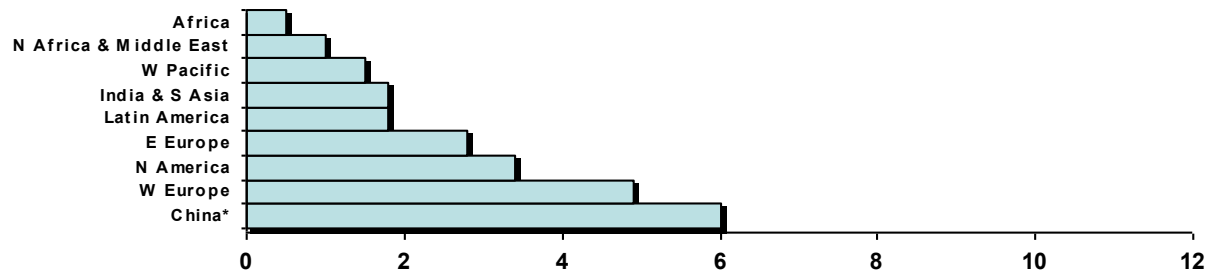
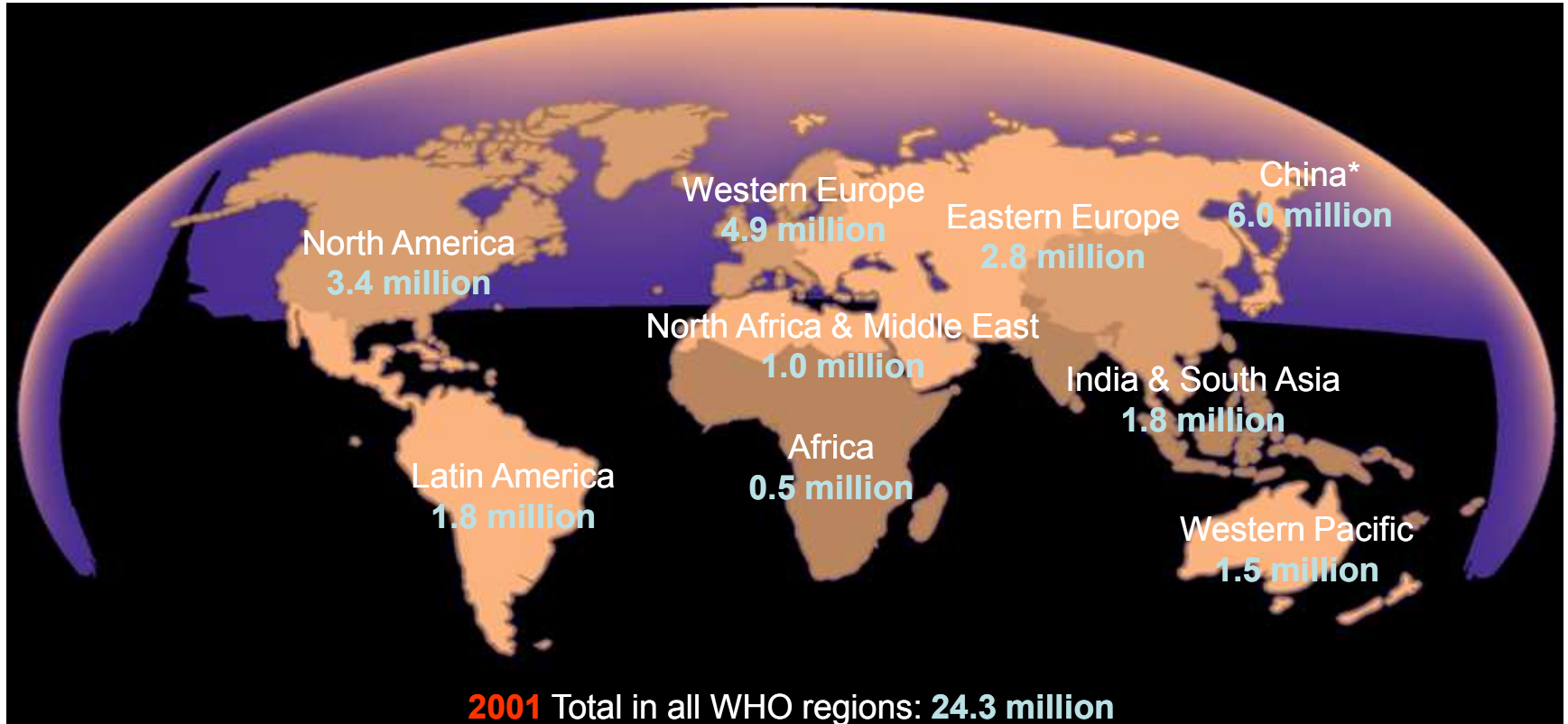


L' Assistenza ai Malati di Alzheimer: Modelli Europei a Confronto



Roberto Bernabei
Centro di Medicina dell' Invecchiamento
Università Cattolica del Sacro Cuore
Roma

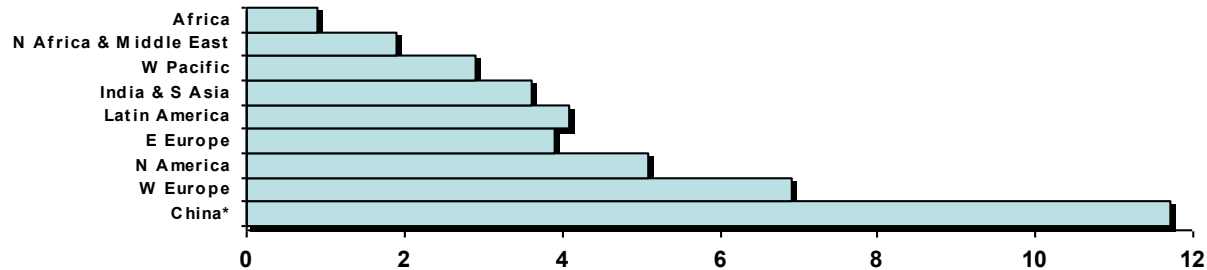
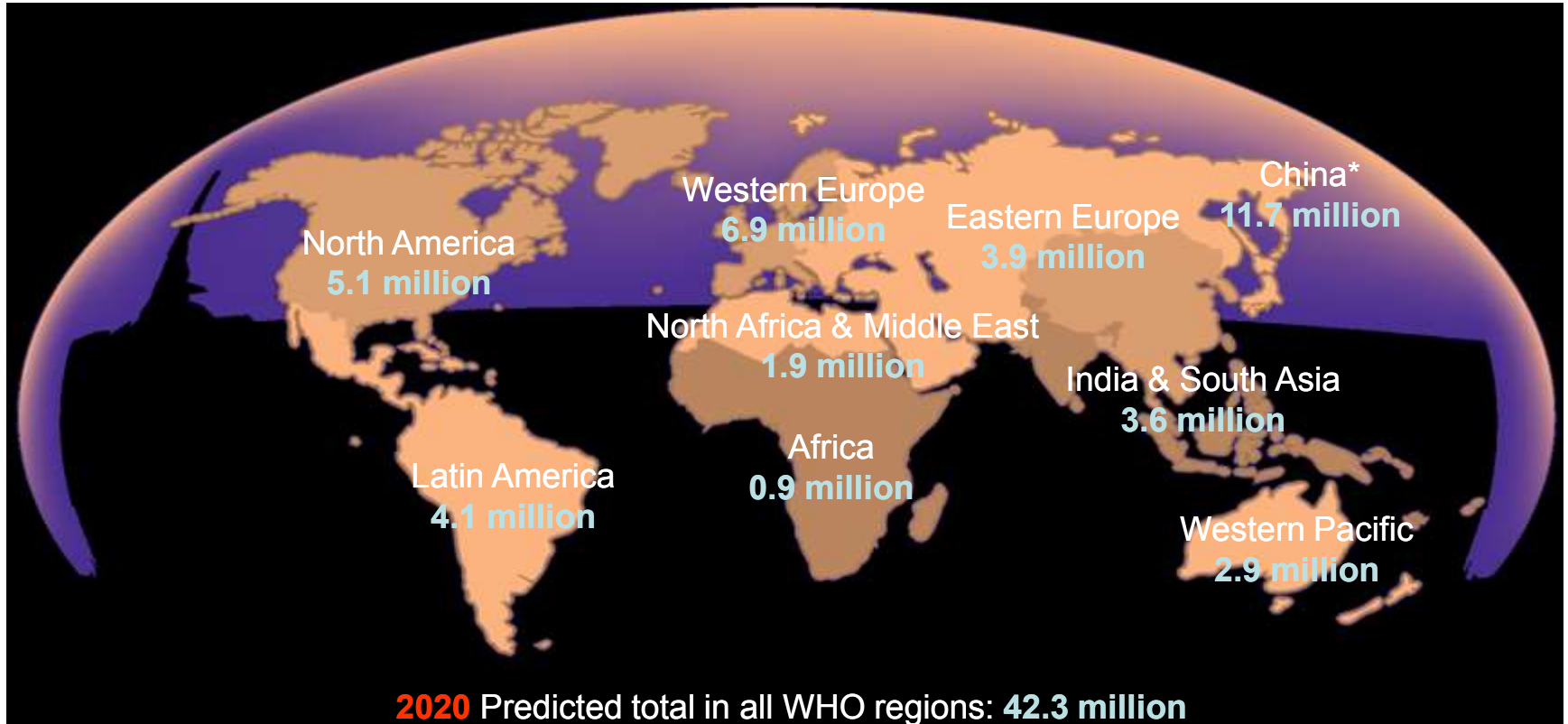
Epidemiologia



* & Developing Western Pacific Region. From Ferri et al, *Lancet* 2005;366:2112–2117.



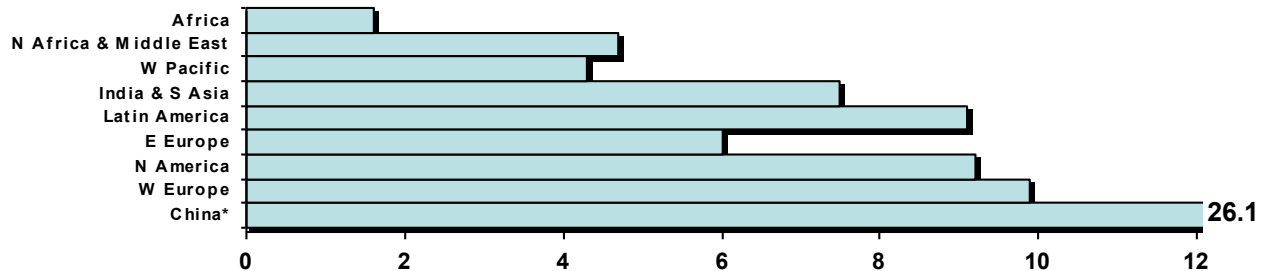
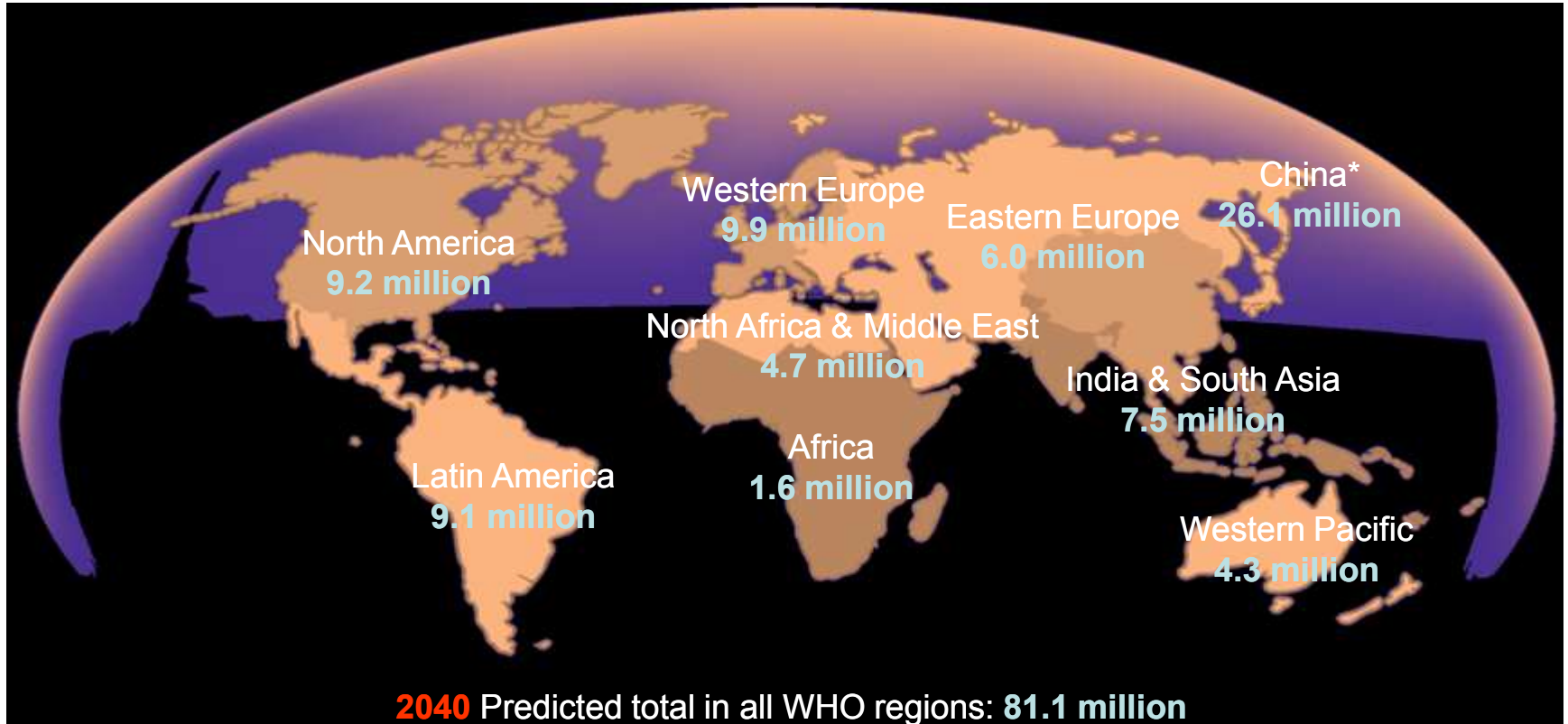
Epidemiologia



* & Developing Western Pacific Region. From Ferri et al, *Lancet* 2005;366:2112–2117.



Epidemiologia



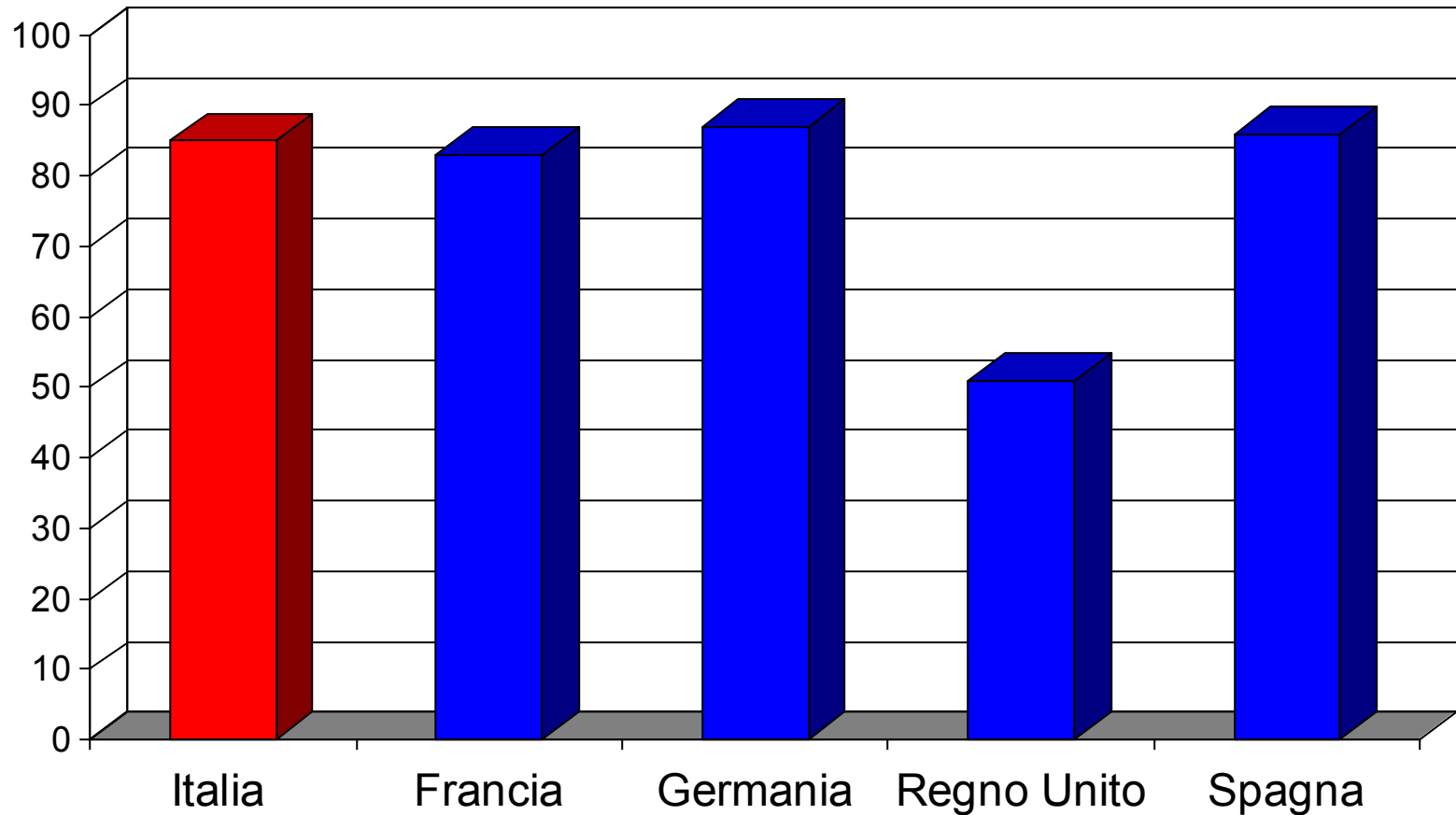
* & Developing Western Pacific Region. From Ferri et al, *Lancet* 2005;366:2112–2117.



