



**VI Convegno**  
**IL CONTRIBUTO DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE  
ALZHEIMER (UVA) NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON  
DEMENTIA**

**Roma 16 novembre 2012**

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI PER  
PAZIENTI CON DEMENTIA E LORO CAREGIVER**

**Progetto Sperimentale: dati preliminari**

Loris Pelucchi  
Cinzia Negri Chinaglia  
Riabilitazione Alzheimer –Centro U.V.A.  
Pio Albergo Trivulzio Milano

**In Italia l'80% circa dei pazienti affetti da demenza è assistita al proprio domicilio dalla famiglia , spesso con il supporto di “badanti”**

**In Italia meno del 2% ( 1.96%) degli > 65enni sono ospiti /ricoverati in strutture residenziali (n. 223.509) e meno dell'1% sono seguiti a domicilio**


**In Europa: 5% in residenze e 7% al domicilio**

Fonte: Istat 2004; C.Gori e A. Guaita : I luoghi della cura 2007

- A) Il carico assistenziale della famiglia è aggravato da una inesistente/insufficiente integrazione tra i MMG, i centri ospedalieri e le UVA*
- B) Le famiglie lamentano di non ricevere dagli operatori sanitari informazioni qualificate necessarie per accedere ai servizi sociosanitari*
- C) Le famiglie accusano i medici di ritardo della diagnosi, di fornire informazioni insufficienti sulla diagnosi, sulla prognosi e soprattutto su come affrontare i problemi comportamentali e psichici, la riduzione delle capacità cognitive e i disturbi del movimento derivanti dalla malattia*
- D) I fattori precedenti sono causa di frequenti ospedalizzazioni, ripetuti ricorsi alle visite mediche, e accessi ai pronto soccorso, che potrebbero in gran parte essere evitati con una rete dei servizi integrata e funzionante e con il miglioramento dell'informazione alle famiglie*

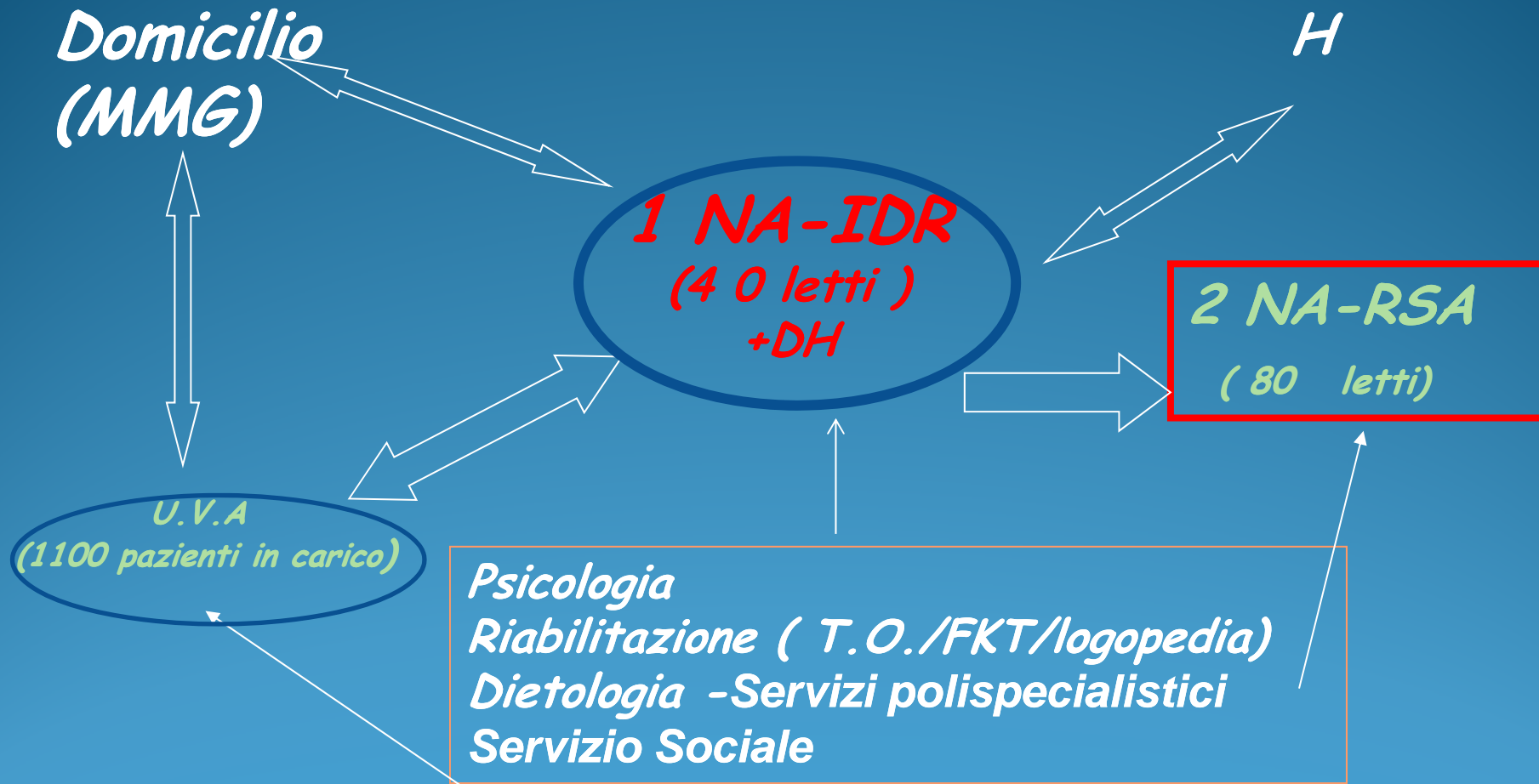
Motivi della mancata frequenza dell'UVA, anno 2006 (valori %). Fonte: indagine CENSIS 2007

