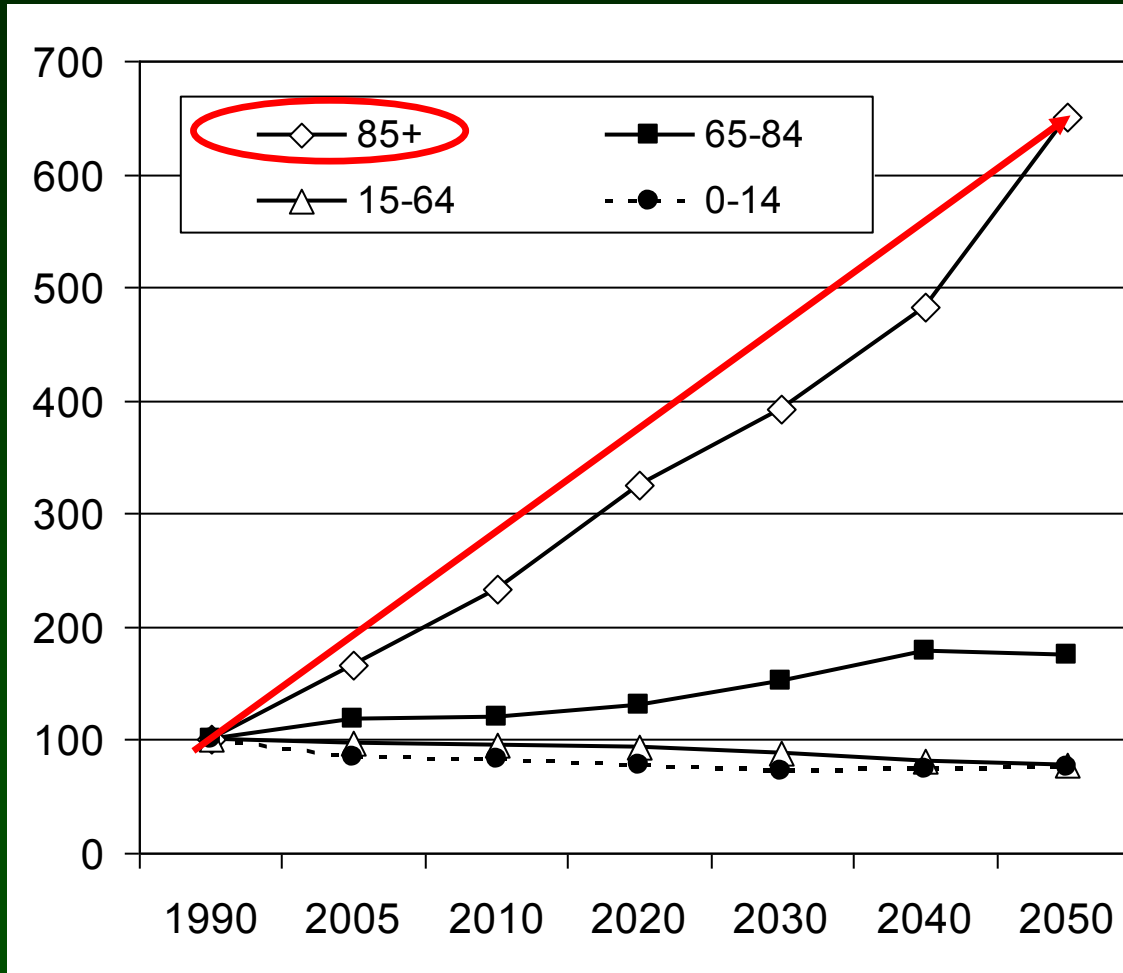




Come prendersi cura del paziente con demenza in tempo di crisi ? La sofferenza del Geriatra

Dott.ssa Maria Chiara Cavallini
SOD Cardiologia e Medicina Geriatrica
AOU Careggi, Firenze

Numeri indice della popolazione italiana, 1990-2050



Classe Età	% Demenza
60-64	0.6%
65-69	1.6%
70-74	3.5%
75-79	7.4%
80-84	15.7%
85-89	26.2%
90-94	41.0%
>95	46.3%

Costi diretti e Indiretti della Demenza

- Le recenti linee guida europee per la Malattia di Alzheimer stimano in **21.000 euro/anno il costo per le cure di una persona con demenza.**
- Il costo totale in Europa è stimato intorno ai **141 miliardi di Euro per anno.**
- Nel 2010 in **Italia:**
 - 60.224.114 abitanti
 - 15.900.568 ultrasessantenni (23.997.491 nel 2050)
 - 1.163.329 casi di Demenza ➔ 2.679.276 nel 2050
 - costi attuali 23.266.580.000 euro/anno
 - ➔ 56.264.796.000 euro/anno nel 2050
- Il **56%** è rappresentato dalle cure informali.



Costi diretti e Indiretti della Demenza

Comparisons (US\$ in 2005)

- Dementia **\$315 billion**
(Wimo, Jönsson, Winblad, Alzheimer's & Dementia, 2007)
- Diabetes **\$56 billion**
(44 billion US\$ in 1997, Logminiene et al. 2004)
- Smoking **\$265 billion**
(200 billion US\$ in 1994, WHO)
- Worldwide military budgets **\$1113 billion**
(SIPRI; 2005))

Basati su una popolazione di 29,3 milioni di soggetti affetti da Demenza



Silver Storm !!

**NON E' UN PAESE
PER VECCHI**



**Il problema gestionale delle DEMENZE è
INELUDIBILE !!!**



Ostinarsi ad affrontarlo secondo schemi tradizionali
consoni ad un'altra distribuzione demografica è
INAPPROPRIATO e COSTOSO
sia sul piano **UMANO**
(paziente, caregiver, personale sanitario/assistenziale)
che **ECONOMICO**

NON SI PUÒ MAI SCAPPARE FACILMENTE

Disorganizzazione

Mancanza di pianificazione

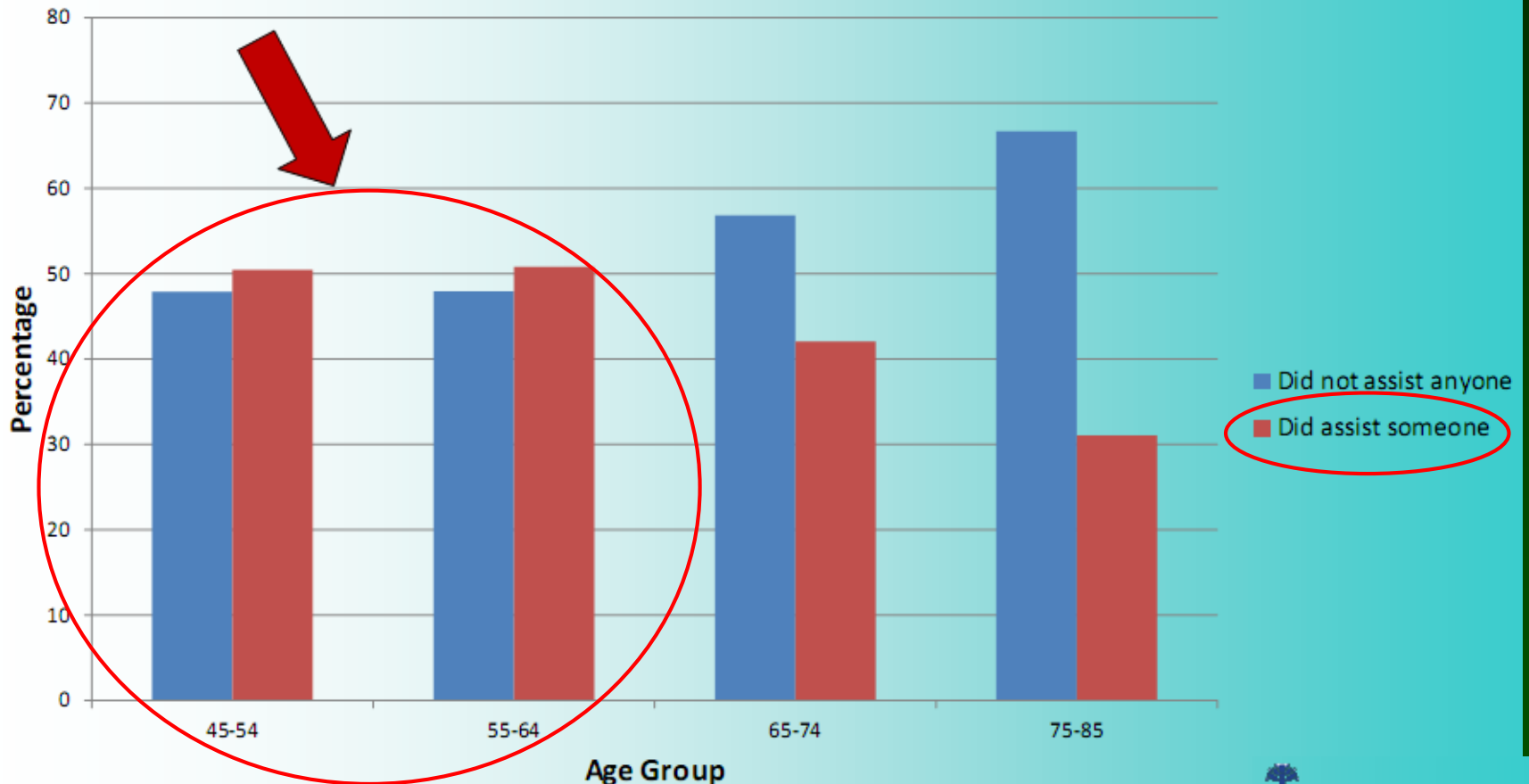
Fatalismo

Ageismo



NON SI PUÒ MAI SCAPPARE FACILMENTE...

Providing Assistance to Another Person in the Past 12 months, 2009



Tratto da Reichman WE, 2011

Proiezioni di popolazione

Residenti in Toscana – 2005 - 2030

stime demenza e non autosufficienza

tutti gli anziani residenti – numeri assoluti

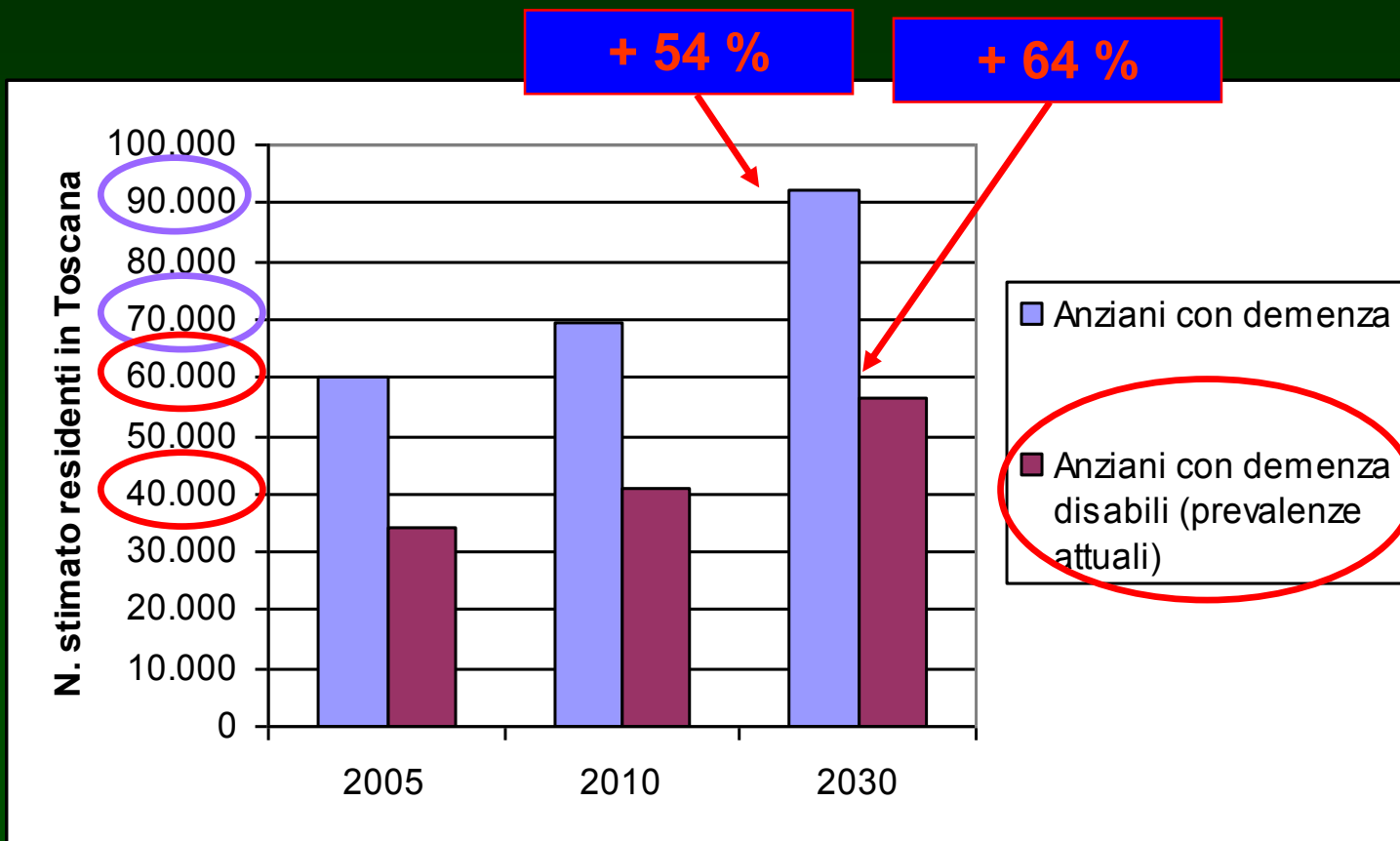


Tabella 1.5

Prevalenza della demenza tra i residenti in Toscana il 1 gennaio 2010, per fascia d'età e genere

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)
65-69	1.002	1,00	1.364	1,20	2.366	1,11
70-74	1.428	1,48	2.676	2,35	4.104	1,95
75-79	6.951	9,21	6.411	6,44	13.362	7,64
80-84	8.807	16,37	15.376	17,82	24.183	17,26
85+	9.417	24,02	30.778	34,74	40.195	31,45
Totale	27.605	7,56	56.607	11,28	84.212	9,71

Tabella 1.7

Distribuzione (%) della prevalenza per livello di disabilità (IADL, BADL) tra i pazienti al domicilio, per fascia d'età e genere