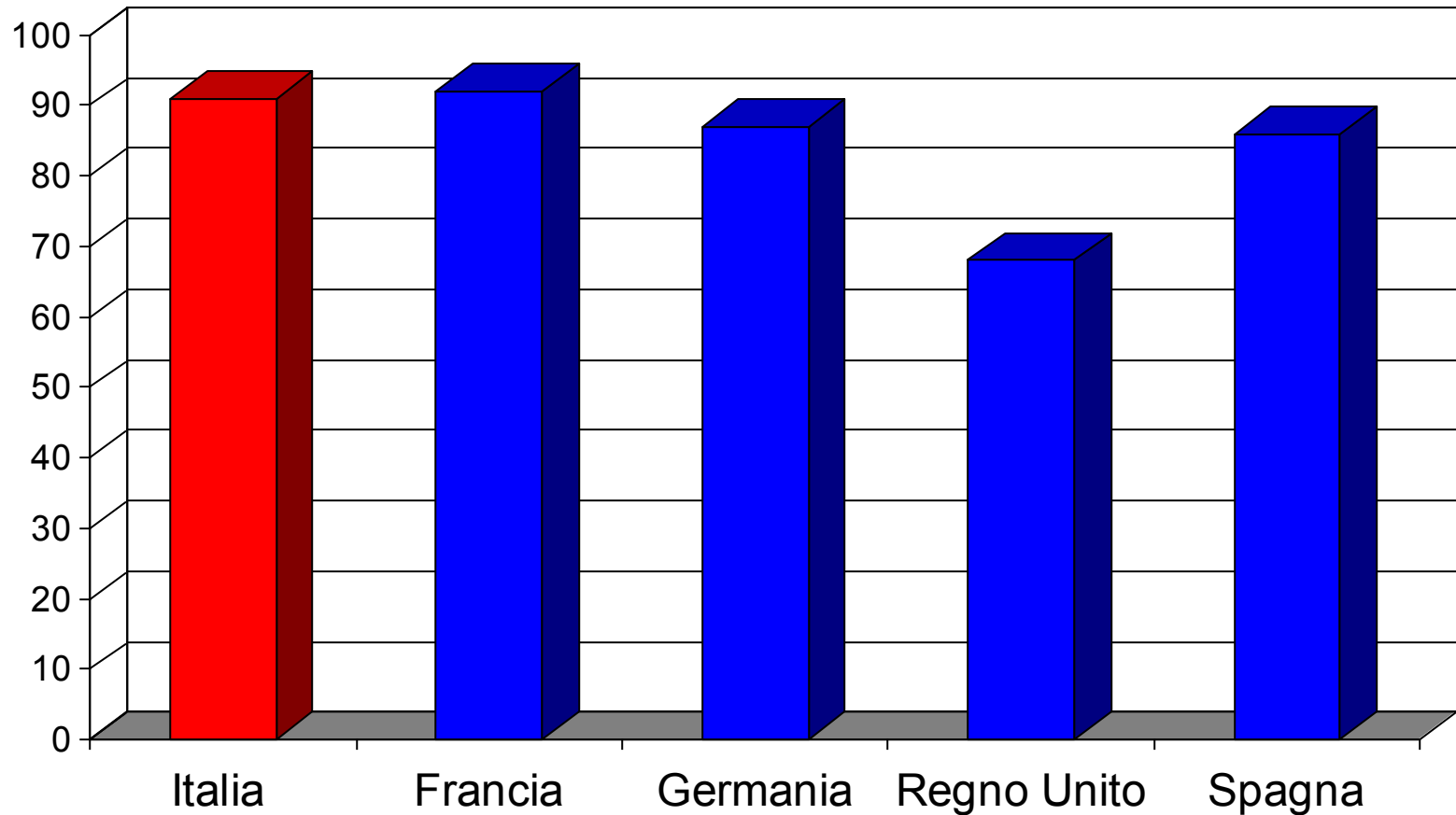
Diagnosi

- Esiste un consenso internazionale sulla necessità di diagnosticare il più precocemente possibile la demenza (maggiore efficacia dei trattamenti nelle fasi precoci, bisogni di carattere legale - amministrativo)
- Non esiste consenso sulla figura specialistica (geriatra, neurologo, psichiatra) che deve occuparsi della diagnosi e del trattamento della demenza
- Il ritardo medio tra l'esordio dei sintomi e la diagnosi clinica di demenza è 3 anni nel Regno Unito, 2 anni in Italia, Francia e Spagna, meno di 1 anno in Germania.

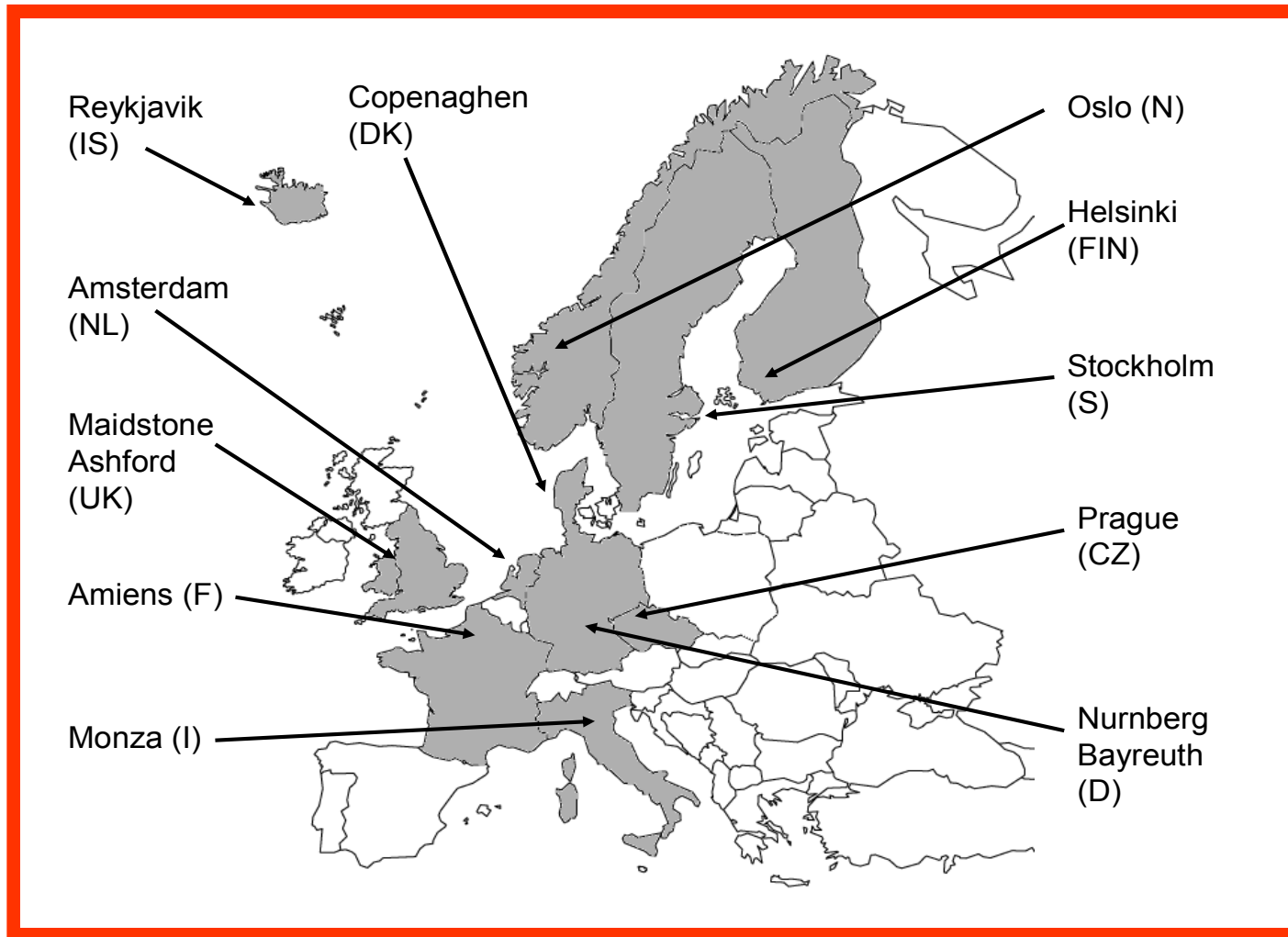
Medici che raccomandano il trattamento al momento della diagnosi



Medici che ritengono che un trattamento precoce possa ritardare la progressione della demenza



Comparing access to Home Care across Europe: The Aged Home Care project - ADHOC



Lo studio AdHoc

- Studio condotto in 4007 soggetti in 11 paesi europei con lo scopo di confrontare le caratteristiche dei pazienti in Assistenza Domiciliare (ADI) e di identificare e proporre un modello di ADI;
- Età \geq 65 anni;
- Valutazione multidimensionale tramite lo strumento di valutazione multidimensionale VAOR-ADI

AREE VALUTATE

- Stato cognitivo
- Stato confusionale acuto
- Comunicazione
- Sfera visiva
- Umore / comportamento
- Benessere psicosociale
- ADL/riabilitazione

- Mezzi di contenzione
- Stato nutrizionale
- Situazione oro/dentale
- Piaghe da decubito
- Uso di psicofarmaci
- Cadute
- Attività
- Sondino naso-gastrico
- Continenza

(Stato negli ultimi 7 giorni se non indicato diversamente)

SEZIONE A. DATI GENERALI

1. NOME DELL'OSPITE	a. Cognome _____ b. Nome _____
2. NUMERO DELLA STANZA	_____
3. DATA DI VALUTAZIONE	a. Data di valutazione _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____ b. Originale (O) o copia cartacea (insediare il numero della connessione)
4. DATA DI FARMACAZIONE	Data di farmaciazione data più recente dimissione dell'ospite negli ultimi 90 giorni (o dell'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni) _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____
5. STATO CIVILE	1. Celibe/ubile 3. Vedovo 5. Divorziato 2. Coniugato 4. Separato 6. Altro
6. NUMERO CARTELLA	_____
7. FONTE DI PAGAMENTO	(Segnare anche più di una risposta) SSN Assicurazione In proprio Altro

5. INDICATORI DI STATO CONFUSIONALE ACUTO/PERIODICAMENTE DISORGANIZZATO/COSENZA DI SE'	(Codifica il comportamento negli ultimi 7 giorni) Nota: una valutazione accurata richiede un colloquio con lo staff ed i familiari che hanno una diretta conoscenza del comportamento dell'ospite nel tempo. 0. Problemi di comportamento assenti 1. Problemi di comportamento presenti da tempo 2. Problemi di comportamento presenti e diversi negli ultimi 7 giorni rispetto alle normali condizioni dell'ospite (risorti per la prima volta o peggioramenti di disturbo già presenti)
6. FACILMENTE DISTINTO (ad es. ha difficoltà a prestare attenzione)	a. PERIODI DI PERCESSIONE O CONSAPEVOLEZZA DELL'AMBIENTE CIRCOSTANTE ALTERNATE (ad es. muove la labbra o parla con qualcuno presente, evade di essere in un altro luogo; confonde la notte con il giorno) b. EPISODI DI ELOQUIO INCOERENTE (ad es. discorsi incoerenti senza senso, inintelligibili, o che cambiano continuamente da soggetto a soggetto; perdita il filo del pensiero) c. PERIODI DI LETARGIA (ad es. apatico; sguardo fisso nel vuoto; difficoltà al travaglio; movimenti del corpo rallentati) d. LA CAPACITA' COGNITIVA VARIA NEL CORSO DELLA GIORNATA (ad es. incoerenti "tragion" e momenti "peggiori" a volte disastri del comportamento)
7. VARIAZIONI NELLO STATO COGNITIVO	Lo stato cognitivo, le attitudini o le capacità dell'ospite sono cambiate rispetto a 90 giorni prima (o dall'ultima valutazione se è avvenuta prima di 90 giorni) 0. Invariata 1. Migliorata 2. Peggiorata

SEZIONE C. COMUNICAZIONE/ SFERA UDITIVA

Esempio di come è strutturato il VAOR. Nella sezione B, item 2, viene valutata la presenza di problemi di memoria. Lo strumento, attraverso un apposito manuale di istruzione, fornisce le indicazioni per una corretta identificazione dello stato cognitivo e le linee guida per un adeguato piano di intervento.

SEZIONE B. STATO COGNITIVO

1. STATO DI COMA	(Stato vegetativo persistente) 0. No 1. Si (Passare alla sezione G)
2. MEMORIA	(Ricorda cose apprese o note) a. Memoria a breve termine 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria b. Memoria a lungo termine; sembra ricordare elementi del passato remoto 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria
3. MEMORIA/CAPACITA' DI RICORDO	(Segnare tutto ciò che l'ospite è in grado di ricordare negli ultimi 7 giorni) Stagione attuale Ubicazione propria camera Nomi/volti del personale Che si trova in RSA Non ricorda nessuno dei precedenti

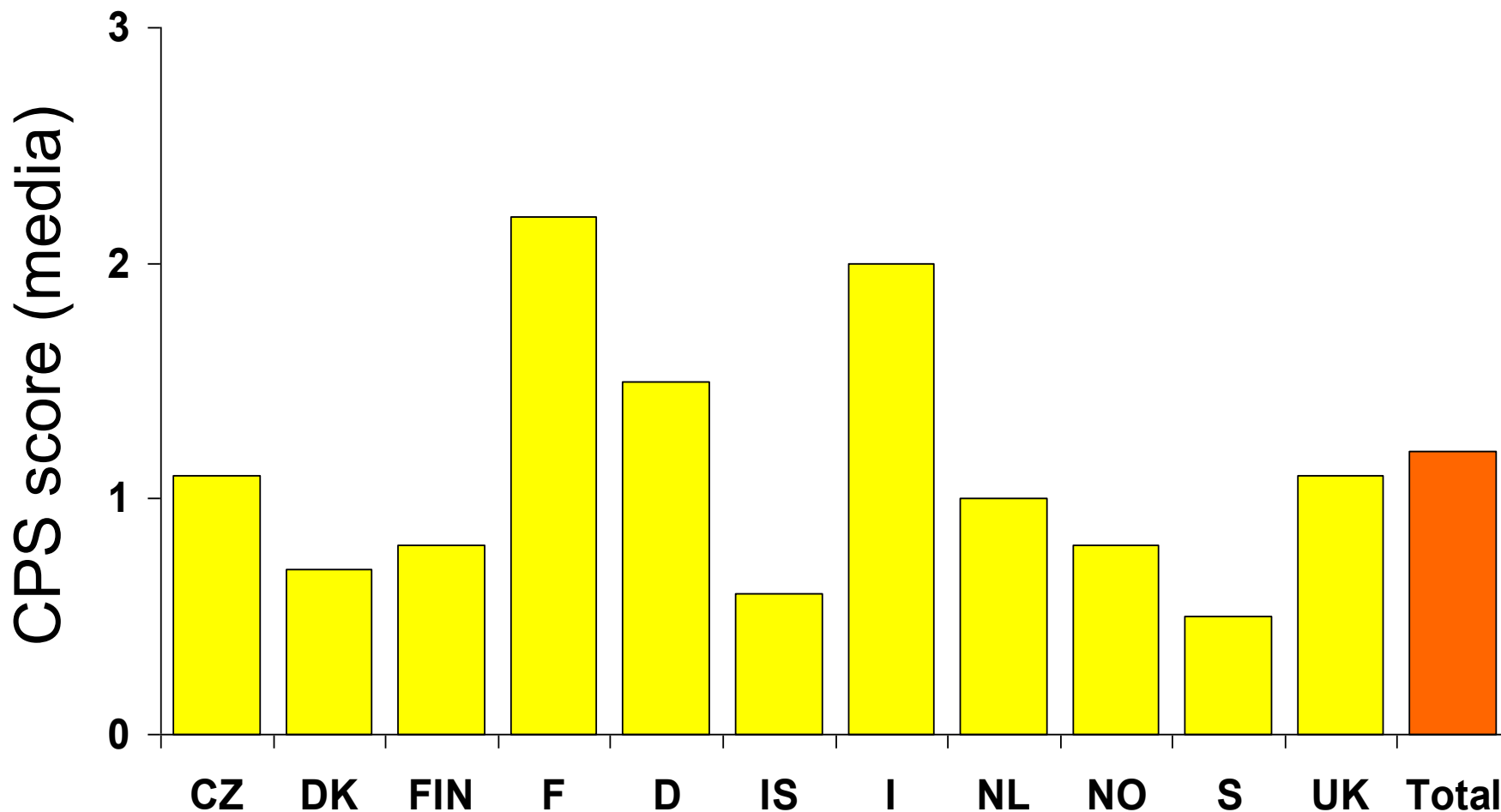
SEZIONE B. STATO COG

1. STATO DI COMA	(Stato vegetativo persistente) 0. No 1. Si
2. MEMORIA	(Ricorda cose apprese o note) a. Memoria a breve termine 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria b. Memoria a lungo termine; sembra ricordare elementi del passato remoto 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria
3. MEMORIA/CAPACITA' DI RICORDO	(Segnare tutto ciò che l'ospite è in grado di ricordare negli ultimi 7 giorni) Stagione attuale Ubicazione propria camera Nomi/volti del personale Che si trova in RSA Non ricorda nessuno dei precedenti
4. CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	(Decisioni prese riguardo ai compiti delle vita quotidiana) 0. INDIPENDENTE - decisioni sempre ragionevoli 1. COMPROMMISSIONE LIEVE - qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMMISSIONE MODERATA - decisioni assenti; richiesti suggerimenti/previsione 3. COMPROMMISSIONE SEVERA - mal/insistente prende decisioni

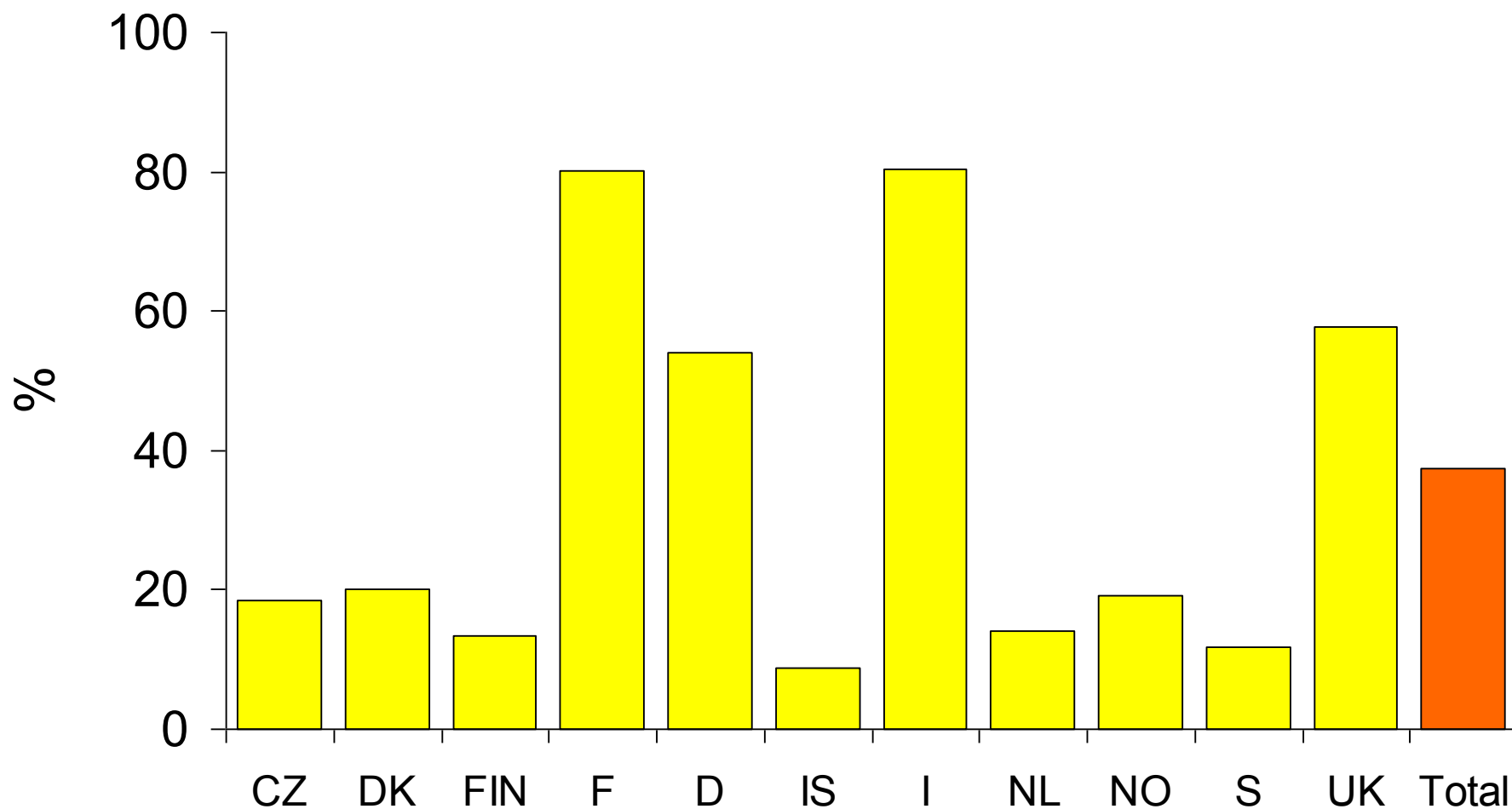
6. CAPACITA' DI COMPNDERE GLI ALTRI	(Segnare se comprende comunque il contenuto del messaggio) 0. COMPRENDE 1. UN GENERE COMPRENDE - può perdere una parte o lo scopo del messaggio 2. TALVOLTA COMPRENDE - risponde adeguatamente a comunicazioni semplici e dirette 3. RARAMENTE/MAI COMPRENDE
7. VARIAZIONI NELLA COMUNICAZIONE UDITO	La capacità di esprimere, comprendere o udire l'informazione è cambiata rispetto a 90 giorni prima (o dall'ultima valutazione se è avvenuta prima di 90 giorni) 0. Invariata 1. Migliorata 2. Peggiorata