Non gli hanno dato i farmaci	17,3
Il paziente è troppo grave	12,8
Dopo la diagnosi non è stato più seguito	3,8
<b><i>Mancato supporto</i></b>	<b>33,9</b>
Non so cosa sia l'UVA	22,6
Il servizio non è presente nella zona	6,8
Il servizio è lontano da casa	2,3
<b><i>Non accessibilità</i></b>	<b>31,7</b>
<b><i>Inadeguatezza del servizio</i></b>	<b>24,1</b>
<b><i>Il paziente è seguito da uno specialista</i></b>	<b>6,0</b>
<b><i>Altro</i></b>	<b>4,3</b>
<b>Totale</b>	<b>100</b>



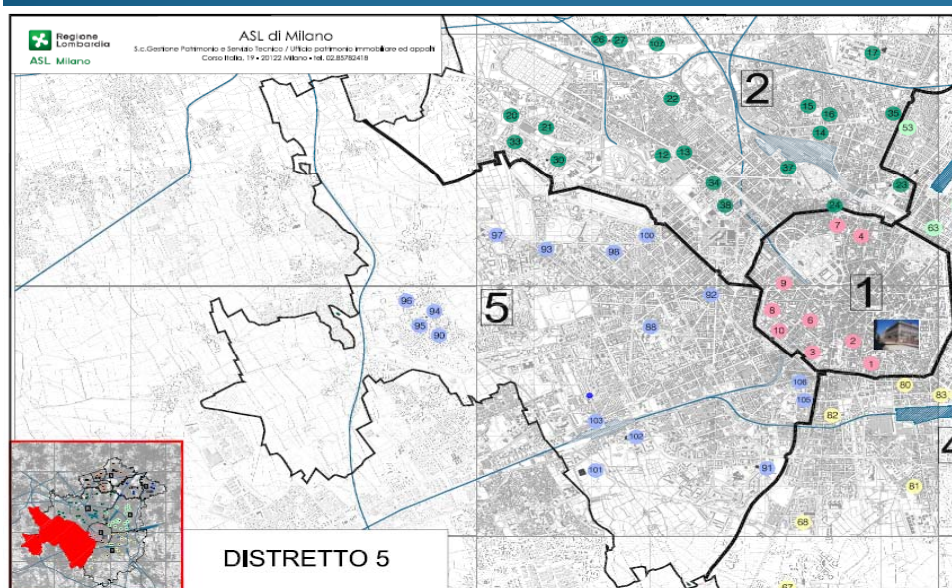
**Il modello assistenziale auspicabile risulta essere  
fondato anche sulla domiciliarità con l'attivazione  
di una rete integrata di servizi**

# La Continuità Assistenziale del Malato Alzheimer al PAT





# DISTRETTO 5 ASL Milano



Sul territorio del Distretto 5, considerando il maggiore indice di vecchiaia (265,0 % vs media ASL 190,5%) possiamo stimare una prevalenza di circa 5382 casi di demenza

Stima soggetti affetti da demenza e Alzheimer nel Distretto 5 dell'ASL di Milano.

	Popolazione totale	Popolazione > 65 anni	Prevalenza demenza: 6,4%	Prevalenza MA: 4,4%
Distretto 5	325.967	84.099	5.382	3.700

# DISTRETTO 5 ASL Milano

## bacino utenza

ANNO 2011

- **Nucleo Alzheimer IDR** : 33% (92) dei 280 pazienti ricoverati sono residenti nel Distretto 5; 50% è rientrato a domicilio
  - **DH** : 40 pazienti ; 50% del Distretto 5
  - **UVA** : 1100 pazienti in carico ( oltre 60%)



# Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care:

## *A Randomized Controlled Trial*

Christopher M. Callahan, MD et al . JAMA 2006; 295 (18) : 2148-2157

**Intervention** Intervention patients received 1 year of care management by an *interdisciplinary team* led by an advanced practice nurse working with the patient's family caregiver and integrated within primary care. The team used standard protocols to initiate treatment and identify, monitor, and treat behavioral and psychological symptoms of dementia, stressing nonpharmacological management.