Età	Maschi			Femmine			Totale		
	Lieve	Moderata	Grave	Lieve	Moderata	Grave	Lieve	Moderata	Grave
65-69	100	0	0	80	0	0	88,5	11,5	0
70-74	60	40	0	55,2	44,8	0	76,7	15,8	7,6
75-79	68,4	26,3	5,3	55,2	44,8	0	76,1	17,4	6,4
80-84	44,4	40,7	15,2	55,2	44,8	0	53,7	34,8	11,4
85+	45,5	36,4	18,2	43,2	56,8	18,2	43,7	38,1	18,2
Totale	54,1	33,9	12,1	55,2	30,9	13,9	54,8	31,9	13,3

45% disabilità moderata-grave

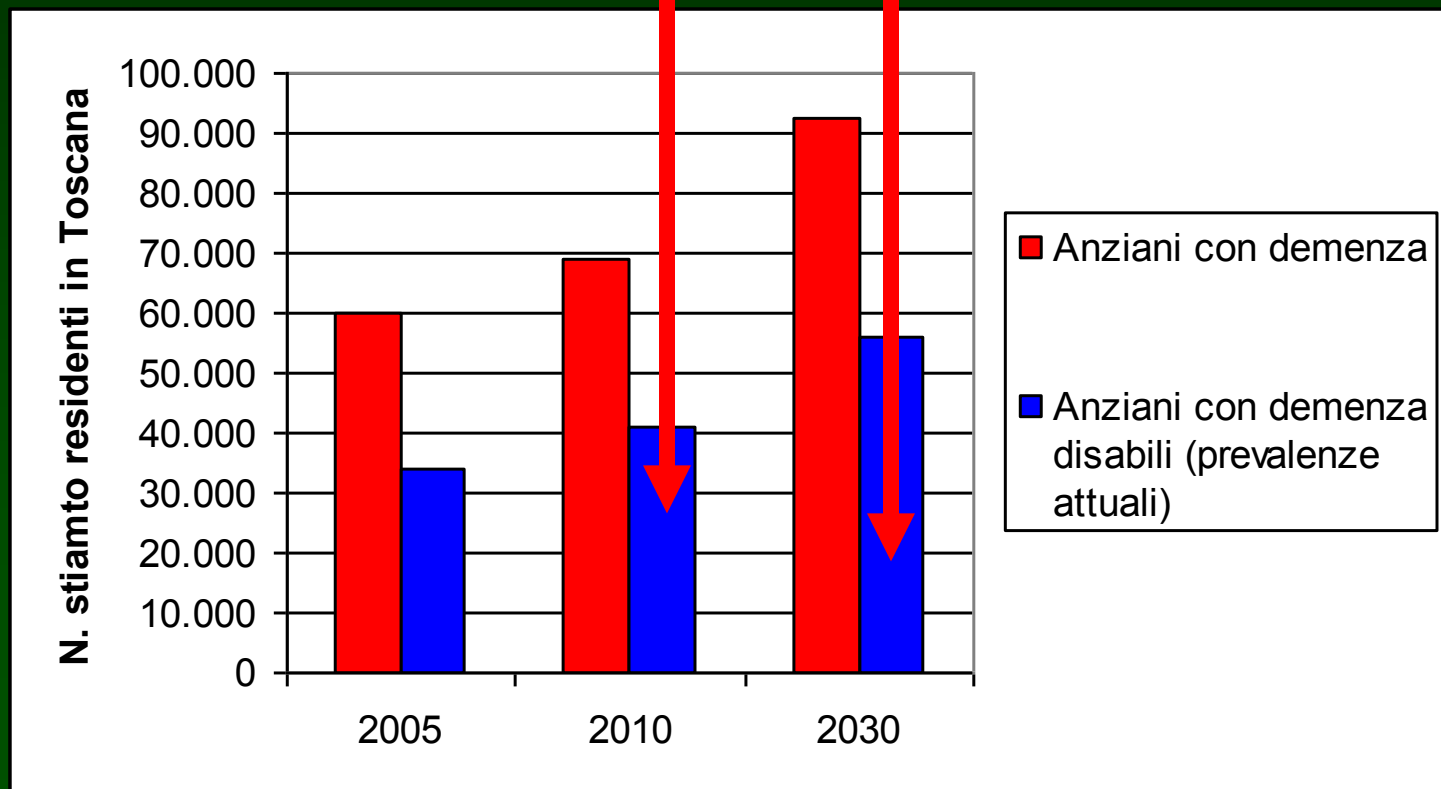
Durata Malattia:

7.5 anni

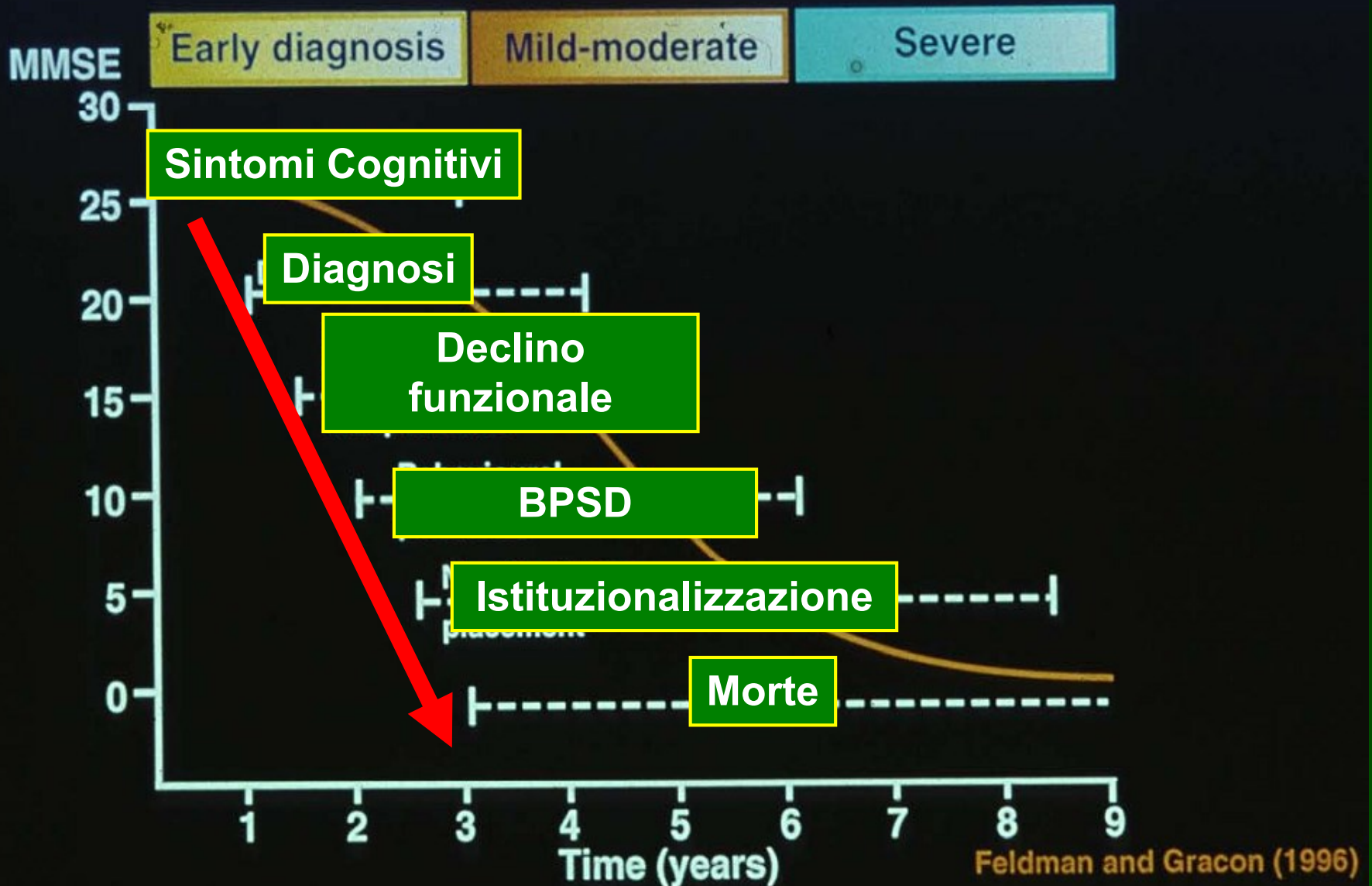
(6.3 uomini
8 donne)

La sfida:

Comprimere la disabilità !



Storia naturale AD



La sfida: Ritardare la Progressione verso la Disabilità + Appropriatezza delle Cure di Fine Vita



... la Sfida adesso è
quella di ottimizzare
Indipendenza e Qualità
di vita di Paziente e
Caregiver in questi anni



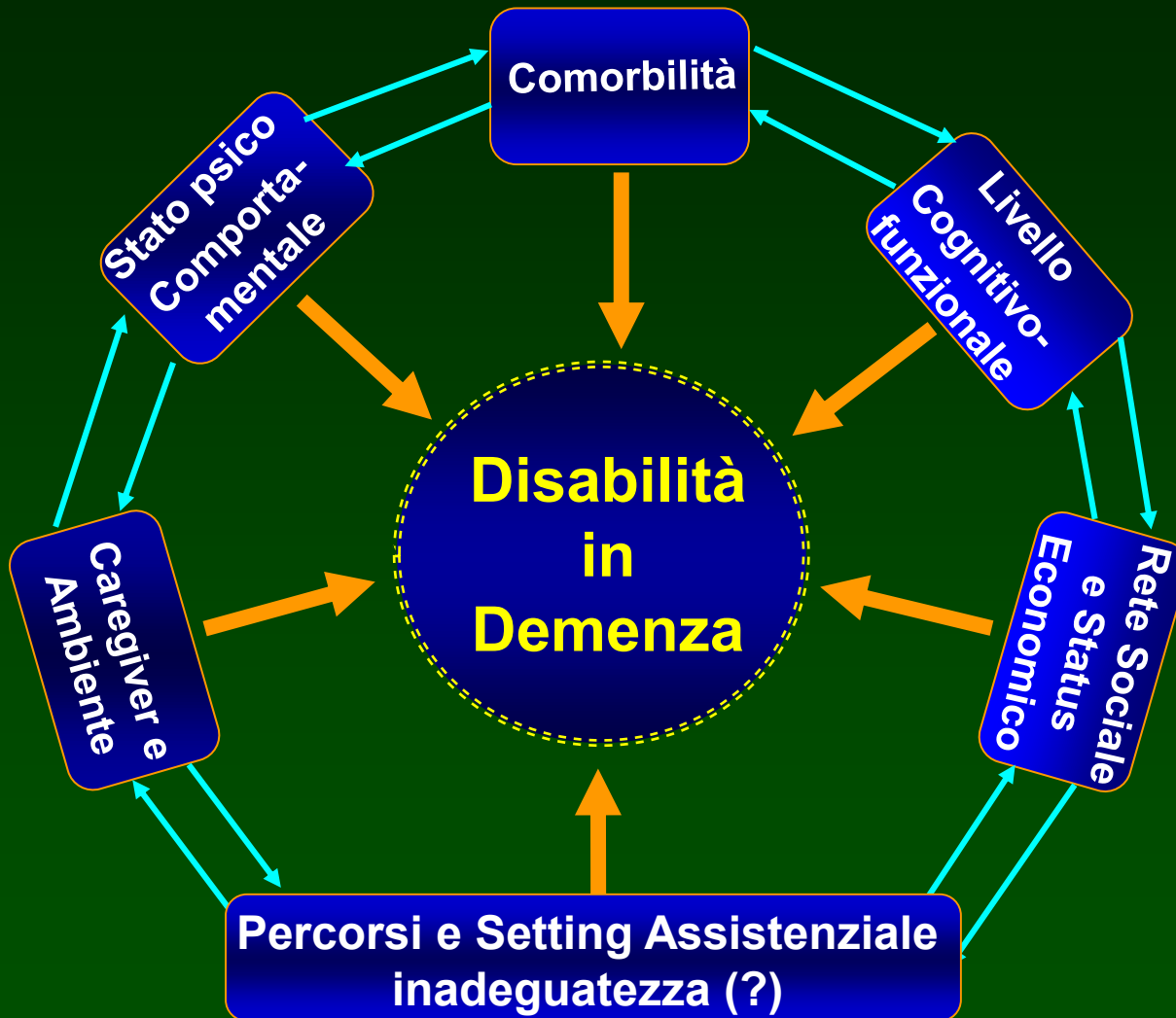
QoL & Cost-Effective !!

... Appropriatezza Cure
di Fine Vita



QoL & Cost-Effective !!