☐ = in caso di casella bianca, introdurre un numero o una lettera ☑ = in caso di casella con lettera, segnare se la condizione è vera per il cliente

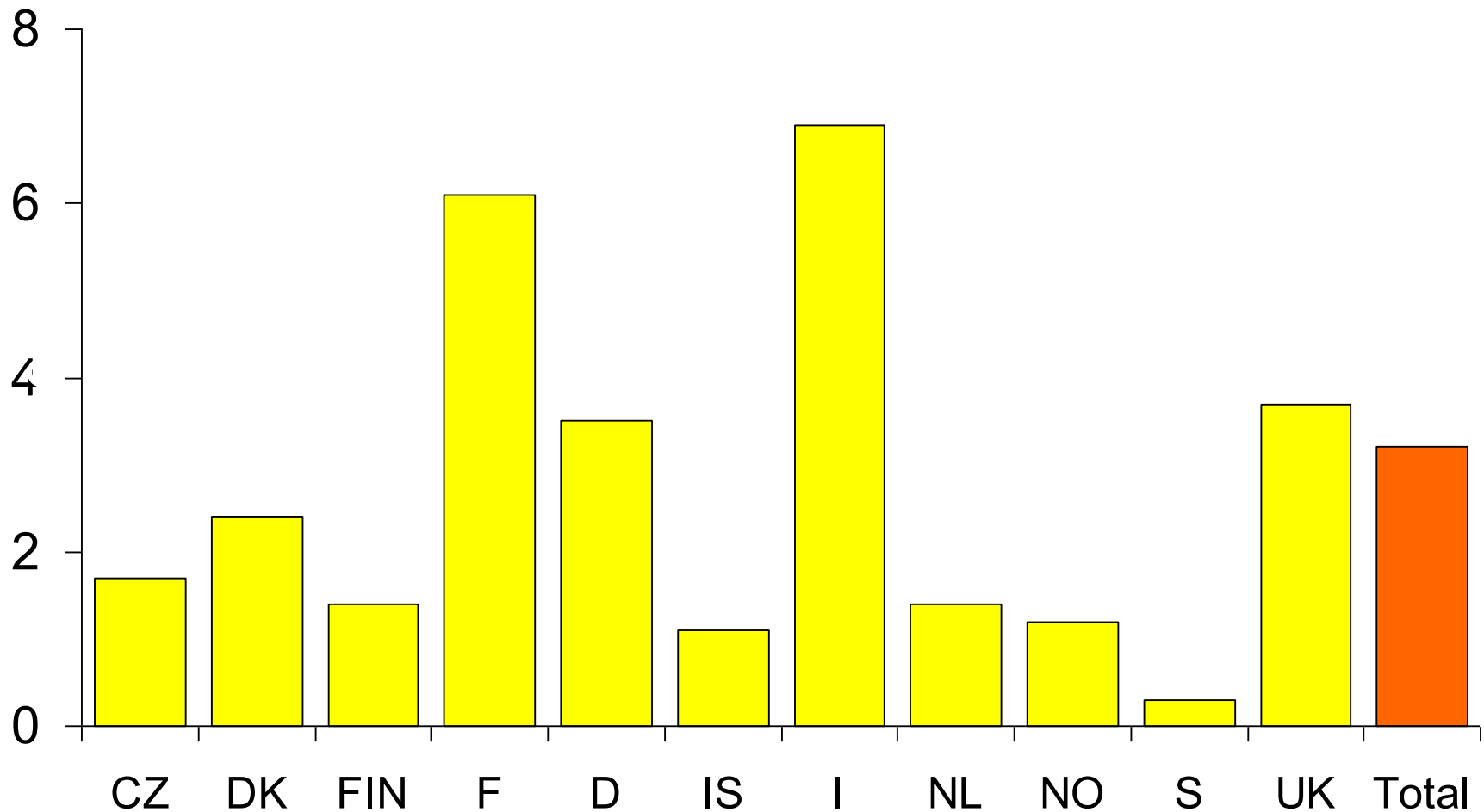
Cognitive Performance Score (CPS) in ADI



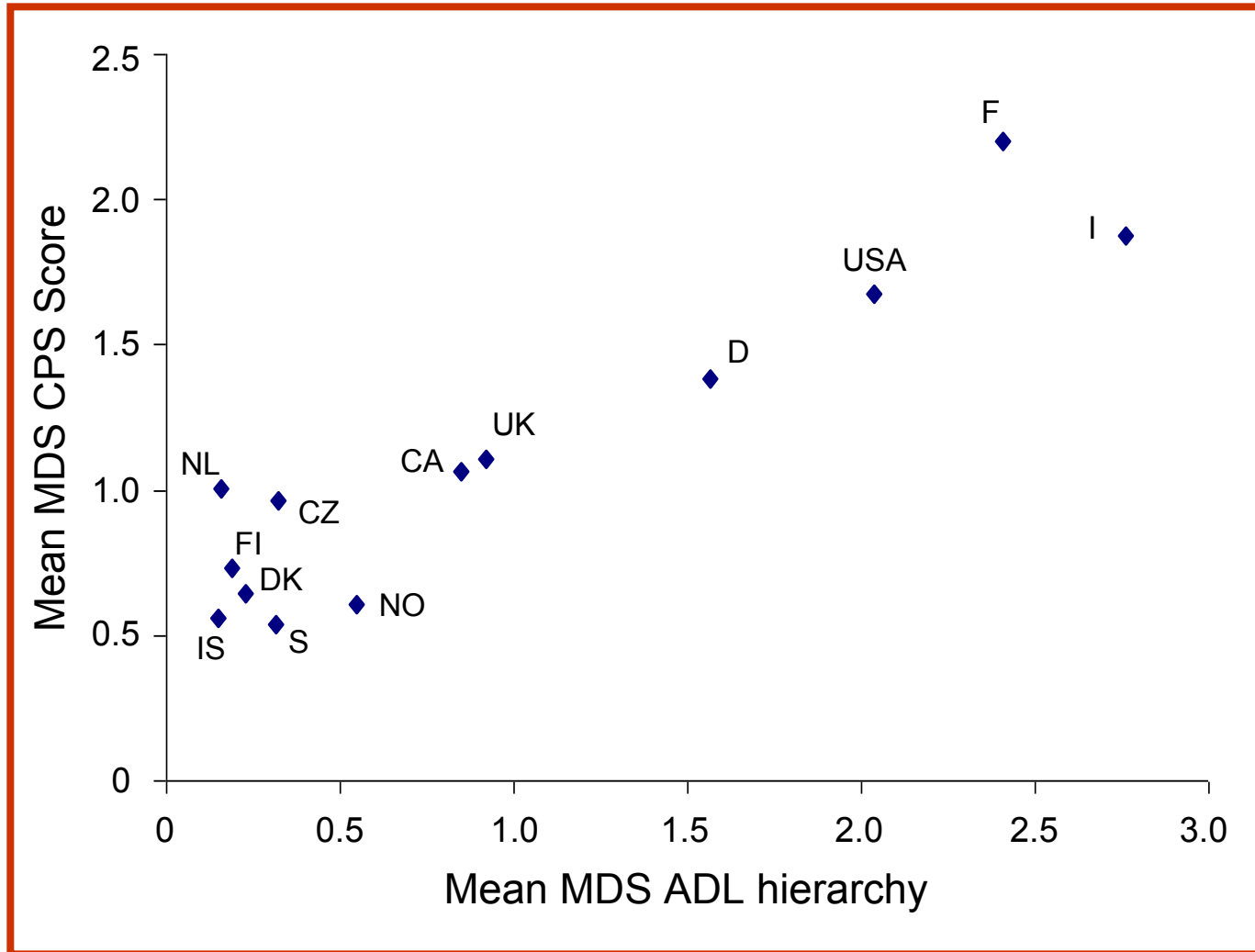
Disabilità nelle ADL in ADI in Europa



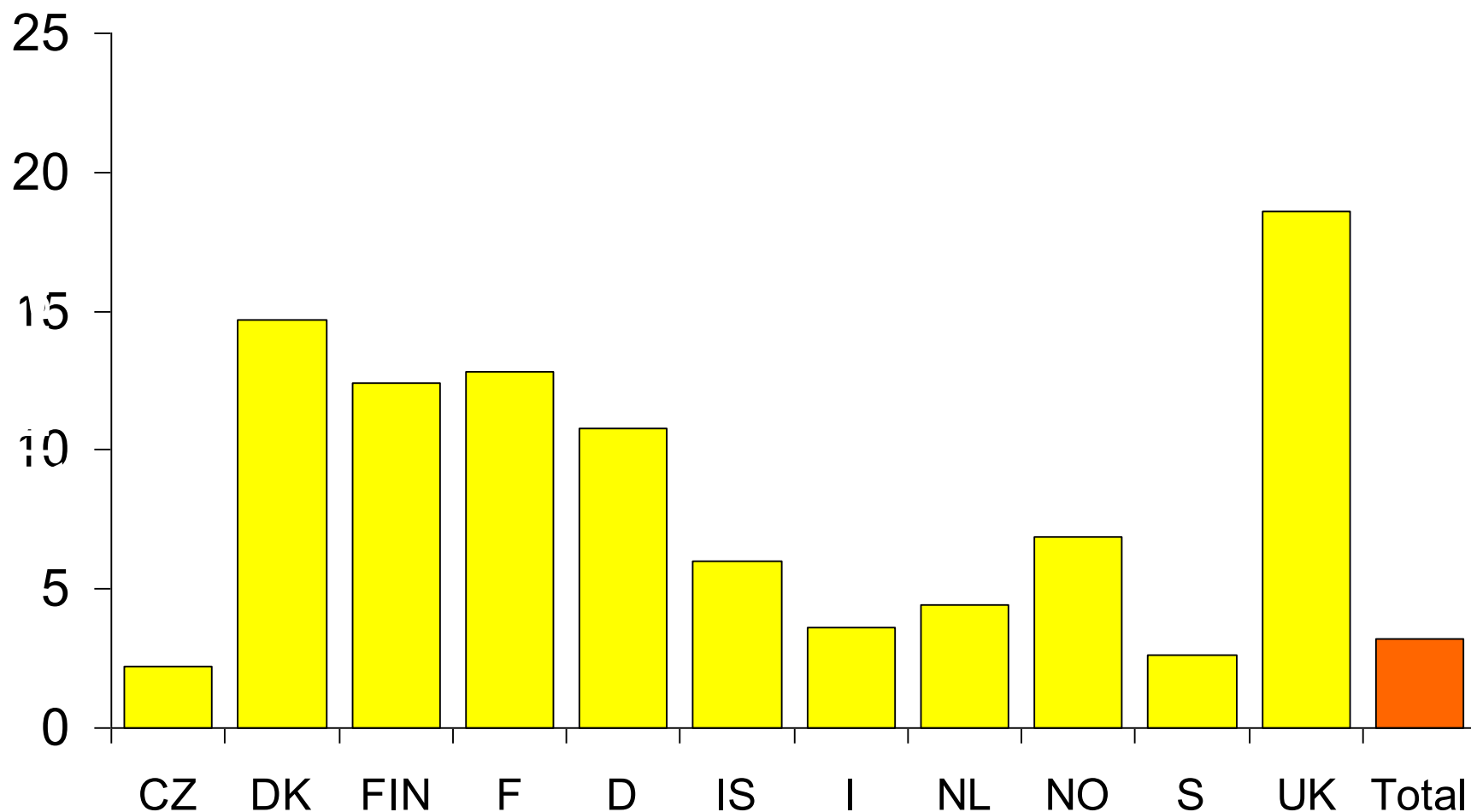
Numero di ADL compromesse nei pazienti con demenza in ADI



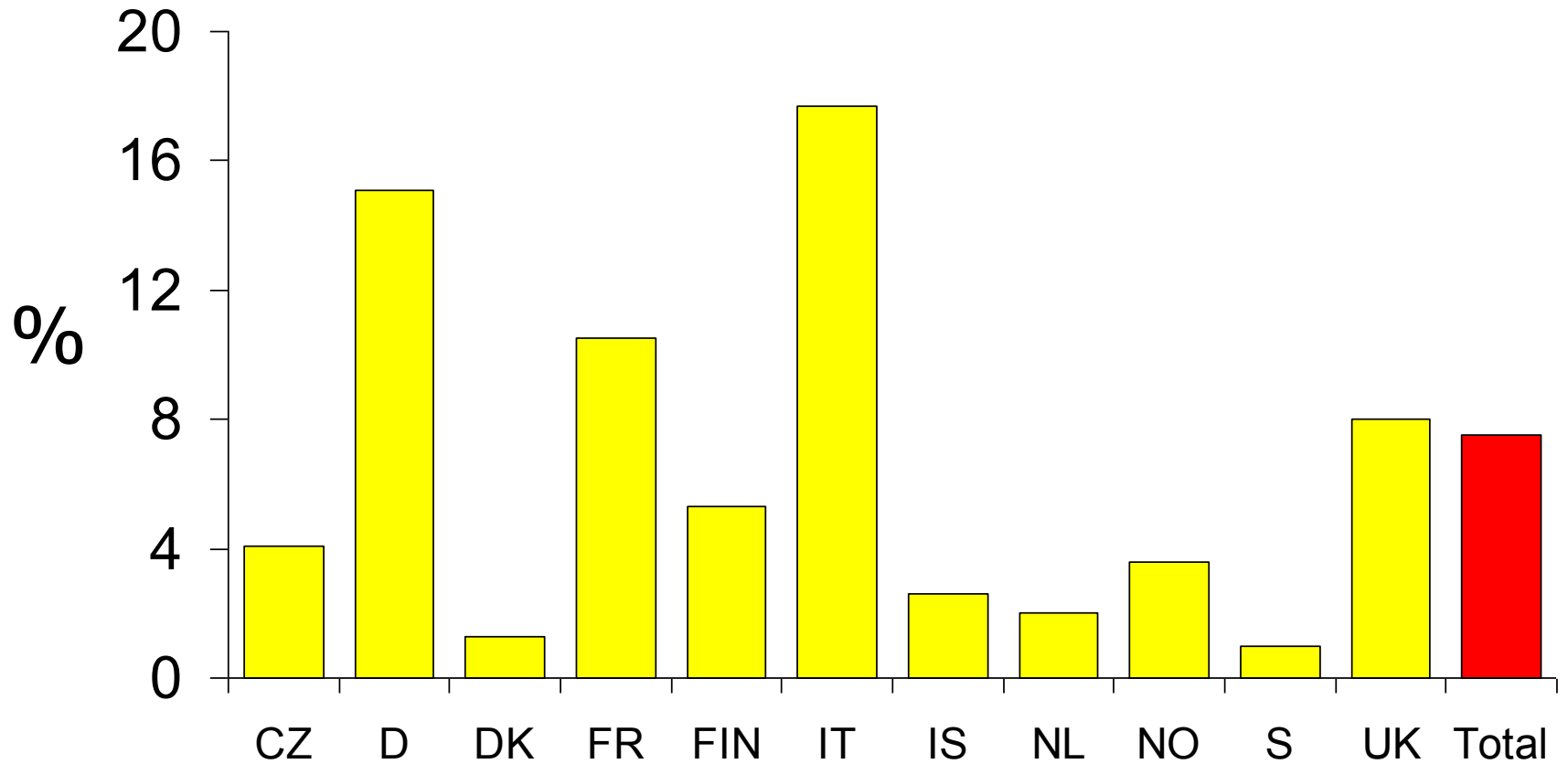
CPS media e ADL media per Paese



Ore di assistenza formale nei pazienti con demenza in ADI



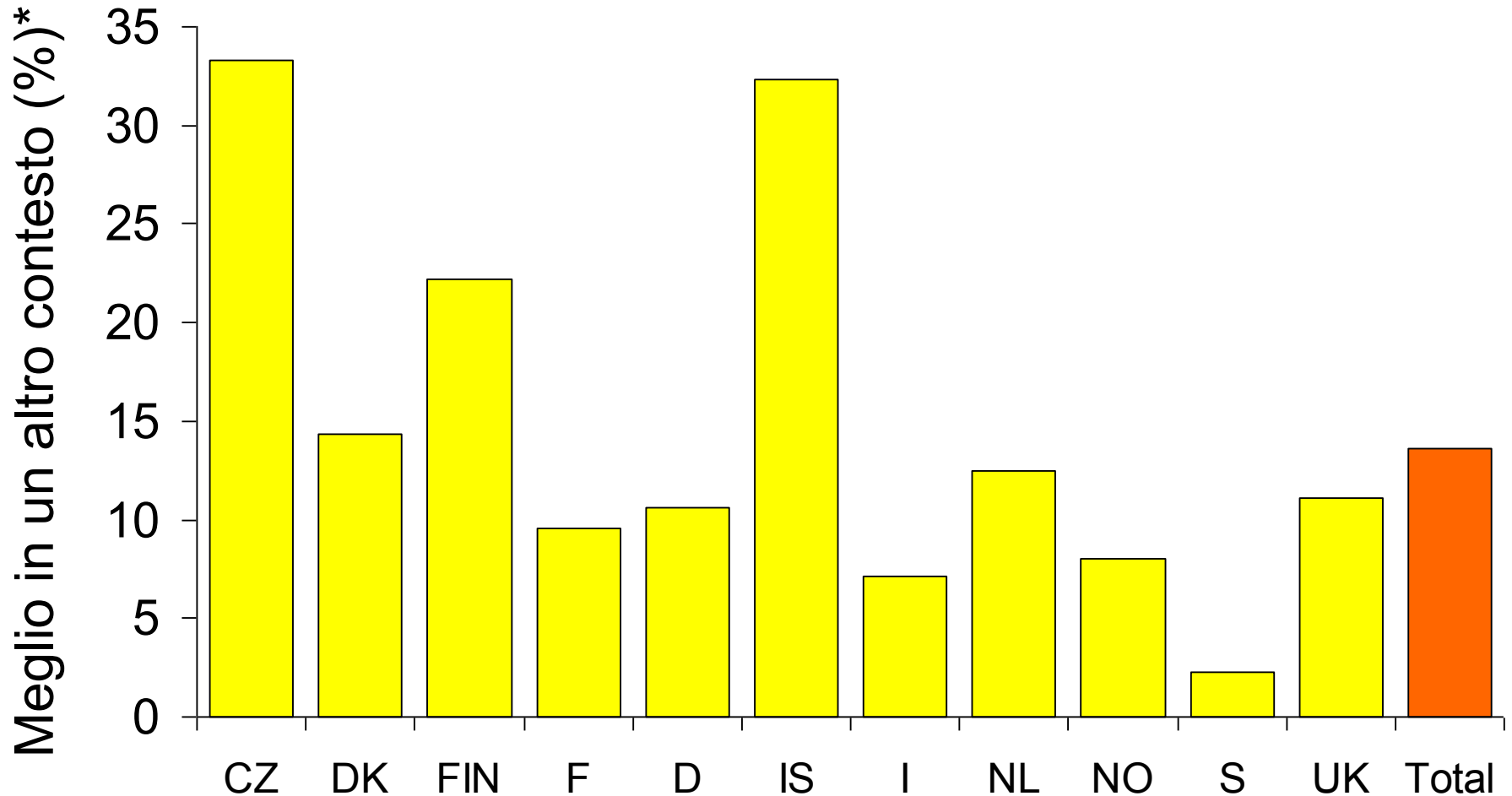
Stress del caregiver



Predittori di Stress del Caregiver

	Sample (n=3449)	
	OR	95% CI
<i>Age (1 year incr.)</i>	0.99	0.98 – 1.01
<i>N depressive symptoms</i>	1.38	1.27 – 1.49
<i>CPS, score</i>	1.19	1.10 – 1.30
<i>N impaired ADL</i>	1.36	1.25 – 1.47
<i>N behavioural symptoms</i>	1.28	1.04 – 1.58