**Conclusions** Collaborative care for the treatment of Alzheimer disease resulted in significant improvement in the quality of care and in behavioral and psychological symptoms of dementia among primary care patients and their caregivers. These improvements were achieved without significantly increasing the use of antipsychotics or sedative-hypnotics.

---

# Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy

Javier Olazarán<sup>a</sup> Barry Reisberg<sup>i</sup> Linda Clare<sup>e</sup> Isabel Cruz<sup>a</sup> Jordi Peña-Casanova<sup>a,d</sup>  
Teodoro del Ser<sup>a,b</sup> Bob Woods<sup>e</sup> Cornelia Beck<sup>j</sup> Stefanie Auer<sup>m</sup> Claudia Lai<sup>n</sup> Aimee Spector<sup>f</sup>  
Sam Fazio<sup>k</sup> John Bond<sup>g</sup> Miia Kivipelto<sup>o</sup> Henry Brodaty<sup>p</sup> José Manuel Rojo<sup>c</sup> Helen Collins<sup>h</sup>  
Linda Teri<sup>l</sup> Mary Mittelman<sup>i</sup> Martin Orrell<sup>f</sup> Howard H. Feldman<sup>q,r</sup> Ruben Muñoz<sup>a</sup>

## *Results:*

Grade A: treatment recommendation was achieved for *institutionalization delay* (multicomponent interventions for the caregiver, CG).

Grade B: recommendation was reached for the

- a) *person with dementia (PWD)* for: *improvement in cognition* (cognitive training, cognitive stimulation, multicomponent interventions for the PWD); *activities of daily living (ADL)* (ADL training, multicomponent interventions for the PWD); *behaviour* (cognitive stimulation multicomponent interventions for the PWD, behavioral interventions, professional CG training); *mood* (multicomponent interventions for the PWD); *QoL* (multicomponent interventions for PWD and CG) *and restraint prevention* (professional CG training);
- b) *for the CG*, grade B was also reached for: *CG mood* (CG education, CG support, multicomponent interventions for the CG); *CG psychological well-being* (cognitive stimulation, multicomponent interventions for the CG); *CG QoL* (multicomponent interventions for PWD and CG).

*Conclusion:* NPTs emerge as a useful, versatile and potentially cost-effective approach to improve outcomes and QoL in ADRD for both the PWD and CG.

*Il “Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare per soggetti affetti da demenza” si inserisce all’interno della progettualità a sostegno della domiciliarità e della continuità delle cure rivolte alle persone fragili e con bisogni complessi previste dalla Regione Lombardia (Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) e si inserisce nel contesto organizzativo ed operativo della attività ADI che il PAT eroga da tempo*

## Tipologia pazienti arruolabili:

- pazienti con demenza (Alzheimer ed altre demenze) per lo più in fase avanzata di malattia (CDR 3-4-5)*
- con compromissione severa delle capacità motorie e/o cognitive*
- con un importante impegno assistenziale, in presenza di caregiver e Medici di Famiglia con cui condividere il programma riabilitativo*



Viene garantita inoltre la possibilità di ricoveri di sollievo e di dimissioni/ammissioni protette tra le diverse unità di offerta sanitaria e socio sanitaria a garanzia anch'essa della continuità di cure



Tutte le professionalità coinvolte sono caratterizzate da specifica competenza maturata nelle criticità legate alla gestione clinica, assistenziale e riabilitativa della patologia in oggetto oltre che dalla complessità nella presa in carico del caregiver : Geriatra o Neurologo UVA , IP e OSS;  
Fisiatra , Terapista Occupazionale , Fisioterapista,  
Logopedista e Dietista, Psicologa

Da giugno 2012 sono stati fino ad ora presi in carico 17  
pazienti (3 M; 14 F) età media: 85.82 anni  
Tipologia Demenze: AD : 58.83%; VaD 23.53%; LBD 17.64%;  
CDR medio: 3.16; MMSE medio: 8.54  
ADL (conservativo) medio: 1.53

Tutti i pazienti presentavano un livello di dipendenza  
funzionale e cognitiva importante

Tutti i pazienti sono stati valutati dal Geriatra UVA e dal Fisiatra con definizione di un progetto individuale mirato alle esigenze assistenziali (IP, OSS) e riabilitative (Terapista occupazionale, Fisioterapista), ed in 2 casi selezionati anche Logopedista e Dietista per disfagia con ausiliazione

# Caratteristiche del progetto ADI

- Componente “motivazionale” per operatori coinvolti nel Progetto
- Possibilità di monitoraggio pazienti lungo il decorso della malattia ( per avere già usufruito delle altre unità di offerta)
  - Counseling telefonico
- Supporto su problematiche di natura assistenziale, clinica, gestione delle terapie

# Criticità e conclusioni

- Coinvolgimento MMG sia con programmi specifici di formazione che in percorsi decisionali; disponibilità al confronto su tematiche particolari ed in tempo reale (via mail, reperibilità)
  - Tempestività di risposta della prestazione richiesta
- Definizione di profili specifici di paziente e caregiver per ottimale utilizzo delle risorse
  - Peculiarità setting domiciliare
  - Aspetto motivazionale ed esigenze formative

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