Determinanti della Disabilità nel paziente con Demenza





**Pianificazione
degli Interventi**

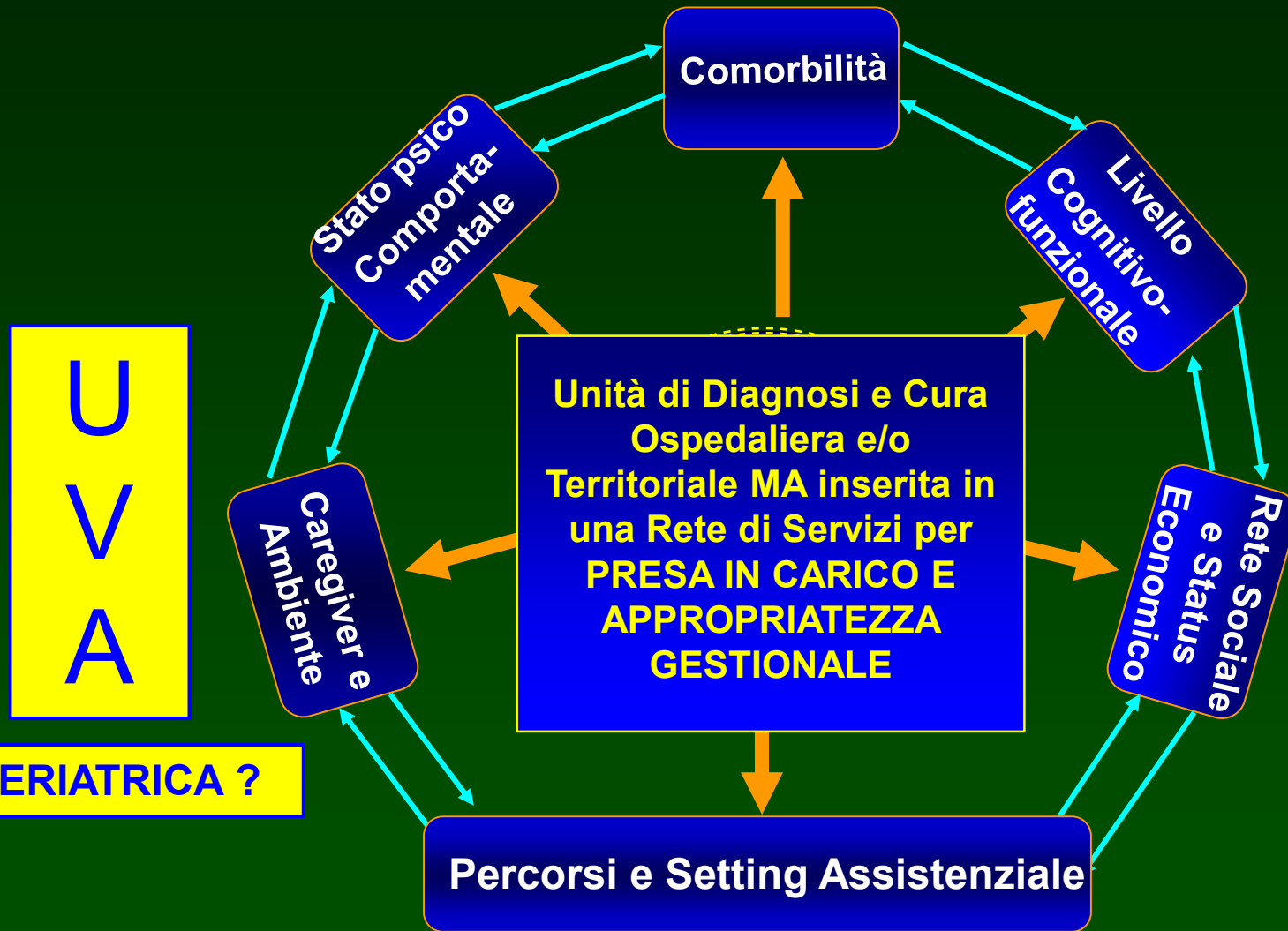


**Riallocazione
delle Risorse**

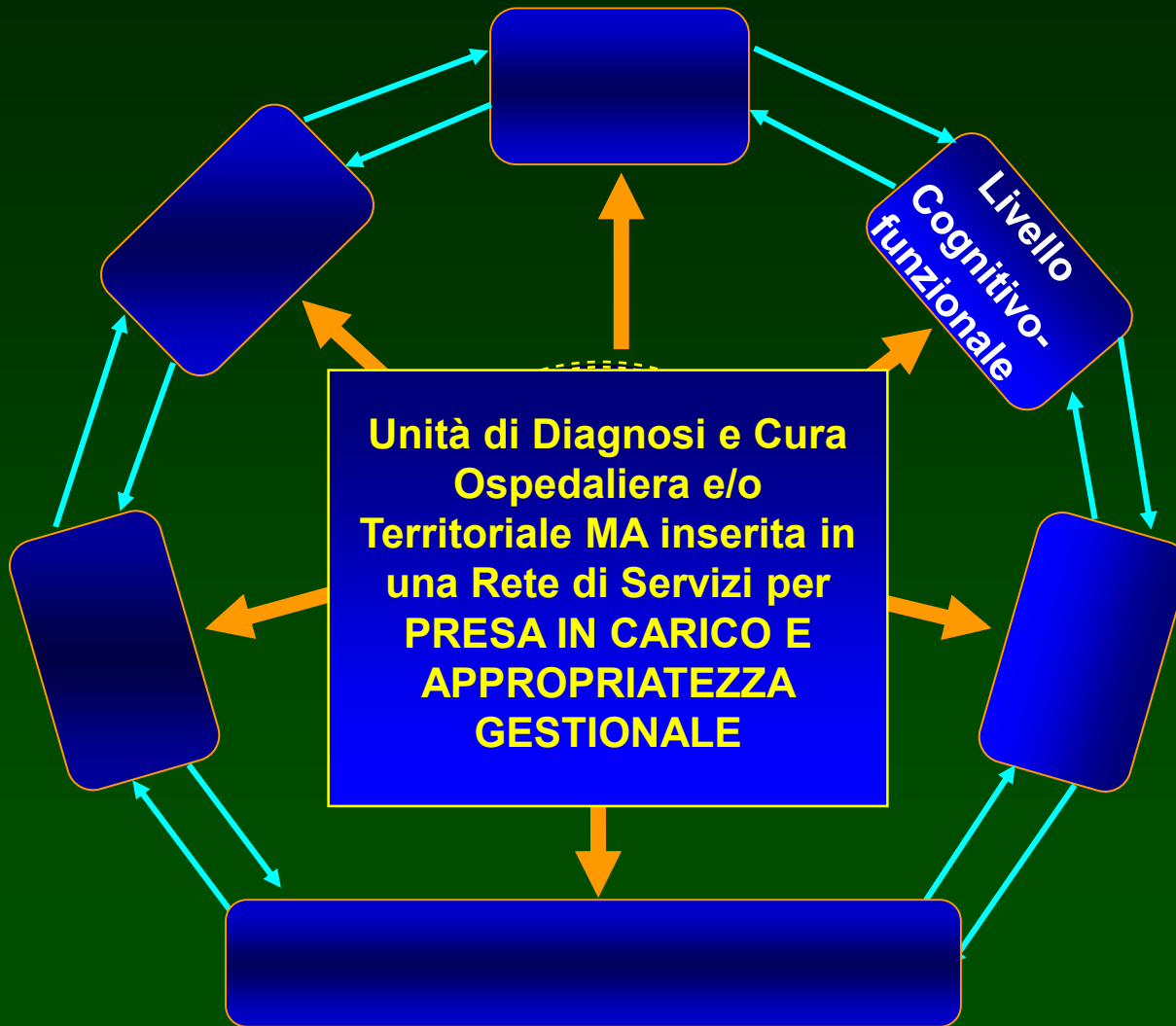


**Miglioramento
Appropriatezza
e Risparmio**

Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



**“Diagnosing Dementia:
See it Sooner”**

Diagnosi Precoce e Trattamento dei Disturbi Cognitivi e del Declino Funzionale: Sintomi CORE

Raccomandazione 11

...nella Malattia di Alzheimer in stadio lieve e moderato, deve essere valutata la possibilità di un trattamento con **Inibitori delle acetilcolinesterasi**, la cui efficacia è stata **dimostrata sui sintomi “core” della malattia** ... Nei pazienti con Malattia di Alzheimer moderata-grave deve essere valutata la possibilità di istituire un trattamento con **Memantina** per il trattamento dei sintomi “core” della malattia.

Livello I , Forza A



U.S. Department of Health & Human Services



Agency for Healthcare Research and Quality

Advancing Excellence in Health Care



National Guideline
Clearinghouse

Settembre 2011

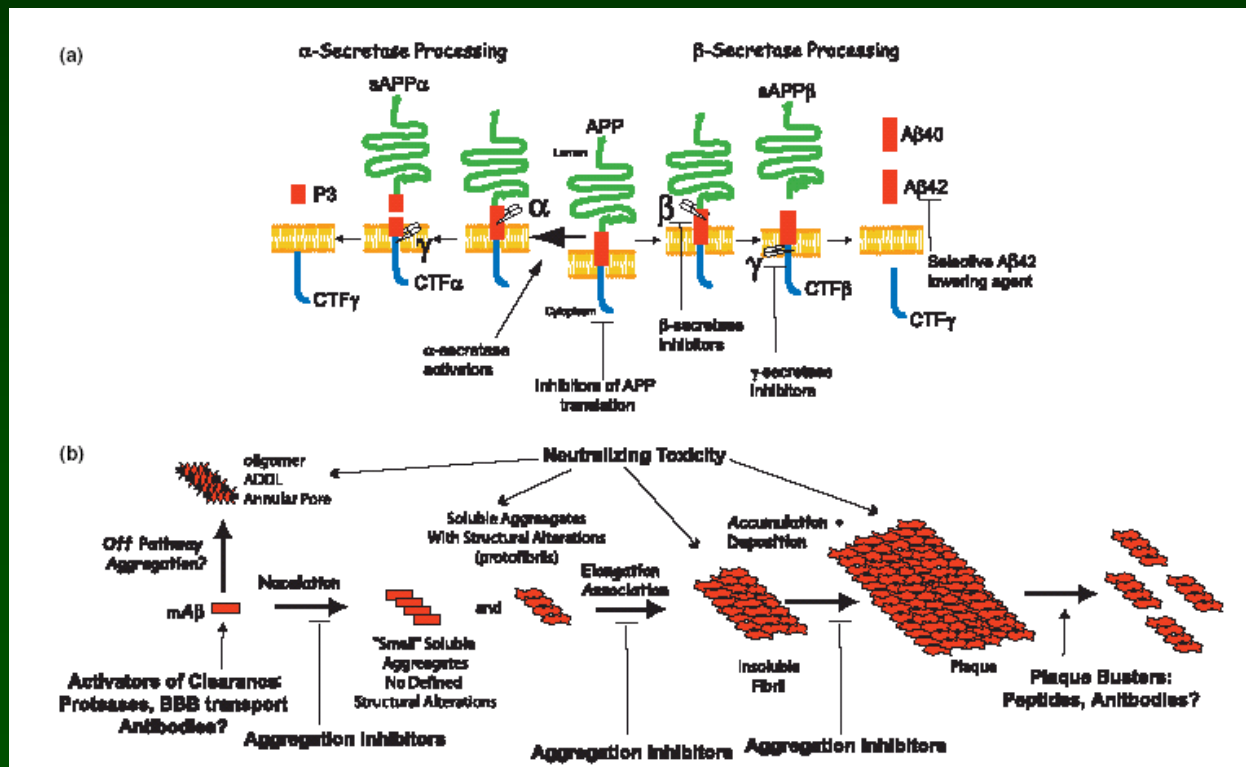
Linee guida
Sindrome demenza
della Regione Toscana

Luglio 2011



Disease modifying therapy for AD?

ClinicalTrials.gov, U.S. NIH:
933 studi in corso su "AD treatment"
al 29 maggio 2013

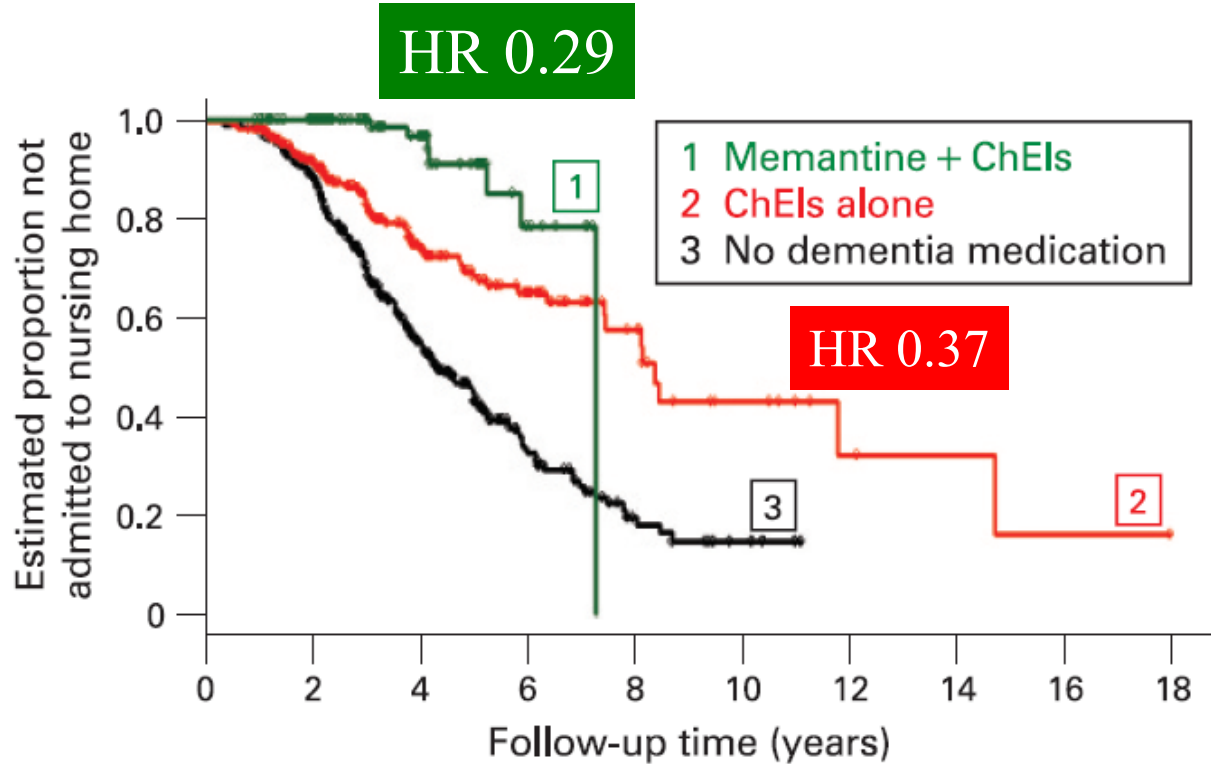


Long-term effects of the concomitant use of memantine with cholinesterase inhibition in Alzheimer disease

2009

O L Lopez, J T Becker, A S Wahed, J Saxton, R A Sweet, D A Wolk, W Klunk and S T DeKosky

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009



•943 pazienti con AD moderata-grave (MMSE medio 18), almeno 1 anno di follow-up

Memantina + ChEI
140 (14.9%)