Meglio in un altro contesto

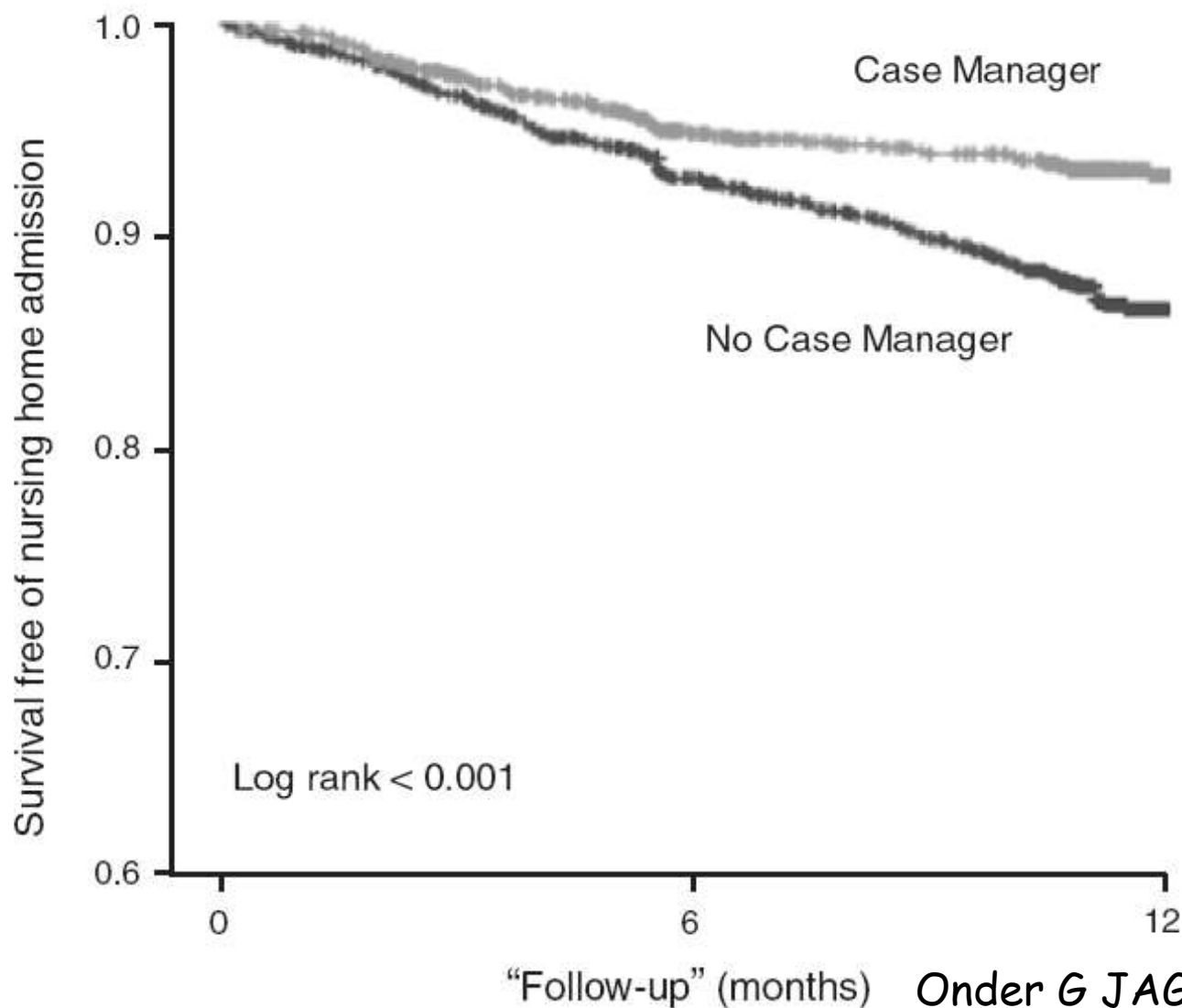


* Il caregiver ritiene che sarebbe meglio se il cliente vivesse in un altro contesto.

Case manager

- Il case manager rappresenta il 'coordinatore del caso', la persona responsabile per l'ergazione e la coordinazione dei servizi ricevuti dal paziente;
- Lavora in stretta collaborazione con il MMG e l'unità valutativa geriatrica, di cui rappresenta il braccio operativo;
- Garantisce una continuità di trattamento e rappresenta la persona cui il paziente ed i suoi familiari possono rivolgersi per i loro problemi.

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

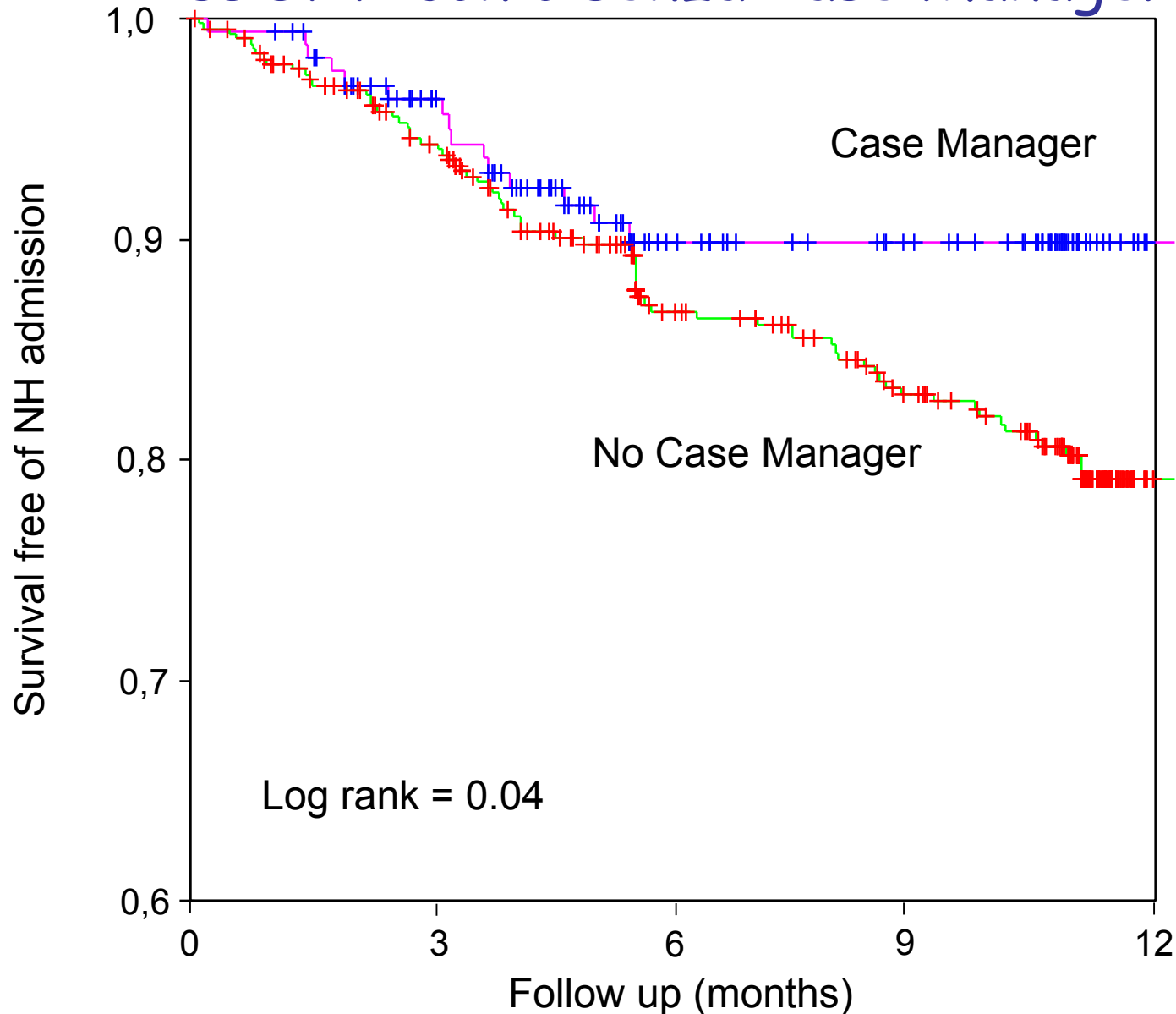


Onder G JAGS 2007



Istituzionalizzazione di Pazienti con Demenza

Assistiti con o senza Case Manager



Case manager, Misure preventive e Stress del Caregiver in Pazienti con Demenza

	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>
Influenza vaccination		
No CM	1	
CM	1.91	1.48-2.47
Medication review		
No CM	1	
CM	1.59	1.14-2.22
Caregiver distress		
No CM	1	
CM	0.40	0.20-0.80

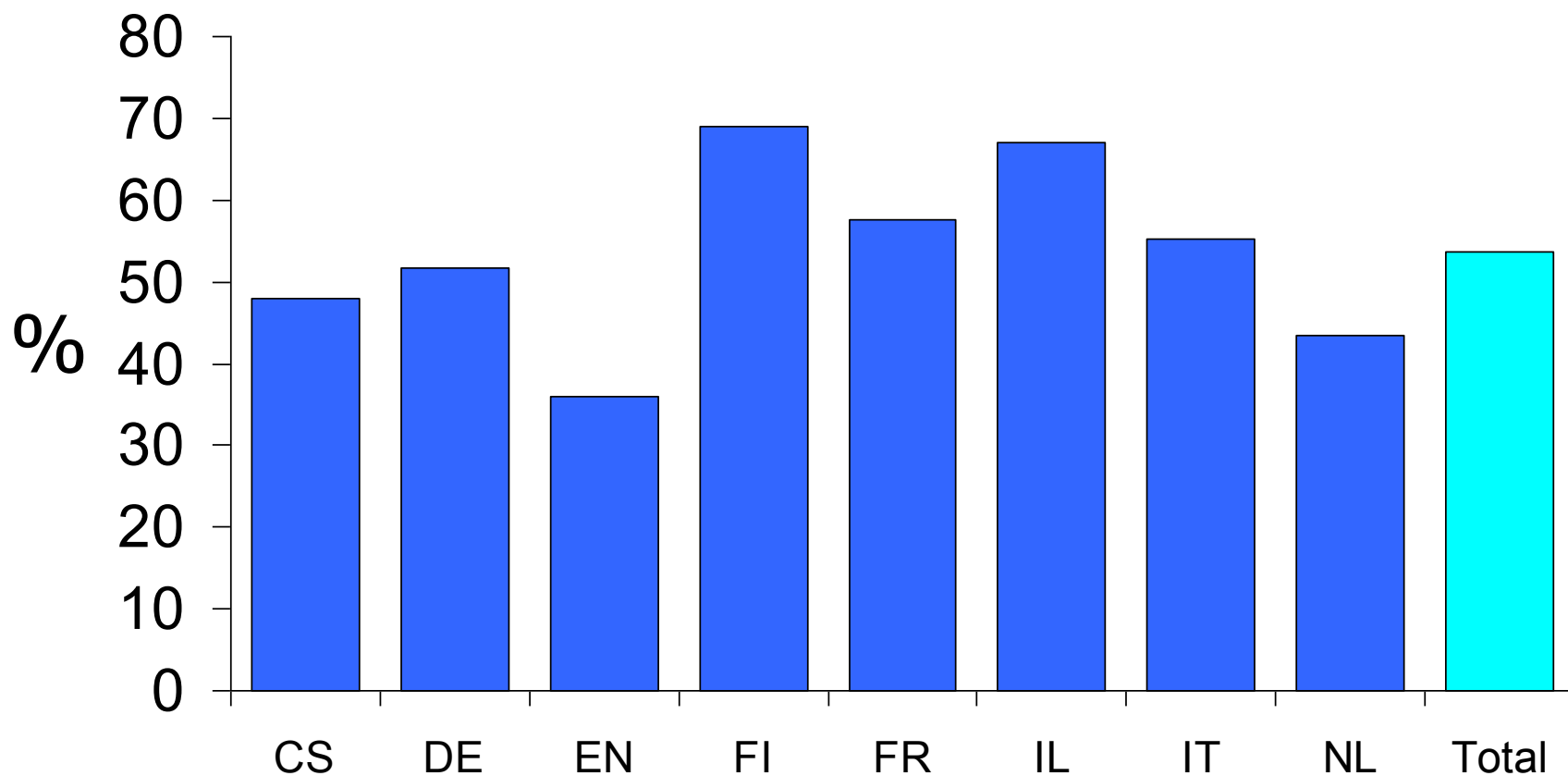


Lo studio Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) è un progetto finanziato dal 7° programma quadro dell'Unione Europea.

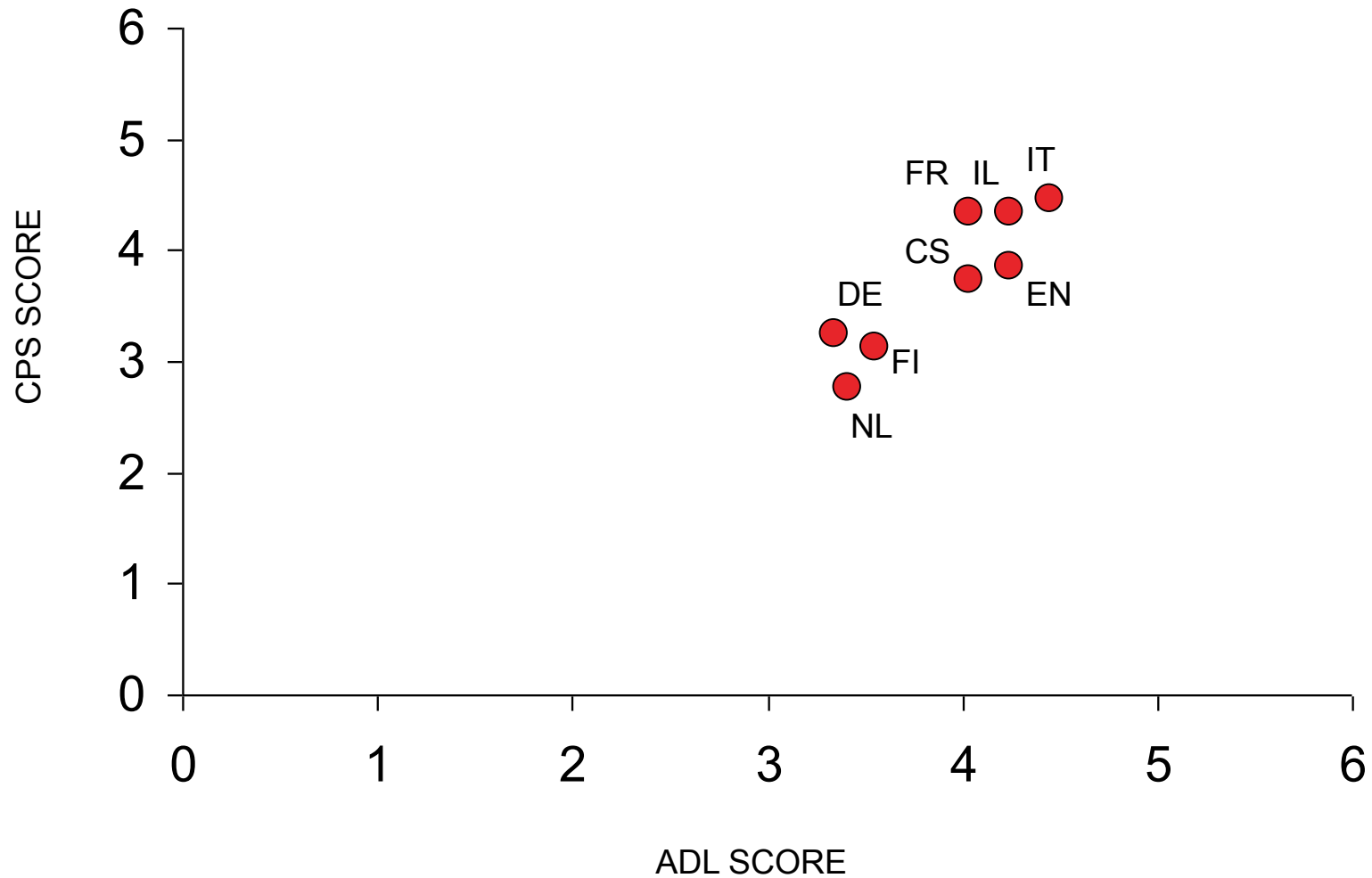
Allo studio partecipano i seguenti Paesi: Italia, Repubblica Ceca, Germania, Francia, Regno Unito, Olanda, Finlandia, Israele.

Lo scopo dello studio è di validare il Minimum Data Set per long term care (InterRAI-LTCF) come metodologia per l'assessment degli anziani istituzionalizzati e la valutazione delle cure fornite in istituzione in Europa. Utilizzando tale strumento sono stati valutati 500 pazienti per Paese partecipante. I dati raccolti serviranno a comparare i modelli sanitari di diversi paesi europei in termini di caratteristiche dei pazienti, cure fornite, qualità delle cure, outcome clinici, disponibilità di risorse strutturali e organizzative, utilizzazione di risorse sanitarie e ad individuare i modelli più efficienti.

