

4° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

31 Maggio - 1 Giugno 2013

Pistoia

# I servizi per la demenza in tempi di crisi

*Mariadonata Bellentani*

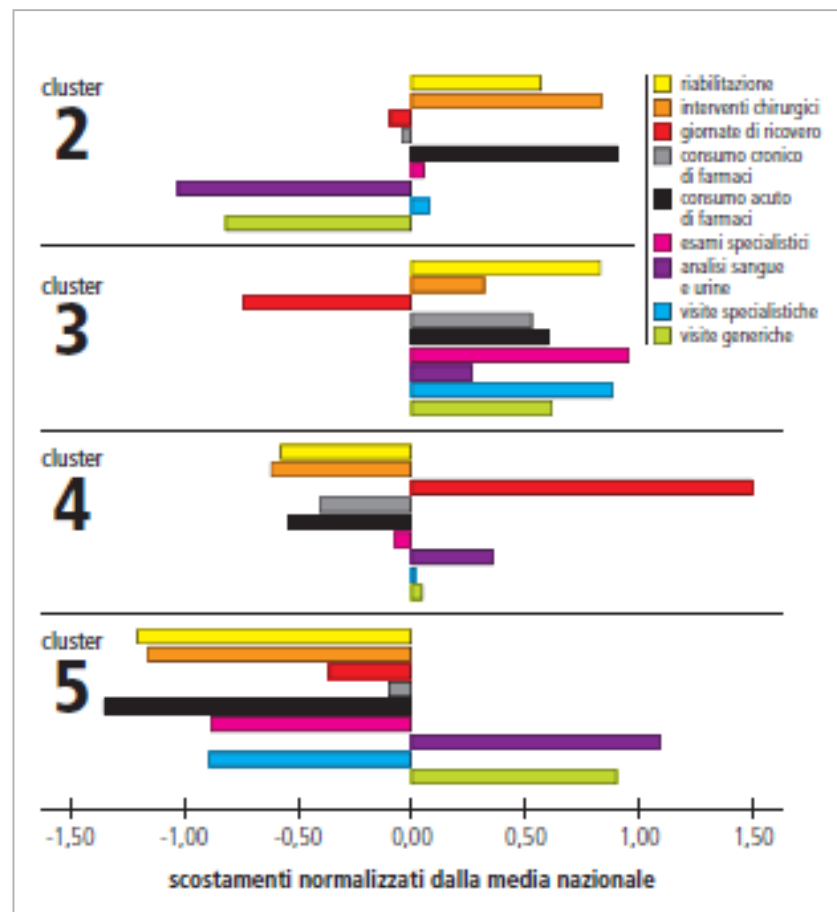
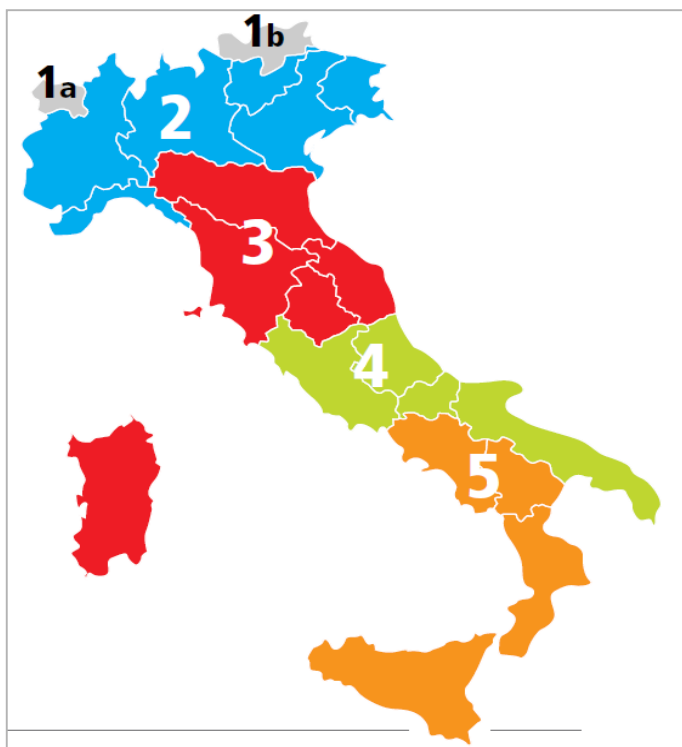
# Contesto di riferimento