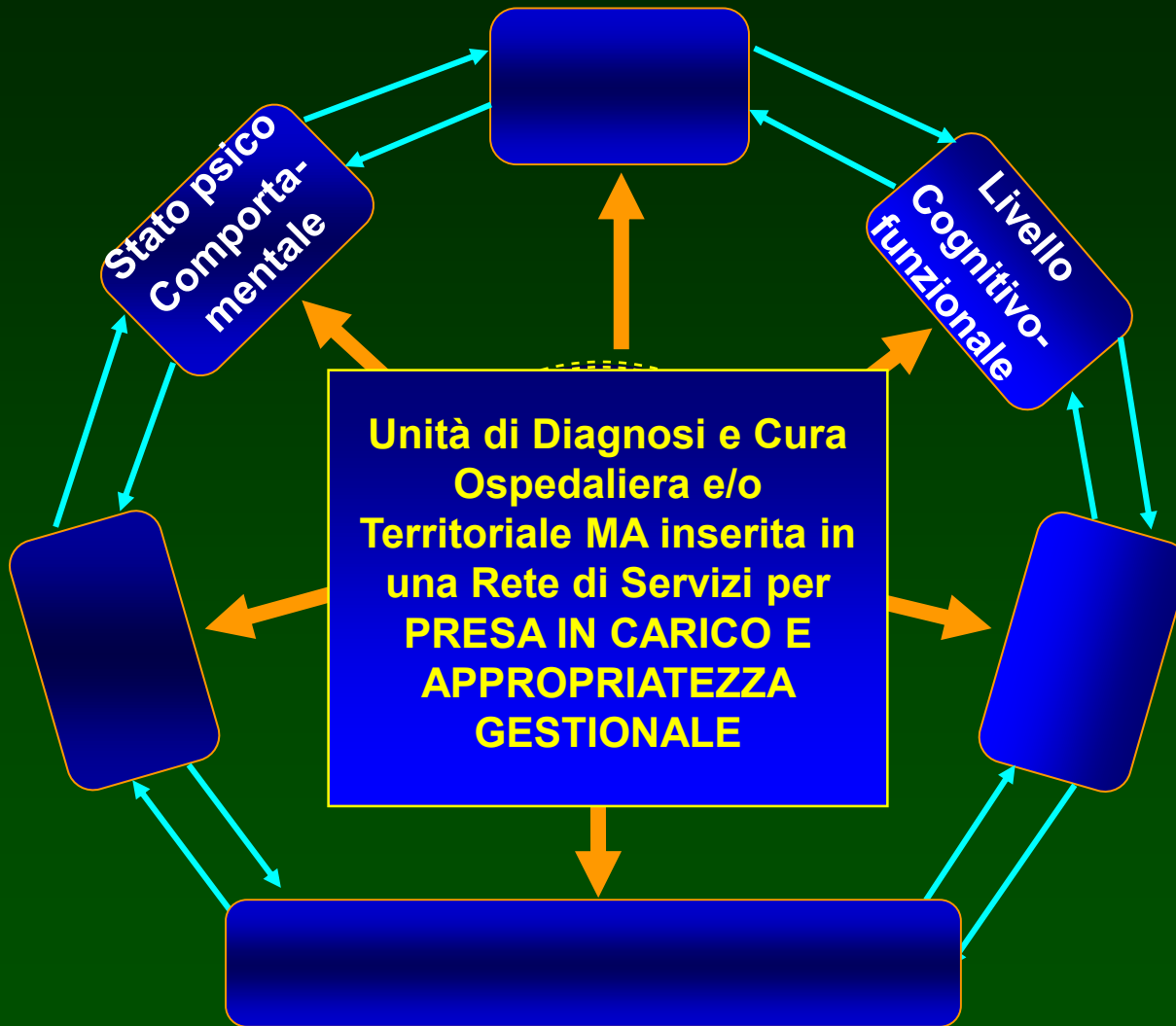
ChEI: 387 (45%)

Nessun farmaco:
416 (40%)

Figure 2 Time to nursing home admission in Cohort 1. ChEIs.

ChEI + Memantina e ↓ rischio di istituzionalizzazione

Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



Implicazioni dello scompenso comportamentale:

Ridotta qualità della vita del Paziente e del Caregiver

Stress del Caregiver

Disturbi Psico-Comportamentali

Peggioramento prestazioni Cognitive e Aumento Disabilità

Aumento significativo Costi gestionali

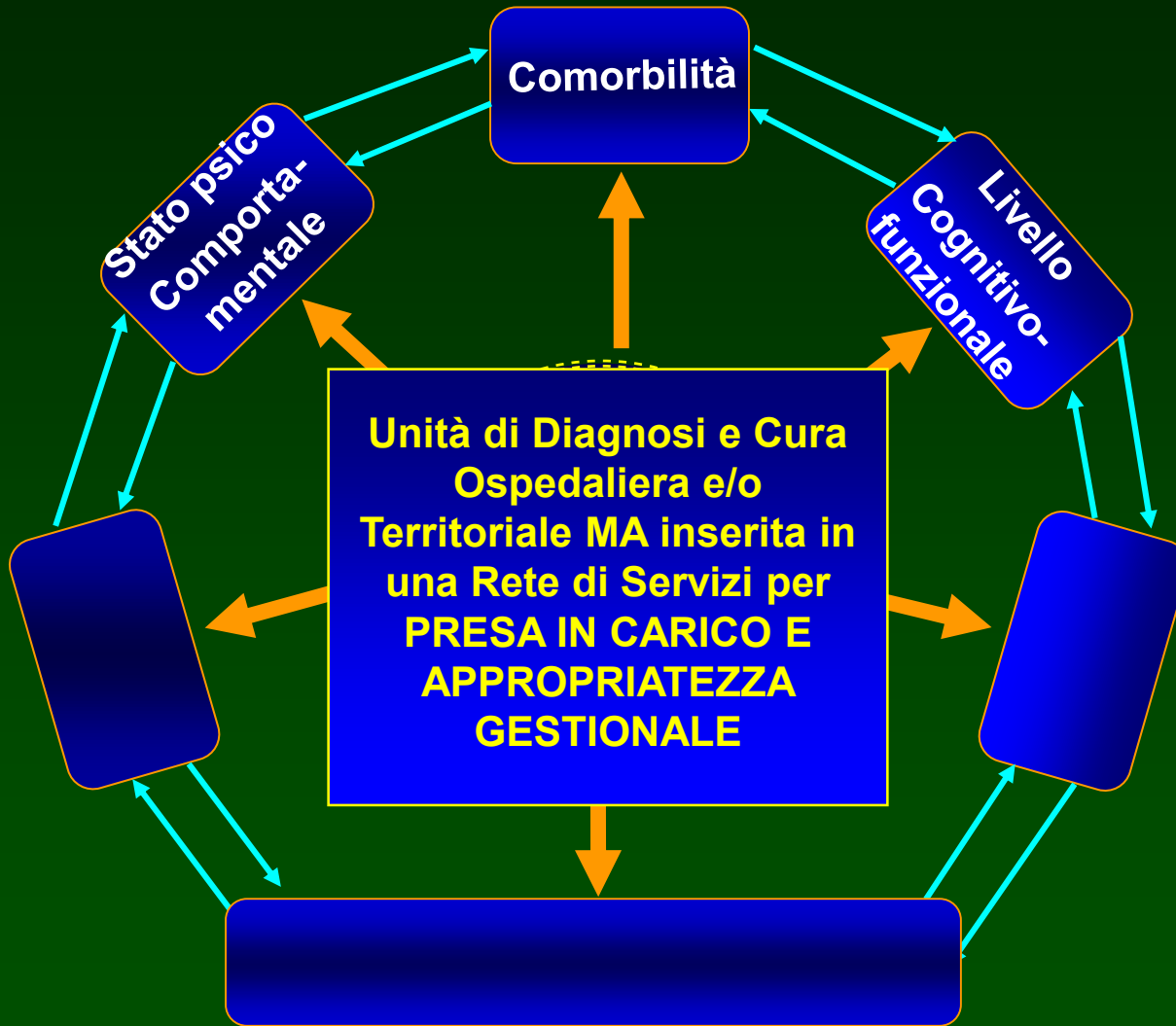
Ricorso alla Istituzionalizzazione

Aumento delle Ospedalizzazioni

Prevenzione e Gestione dello Scompenso Comportamentale:

- ✓ Diagnosi e terapia di eventuali **cause mediche** scatenanti
- ✓ **Informazione e supporto psicologico al caregiver**
- ✓ Attenzione all'**ambiente di vita** e alla **comunicazione**
- ✓ **Approccio comportamentale**
- ✓ **Trattamento farmacologico**
- ✓ **Stretto monitoraggio del Centro, anche telefonico**
- ✓ Inserimento in **struttura** adeguata: supporto di strutture di assistenza informale (Centri Anziani, Atelier Alzheimer, Caffè Alzheimer), **Centro Diurno o RSA temporanea, con nucleo specialistico.**

Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



Monitoraggio e Gestione delle Comorbidità

“Nei soggetti con demenza, l'interazione tra comorbidità fisica e compromissione cognitiva determina un grande aumento del livello di disabilità funzionale ...

“Porre attenzione alla comorbidità fisica nelle persone con demenza può fare luce su fattori modificabili cruciali per il processo disabilitante”

Ottimizzare il trattamento di:

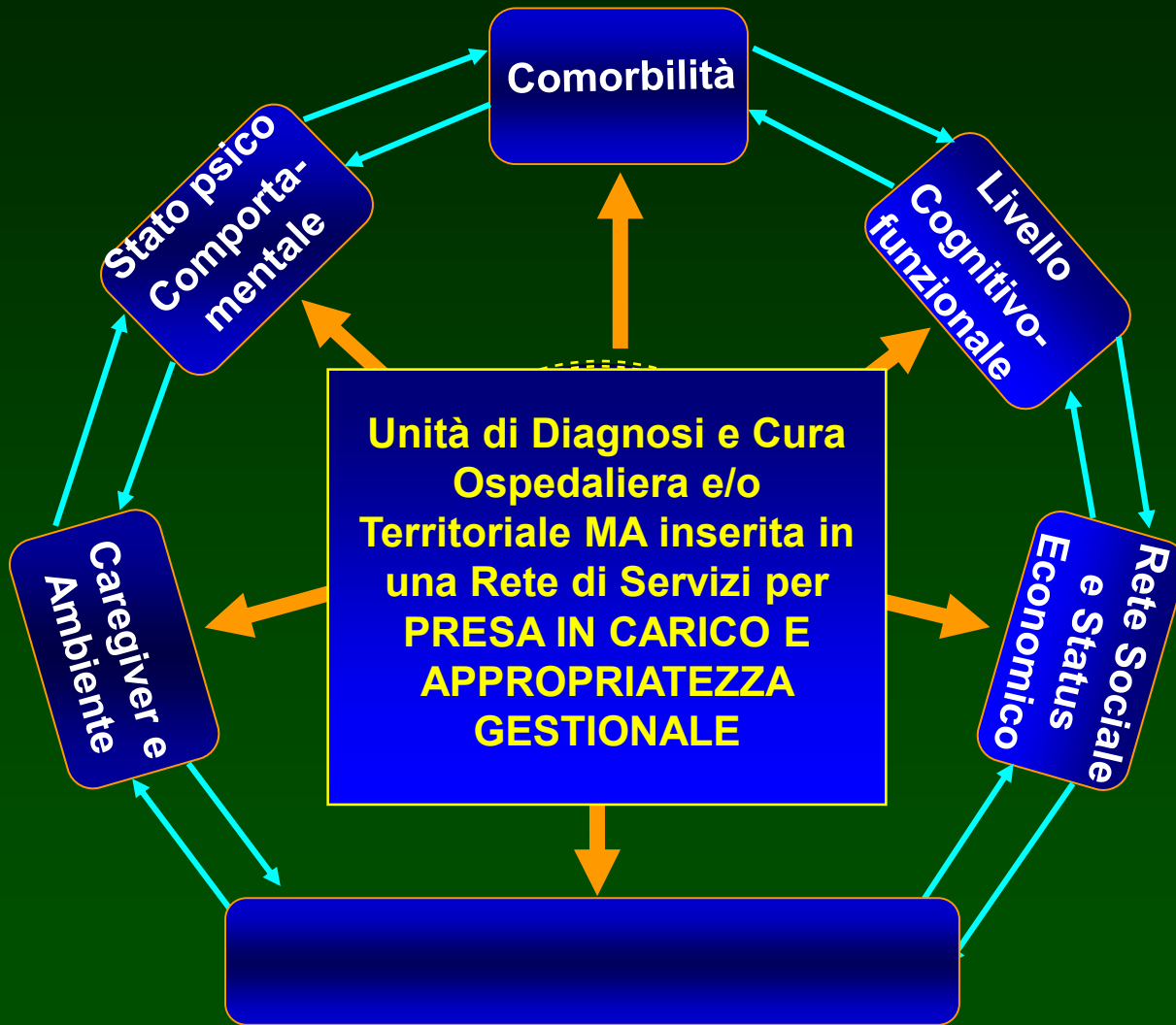
- Deficit sensoriali
- Depressione
- Disturbi del movimento
- Problemi dentali
- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Scompenso cardiaco congestizio
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Ipotiroidismo
- Disturbi del sistema urogenitale

Torres HA et al, J Clinical Epidemiology, 2002



Cummings J. Am Fam Physician. 2002

Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



Tempestivo Sostegno al Caregiver e Attivazione dei Servizi

– **Valutazione precoce capacità del Caregiver:** livello di stress ed entità dei supporti disponibili

– **Informazioni sulla malattia e contatto precoce con i Servizi Socio-Sanitari:** pianificazione dell'assistenza evitando le criticità improvvise


– **Contatto con Associazioni** di familiari e gruppi di supporto

– **Formazione Badanti**

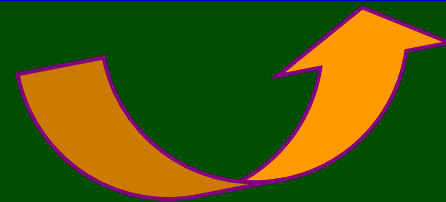
– Esistono chiare evidenze che:

- **L'elevato stress del Caregiver correla strettamente con l'aumentato rischio di istituzionalizzazione, eccesso di mortalità del caregiver, prevalenza di abusi e negligenze**