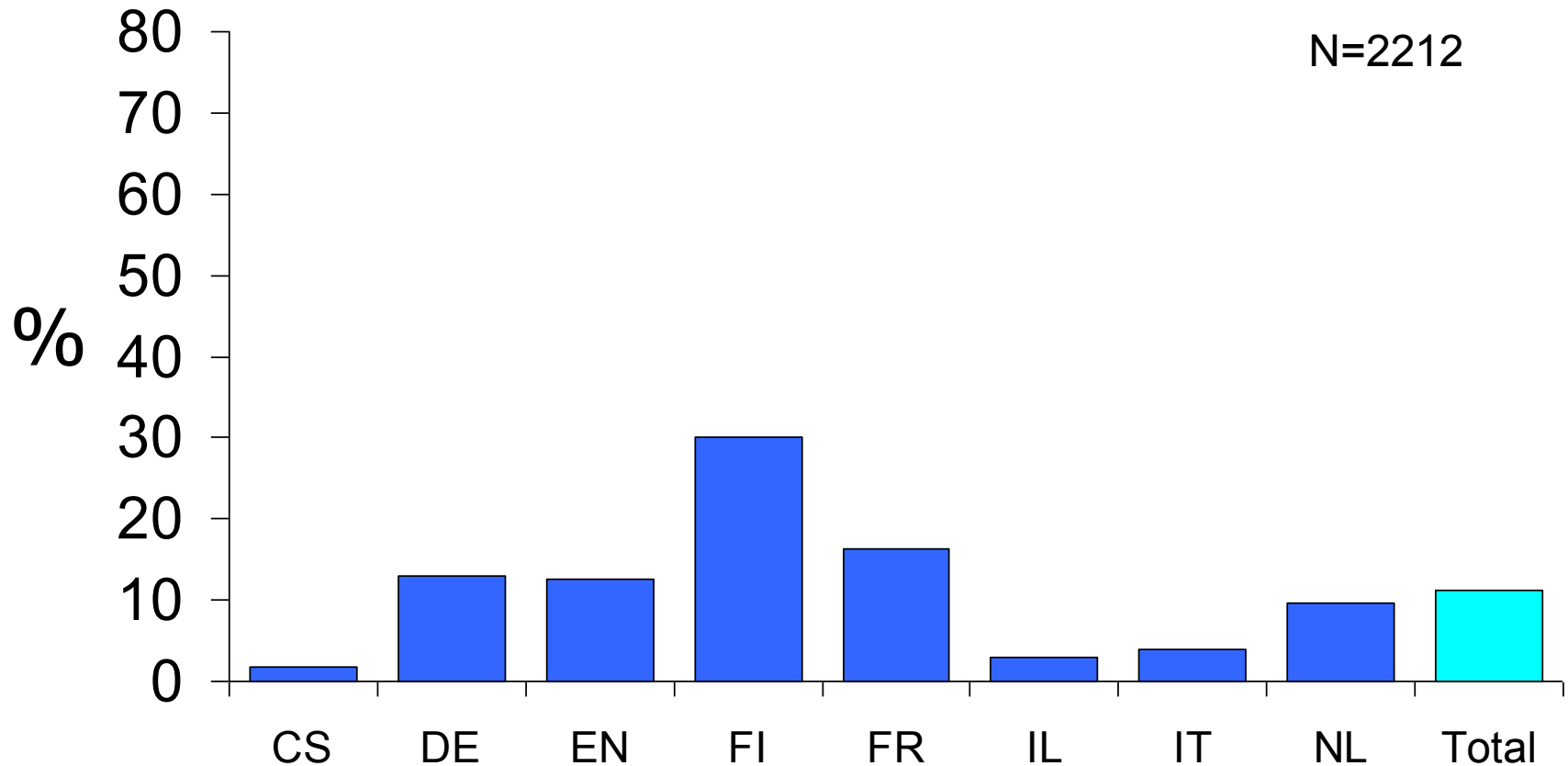
Pazienti con demenza in RSA



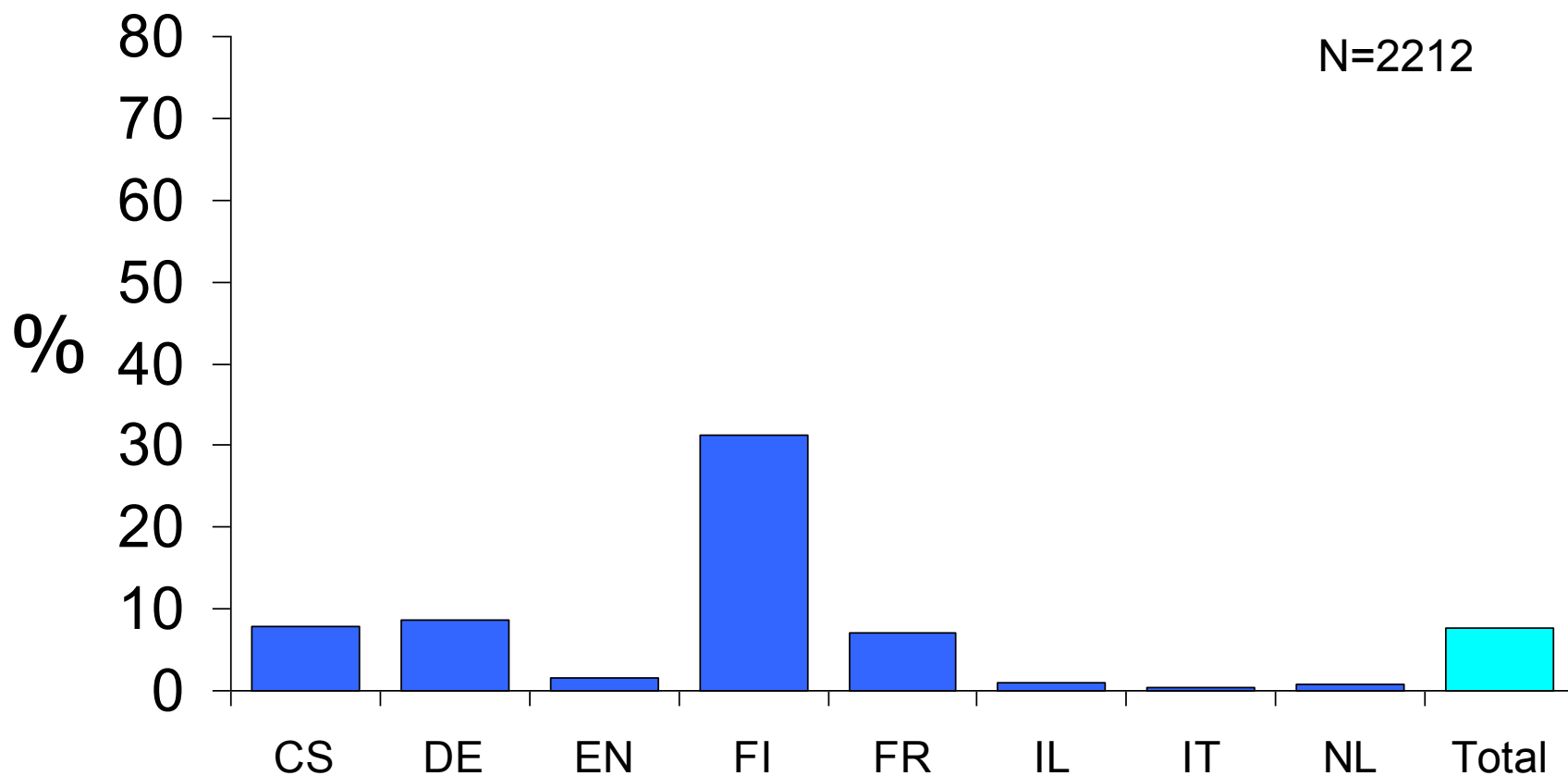
CPS media e ADL media in RSA



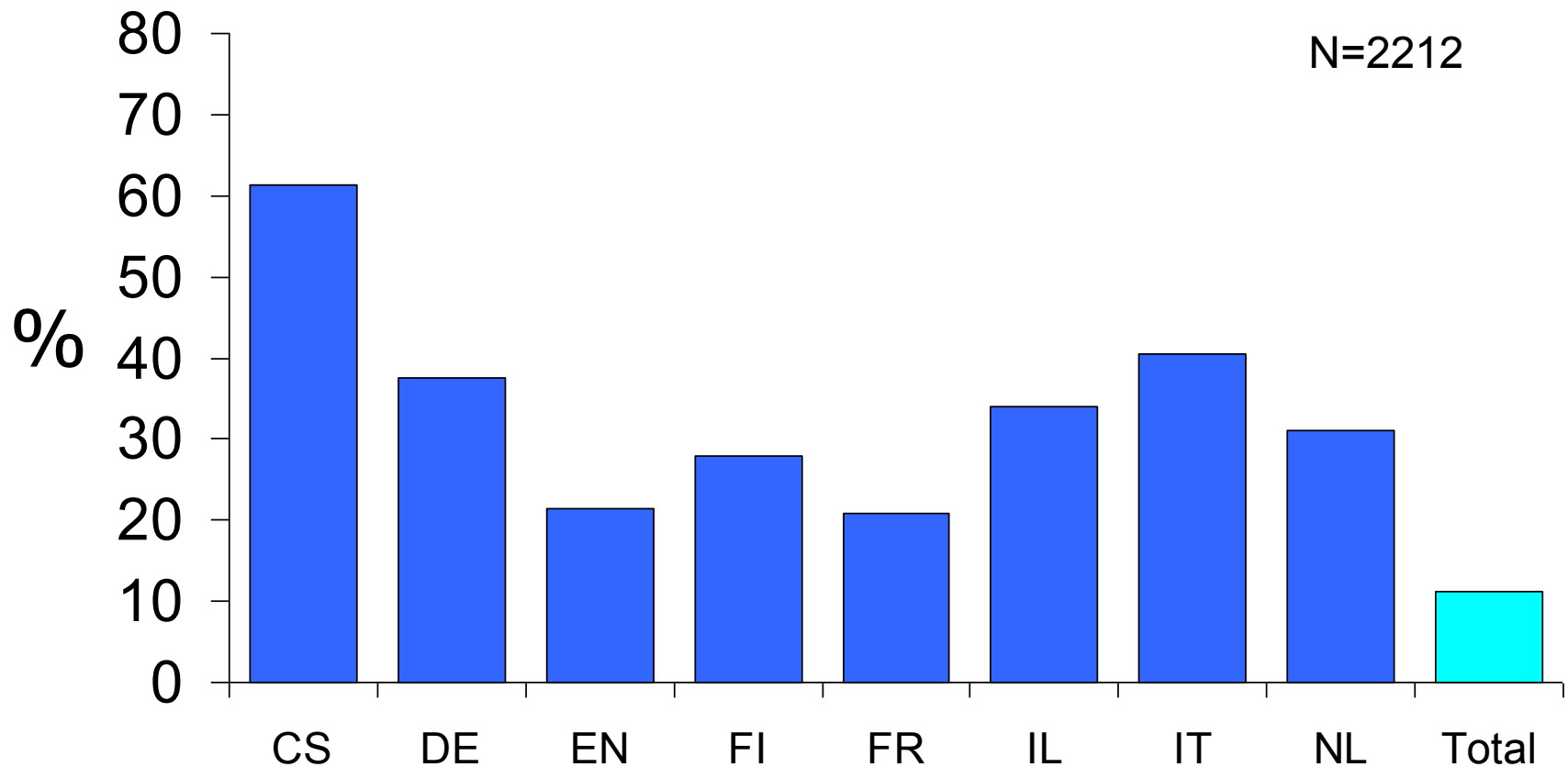
Utilizzo di anticolinesterasici in pazienti con demenza in RSA



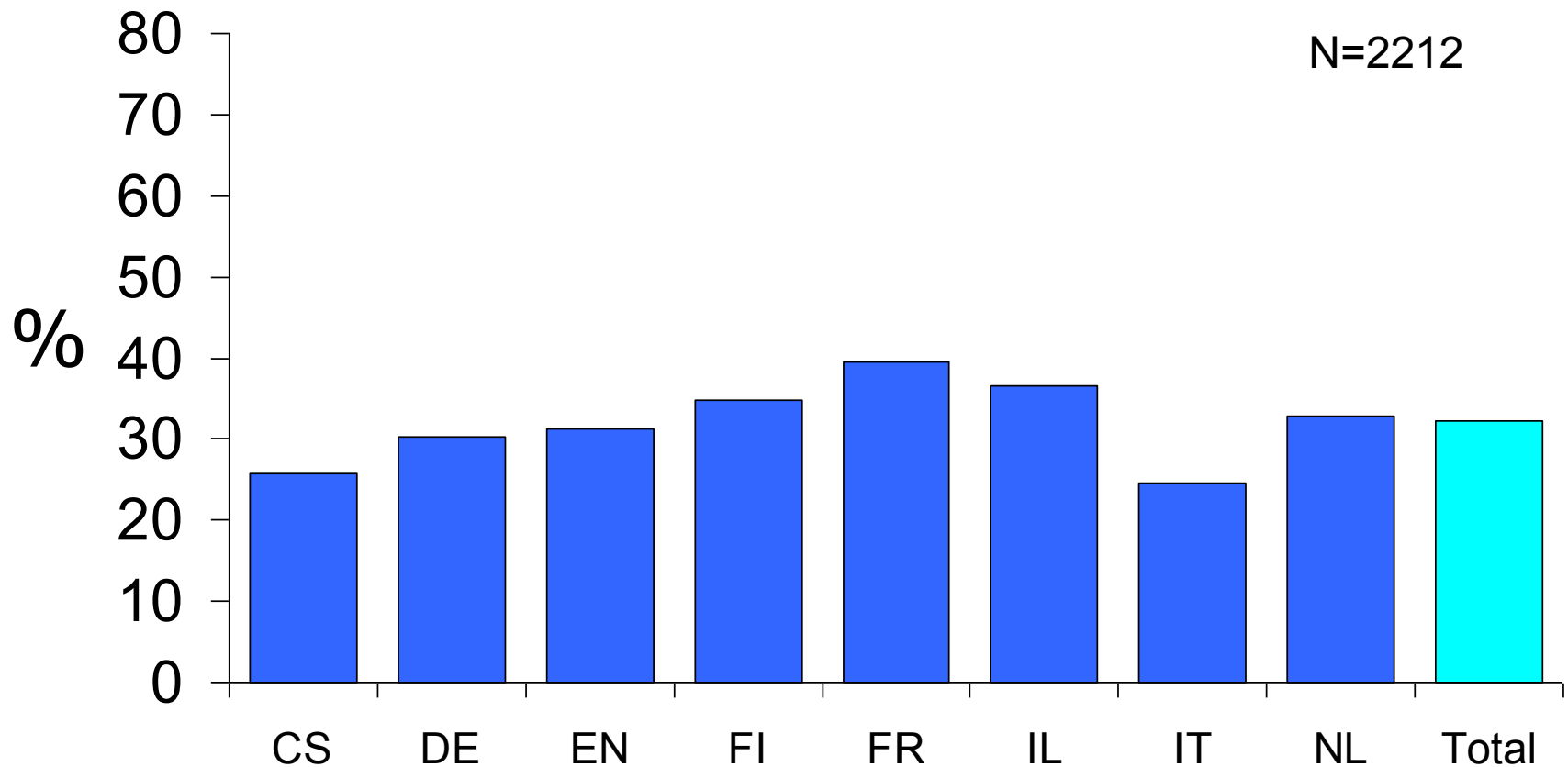
Utilizzo di memantina in pazienti con demenza in RSA



Utilizzo di antipsicotici in pazienti con demenza in RSA



Utilizzo di antidepressivi in pazienti con demenza in RSA

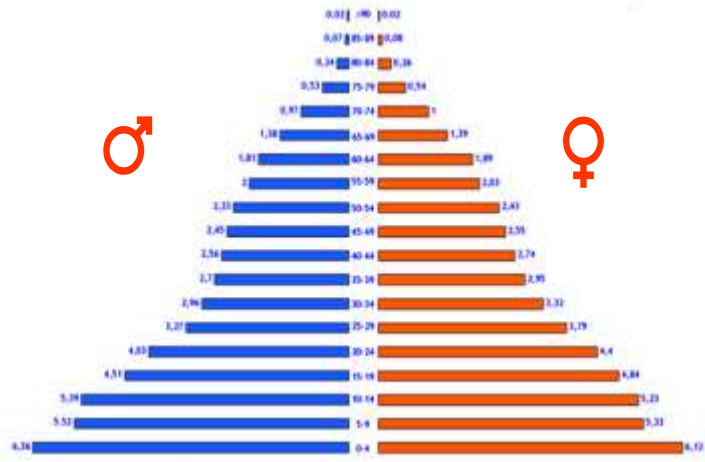


CONCLUSIONI

- La frequenza della demenza varia poco nei diversi Paesi di Europa.
- Le risorse dedicate al problema della demenza, i modelli di ‘care provision and delivery’, le attitudini dei medici nella pratica clinica (diagnosi e trattamento), il supporto fornito alle famiglie differiscono largamente tra i diversi Paesi di Europa.
- Outcome clinici e spesa sanitaria dipendono dai modelli di cura impiegati.
- L’ utilizzo di una metodologia di assessment comune alle diverse realtà geografiche e ai diversi setting di cura rappresenta un primo ed importante passo verso la conoscenza dei modelli socio-sanitari europei, della loro efficienza e della qualità delle cure fornite ai pazienti con demenza

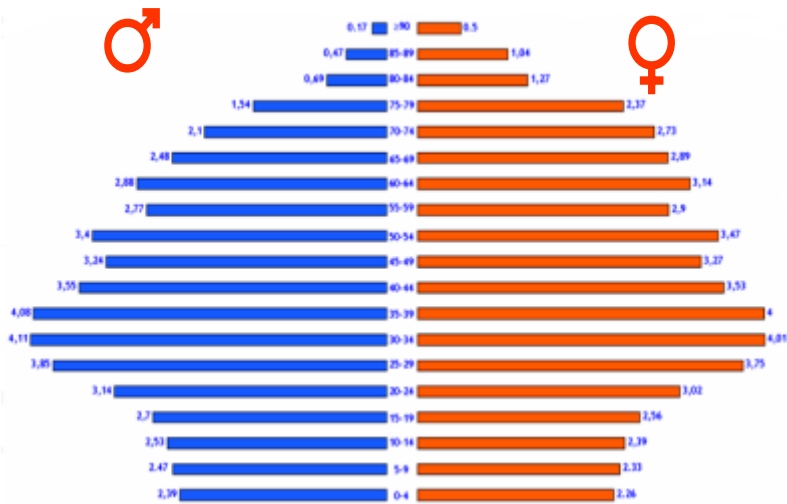
TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Istat



