



IL CONTRIBUTO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE NELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI

15 – 16 novembre 2018

**ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA
UNO STUDIO CASO-CONTROLLO NELLA COORTE DEL PROGETTO REMIND
(REte Milanese INtegrata per le Demenze)***

Relatrice:

Dr.ssa Cinzia Negri Chinaglia
Cure Intermedie ASP IMMES e
Pio Albergo Trivulzio
Milano

**Arenella D, Bilotta C, Bottini G, Bressi S, Farina E, Negri Chinaglia C, Tagliavini F, Tiraboschi P, Filippini G, per conto del gruppo di studio REMIND.*

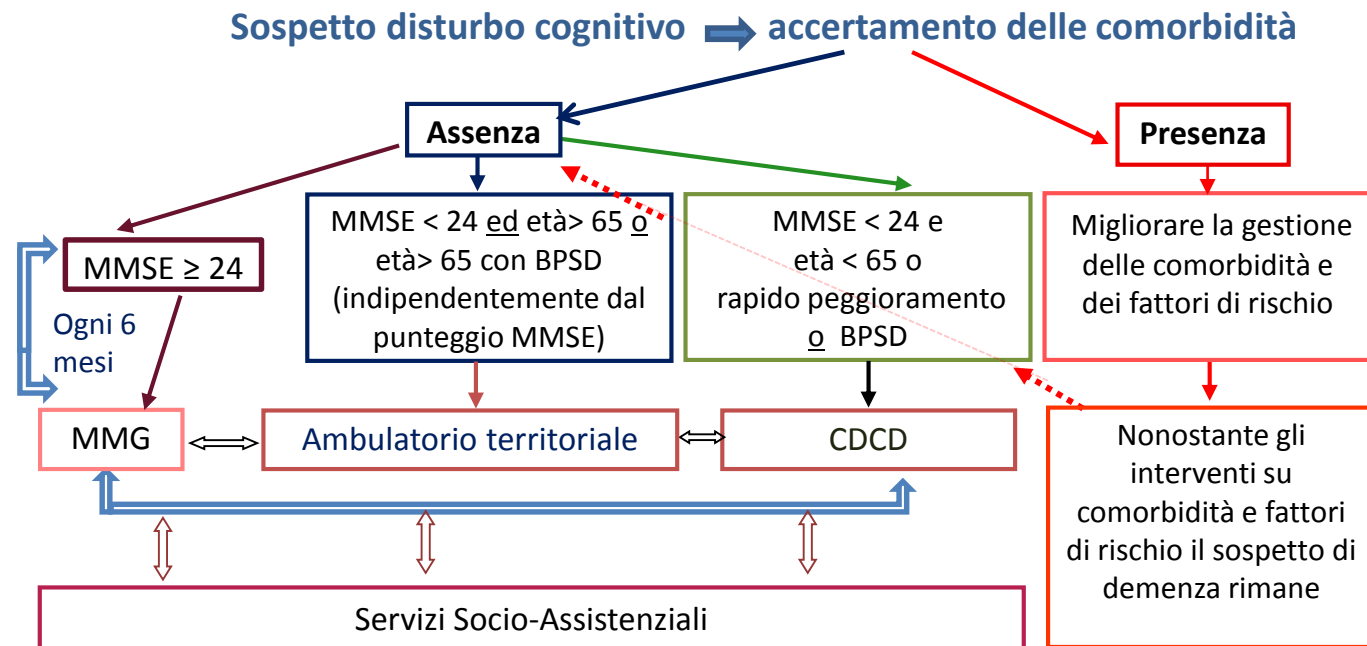
IL PROGETTO REMIND (2013-2016)

Obiettivo: verificare l'applicabilità di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le demenze nella città di Milano, in una rete integrata comprendente **CDCD, ambulatori territoriali e Medici di Medicina Generale (MMG)**.

I MMG hanno ricevuto un intervento educativo per promuovere:

- **abitudini e stili di vita** che riducono i fattori di rischio delle demenze
- la **diagnosi tempestiva**
- l'utilizzo del **MMSE** e della **GDS** come strumenti di screening per decidere l'invio allo specialista
- La conoscenza e l'utilizzo dei **servizi socio-sanitari del territorio**

- **353 MMG** hanno incluso in REMIND **4249 persone** con un sospetto disturbo cognitivo.
- I dati clinici raccolti dai MMG e specialisti **in 3 anni** sono stati inseriti in **un database elettronico condiviso**.
- I MMG hanno inviato i pazienti al neurologo o al geriatra secondo **i criteri PDTA**.



ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO BASATO SULLA COORTE DI REMIND

Background:

- Secondo Eurostat, nel 2017 l'**Italia** era il paese con il **più alto indice di dipendenza** degli anziani in tutto il continente Europeo (38.8%).
- Alcuni studi hanno evidenziato che i pazienti affetti da demenza hanno un **maggiore rischio giungere in Pronto Soccorso (PS)** e di avere esiti negativi - incluso il **decesso** - dopo il ricovero, rispetto agli anziani non affetti da demenza con lo stesso grado di comorbidità.
- Si ritiene che sia possibile **prevenire alcune cause di accesso in PS**, ma non è chiaro in che modo la prevenzione e specifici PDTA possano servire a questo scopo.