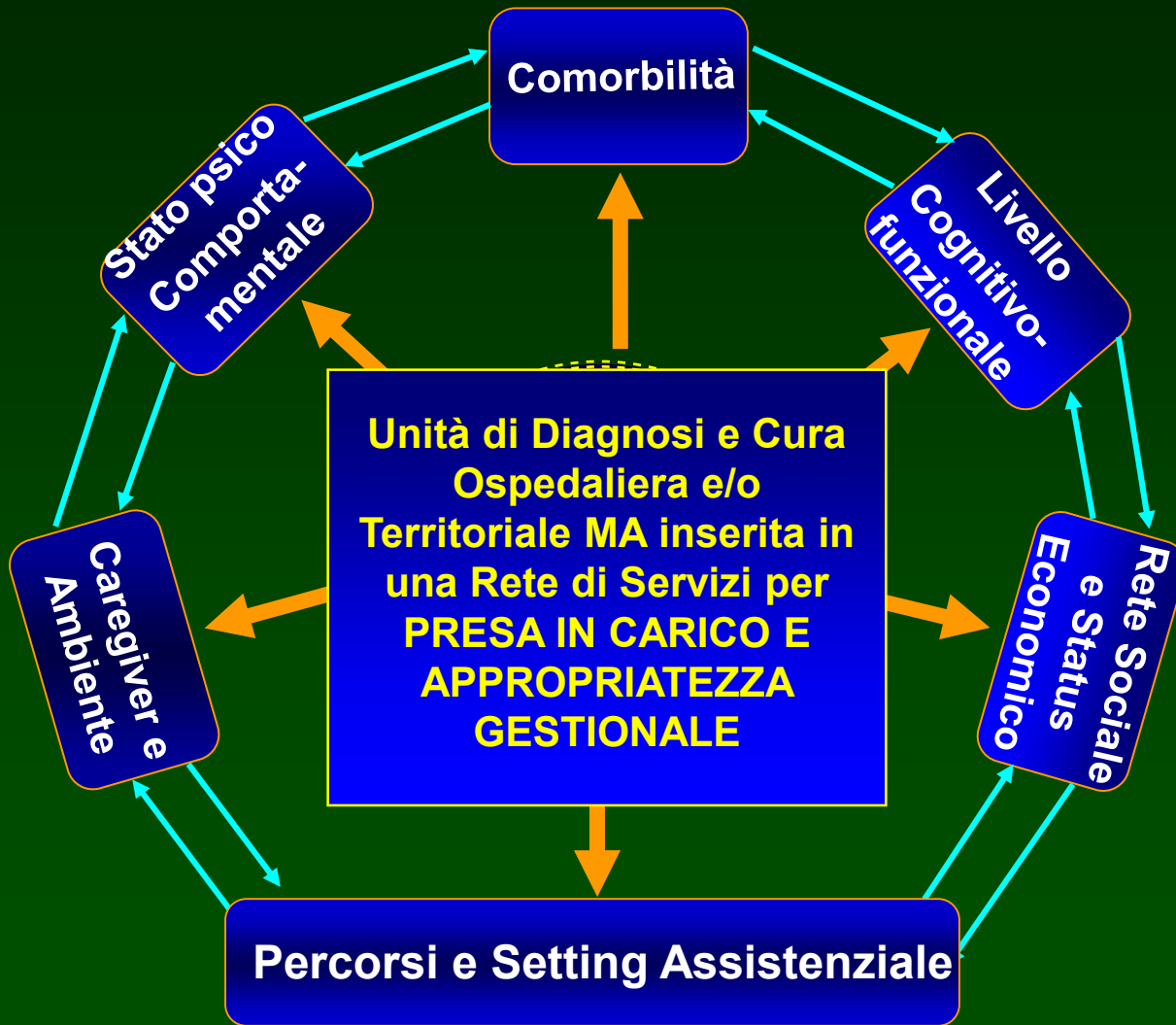
- **Gli interventi a favore dei Caregiver, (informazione, formazione, supporto emotivo) sono efficaci**

–  **stress**

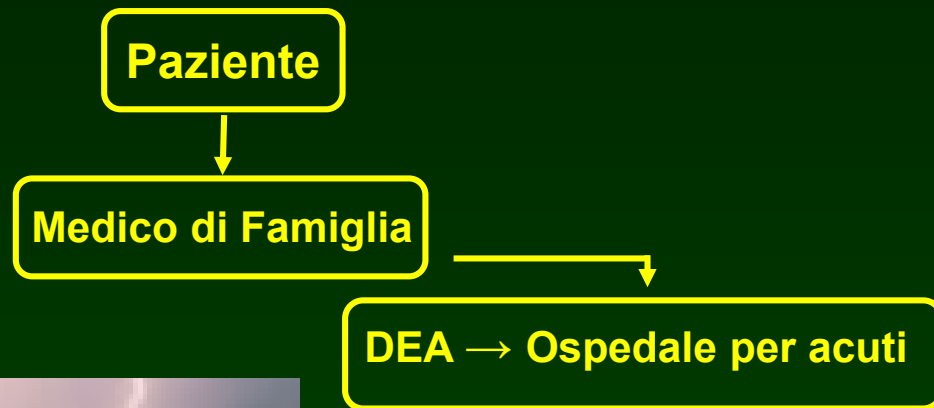
– **ritardare la istituzionalizzazione del paziente**



Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



La Rete dei Servizi Assistenziali per l'Anziano



Ospedalizzazione del Paziente con Demenza

- L'ospedalizzazione può costituire un evento determinante nella vita di un paziente demente: rischio di "Disabilità Catastrofica"
- Declino funzionale/cognitivo e perdita dell'autonomia rappresentano un frequente outcome sfavorevole (Cause: immobilità, ambiente non dedicato)
- Tasso di complicazioni iatrogene nell'anziano ospedalizzato 29-38%
- Aumento rischio di complicazioni iatrogene anziano vs giovane 3-5 volte

Perchè l'ospedalizzazione è rischiosa ?

- **Malattia acuta**
- **Paziente anziano, fragile, vulnerabile**
- **Fattori precipitanti per eventi avversi:**
 - **Prevenibili** ← 
 - **Non prevenibili**

Inouye S, The Hospital Elderl Life Program (HELP), 2000



La valutazione dello stato mentale dell'anziano in DEA: risultati preliminari di un'indagine nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (A.O.U.C.) di Firenze

- **Accessi soggetti ≥ 75 aa al DEA AOUC anno 2010: n. 13873 (25,7% del totale)**
- **n. 1000 cartelle randomizzate, analisi sulle prime n. 200**

	n=169
Età media (anni)	83 \pm 5,3 (75-98)
Genere Femminile	89 (52,7%)
Disease Count medio	4,1 \pm 2,2 (0-10)

Disabilità motoria

Cammino autonomo senza ausilio	9 (5,3%)
Cammino autonomo con ausilio	4 (2,4%)
Con assistenza di persona	6 (3,6%)
Non deambulante	8 (4,7%)
Dato non registrato	142 (84%)

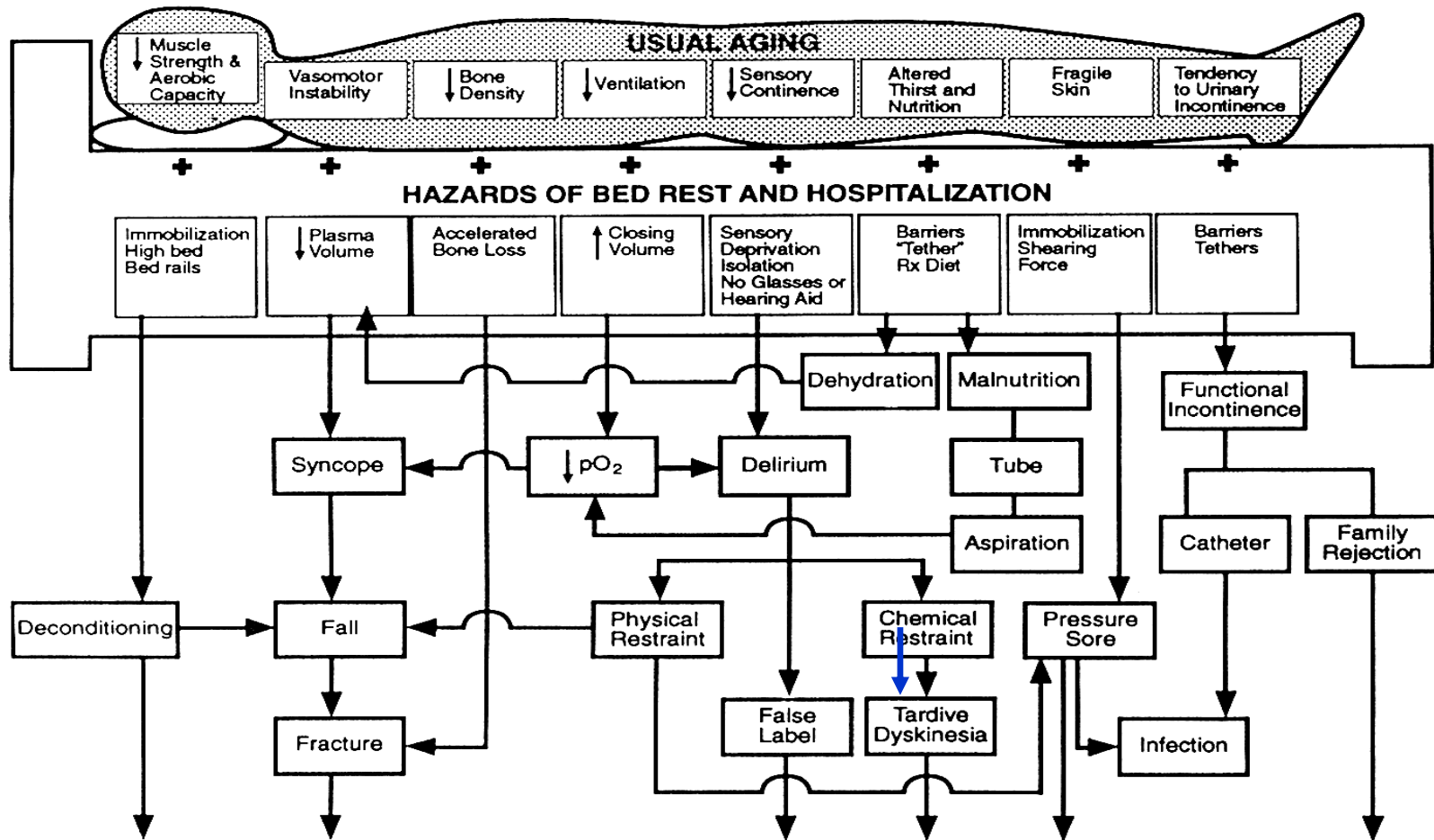
Autonomia nelle BADL

Dato non registrato	154 (91,1%)
Non autonomo	11 (6,5%)
Autonomo	4 (2,4%)

	n=169
Valutazione elementi DSM-IV dg Delirium (orientamento, linguaggio, memoria, attenzione, percezione)	
Adeguata	1 (0,6%)
Parzialmente Adeguata	12 (7,1%)
Inadeguata	156 (92,3%)
Prevalenza dg Delirium	10 (5,9%)
Prevalenza dg Demenza	32 (18,9%)
Prevalenza dg Depressione	27 (15,9%)

Ospedalizzazione del Paziente con Demenza

La Cascata verso la Dipendenza



Family Rejection → Dimissione Complessa - → Istituzionalizzazione

Association Between Incident Dementia and Risk of Hospitalization

Elizabeth A. Phelan, M.D., M.S.^{1,2}, Soo Borson, M.D.³, Louis Grothaus, M.S.⁴, Steven Balch, M.A.⁴, and Eric B. Larson, M.D., M.P.H.⁴

JAMA. 2012

Analisi retrospettiva del tasso di ospedalizzazione in 3019 pts \geq 65 aa, inizialmente non-dementi, di uno studio longitudinale di coorte (1994-2007)

Hospital Admission Rates per 1,000 Person-Years

	Crude Rate ^d		Non-demented (No.)	Adjusted Rate Ratio ^b		Adjusted P-value	
	Dementia Type			AD vs. Non	Other vs. Non	AD vs. Non	Other vs. Non
	AD (No.)	Other ^c (No.)					
All admits	358 (375)	518 (339)	200 (4614)	1.27 ^d (0.93 to 1.50)	1.61 (1.33 to 1.96)	.005	<.0001
ACSC admits	99 (104)	144 (94)	37 (845)	1.65 (1.21 to 2.24)	1.92 (1.39 to 2.66)	.002	<.0001

Ricoveri ospedalieri per ACSCs (Ambulatory Care Sensitive Conditions):
 IVU, BP, RIACUTIZZAZIONE SCOMPENSO CARDIACO, DISIDRATAZIONE

Potenzialmente Prevenibili con proattiva
 Gestione Ambulatoriale/Day Service

Prevention of Unnecessary Hospitalization for Patients With Dementia

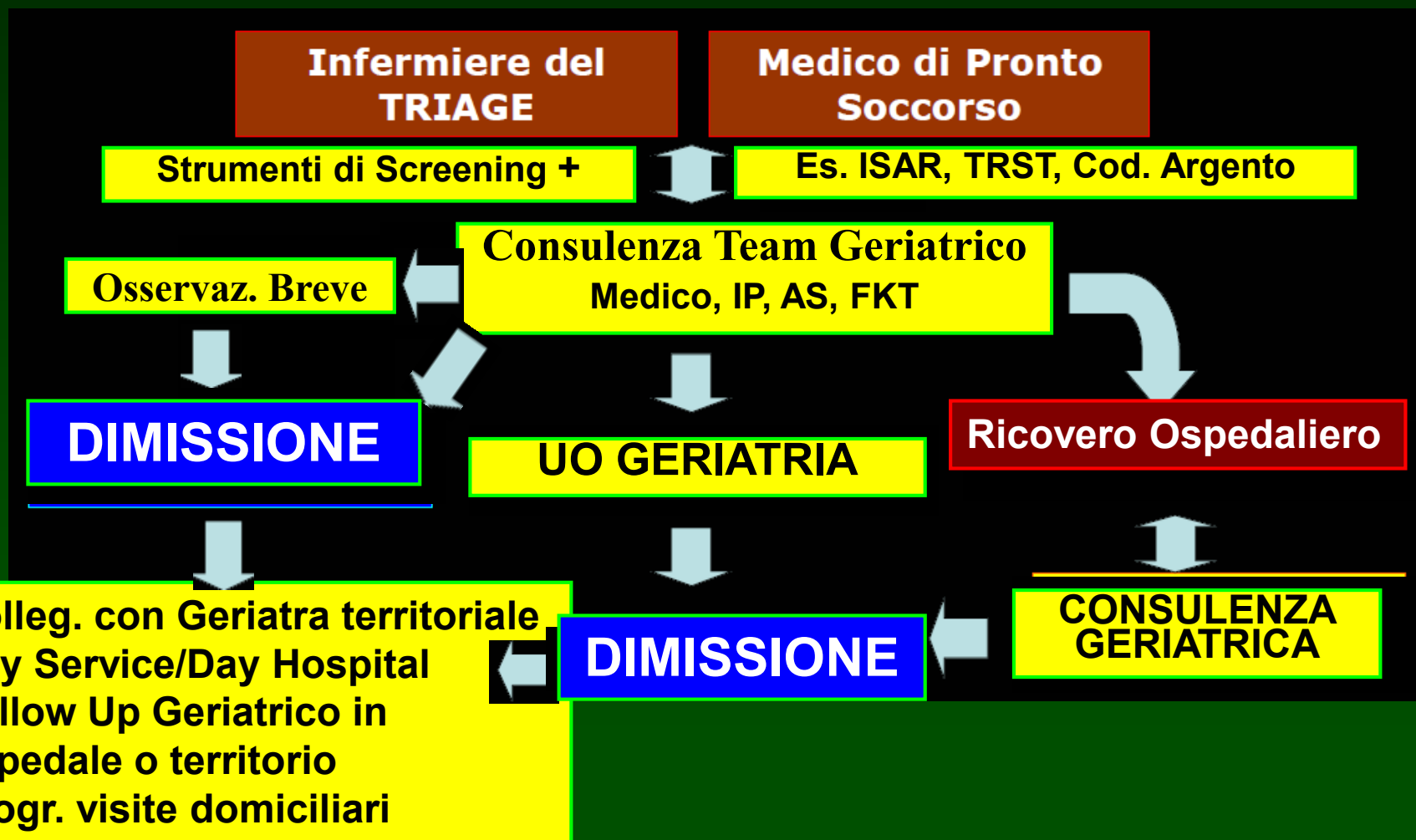
The Role of Ambulatory Care

Constantine G. Lyketsos, MD, MHS

... Efficaci cure Ambulatoriali (Day service, Day Hospital) che prevengano l'ospedalizzazione, mediante una proattiva identificazione e gestione della demenza sono una delle maggiori e realistiche priorità nella risposta della sanità pubblica alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione

A geriatric consultation team in the emergency department.