Valori percentuali

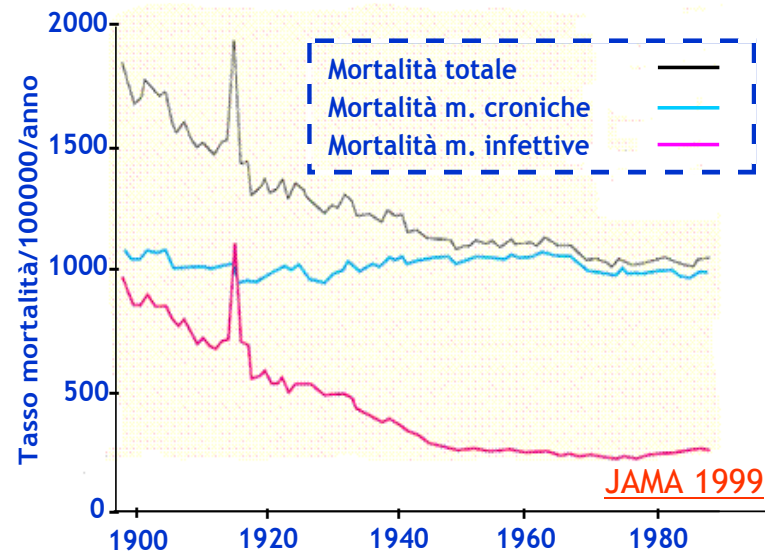
1911



Valori percentuali

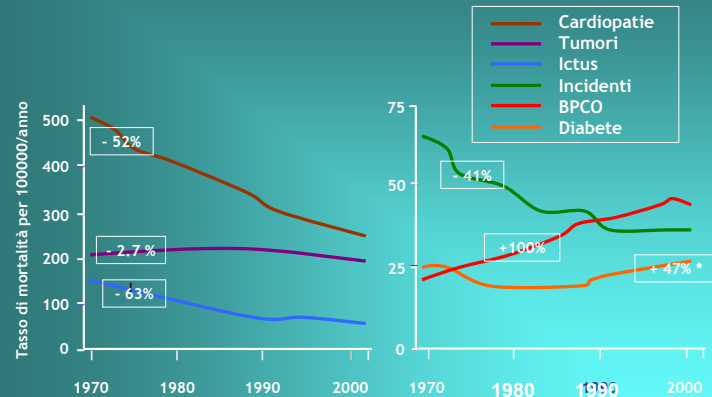
2001

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA



JAMA 1999

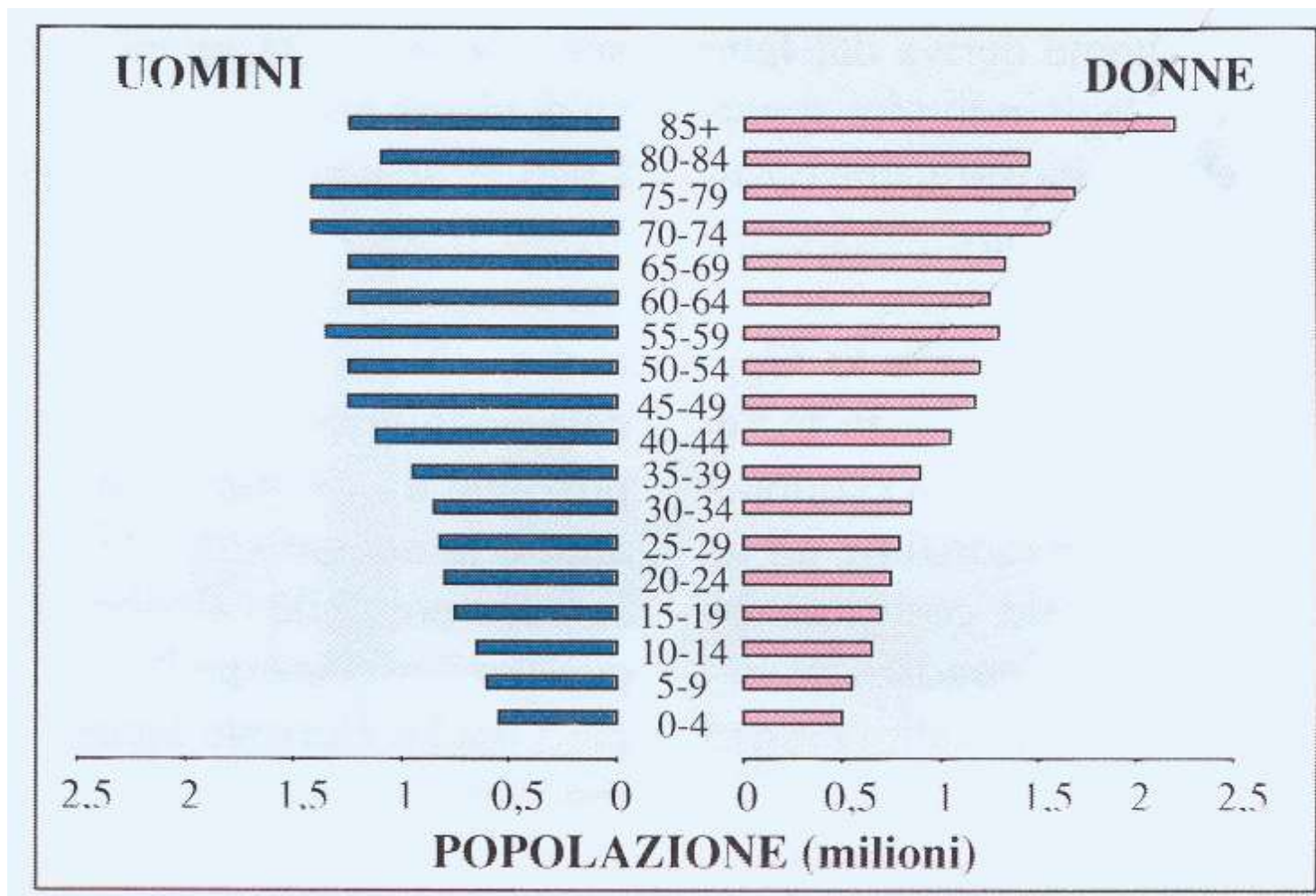
USA: TASSO MORTALITA' 1970-2002



* L'aumento è dal 1987 al 2002

JAMA 2005

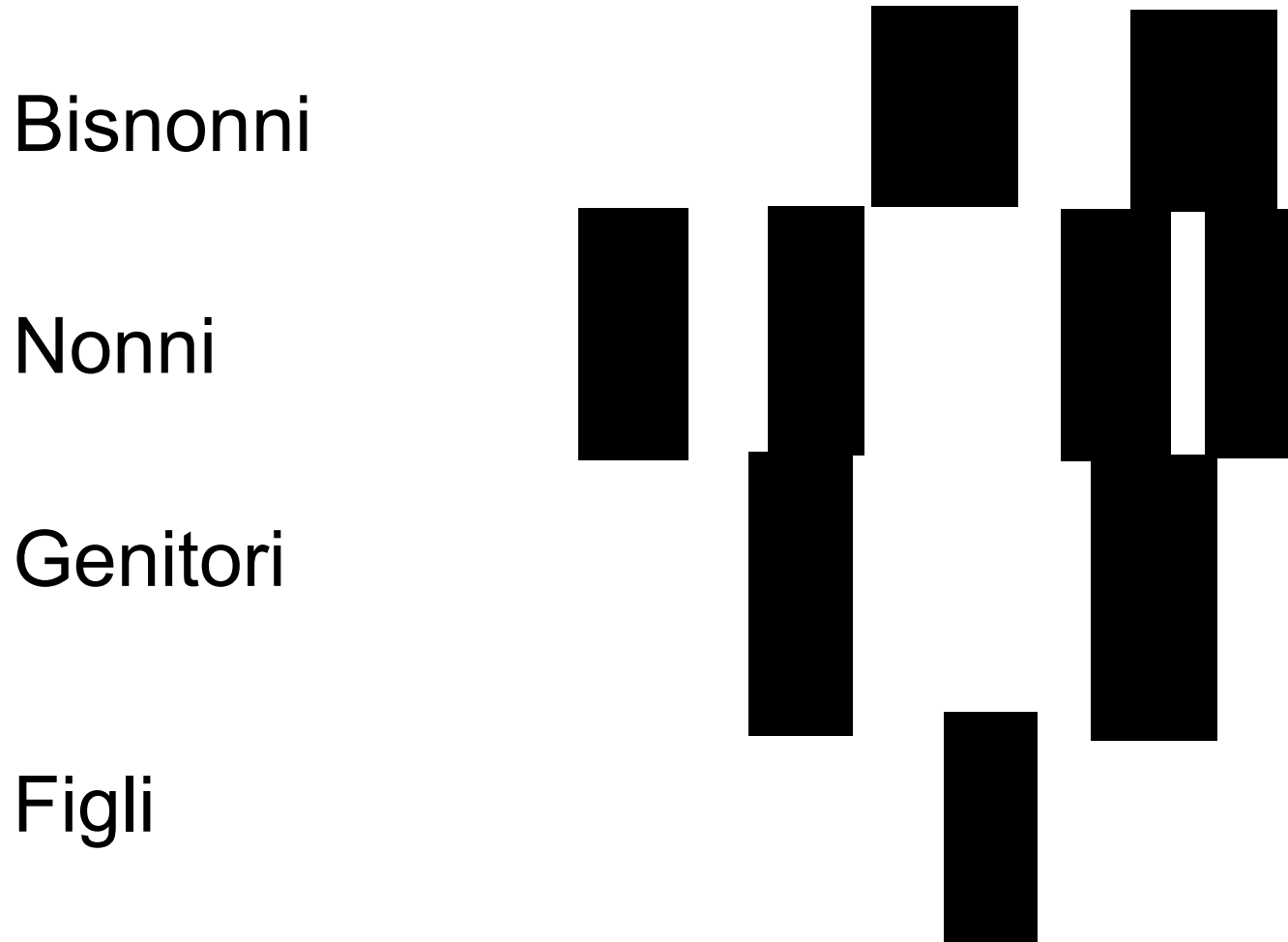
La piramide rovesciata prevista per la metà del XXI secolo



Dati socio-demografici relativi a 258 città in Europa

Aged under 15: the ten highest			Aged over 75: the ten highest		
FR	Cayenne	30.1%	IT	Trieste	13.2%
FR	Saint Denis	25.5%	IT	Bologna	13.0%
UK	Derry	25.0%	IT	Firenze	12.3%
FR	Pointe-a-Pitre	22.4%	FR	Nice	11.8%
PT	Ponto Delgada	22.1%	IT	Genova	11.7%
UK	Birmingham	22.0%	IT	Ancona	11.0%
UK	Bradford	21.9%	IT	Venezia	10.8%
PL	Suwalki	21.6%	IT	Cremona	10.8%
FR	Fort-de-France	21.2%	PT	Lisboa	10.3%
UK	Stevenage	21.1%	ES	Barcelona	10.2%

La piramide familiare nel Nord Italia



I costi della demenza

- *Oltre 6 milioni di casi di malattia di Alzheimer in Europa*
- *Oltre 80.000 nuovi casi all'anno in Italia*
- *Malattia relativamente dispendiosa in termini economici rispetto a malattie cardiovascolari cancro*
- *Costi diretti*
- *Costi indiretti*
- *Costi Intangibili*

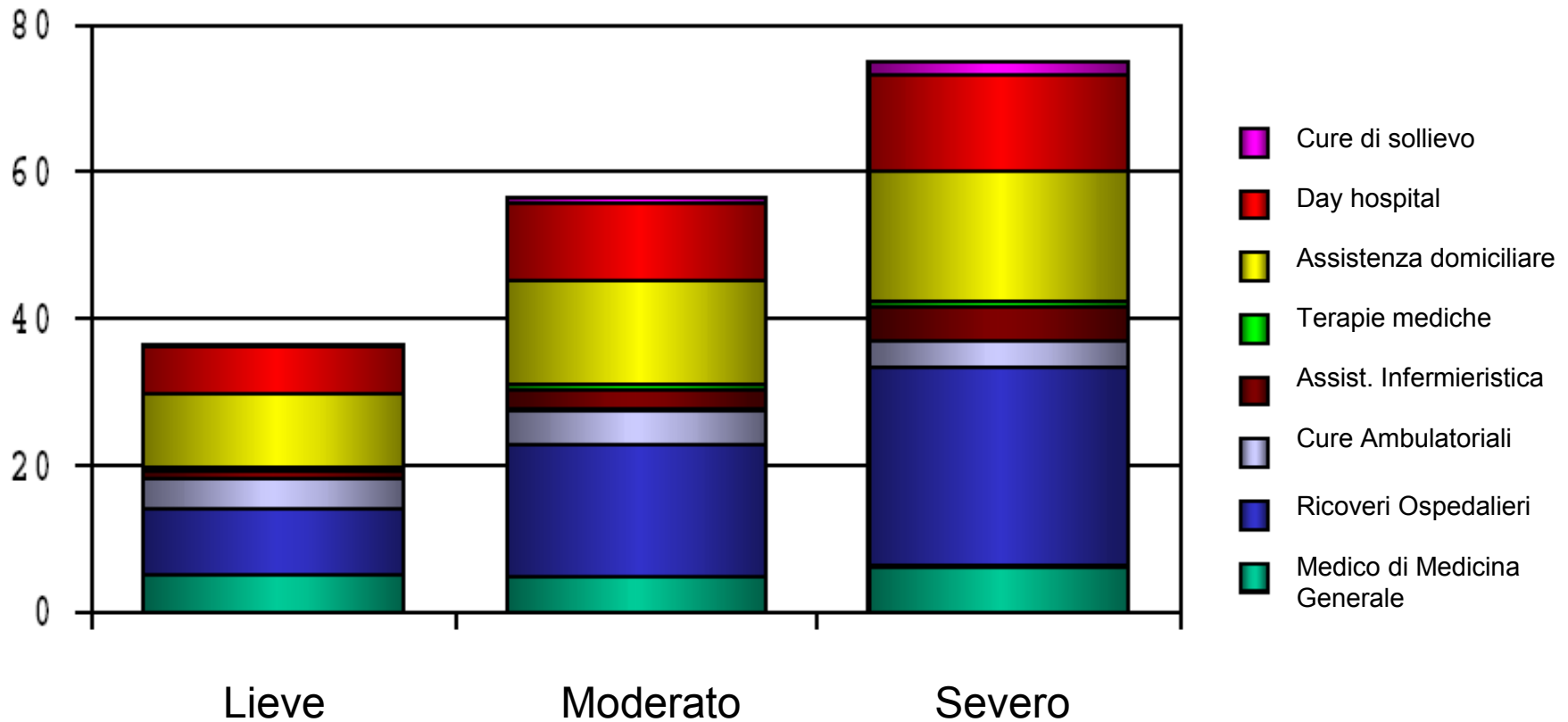


I costi della demenza

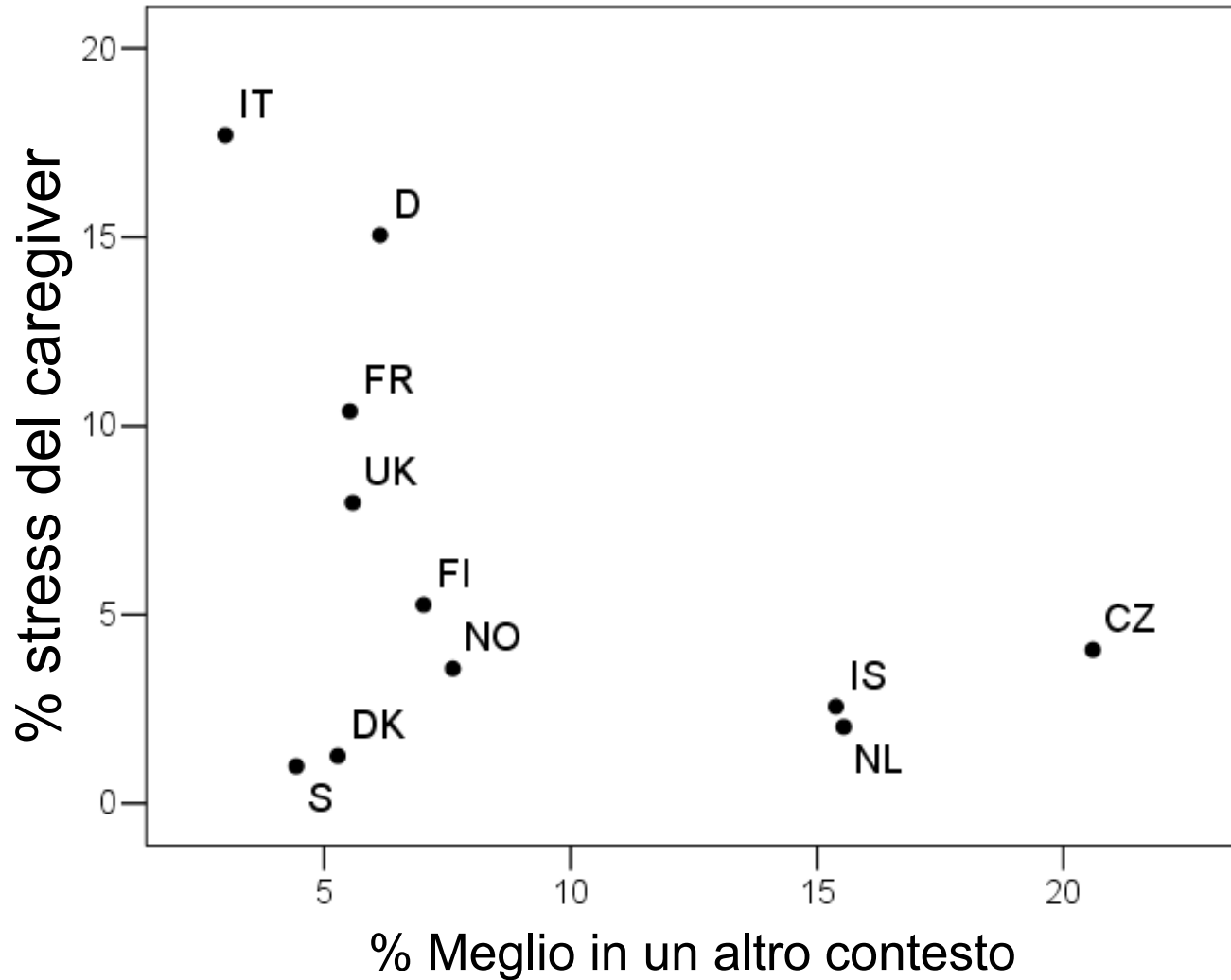
Servizi di Trasporto	Cure mediche generali	Assistenza Domiciliare
Housing	Servizi per la demenza	Supporto al Caregiver
Assistenza economica	Spese di Istituzional.	Perdita di lavoro del caregiver

La rete assistenziale intorno al paziente con demenza comprende una serie di servizi ognuno dei quali ha un proprio costo

Costi per grado di deterioramento cognitivo in comunità (sterline/settimana)



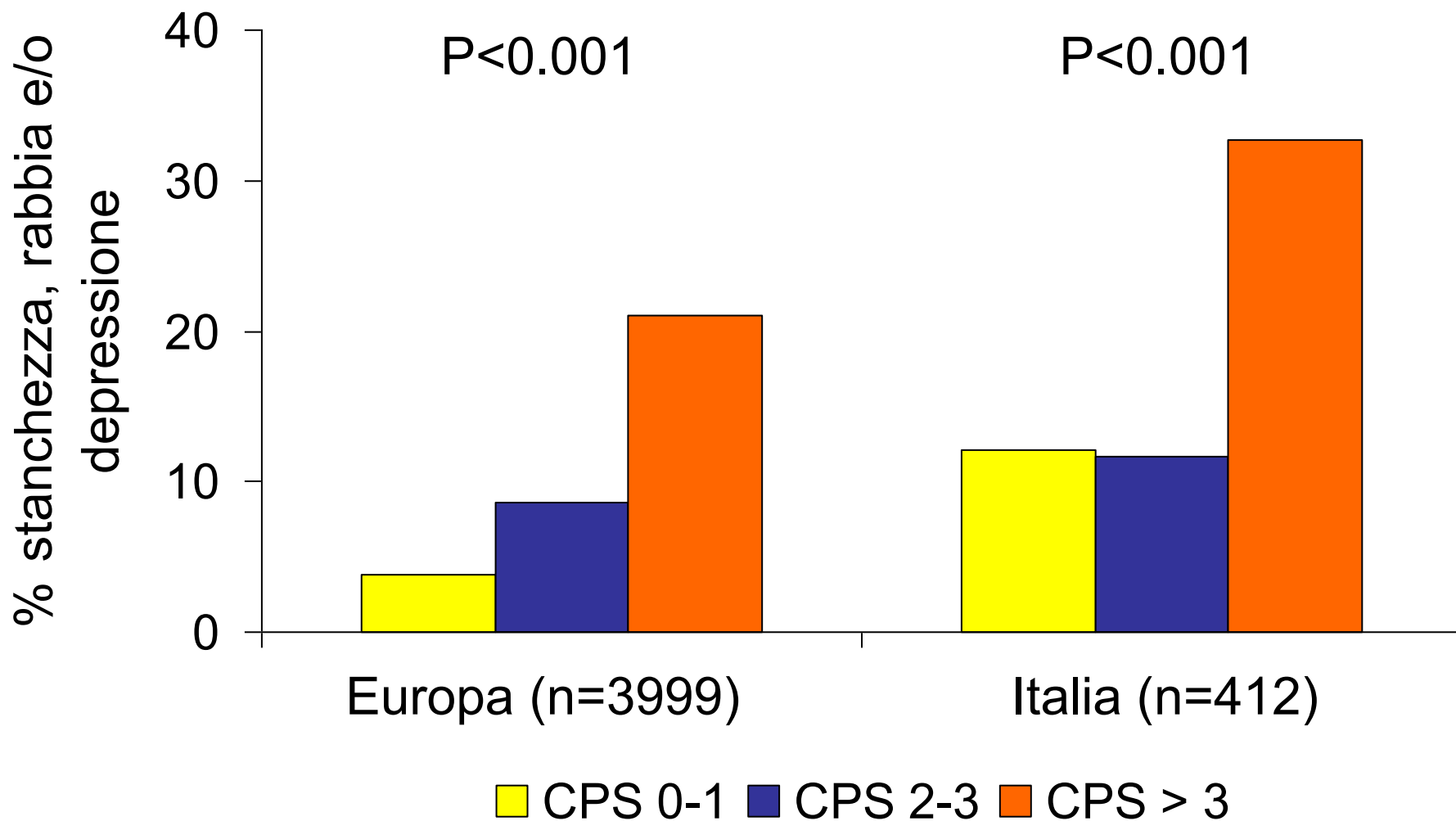
Meglio in un altro contesto



	Mean ADL	Mean CPS	Total hours of care	Any Care giver burden (%)	Better off elsewhere (%)	National summary
Czech Republic	2.0	1.0	1.5	5.8	27.9	stoical
Germany	5.7	1.4	5.3	18.7	7.1	unhappy
Finland	0.9	0.7	3.4	4.7	12.5	happy
Iceland	0.6	0.6	2.8	4.7	18.0	hopeful
Italy	12.5	1.8	3.9	20.8	3.4	masochistic
Netherlands	0.7	1.0	3.6	7.0	17.1	opportunist
Norway	1.9	0.6	3.1	8.3	8.0	normal
UK	2.8	1.0	8.2	11.1	9.0	Caring (or inefficient)
Total	3.8	1.1	3.9	11.1	12.5	