## ➤ spostamento di risorse dall'ospedale al territorio

(valore % di riferimento per i LEA: 5 prevenzione; 44 ospedaliero e 51 distrettuale - PSN 2006-2008 e Patto per la salute 2010-2012)

## ➤ crescita lenta, e non uniforme, nello sviluppo dei servizi territoriali, con cluster per contiguità territoriale

Cluster omogenei per Regioni per tipologia di accesso ai diversi livelli assistenziali sanitari



## Le demenze

- Impatto notevole in termini di sanità pubblica – sia in termini sanitari che sociali.
- Incidenza fortemente legata all'età, con previsione di importante crescita nel prossimo futuro
- Necessità di una rete **integrata** di servizi sanitari e socio-assistenziali. A fronte del trend demografico italiano, emerge la necessità di riorganizzare il sistema delle cure e dell'assistenza a lungo termine – **Long Term Care**.
- I costi diretti sono circa 15.000 euro anno, di cui a carico delle famiglie 10.627 e a carico del SSN circa 4.259; a questi vanno aggiunti altissimi costi indiretti - stima di 46.000 euro anno tra assistenza prestata dal care giver e mancato reddito da lavoro dei pazienti (Censis, 2007)
- La **spesa sanitaria out of pocket** è rilevante - gli esborsi sostenuti direttamente dalle famiglie per acquistare beni e servizi sanitari, ammontano in Italia a circa **28 miliardi di euro**, pari all'1,76% del Pil.  
*(Censis, Rapporto sulla situazione sociale del Paese, 2012)*

## Proposta di Piano Sanitario nazionale 2010-12

il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario nazionale 2010-2012 prevede, ai punti B. 6 Salute mentale e 4.6.2 Età senile, specifici interventi di razionalizzazione della presa in carico olistica del paziente anziano fragile e con problemi di patologie cronico-degenerative

## Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012:

per la prima volta ha incluso le demenze

- Attenzione al governo clinico complessivo
- Promozione delle migliori pratiche basate su evidenze cliniche
- Definizione percorsi assistenziali

Con la previsione di *Azioni di Supporto Centrali* alla programmazione regionale

## Accordo Stato – Regioni 8 luglio 2010 su obiettivi prioritari di PSN (risorse dedicate a progetti regionali)

- 20 milioni Euro per progetti su “Assistenza ai pazienti affetti da Demenza” (assegnati in base alla ripartizione regionale capitaria, progetti in corso di realizzazione)
- Confermati con la stessa destinazione anche nel 2011 con l’Accordo Stato - Regioni del 20/4/2011
- Confermati con la stessa destinazione anche nel 2012 con l’Accordo Stato – Regioni del 22/11/2012

## La proposta di “Piano di azioni per le Demenze “

Documento su “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”.

- Elaborato dal Ministero della salute nel corso del 2011, documento di programmazione strategica generale
- Inviato alla Conferenza Unificata per la discussione tecnica e la condivisione con le Regioni (riunione a ottobre 2011)
- Si è tuttora in attesa delle osservazioni del Coordinamento interregionale, più volte sollecitate

Ad oggi non è quindi approvato

# Le 10 linee d'azione proposte

1. Misure di politica sanitaria (Azione 1)
2. Miglioramento dei percorsi diagnostici e dei processi assistenziali (Azione 2)
3. Rafforzamento del coordinamento della rete (Azione 3)
4. Rete di supporto per i caregivers (Azione 4)
5. Sviluppo di Linee Guida da parte del PNLG-ISS, e promozione della Ricerca (Azione 5)
6. Programma di implementazione delle linee guida (Azione 6)
7. dei Servizi, informazione e sensibilizzazione sociale (Azione 7)
8. Formazione degli operatori e dei carers informali (Azione 8)
9. Monitoraggio e verifica delle attività (Azione 9)
10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per le demenze (Azione 10)

# Punti chiave dell'Accordo

## Analisi dell'evoluzione del Progetto Cronos a distanza di dieci anni:

- I servizi delle UVA necessitano, ormai, di interventi urgenti di adeguamento, razionalizzazione o potenziamento
- Scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali
- Difficoltà nel perseguire l'obiettivo prioritario del coordinamento e della costruzione della rete.

**Disease Management** come risposta alla necessità oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile.

Necessità di definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia. Un intervento sulla rete dei servizi può risultare efficace ed efficiente nel modificare la storia naturale delle demenze.



