica per decidere il percorso medico e assistenziale per la diagnosi.

Dopo 6 settimane si raccolgono i dati, si effettua la diagnosi definitiva e si elabora il progetto individuale di intervento attraverso una visita domiciliare di tutti i componenti del team, in ambulatorio si effettua solo l'anamnesi durante i primi incontri.

Il progetto predisposto dall'equipe viene discusso con la famiglia sempre al domicilio e viene organizzato il percorso di assistenza nella rete, sempre rivolgendosi più al caregiver che al malato.

La scansione di controlli, da questo momento, è di 6 settimane e 2 volte l'anno il malato è valutato dall'intera equipe.

Vengono attivati anche dei gruppi di autoaiuto per malati e caregivers coordinati da uno psicomotricista.

Il team fornisce inoltre consulenze alle case di riposo, organizza corsi di formazione anche per gli stessi suoi membri.

Gli interventi che riguardano i famigliari consistono in: supporto psicologico, informazione e guida sui disturbi del comportamento, tenendo conto che i tipi di contatto possono essere talvolta anche molto complessi.

Il totale del personale interessato è di 55 persone a tempo per ogni case-manager che lo coordina, fra i quali. 34 case-manager, 6 Medici e 7 Psicologi.

Il costo dell'intero team 290 è di 4.400.000 € all'anno.

ZUIDLAREN (a 20 km da Groningen)

Verso mezzogiorno visita alla struttura (verpleeghuis) "DE ENK",

(www.dignis.nl/Locaties/zuidlaren/Verpleeghuis%20De%20Enk/Pages/default.aspx) realizzata nel 2009, ospita 113 anziani con demenza, Korsakov o altre forme di lesioni cerebrali. Comprende 15 nuclei Alzheimer, in ogni nucleo abitano da sette a otto persone. Quasi tutti i ricoverati hanno una propria stanza da letto, che possono arredare come desiderano. L'assistenza viene offerta secondo la visione psico-sociale e tenendo conto del vissuto della persona con demenza (belevingsgerichte zorg). Pomeriggio visita alla struttura e incontro con medici, paramedici e operatori.

Presso "de Henk" c'è anche un nucleo specializzato per anziani che oltre all'assistenza sanitaria

Il centro, diviso in 3 settori, è strutturato ad abitazioni, ciascun settore con 32 abitanti, a sua volta suddiviso in nuclei di 8 persone (Dementi a livello ZZP 5), più un reparto speciale di tipo gerontopsichiatrico e per malati korsakoff.

Al piano terra si trovano servizi analoghi ad un quartiere residenziale: negozi, supermercato, parrucchiere e spazi per attività varie. Le visite dei parenti sono libere e anche gradite perché talvolta sollevano il personale dall'assistenza diretta.

Ogni casa è affidata ad un capo equipe.

Le stanze dei nuclei sono generalmente singole, salvo alcune doppie per chi ne fa richiesta e in tutte si applicano principi di domotica che consistono nella presenza di numerosi sensori direttamente collegati, tramite cordless, con l'infermiera del nucleo.

Fra le altre cose i principali presidi di domotica consistono in segnali di discesa del malato dal letto, con attivazione automatica della luce per segnalare il tragitto verso il bagno e segnale di apertura della porta della stanza. I livelli di allarme vengono di volta in volta calibrati sul tipo di malato attraverso il software dedicato.

L'intera struttura ad oggi ha una lista di attesa di 15 persone, circa 3-4 mesi e riceve finanziamenti di 35 € al giorno per malato da parte delle assicurazioni, più 110 € al giorno per malato come integrazione della retta. I malati non pagano nulla e sono accolti a tempo indeterminato.

Modello assistenziale "Beleving"

Fino al 2000 il modello assistenziale del personale della struttura era rivolto all'attuazione di compiti precisi e temporalmente scanditi, quindi "Attività rivolta al compito", in seguito ai lavori di Rose-Marie Dröes viene messo al centro dell'attenzione il vissuto della malattia da parte del malato e quindi "Il malato al centro". L'operatore diviene "ospite" ed il malato "abitante" della struttura.

Questo approccio ha comportato una nuova preparazione per tutti gli operatori e tutti gli altri addetti, ma anche per volontari e famigliari.

Tutti devono lavorare secondo il concetto del vissuto del malato nell'assistenza e per farlo devono rapportarsi con 4 principi fondamentali:

1. Stabilire un contatto,

2. Identità e specificità della persona: ciascuno è diverso ed ha la sua propria storia,
3. Dare sicurezza: sentirsi a proprio agio anche se non si riconoscono le persone. Presentarsi e spiegare ogni volta cosa si vuole fare e perché, anche ripetendosi spesso.
4. **Beleving**. Termine olandese intraducibile che significa attenzione al vissuto del malato, a come vive la sua situazione. Entrare in relazione con le emozioni provocate in lui dall'ambiente e dalla sua storia: capire il dramma della vita di un demente.