Gold S, Bergman H.



Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



The GERI-ED

at Mount Sinai GH, NYC

The New York Times

April 9, 2012

- ↓ **Riduce ricoveri ospedalieri**
- ↑ **Migliora appropriatezza dei ricoveri**
- ↓ **Riduce declino funzionale e cognitivo**
- Pianifica la dimissione e i follow up**
- ↓ **Ritorni Precoci DEA (dal 20 al 1%)**



Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis

Juan J Baztán, consultant geriatrician,¹ Francisco M Suárez-García, geriatrician,² Jesús López-Arrieta, consultant geriatrician,³ Leocadio Rodríguez-Mañas, chief of department,⁴ Fernando Rodríguez-Artalejo, professor of preventive medicine and public health^{5,6}

- ↓ **Riduce il declino cognitivo e funzionale**
- ↓ **Riduce l'istituzionalizzazione**
- NON aumenta i costi intraospedalieri**
- NON aumenta le reammissioni**

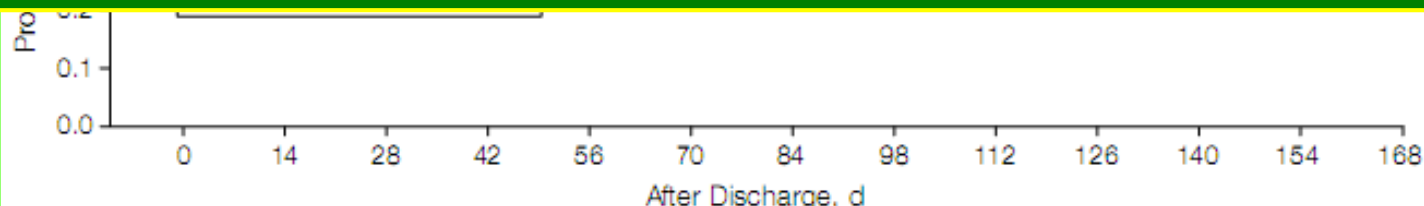
Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders

A Randomized Clinical Trial

Naylor MD et al JAMA, 2010

Figure 2. Time to First Hospital Readmission for Any Reason

- ↓ **Riduce la durata dei ricoveri**
- ↓ **Riduce le riammissioni ospedaliere**
- ↓ **Riduce l'istituzionalizzazione**



177 pts Gruppo Intervento e 186 controlli, età media 75, ricoverati per 1 comune patologia, valutati a rischio mediante VMG per future riammissioni.

FU fino a 24 wks: Gruppo Intervento: ridotti tempi di degenza, riduzione tasso di riammissioni ospedaliere, dimezzamento dei costi (rimborsi Medicare)



Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi


CONTINUITA' DELLE CURE PER I PAZIENTI CON DEMENTIA e BPSD RICOVERATI PRESSO SOD MEDICHE e CHIRURGICHE DELLA AOUC

**Agenzia Continuità Assistenziale -
Ambulatorio per i Disturbi Cognitivi
SOD Cardiologia e Medicina Geriatrica**

**Pazienti con Demenza e BPSD ricoverati
AOUC, a rischio di Declino Funzionale e
Cognitivo da Ospedalizzazione e/o storia
di Ripetuti Ricoveri Ospedalieri**

- Inserimento di n. 23 pazienti 2/2012-2/2013
- Solo 6/23 re-ricoveri/anno (+ 3 decessi) vs 20/23 re-ricoveri nel precedente anno della stessa popolazione

Obiettivo:

-  **durata degenza,**
- **presa in carico Ambulatoriale con monitoraggio trattamento e identificazione supporti assistenziali per BPSD**
- **supporto alla permanenza a domicilio**

Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress.

- **OBIETTIVI:**

- Valutare gli effetti di un programma assistenziale in Centro Diurno (CD) su soggetti anziani con demenza e i loro caregivers.

- **METODI:**

- Cd
- pe
- us
- fu
- str

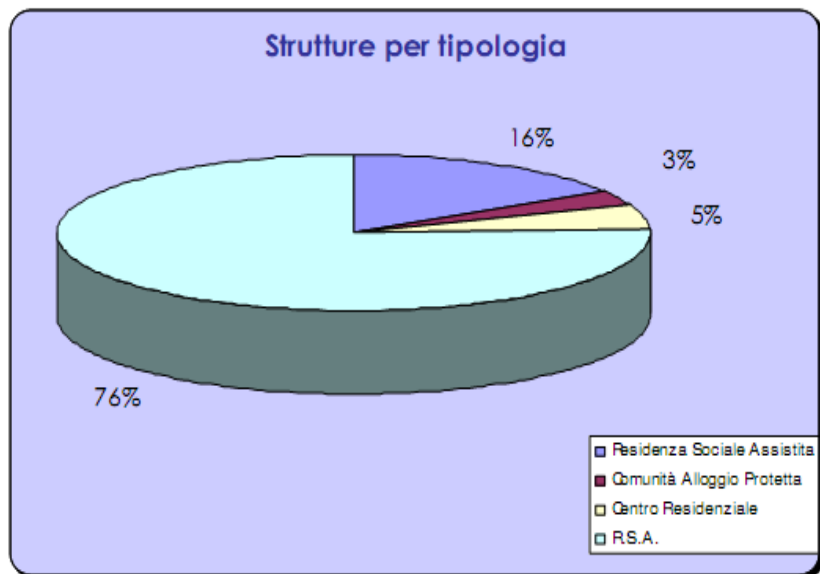
- RI
- Do
- sig
- me
- sig
- sig
- di soggetti assistiti in CD.

CONCLUSIONI:

Un periodo di 2 mesi di assistenza in Centro Diurno è efficace nel ridurre i disturbi psico-comportamentali dei soggetti con demenza e l'uso di farmaci psicotropi, nonché nell'alleviare lo stress del caregiver

CD
e
fo-
opi,
ers

Strutture Residenziali per Anziani in Toscana



Ovvero:

63 Residenze Sociali Assistite
1.804 p.l.

13 Comunità Alloggio Protette
176 p.l.

20 Centri Residenziali
703 p.l.

298 RSA
13.644 p.l.

...per un totale di **394** strutture residenziali
16.327 p.l.

Az. USL	p.l. RSA non auto UTILIZZATI PER RICOVERI TEMPORANEI
1 Massa Carrara	0
2 Lucca	34
3 Pistoia	52
4 Prato	62
5 Pisa	16
6 Livorno	10
7 Siena	30
8 Arezzo	82
9 Grosseto	33
10 Firenze	8
11 Empoli	57
12 Viareggio	15
	399

Temporanei
~3.2 % dei pl

REVIEW

The more physical inactivity, the more agitation in dementia

(Sherder EJ, Int Psychogeriatr 2010;22;1203)

La Riattivazione Motoria e Funzionale dell'Ospite Demente in RSA

1. Ripristino del massimo grado di autonomia funzionale possibile
2. Mantenimento delle abilità funzionali e motorie residue e prevenzione dell'ipocinesia e delle patologie da disuso
3. Prevenzione dei danni terziari da ipocinesia grave (o allettamento) al fine di permettere la miglior gestione possibile dei passaggi posturali letto-poltrona o meglio letto-carrozzina
4. Contenimento dei disturbi del comportamento
5. Promozione della socializzazione e miglioramento della qualità della vita

**RIABILITARE
L'ANZIANO**

Teoria e strumenti di lavoro

A cura di Giuseppe Bellelli
e Marco Trabucchi

Dementia and Palliative Care

*David A. Casey, MD • Colleen Northcott, MD • Keith Stowell, MD • Lina Shihabuddin, MD
Mercedes Rodriguez-Suarez, MD*

Annals Long-Term Care 2012

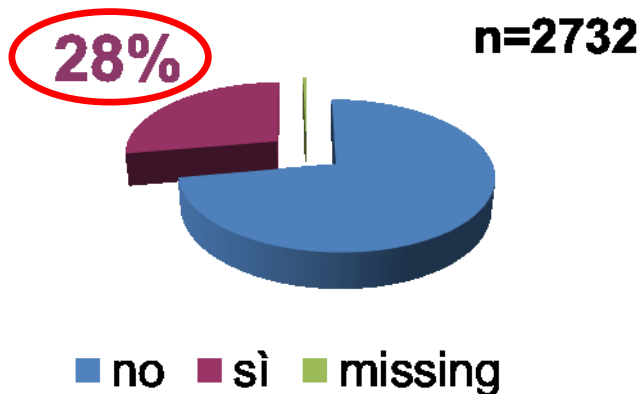
...Nonostante i pazienti con demenza grave siano considerati affetti da una malattia terminale, sono spesso sottoposti a trattamenti o al protrarsi di trattamenti, che possono portare ad una inutile sofferenza.

Le Cure Palliative, che possono contribuire ad accompagnare i pazienti in una serena e dignitosa fase finale della vita, rappresentano un importante approccio al trattamento di questi pazienti.

Cure Palliative nella Demenza Terminale:

- Ridurre trattamenti medici che determinano un inutile stress per il paziente (es. ridurre la polifarmacoterapia, uso indiscriminato antibiotici, evitare ospedalizzazioni prevenibili),**
- Valutare e trattare il dolore,**
- Trattare sintomi psico-comportamentali che determinano sofferenza per il paziente (es. delirium, depressione, disturbi del sonno).**

Prevalenza di ospiti affetti da demenza grave



Indicatore Tasso di accesso al DEA = 0,7 accessi per ospite in un anno

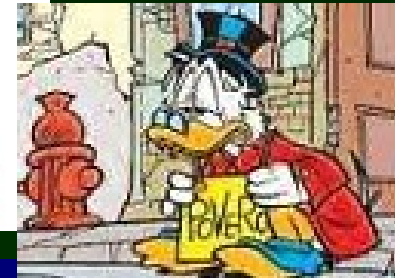
Codice Colore	n	%
Verde	462	79,1
Bianco	6	1,0
Giallo	77	13,2
Rosso	6	1,0
Azzurro	22	3,8

Esito	n	%
dimissione a domicilio	401	68,7
dimissione ad ambulatori	6	1,0
ricovero in reparto di degenza	150	25,7

Un'Unica Regia basata sulla Valutazione e Presa in Carico Multidimensionale del soggetto con Demenza



... la sofferenza del Geriatra



- **Purtroppo ancora oggi si riscontrano delle difficoltà nel riconoscere alla Geriatria il ruolo di primo interlocutore sulle problematiche dell'anziano.** Paradossalmente è come se decidessimo di non consultare più il cardiologo per le malattie del cuore.
- Nella cura del paziente con Demenza il Geriatra può offrire:
 - **Competenze mediche elevate**
 - **Fare cultura gerontologica**
 - **Essere interlocutore tecnico del mondo politico**
 - **Gestire le risorse umane**
 - **Coordinare la programmazione assistenziale**
 - **Sviluppare la cultura del lavoro d'equipe**
 - **Lavorare con la metodologia della VMD**

... la sofferenza del Geriatra

Sindrome di Cassandra o della Profezia Inascoltata ...

... che mentre annuncia un futuro infausto,
la cui **PREVEGGENZA e CONOSCENZA**
fornirebbe gli strumenti per affrontarlo e risolverlo,
lo vede divenire ineluttabile per cause connesse,
in definitiva, non al problema in sé,

**MA AI LIMITI DELLA COMUNICAZIONE
e DELLE DINAMICHE DI ORGANIZZAZIONE SOCIALE**

... ciò esita in una profonda *frustrazione*
**PER L'IMPOSSIBILITÀ DI AGIRE TEMPESTIVAMENTE
ED EFFICACEMENTE ...**

Grazie per l'attenzione !

Le malattie croniche sono malattie che gli interventi medici attuali possono solo controllare ma non “guarire”.

Poiché tali forme di patologia diventeranno sempre più comuni, generando esiti disabilitanti e nuove necessità assistenziali, il sistema medico attuale non potrà sopravvivere senza una alleanza organizzata con la comunità.

R. Bengoa, Dipartimento della Sanità e Malattie Croniche, OMS, Ginevra, 2001.



La sofferenza del geriatra ...