Obiettivo dello studio:

Verificare l'efficacia del PDTA demenze e del modello REMIND nel **ridurre gli accessi in PS nei pazienti affetti da demenza.**

Disegno dello studio:

- Studio caso-controllo “nested” nella coorte REMIND.

Partecipanti:

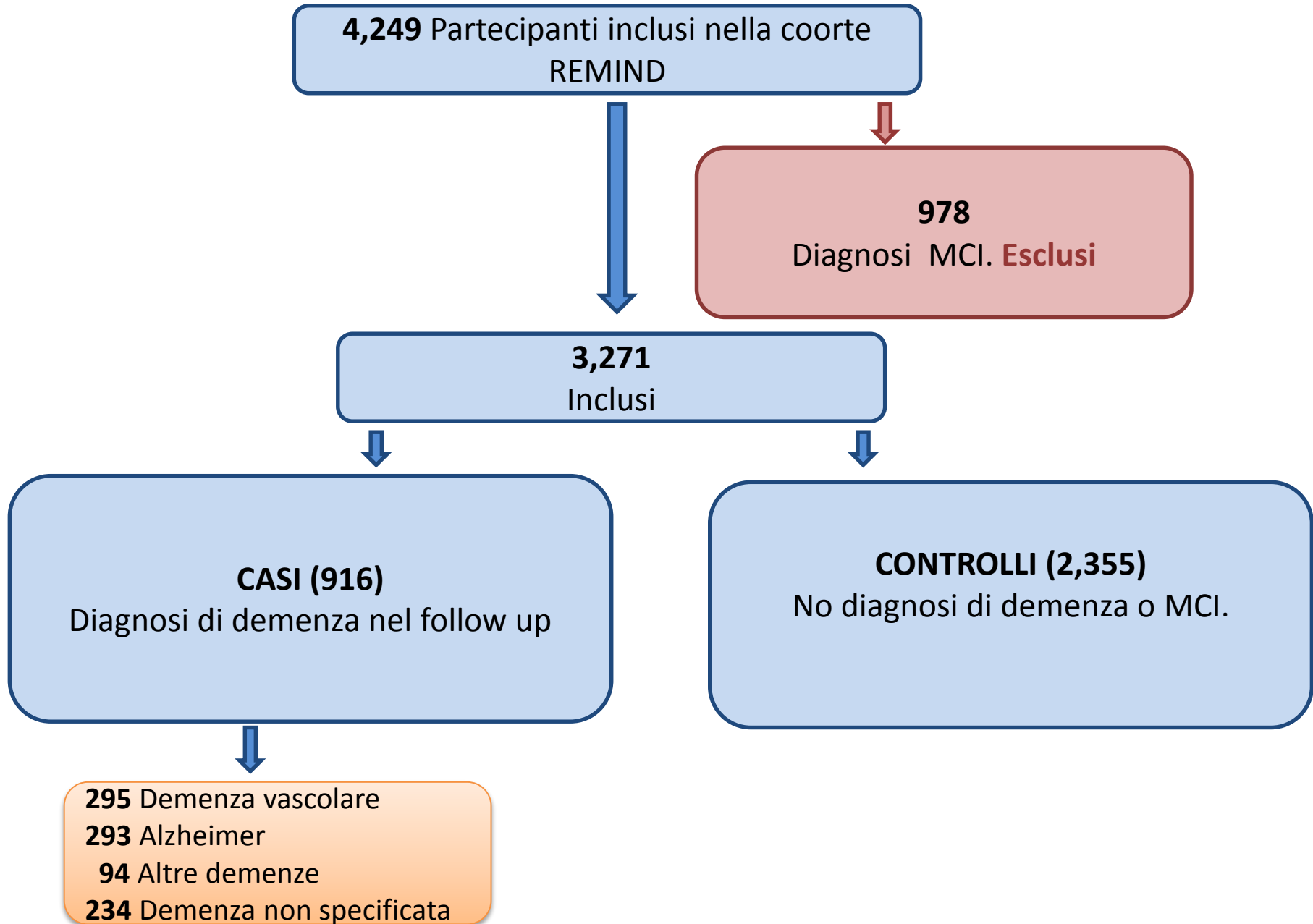
- Pazienti che hanno ricevuto dallo specialista o dal MMG una **diagnosi di demenza (casi)** nei 3 anni di follow-up
- pazienti che **non hanno ricevuto diagnosi** di demenza né di declino cognitivo lieve (**controlli**) nel follow-up.
- I pazienti che hanno ricevuto dal MMG o dallo specialista una diagnosi di **MCI** nel follow-up sono stati **esclusi dallo studio**.