Seguendo questi principi si ottengono buoni risultati nell'assistenza e si prevengono disturbi del comportamento.

Per apprendere questi principi sono organizzati corsi strutturati in 3 mezze giornate dedicate a personale, famiglie e volontari, utilizzando simulazioni, drammatizzazioni e giochi di ruolo, una ulteriore mezza giornata è dedicata esclusivamente all'equipe di assistenza per imparare un tipo di convivenza empatica (se un capo è autoritario, gli operatori trasferiscono lo stesso atteggiamento ai malati).

Una quinta mezza giornata è dedicata al modo di rapportarsi con i famigliari, a capire i drammi che vive la famiglia ed a rapportarsi correttamente con essa.

I risultati, pur se difficili da quantificare, hanno prodotto un salto di qualità nei rapporti con i malati ed è evidente un maggior piacere nel lavoro da parte del personale.

Questo tipo di approccio è comunque valido per tutti i livelli di malattia ed è utile anche nella vita quotidiana, perché attraverso l'empatia si impara ad ascoltare ed anche una persona sana cerca sicurezza, pur se in modo diverso dal malato.

ZIF

L'organizzazione ZIF è attiva da 3 anni ed è stata costituita da 20 strutture, ospedali, centri di ricerca, case di riposo, assicurazioni, ecc. del nord Olanda che si sono consorziate.

Il compito di ZIF è di favorire la nascita di progetti innovativi dedicati agli anziani, ai giovani e all'assistenza in genere, in collaborazione con università, centri ricerca e scuole.

Opera raccogliendo le esigenze di chi fornisce assistenza e portandole alle università dove vengono predisposti i progetti e cura la ricerca di finanziamenti.

Vi operano 5 persone a tempo pieno, con la funzione di mettere in contatto fra loro le varie istanze.

Se un progetto proposto creato sulle istanze di una struttura è funzionale viene portato alle altre strutture che partecipano a ZIF.

Per quanto riguarda le demenze, hanno lavorato molto intorno al progetto di rete dei servizi.

Le informazioni vengono passate a livello dirigenziale mettendo in collegamento le esperienze di ogni rete provinciale.

Talvolta viene interessato il ministero o la comunità europea per sensibilizzarli al problema e favorire interventi legislativi, ad esempio è in programma una visita a Bruxelles per proporre una migliore struttura informatica applicata alla domotica.

L'elaborazione dei progetti è finanziata dalle 20 strutture partecipanti, riuscendo in questo modo a far collaborare strutture diverse senza che nessuna di loro possa prevaricare e senza il rischio di conflittualità.

Questa fondazione ha necessità di almeno 20-50.000 € a progetto per personale, ricerca, congressi, pubblicità e studio, ma l'investimento è ripagato trovando sovvenzioni ben maggiori al momento di metterlo in pratica.

Recentemente il progetto di una cartella per quantificare le spese di una casa di riposo per ogni intervento sul ricoverato, partito da una richiesta di una casa di riposo, ha avuto il premio di miglior progetto di ricerca olandese e verrà applicato a tutta l'Olanda ed a livello europeo.

Giovedì 9 settembre

DRACHTEN (a 40 Km da Groningen)

09.00 – 11.00: *Visita alla Casa di Riposo/RSA: Bertilla* (ZUIDOOSTZORG, www.zuidoostzorg.nl/)

Verso dove sta andando l'assistenza agli anziani (dementi) in Olanda (incontro con la direttrice e managers)

Struttura vecchia, gestita sui modelli ante 2000, fino a qualche anno fa erano così tutte le case di riposo, ma verrà in gran parte demolita fra alcuni mesi per ricostruire con criteri moderni.

La struttura si occupa anche di servizi a domicilio, in quanto tendono a calare i posti in casa di riposo e si va verso la creazione di un centro di esperti che dedicano l'esperienza acquisita ai servizi domiciliari.

Alcuni reparti sono dedicati alla riabilitazione, ma le odierne scelte governative fanno pensare che se si rimane con strutture di tipo sanitario, in futuro ci saranno grossi problemi, per questo sono state attivate 2 nuove strutture:

1. Nucleo di osservazione e diagnosi, con ricoveri limitati ad un massimo di 3 mesi vi operano psicologi e medici coadiuvati da un tecnico cestista.
2. Reparto di psicogeriatrica con persone non più in grado di rimanere nella propria abitazione.

Su queste strutture si ottengono finanziamenti più elevati che permettono di pagare gli operatori coinvolti.