*“La Presa In Carico degli anziani non autosufficienti:  
conoscere per decidere”*

## Obiettivo della ricerca



E' uno studio di livello interregionale, che propone una metodologia e strumenti informativi a supporto della governance

definire e sperimentare un sistema di indicatori per monitorare il processo organizzativo di presa in carico di persone di età  $\geq 65$  anni con bisogno sociosanitario complesso, attraverso l'utilizzo integrato di flussi informativi correnti (SDO, PS, SIAD, FAR).

Ricostruire il filo tra i flussi informativi correnti per cominciare a *leggere* il processo di assistenza all'anziano non autosufficiente

*“La Presa In Carico degli anziani non autosufficienti: conoscere per decidere”*

## Risultati: alcune riflessioni

**I 5** tasso di presa in carico appropriata di persone affette da demenza e da disturbi del comportamento.

E' una delle condizioni che maggiormente gravano sulla famiglia e sulla sua possibilità di condurre una vita normale; servizi adeguati in quest'area hanno quindi una incisiva ricaduta sulla vita della famiglia stessa, con conseguenze sulle modalità assistenziali e sulla possibilità di evitare circuiti viziosi a danno della persona ammalata.

## 'correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio' nelle strutture residenziali per anziani affetti da demenza senile

ind	regione	numeratore	denominatore	%
a	lombardia	18	21	85,7
	toscana	2	2	100,0
	veneto	7	10	70,0
b	lombardia	18	1.256	1,4
	toscana	2	58	3,4
	veneto	7	28	25,0

### 5A

tra i **presi in carico** in strutture residenziali per dementi (R2D), la percentuale di anziani **appropriatamente assistiti**, in quanto teoricamente **eleggibili** per questo percorso assistenziale

### 5B

tra i teoricamente **eleggibili** per strutture residenziali per soggetti con 'disturbi del comportamento e deficit cognitivi' (R2D), la percentuale **effettivamente presa in carico** in queste strutture

numeratore	totale assistiti in <b>percorso R2D con disturbi del comportamento</b> nel periodo di osservazione
denominatore a	totale assistiti in <b>percorso R2D</b> nel periodo di osservazione
denominatore b	totale assistiti in <b>RSA con disturbi del comportamento</b> nel periodo di osservazione
formula	$(\text{numeratore}/\text{denominatore}) \times 100$

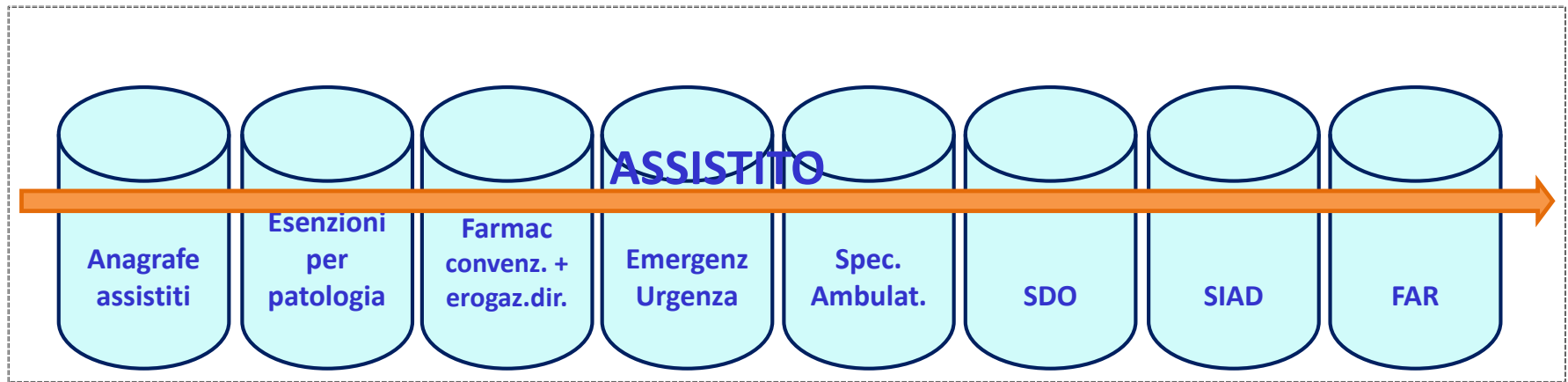
**Programma Mattoni del SSN - Progetto MATRICE**  
*“Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche”*

L'obiettivo generale del Progetto MATRICE è quello di monitorare la gestione di alcune patologie croniche e complesse (diabete, cardiopatia ischemica, ipertensione, scompenso cardiaco, demenza) in diversi stadi di ingravescenza nelle diverse Regioni e Province Autonome, mediante l'utilizzo integrato di flussi informativi già esistenti.