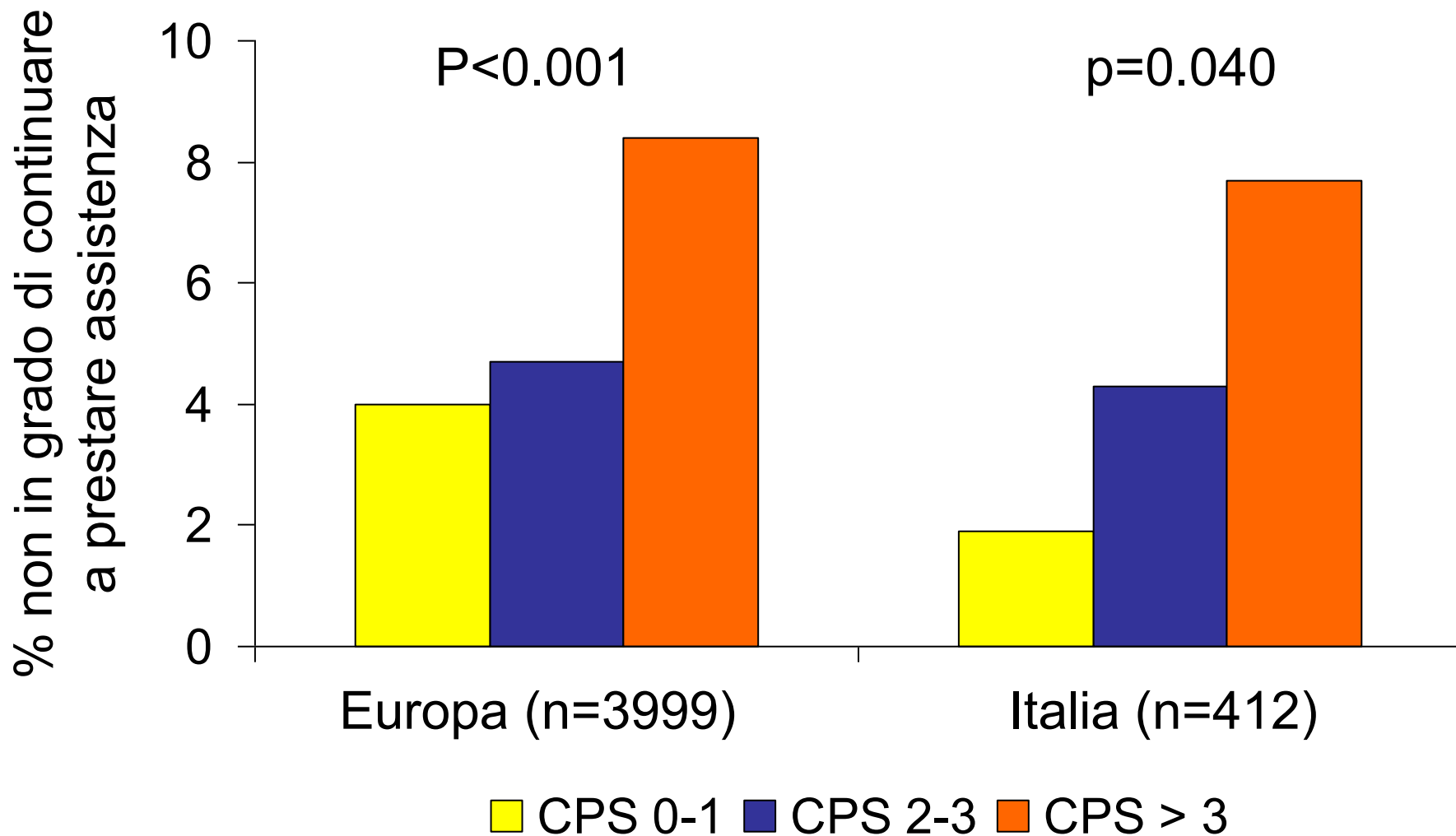
Stress del caregiver e stato cognitivo

Il caregiver manifesta segni di stanchezza, rabbia e/o depressione

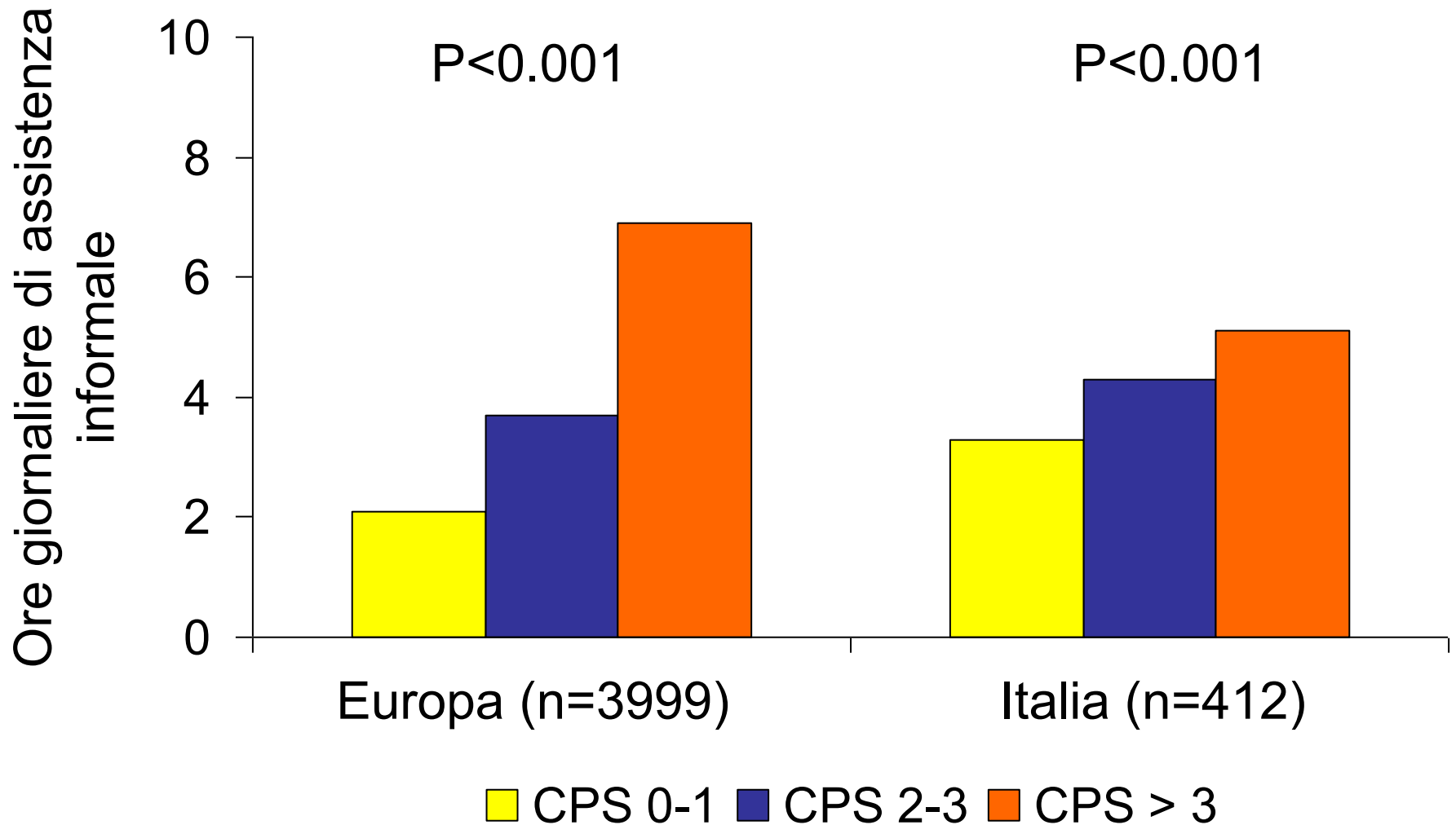


Stress del caregiver e stato cognitivo

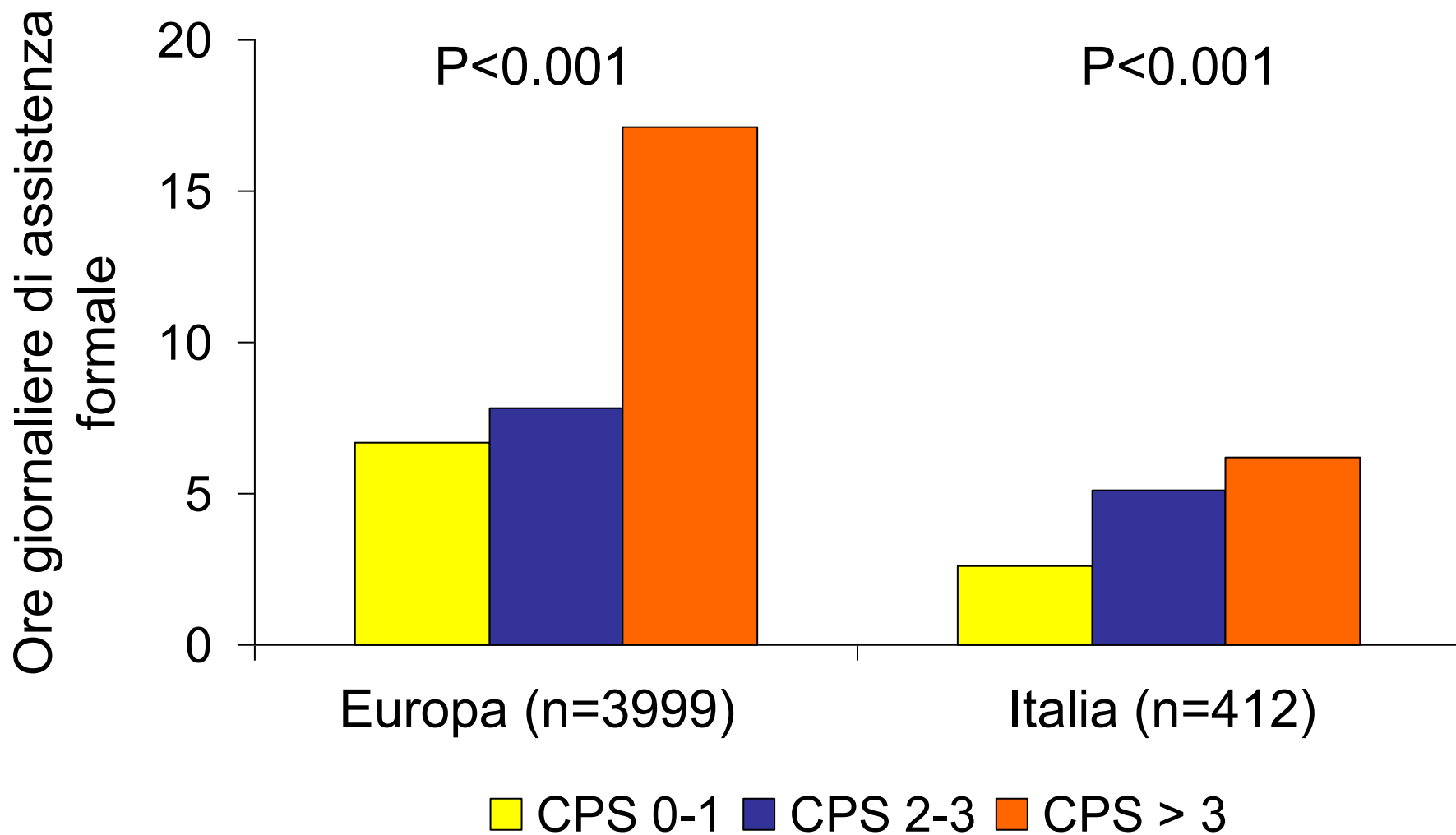
Il caregiver non è in grado di continuare a prestare assistenza



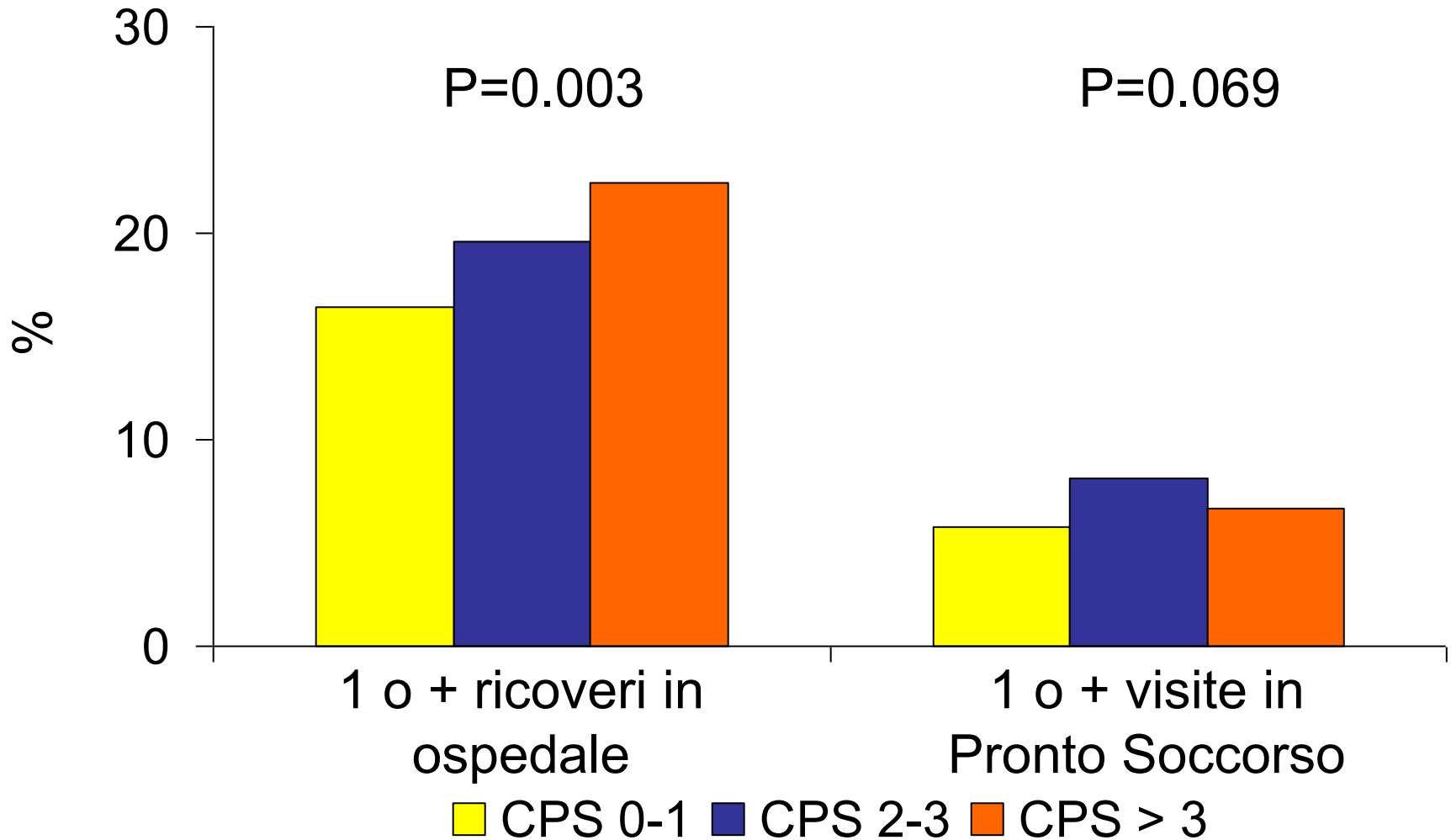
Ore di assistenza informale e stato cognitivo



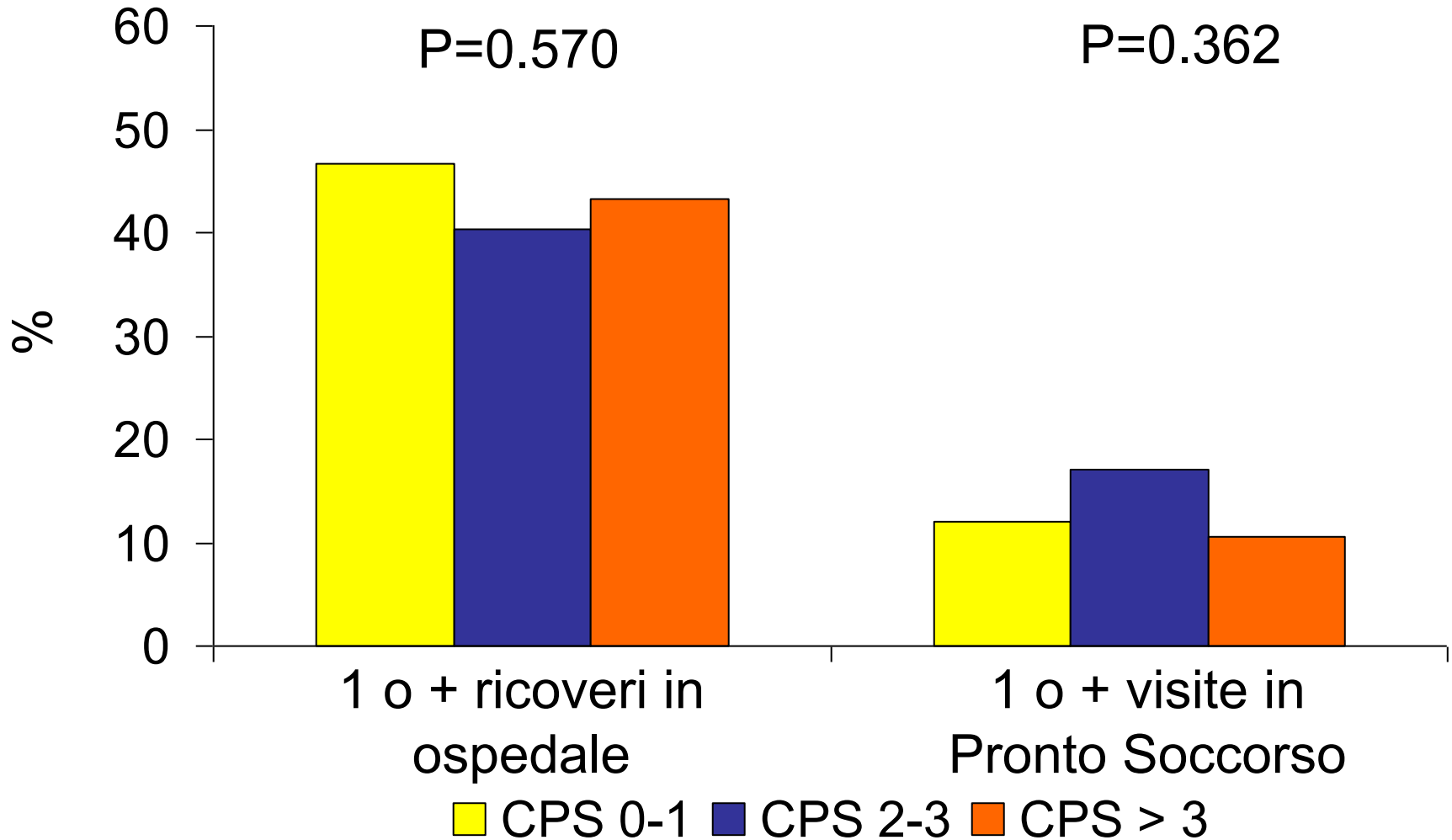
Ore di assistenza formale e stato cognitivo