Esiste inoltre un reparto di ergoterapia che ha il compito di risolvere tecnicamente problemi di autosufficienza per i ricoverati ma anche nelle abitazioni sul territorio.

Relazione della direttrice di Bertilla:

La caratteristica dell'organizzazione è quella di essere dislocata su 13 strutture, delle quali 5 sono case di riposo, 7 RSA ed un centro diurno.

Gli abitanti delle strutture sono 1800 ed altrettanto è il personale addetto, con un budget è di 43 milioni di €.

Il territorio interessato è il sud-est della Frisia, nel quale vivono più anziani rispetto alla media olandese, con numerosi centenari, ed i giovani tendono ad emigrare altrove: il problema del "doppio invecchiamento", inoltre la cultura media è inferiore ed i salari sono bassi.

Sull'analisi di questi dati sono stati preparati i piani per lo sviluppo futuro della struttura, tenendo quindi conto delle caratteristiche della popolazione, molto diverse dal resto dell'Olanda.

Tutti i progetti si basano sul principio che il cliente è al centro di tutto, ma non è comunque facile metterlo in pratica: è stata cambiata l'organizzazione del lavoro, non più gerarchica, ma a rete, sono gli stessi collaboratori a decidere le scelte assieme all'utente. Ciascuno deve regolare la propria attività ed il direttore è un facilitatore: le decisioni vengono prese attraverso il colloquio.

E' molto importante il tragitto assistenziale, ora inizia al domicilio e prima del ricovero ci sono fasi diverse; per questo sono stati studiati 3 tipi di prodotti:

1. Assistenza domiciliare centralizzata che lavora in collaborazione con le zone, i cui responsabili decidono interventi, piani e budget. Inoltre interventi di benessere e assistenza nelle strutture decentrate (come ad Ureterp). Il tipo di offerta è limitato e si rivolge principalmente a fornire una abitazione e assistenza, ma poca cura, le cure vengono effettuate a Drachten dove è presente il centro esperti che ha personale specializzato, che talvolta si sposta sul territorio per effettuare consulenze. Un ufficio accoglienza e orientamento è disponibile 24 ore per tutta la settimana.
2. Servizi e prodotti specialistici per gli anziani sia per le strutture sia rivolti al territorio. Questi servizi e prodotti saranno concentrati in un Centro di Esperti stazionato a Drachten. Al centro lavorano infermieri (specializzati), paramedici e medici, la loro forza sono gli interventi multidisciplinari.
3. Servizi a pagamento: La strategia è di collaborare con le strutture sanitarie della zona e nei prossimi anni si dovranno analizzare bene i tipi di interventi per fare scelte chiare su dove investire.

Il modello nel futuro dovrà essere completamente cambiato, la casa di riposo oggi si è progressivamente modificata, sino a divenire quasi un ospedale, tuttavia l'invecchiamento della

popolazione e i limiti di budget ci costringono a cercare strade nuove e ridefinire gli spazi dedicati all'abitare e quelli dedicati alla cura che oggi sono mescolati. In particolare, circa l'abitare, a chi è autosufficiente si fornirà solo un tetto e l'assistenza intensiva verrà erogata con criteri di accesso più rigidi.

Domiciliarmene vengono assistite 6-7000 persone l'anno, con un budget di 5,5 milioni di € che provengono da 2 canali, i comuni (WMO) e l'assicurazione obbligatoria (AWBZ) alla quale va il 12,5 % del reddito dei cittadini, mentre gli utenti contribuiscono all'assistenza in casa di riposo in relazione al reddito.

Nella struttura si trovano 516 persone in RSA e 380 in casa di riposo, il resto, sino a 1800 sono domiciliari e centro diurno.

I finanziamenti per le case di riposo sono di 110 € al giorno, per le RSA sono di 120 €, sino ad arrivare a 180 € per i casi più gravi, ma la prospettiva futura è quella di dover rinunciare al 20% di queste entrate.

URETERP

11.00 – 13.00 : Lunch e visita alle nuove forme di RSA nei piccoli centri (ZuidOostZorg). Diverse organizzazioni collaborano per offrire attorno ad un nucleo varie forme di assistenza. Convergono sul nucleo i Paesi del circondario in modo da offrire l'assistenza il più vicino possibile alla residenza originaria dell'anziano. Il nucleo è situato proprio al centro del paese. Vuole essere un nucleo aperto e non chiuso in se stesso, per questo le attività (sport, divertimenti, ristorante...) del Centro sono aperte alla popolazione e gli abitanti del Centro possono con facilità utilizzare negozi e strutture del paese.

Il centro si trova in un comune di 30.000 abitanti ed un circondario di 200.000, ed è strutturato secondo il modello danese, concentrando strutture e servizi nel paese principale.