Il progetto prevede:

- la definizione e la validazione di algoritmi per l'identificazione delle patologie oggetto di studio;
- la creazione di un set di indicatori ricavabili da flussi informativi correnti, specifici per livello di governo del sistema sanitario, per leggere come sono assistiti i pazienti affetti dalle patologie oggetto di studio;
- la traduzione dei dati ottenuti dall'integrazione dei flussi informativi in informazioni leggibili attraverso report, grafici, tabelle.

# Progetto MATRICE



## OBIETTIVI

Appropriatezza clinica ed organizzativa attraverso governo clinico delle cure primarie

Appropriatezza clinica ed organizzativa del governo clinico per il processo di presa in carico ospedale-territorio

Maggiore caratterizzazione operativa del LEA per la cronicità e strumenti di misurabilità condivisi

Fornire “chiavi di lettura” condivise sulla cronicità

Miglioramento della qualità dell’ assistenza

Pianificazione strategica territoriale

Definizione Coorti e verifica PDTA

Stima del fabbisogno di cronicità e sistemi di miglioramento continui della presa in carico e della qualità dell’ assistenza

Benchmarking ‘tra pari’ in diverse Regioni

Confronto tra professionisti (medici e specialisti)

**Programma Mattoni del SSN - Progetto MATRICE**  
*“Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio  
di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche”*

LI

**Indicatori di processo**

Indicatori	Flusso informativo
% di pazienti con almeno una visita neurologica o geriatrica nell'ultimo anno	SPA
% di pazienti con almeno un esame memoria multi test nell'ultimo anno	SPA
% di pazienti con almeno i seguenti esami ematochimici (glicemia, creatinina, transaminasi e elettroliti) nell'ultimo anno	SPA
% di pazienti con almeno un ECG nell'ultimo anno	SPA
% di pazienti in terapia con neurolettici atipici (quetiapina, olanzapina, rispirdone)	SPF
% di pazienti in terapia con neurolettici tipici (aloperidolo, promazapina)	SPF
% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza domiciliare	SIAD
% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale generica	FAR
% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza residenziale con specifica per demenza	FAR
% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semiresidenziale generica	FAR
% di pazienti con diagnosi di demenza presi in carico in percorsi di assistenza semiresidenziale con specifica per demenza	FAR
% di pazienti in trattamento con neurolettici a cui sono stati prescritti i neurolettici atipici	SPF

**SCHEDA DI PATOLOGIA:**

**DEMENZA**

**Management del paziente. Indicazioni sulla gestione del paziente a livello del Territorio**

Il percorso assistenziale prevede il coinvolgimento in modo integrato del MMG, dello specialista e delle strutture per le demenze, con il supporto dei Servizi della rete territoriale (cure domiciliari, residenze e semiresidenze assistenziali).

# Progetto MATRICE

## Alcuni ELEMENTI INNOVATIVI:

- Dotare i vari livelli istituzionali di una base conoscitiva condivisa, a supporto del governo clinico dell'assistenza territoriale nelle aziende partecipanti
- L'integrazione, non solo dei servizi ma anche delle informazioni, migliora l'assistenza ai pazienti cronici e complessi consentendo di monitorare i percorsi e il loro follow-up
- L'integrazione dei flussi di dati fornisce una base per prendere decisioni, per fare governance

- Necessità di una strategia nazionale unitaria, per superare separazione dei servizi, parcellizzazione interventi e carenza nella presa in carico globale.
- Maggiore caratterizzazione dei LEA
- Le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) rappresentano nel SSN i centri di riferimento diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da demenza, ma tali strutture in diverse regioni sono in fase di riorganizzazione e necessità di integrazione UVA – UVM.

Una rete integrata di servizi a supporto della famiglia - in Italia l'80% circa dei pazienti affetti da demenza è assistita al proprio domicilio dalla famiglia, spesso con il supporto di "badanti". Meno del 2% (1.96%) degli > 65enni sono ospiti /ricoverati in strutture residenziali (n. 223.509) e meno dell'1% sono seguiti a domicilio. (Fonte: Istat 2004; C.Gori e A. Guaita : I luoghi della cura 2007)