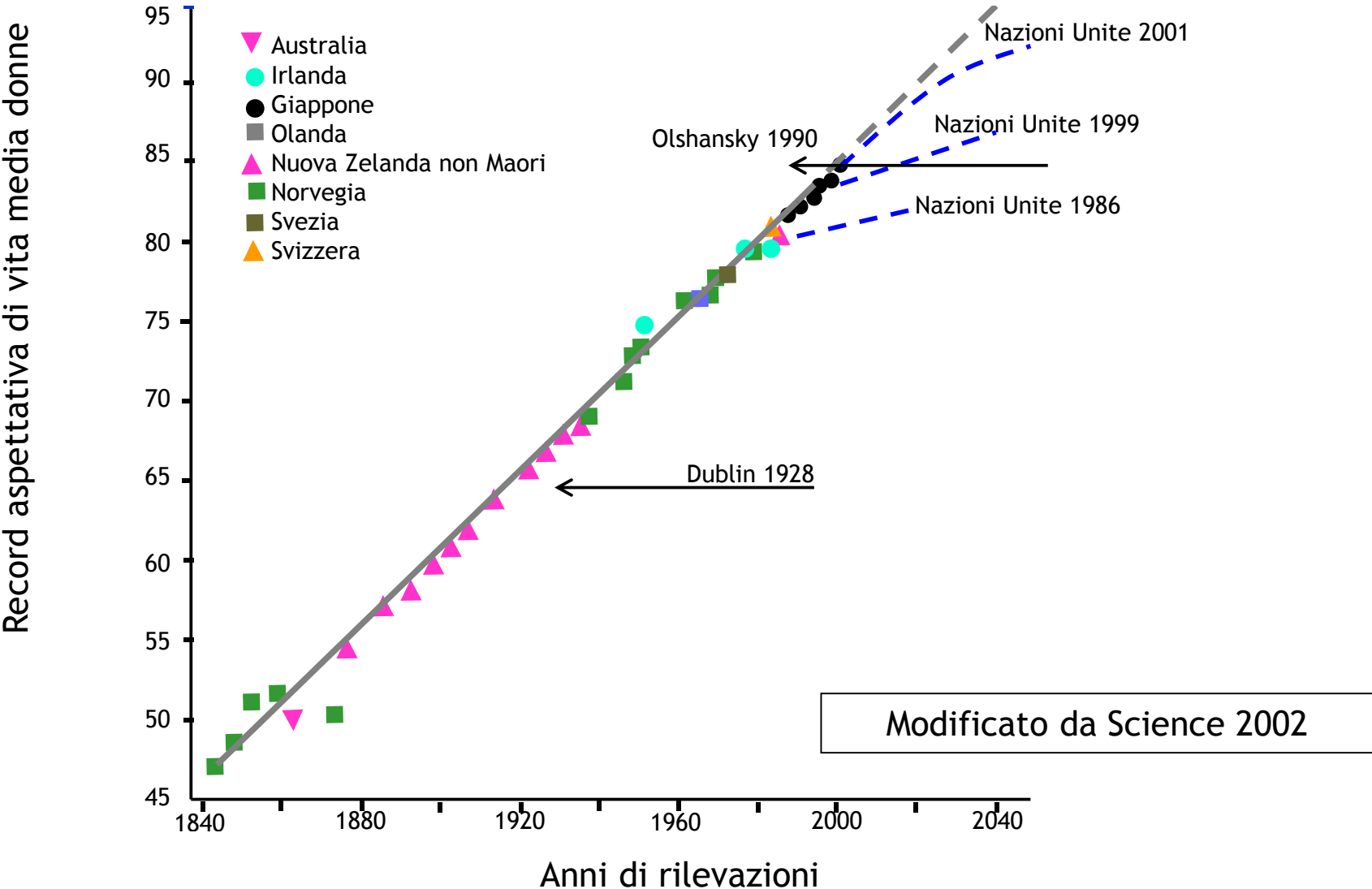
Ricoveri in ospedale e visite in PS - Europa



Ricoveri in ospedale e visite in PS - Italia

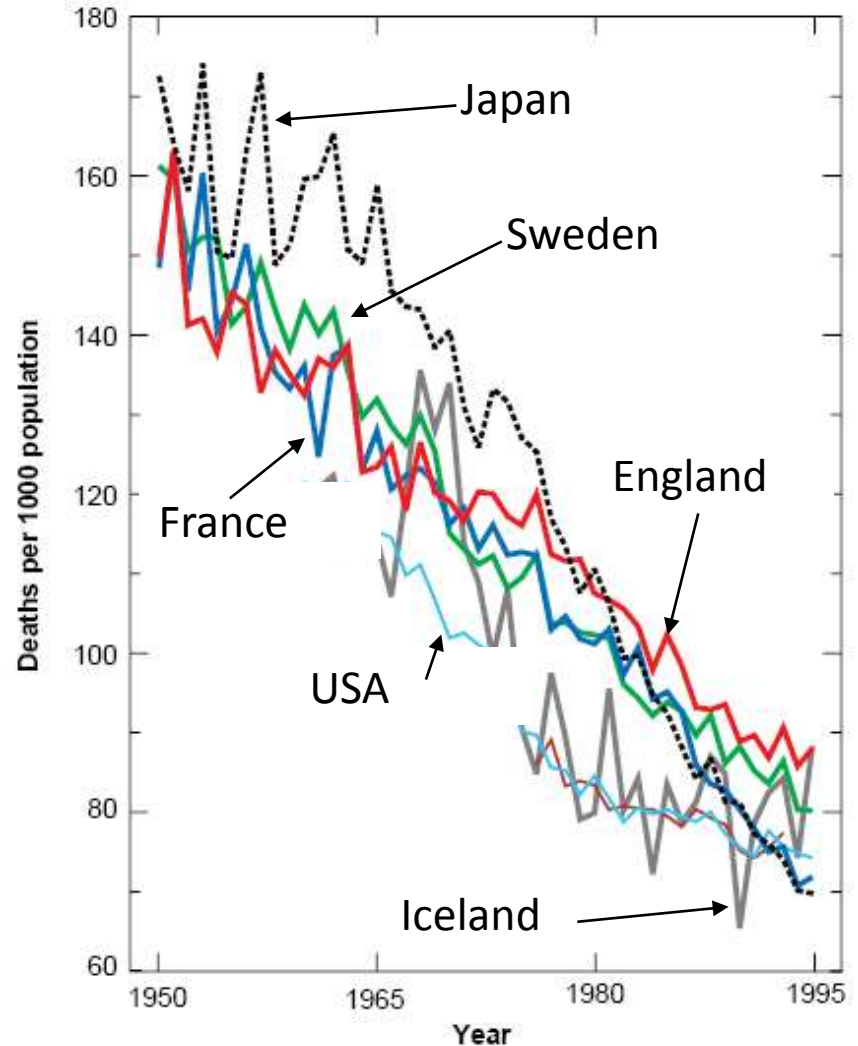


ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA I RECORD DEGLI ULTIMI 160 ANNI



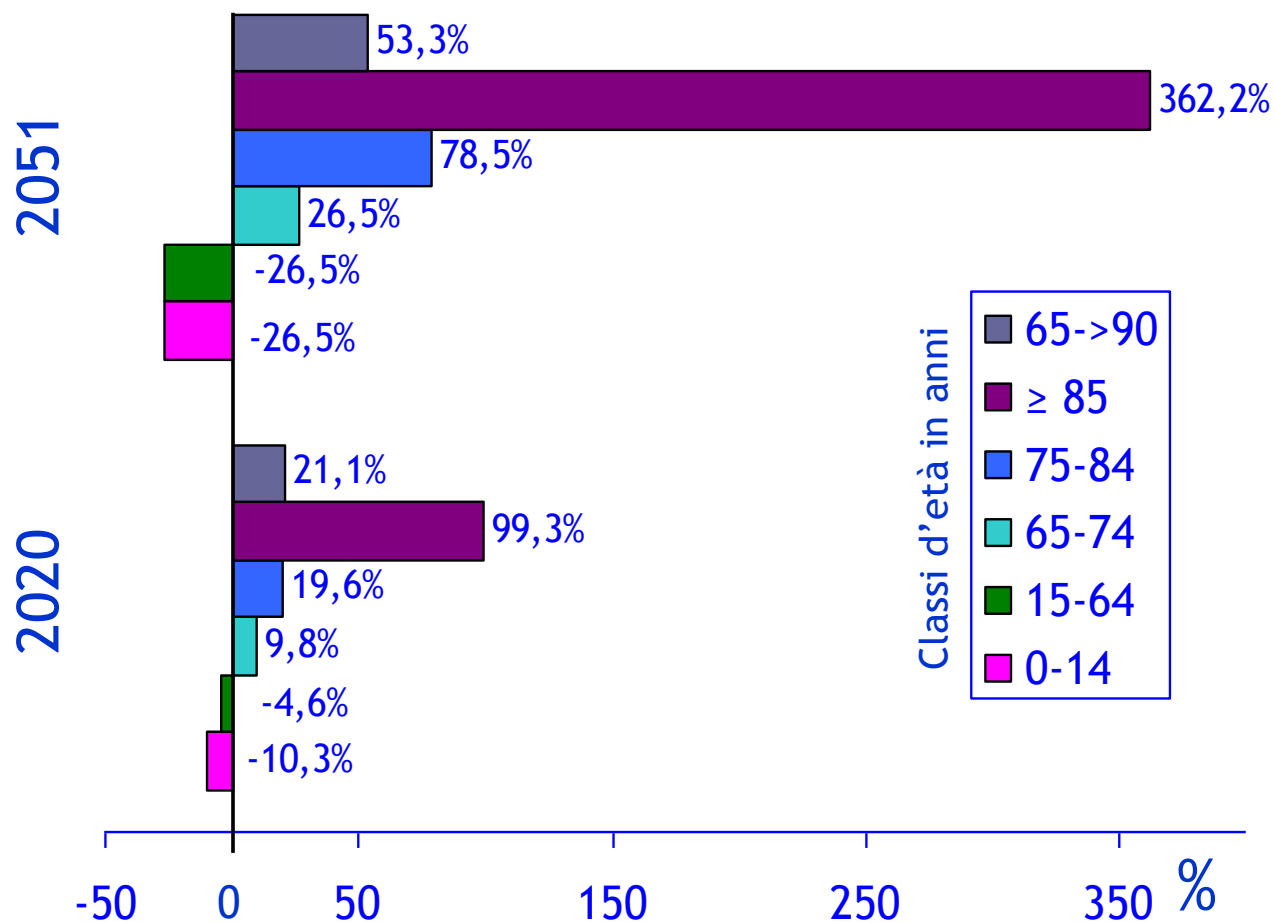
MORTALITA' IN ETA' AVANZATA

Annual rate of decline:
3% for octuagenarians
2% for nonagenarians

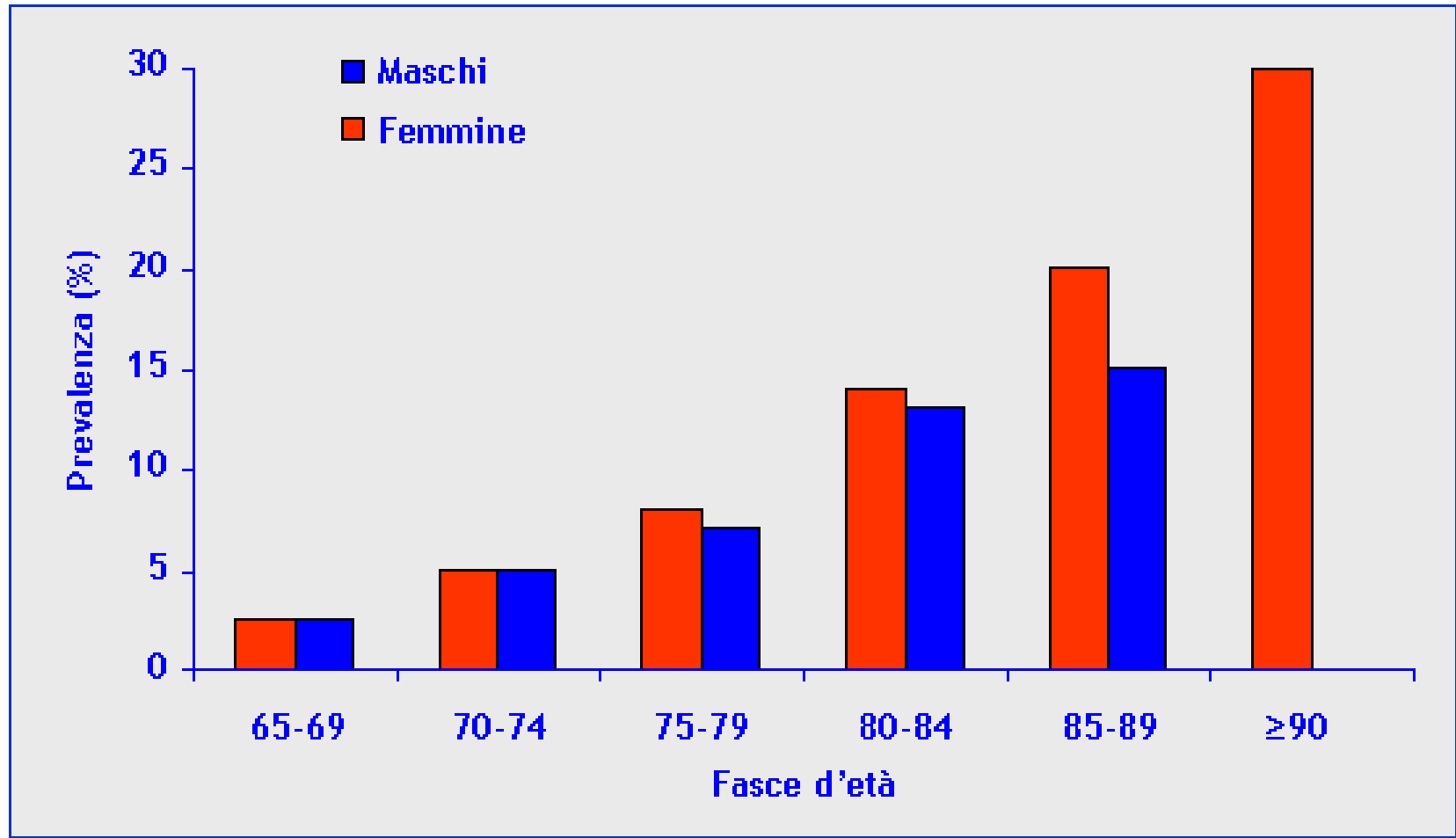


Proiezione ISTAT - Ipotesi media

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

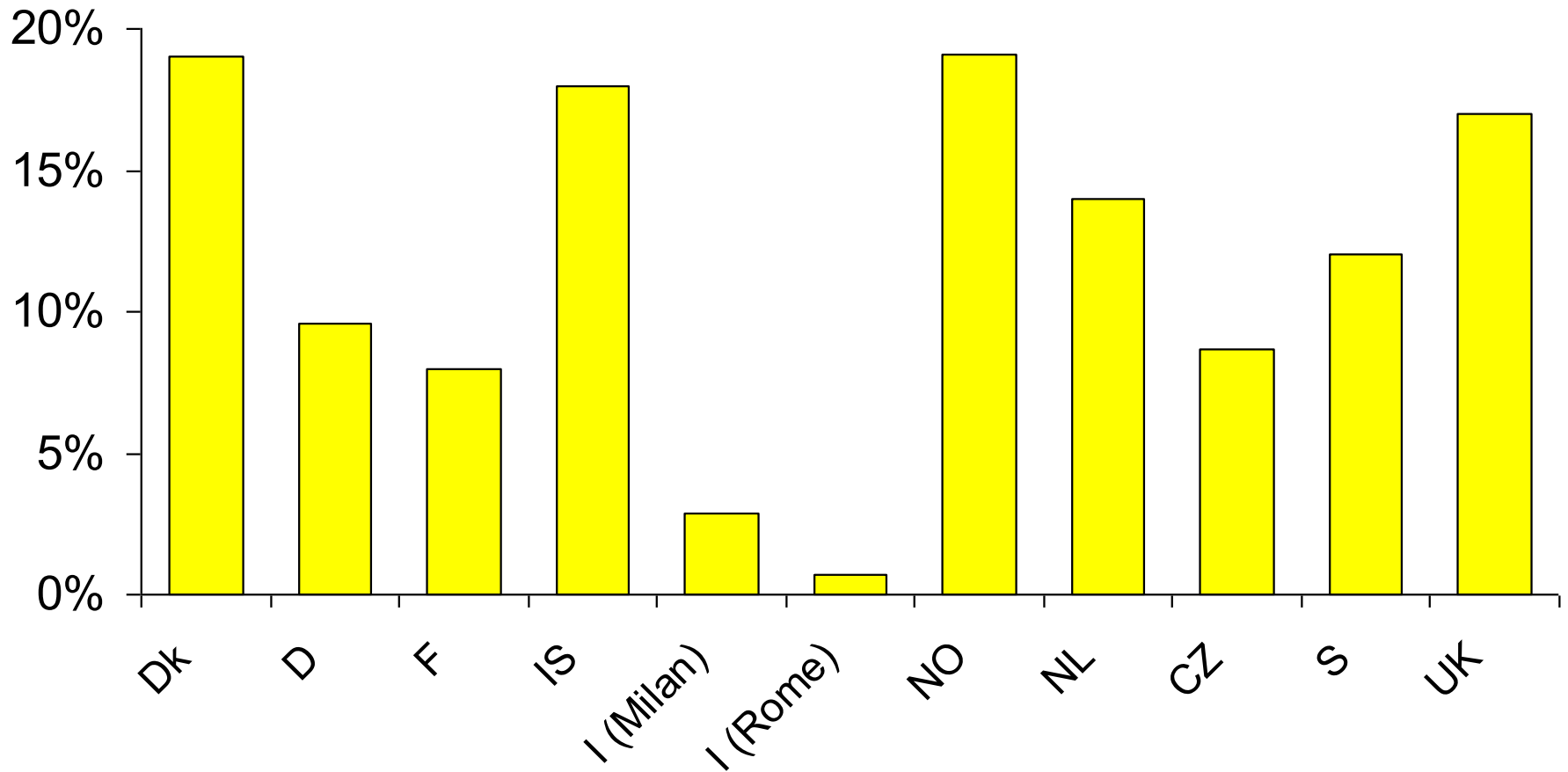


Prevalenza della Demenza



Lobo et al. Neurology 2000

Ultra-sessantacinquenni in ADI in Europa



CPS score e ore di assistenza formale nei pazienti con demenza