All'accesso c'è un caffè che come un normale esercizio è aperto a tutti i cittadini, non solo a chi usufruisce del centro.

E' costituito da una casa di riposo abitata da 100 persone ed una zona di 25 mini-appartamenti abitati anche da coppie di anziani, mentre molti anziani autosufficienti affittano autonomamente le villette che circondano il centro, ricevendo da esso servizi ed assistenza domiciliare.

La zona nuova, inaugurata a Marzo in collaborazione con un'organizzazione per anziani persone con deficit mentale, è occupata da una RSA strutturata in piccoli nuclei di 24 persone dementi e 18 Down, tutti coordinati da una capo infermiera.

La prospettiva per il futuro è di costruire nuovi appartamenti in nuove strutture e concentrare tutti i tipi di servizi per gli anziani, comprese piscina terapeutica e fitness.

ZUIDHORN (a 14 Km da Groningen)

14.00 – 15.00: Incontro con la responsabile della “Catena/Rete per l'assistenza alla persona con Demenza” nella regione di Groningen. www.wzvk.nl/

15.00- 17.00: Visita ad una nuova forma di RSA dove non esistono più le stanze “snoezelen”, ma si pratica il “snoezelen” nelle 24 ore della giornata, dove si realizza anche negli spazi architettonici l'Emotion oriented care, dove non si pratica la PET o l'orto terapia perché si è abbandonato il modello medico di terapia per il modello di rendere la vita il più possibile normale, come a casa.

La struttura non è ancora terminata e non è abitata. Il 21 settembre dovrebbe essere inaugurata.

Prima della visita alla struttura, la manager illustra l'assistenza in rete.

Partito dal come organizzare la diagnosi il progetto nazionale si è poi sviluppato nell'idea dei servizi di rete. Ogni provincia sta sviluppando un proprio percorso. Alla fine di tre anni di sperimentazione i migliori risultati verranno estesi su tutto il territorio nazionale. La provincia di Groningen ha scelto di organizzare la rete nel seguente modo.

In Olanda la vita si allunga ed aumentano i casi di demenza, le famiglie non hanno le conoscenze per affrontare questi problemi, ma quando la rete funzionerà sarà subito possibile accedere con facilità alle informazioni.

Anche chi assiste al domicilio è formato specificamente attraverso corsi organizzati dalla rete anche per volontari e medici di famiglia.

Il medico di famiglia effettua una prima diagnosi di massima ed indirizza malato e familiare ad un centro specializzato per la diagnosi della rete (Team 290) dove vengono presi in carico da un case-manager che coordina le attività per giungere alla diagnosi.

Oggi la metà dei malati di alzheimer non sa di esserlo ed è fondamentale la figura del case-manager per arrivare alla diagnosi, ma oggi sul territorio della rete vi sono 9000 dementi e solo 2000 seguiti da un case-manager.

Dopo la diagnosi la famiglia può continuare per un certo periodo la propria vita senza grossi problemi, ma con l'aggravamento della demenza aumenta il bisogno di aiuto, per cui il case-manager potrà attivare l'assistenza a domicilio utilizzando qualcuno dei 200 volontari disponibili.

A questo punto la rete è attivata in favore della famiglia ed a circa 5 anni dalla diagnosi, la famiglia può non essere più in grado di reggere lo stress dell'assistenza ed è sempre il case-manager, contando sui rapporti di conoscenza e fiducia instaurati con la famiglia, a guidarla nella scelta più difficile, quella del ricovero in istituzione.

Si sta pensando anche alla possibilità che quando il malato raggiunge lo stadio terminale e l'assistenza non richieda più una alta intensità, di farlo ritornare a casa, con un aiuto al domicilio, in modo da lasciarlo morire nella sua casa con i suoi parenti.

La struttura.

Anche questa organizzazione opera con il metodo Beleving ed ha effettuato corsi specifici per personale e volontari.

Tutti i dementi vanno ad abitare in piccoli nuclei, 89 posti in 14 unità delle quali una è dedicata alle cure palliative, le unità hanno da 4 a 7 abitanti, secondo le esigenze.

Questi nuclei permettono un modo di vita casalingo e gli operatori lavorano senza automatismi predefiniti, domandandosi sempre "cosa vorrei io in questa situazione?", ad esempio tutti i terapeuti suonano per entrare, tranne l'infermiera.

Proprietaria della struttura è la cooperativa edilizia che li ha costruiti.

Il personale addetto ad ogni nucleo alzheimer è di una OSS, più un'altra che interagisce su 2 nuclei e per 84 residenti opera una infermiera (tranne che per il nucleo ad alta intensità), quindi di fatto la caratteristica è che tutte le strutture sono fortemente demedicalizzate.