Diagnosi tempestiva

1. nuclei residenziali organizzati secondo specifiche indicazioni architettoniche. anche

- **RSA con nucleo specialistico, definitiva**

- disponibilità di strutture socio-sanitarie, dedicate all'accoglienza temporanea;
- Servizi territoriali, ambulatori, Day care Day hospital
- RSA con nucleo specialistico temporanea
- Centri Diurni Alzheimer
- Atelier AD

Caffe AD

- **Prevenzione inappropriati accessi al DEA**
- **Corretta gestione del paziente con demenza in DEA e nella degenza ospedaliera**
- **Pianificazione dimissione**

Terapia farmacologica e non farmacologica

Educazione e sostegno al Caregiver

Monitoraggio, prevenzione e gestione dello scompenso comportamentale

Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home

Susan L. Mitchell, MD, MPH, FRCPC; Dan K. Kiely, MPH, MA; Mary Beth Hamel, MD, MPH

Arch Intern Med. 2004;164(3):321-326. doi:10.1001/archinte.164.3.321.

- Difficoltà di percezione e classificazione da parte del personale sanitario e dei familiari dello stato avanzato della demenza quale patologia terminale
 - 1.1% pazienti con demenza avanzata percepiti come terminali
 - 71% pazienti con demenza avanzata deceduti entro 6 mesi
- **La mancata percezione e conoscenza della terminalità, si associa alla maggiore incidenza di interventi futili e che incidono negativamente sulla qualità della vita del paziente nonché alla ridotta messa in atto di cure palliative**
- Sono necessarie strategie educazionali ed interventi di programmazione assistenziale al fine di migliorare le cure di fine vita dei pazienti con demenza



... But human beings do not consist of memory alone.

They have feeling, will, sensibilities, moral being

-- matters of which neuropsychology cannot speak.

And it is here, beyond the realm of impersonal psychology,

that you may find ways to touch them,

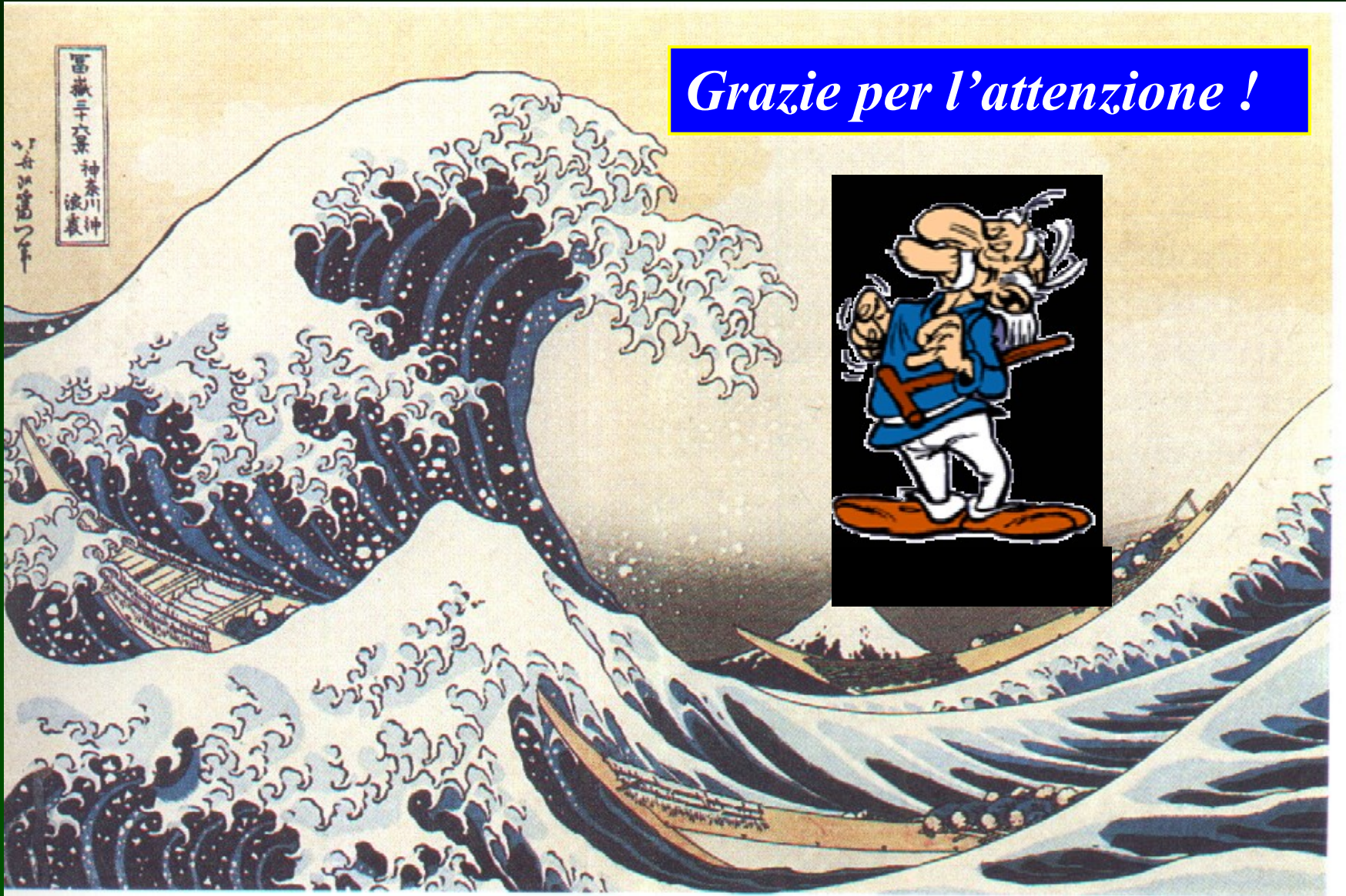
and change them....

Neuropsychologically, there is little you can do;

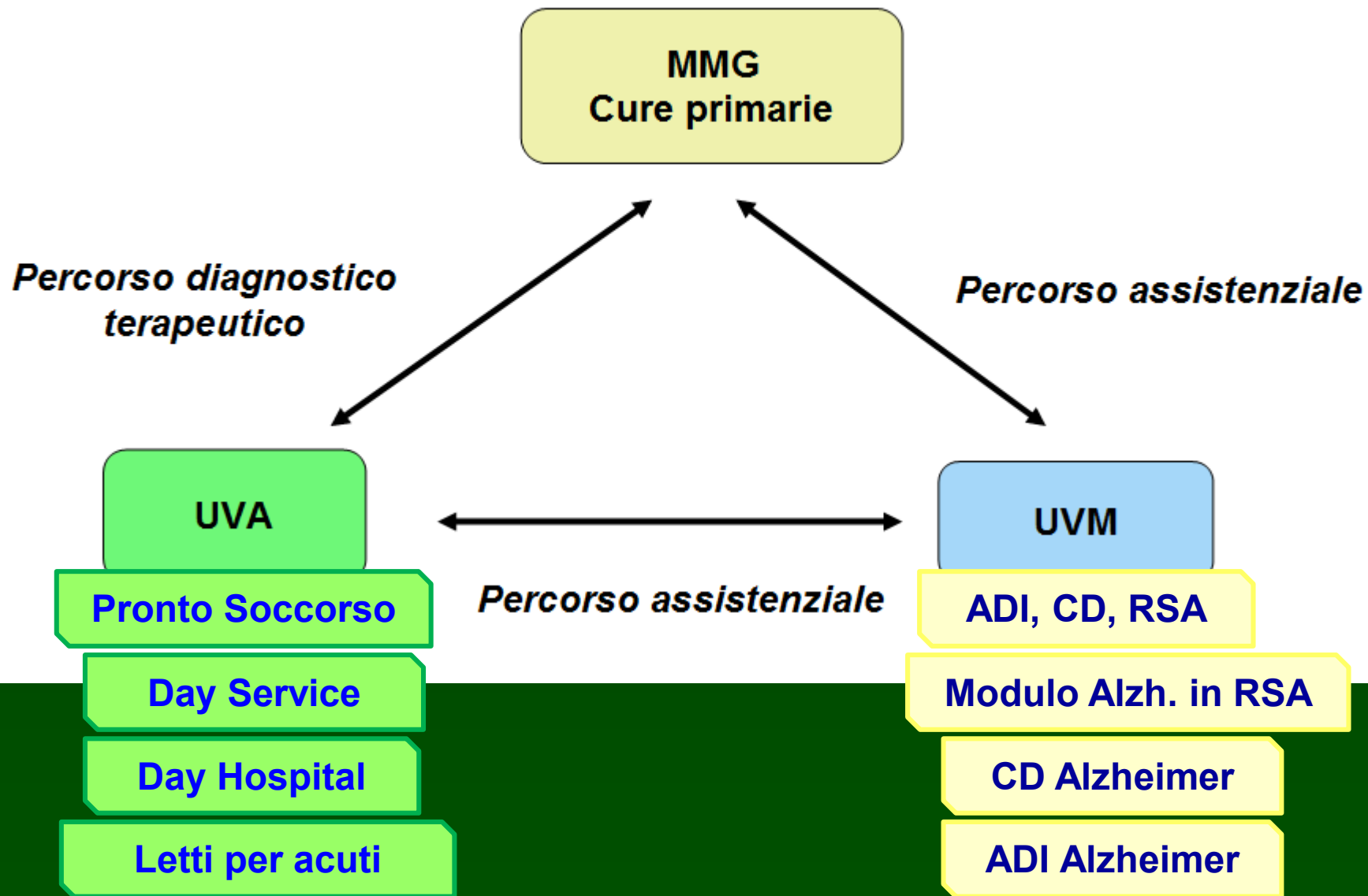
but in the realm of the Individual, there may be much you can do.

A. Lurja

Grazie per l'attenzione !



DEMENZA: possibile modello per il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale



I Servizi per l'Anziano con Demenza. Ieri ed oggi. E domani ?

Sperimentazione Memory Clinic: risultati attesi

- diagnosi precoce della Demenza;
- disponibilità di un unico servizio cui fare riferimento;
- possibilità di consultazione in urgenza per scompenso comportamentale;
- monitoraggio delle “cure”;



I Servizi per l'Anziano con Demenza. Ieri ed oggi. E domani ?

- attivazione di un servizio di “consulenza telefonica” 24h/7d;
- supporto formativo e informativo per il “caregiver”;
- contenimento delle ospedalizzazioni;
- riduzione del rischio di istituzionalizzazione.




RECOMMENDATIONS ON END-OF-LIFE CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

Associazione Alzheimer Europa, 2010

Per le persone affette da demenza: cure palliative con lo scopo di massimizzare la q.d.v e il livello di comfort, evitare trattamenti invasivi futili, rispettare i voleri e le preferenze espresse precedentemente dal pz.

Per i familiari: supporto pratico, emozionale, psicologico e spirituale, sostegno del lutto; informazione sul decorso della malattia e sui possibili sintomi, coinvolgimento nella cura e nelle scelte di fine vita

Per gli operatori: appropriato training per la gestione e la comunicazione nella demenza, per il controllo dei sintomi fisici, per le scelte a valenza etica, per la discussione sulla prognosi e le opzioni terapeutiche con i caregiver.

 Creazione di team mobili con **COMPETENZE GERIATRICHE** e palliativiste al fine di fornire assistenza a domicilio e nelle RSA e individuazione di un case-manager
Promuovere la ricerca per le cure palliative nella demenza.

Valore prognostico dello stato funzionale

Nursing home patients in the intensive care unit: Risk factors for mortality

Critical Care Medicine
OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE

- Soggetti ≥ 75 anni residenti in RSA ammessi in TI
- Età media 88 anni; CPS medio 2.8 (\rightarrow “demenza moderata”)

La eventuale scelta di limitare l'ammissione dal DEA dovrebbe essere basata piuttosto sulla gravità della disabilità nelle ADL e sulla reversibilità del quadro clinico acuto

Age, yrs	88.3 \pm 5.0	87.3 \pm 5.9	.40	1.06 (0.99, 1.13)	.08
Male gender ^b	9 (26)	13 (23)	.73	1.05 (0.88, 1.25)	.79
Charlson Comorbidity Index	3.4 \pm 1.9	3.3 \pm 1.8	.87	0.90 (0.39, 2.03)	.58
APACHE III	79.0 \pm 22.4	63.2 \pm 17.2	.07	1.02 (1.01, 1.04)	.01
Pre-ICU ADL-L	17.2 \pm 8.4	12.8 \pm 9.4	.03	1.64 (1.05, 2.57)	.03
Pre-ICU CPS	2.8 \pm 1.7	2.6 \pm 1.7	.64	0.83 (0.63, 1.10)	.19

MODELS OF GERIATRIC CARE, QUALITY IMPROVEMENT,
AND PROGRAM DISSEMINATION

J Am Geriatr Assoc 2007



The Geriatric Emergency Department

Ula Hwang, MD, MPH,† and R. Sean Morrison, MD†‡*

Geriatric Emergency Department Intervention (GEDI)

Protocol interventions

GEDI

Goal

Cognitive impairment and delirium

Early identification of patients at risk for these conditions to assist in disposition, treatment, or discharge planning^{25,26}

Risk of adverse health outcomes, return visit, or hospitalization screening

Decrease risk of return visits or hospitalization^{26,27}

Abbreviated comprehensive geriatric assessments

Minimum use of urethral catheters and other “tethering” devices

Reduce patient immobility

Reduce risk of nosocomial infection and delirium^{11,12}

Nursing discharge coordinator

Improve continuity of care

Decrease risk of return visits²⁸

Increase patient satisfaction²⁸



Table 1. Potential Geriatric Emergency Department Interventions (GEDIs)

GEDI	Goal
Structural modifications	
Soundproof curtains	um by decreasing extraneous noise ^{14,24}
Hearing assistance or amplifying devices	tion for those with hearing impairment ²⁴
Removal of noise distracters (e.g., televisions)	
Reclining chairs or padded or lined stretchers	fort ²¹
	ers ²²
Large-faced clocks, calendars, boards with names of hospital and clinical staff	e patient orientation ¹⁴
	um ¹⁴
Rubber-mat or nonskid floor surfaces	
Hand rails on walls and hallways	
Aisle lighting	
Bedside commodes	and injury ²³
Visual aids (e.g., magnifying glasses, fluorescent tape on call bells, telephones with large keyboards, aisle lighting)	Visual support for visually impaired patients ²³
	Reduce risk for delirium ^{11,14}
Sky or ceiling lights or diurnal lighting changes	Reduce risk of delirium by use of natural lighting



Progetto Dimissioni Complesse – Agenzia Continuità Assistenziale – AOU CAREGGI

Tutti i Reparti



1) **PRECOCE IDENTIFICAZIONE DIMISSIONI DIFFICILI**
(BRASS, Briefing, strumenti VMD, strumenti TRST-ISAR-Cod. Argento)

TEAM:

- Medico
- IP
- FKT
- AS
- OSS

2) **INTERVENTO**

a) **INTERVENTO** PREVENZIONE DISABILITÀ ASSOCIATA ALL'OSPEDALIZZAZIONE

b) **Discharge planning:** Contatto con servizi Territoriali e MMG

Domicilio + ev. FU ambulatoriale

Riabilitazione, Lungodegenza/ Cure Intermedie per Riattivazione + Follow Up

- Soddisfazione del pz e familiare
- Miglioramento QoL
- Miglioramento funzione e cognitività
- Riduzione riammissioni ospedaliere
- Ridotta istituzionalizzazione
- Riduzione di costi

Cavallini MC, Bussotti A

Towards a personalized, goal-oriented assessment of clinical response?

Goal Attainment Scaling:

Identification of personalized goals with patient and caregiver

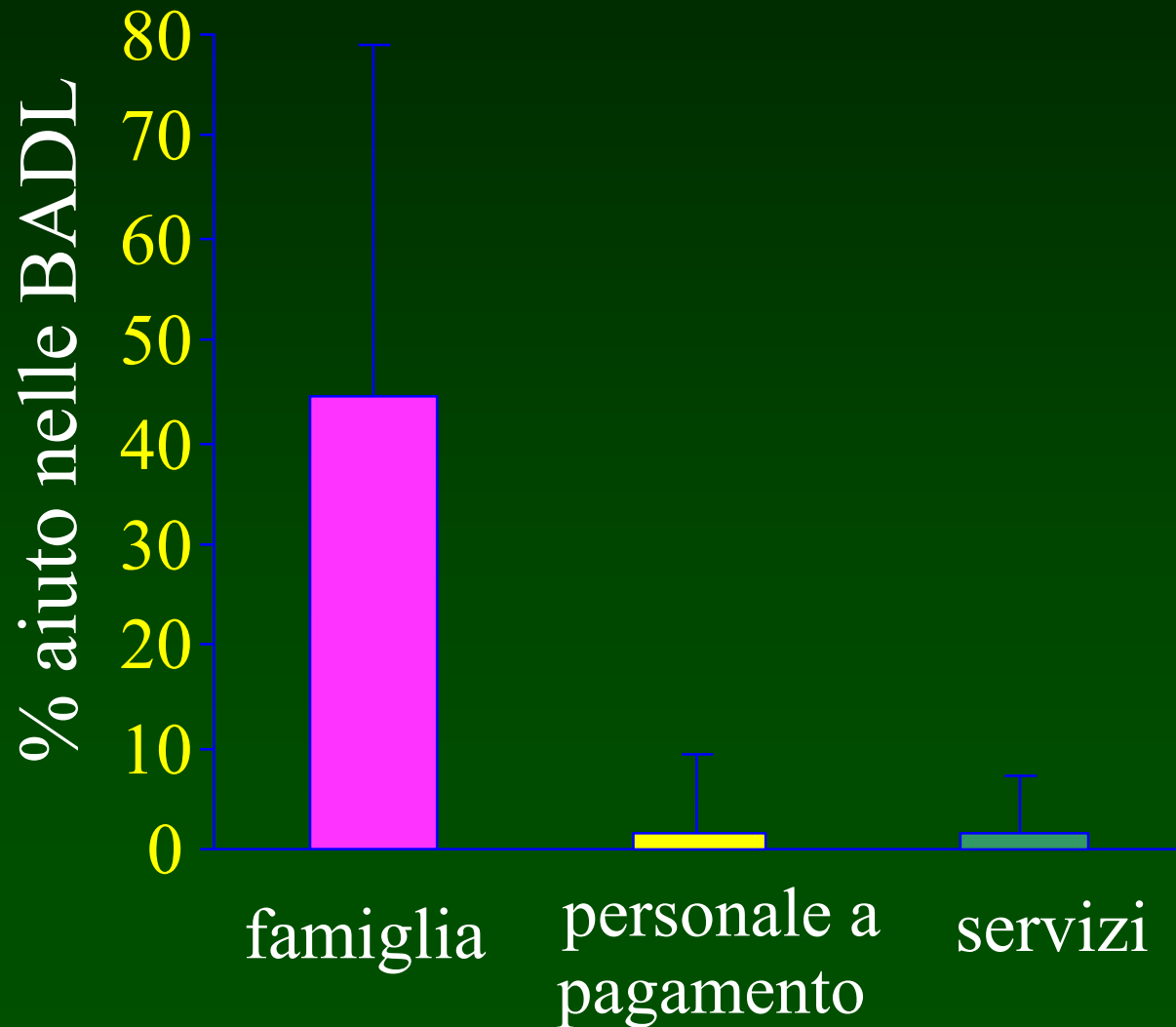
	Goal areas
	goal 1 dealing with impaired memory
Much less than expected (-2)	poor short-term memory, no use of memory aids
Somewhat less than expected (-1)	uses memory aids when another person cues to do so ¹
Program goal (0)	able to use memory aids with external cue-like watch ²
Somewhat better than expected (+1)	able to use memory aids spontaneously
Much better than expected (+2)	no need for memory aids

¹ Baseline level. ² Follow-up level.

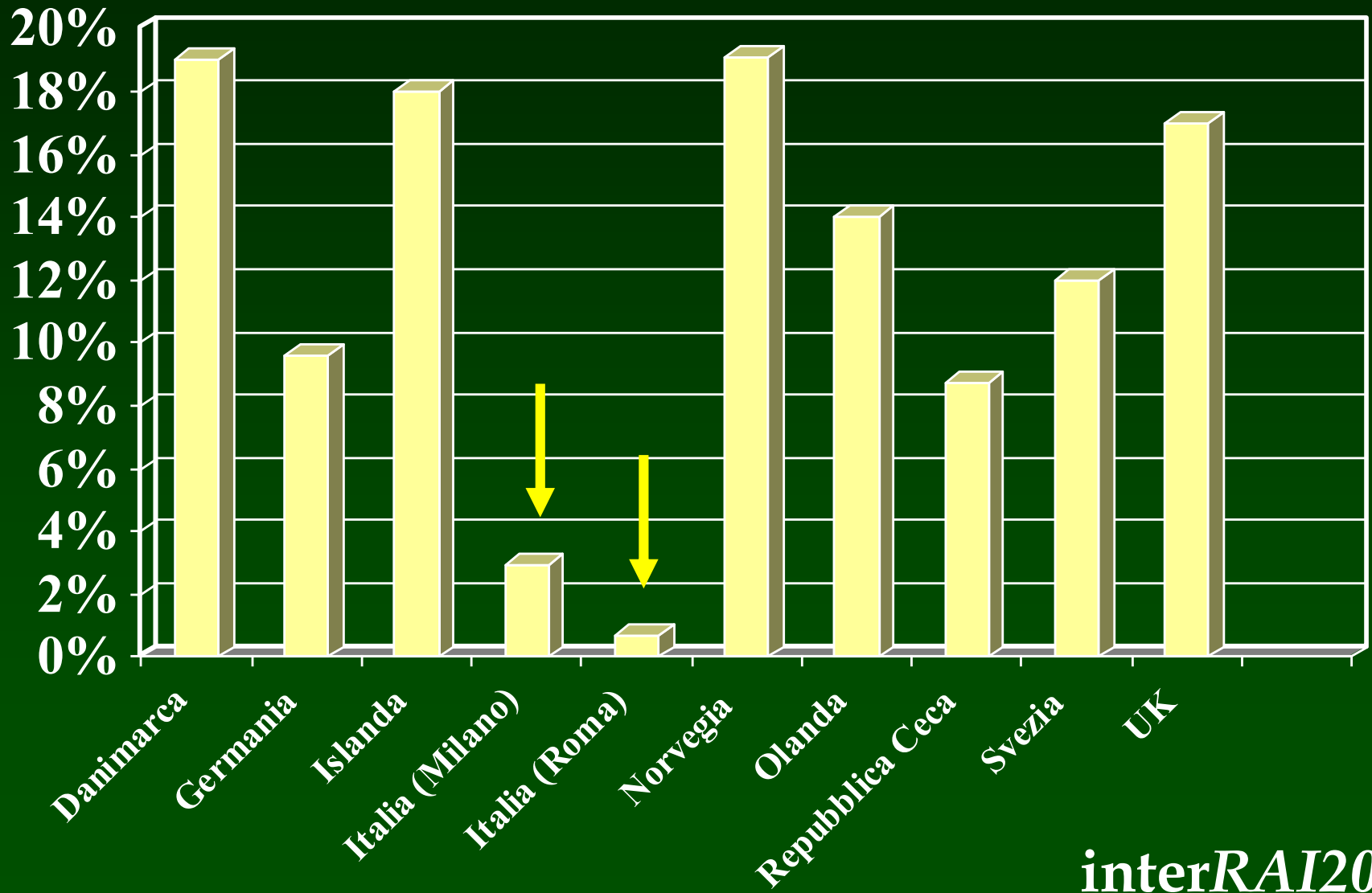
Focus on relevant individual outcome vs. standardized assessment of impairment

Bouwens et al., Dement Geriatr Cogn Disord, 2008

Chi fornisce aiuto a domicilio agli anziani disabili - Dicomano 2000



Popolazione > 65 anni in Assistenza Domiciliare



UVA**Visita geriatrica 15-30 minuti ???****Il punto di riferimento unico per il trattamento della malattia di Alzheimer, per area geografica (val. %)**

Lei ha un punto di riferimento unico per il trattamento della malattia di Alzheimer?	Nord	Centro	Sud	Totale
Sì, è l'UVA	60,7	40,0	39,3	47,6
Sì, è l'ambulatorio medico specialistico ospedaliero o della Asl	10,7	15,9	21,4	14,7
Sì, è il Centro Aima, l'associazione dei pazienti/familiari	14,7	12,8	1,8	12,0
Sì, è lo studio privato dello specialista	4,7	12,8	19,6	10,7
Sì, è il medico di medicina generale	1,3	6,2	5,4	4,2
Altro	3,3	2,1	1,8	2,5
Ho più di un centro di riferimento	3,3	4,6	7,1	4,5
Non ho alcun punto di riferimento	1,3	5,6	3,6	3,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2006

RSA

- RSA: 2% - 3% della popolazione anziana
- *crocicchio* tra: assistenza per acuti, assistenza a disabilità gravi(ssime), assistenza di fine vita, assistenza a domicilio
- negli ultimi 10-15 anni: incremento progressivo del n. di posti letto, evoluzione giuridica e assistenziale
- nelle regioni: diverse denominazioni, condizioni strutturali e organizzative, gestione delle risorse umane, configurazioni amministrative, politiche tariffarie, regole di accesso
- scarsi dati disponibili sulle prestazioni offerte



In Italia:

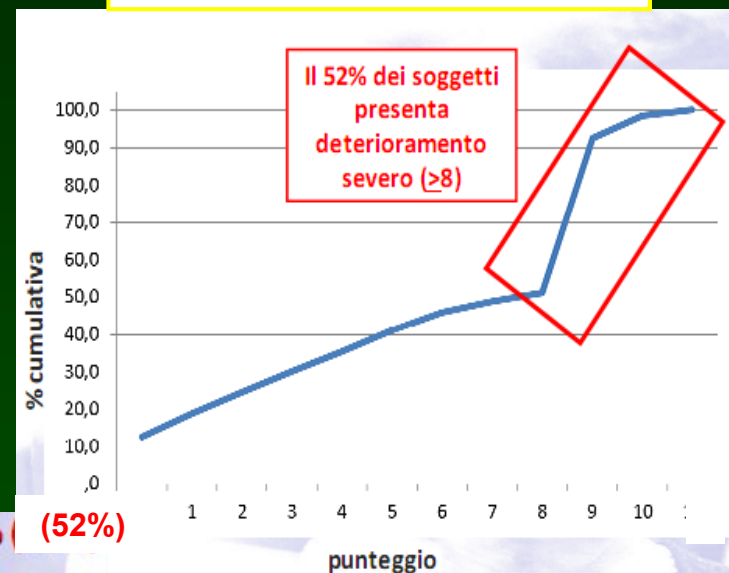
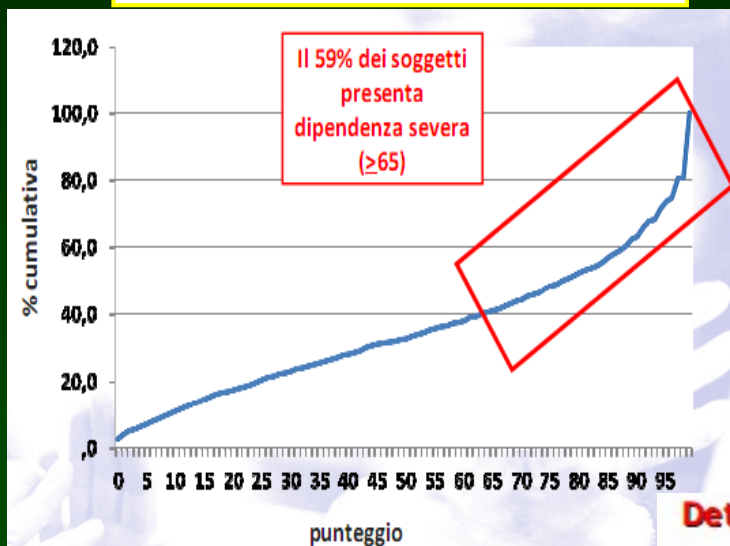
circa 300.000 pl, 5000 strutture

Studio RSA_QuEST- Qualità Equità e Sicurezza nelle Residenze Sanitaria per Anziani

Valutazione Autonomia Barthel index

**N. 1971
residenti
RSA
Toscane
(anno 2011)**

Valutazione Cognitiva Test di Pfeiffer



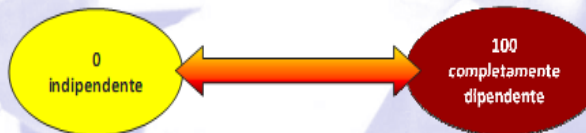
Deterioramento psichico severo (52%)

Dipendenza fisica severa (59%)

Confuso, irritabile o irrequieto (36%)

Non comprende, non si esprime, è sordo o non vedente (20%)

Più di 3 patologie (36%)



Short-term geriatric assessment units: 30 years later