Misure di outcome:

- Tasso di accessi in PS
- Diagnosi di dimissione dal PS
- Ricoveri in ospedale
- Pazienti deceduti nei 3 anni di follow-up

Periodo: 2013-2016

SELEZIONE DEI PAZIENTI. Flow-chart:



IL DATABASE DI REMIND. Fonti dei dati utilizzati per lo studio:

1. **Electronic Case Report Forms** compilate dai MMG e dagli specialisti partecipanti allo studio e condivise nel sistema online di progetto. Dati estratti:

- Alla prima visita del MMG:
 - Sesso, età, scolarità
 - Comorbidità e trattamento
 - Sintomi cognitivi e comportamentali segnalati dal MMG
 - Punteggio al MMSE e alla Geriatric Depression Scale 15 (GDS 15)
 - Numero di mesi trascorsi dall'esordio dei sintomi
- Relativi ai tre anni di Follow-up:
 - Diagnosi del MMG o dello specialista.

2. **Dati trasmessi da ATS Milano.** Relativi ai tre anni di Follow-up:

- Accessi in PS con date e diagnosi di dimissione (ICD9 CM).
- Ricoveri seguiti ad accessi in PS con date e diagnosi alla dimissione (ICD9 CM).
- Terapia con anticolinesterasici, memantina, neurolettici.
- Data di decesso.

RISULTATI. Caratteristiche dei casi e dei controlli al basale:

- I pazienti inclusi nei **casi**:
 - Risultavano **più anziani, meno istruiti**, con **più comorbidità**.
 - Assumevano **più farmaci** per le comorbidità.
 - Lamentavano più spesso **sintomi cognitivi e comportamentali**.
 - Avevano **prestazioni peggiori al MMSE** alla scala **GDS 15**.

Caratteristiche alla prima vista del MMG.	No. (%)		P value*
	Casi (n = 916)	Controlli(n = 2355)	
Sesso			
Femmine	612 (67)	1602 (68)	.44
Maschi	304 (33)	753 (32)	
Età, media (DS), anni	80.9 (6.3)	75.3 (8.2)	<.001
Istruzione, media (DS), anni di scuola	7.7 (3.9)	9.4 (4.3)	<.001
No. di comorbidità alla prima visita, media (DS)	1.3 (1.0)	1.2 (0.9)	<.001
Sintomi cognitivi alla prima visita			
Uno	435 (47.5)	1848 (78.5)	<.001
Più di uno	481 (52.5)	507 (21.5)	
Sintomi comportamentali alla prima visita (sì)	117 (12.8)	75 (3.2)	<.001
GDS 15, punteggio media (DS)	6.7 (3.3)	5.0 (3.3)	<.001
MMSE, punteggio media (DS)	25.8 (3.6)	28.1 (1.5)	<.001
Mesi tra esordio sintomi e prima visita dal MMG, media (DS)	13.3 (9.6)	13.3 (10.0)	.86
No. di farmaci assunti per comorbidità, media (DS)	3.2 (2.1)	3.0 (2.1)	.01
Trattamento con benzodiazepine	156 (17)	421 (18)	.31

**chi*² test (variabili categoriche) e *t* test (variabili continue)

RISULTATI. Accessi al PS, ricoveri, trattamento neurolettici

Durante il follow-up, il trattamento con **neurolettici**, gli accessi in **PS e i ricoveri** sono stati più frequenti nei casi rispetto ai controlli.

Accessi in PS, ricoveri e uso neurolettici durante i 3 anni	No. (%)		P value*
	Casi (n = 916)	Controlli(n = 2355)	
Treatment con neurolettici	124 (13.5)	26 (1)	<.001
Accessi in PS			
Nessuno	222 (24)	1014 (43)	
Uno	225 (25)	598 (25)	<.001
Più di uno	469 (51)	743 (32)	
Ricoveri			
Nessuno	415 (45)	1487 (63)	
Uno	259 (28)	441 (19)	<.001
Più di uno	242 (26)	427 (18)	

**chi*² test

Durante il follow-up ci sono stati **2005** accessi in **PS** tra i **casi** e **3271** tra i **controlli**, corrispondenti a un tasso di **0.81** (95% CI 0.79 - 0.82) nei casi e di **0.47** (0.46 - 0.49) nei controlli (P <.001)*.

*Tassi calcolati dividendo il numero di accessi di casi e controlli per persone-anno (intervallo tra prima visita del MMG e 31 dicembre 2016 o data di morte). Gli accessi ripetuti contribuiscono al tasso.

RISULTATI. Rischio di Accesso in PS.

- Il rischio di accesso in PS risultava associato a:
 - **Età** (OR 1.41, 95% CI 1.21 - 1.64); $P < .001$.
 - **> Due comorbidità** (OR 2.10, 95% CI 1.55 - 2.86); $P < .001$.
 - **Istruzione** (OR 1.26, 95% CI 1.08 - 1.46); $P = .003$.
 - **Uso di neurolettici** (OR 1.78, 95% CI 1.15 - 2.74); $P = .01$.
 - **Diagnosi di demenza** (OR 1.38, 95% CI 1.26 - 1.51); $P < .001$.
- No associazione con il sesso (OR 1.07, 95% CI 0.91 - 1.25); $P = .41$.

Odd ratios calcolati con regressione logistica per: sesso, età (<78 anni, ≥78 anni), anni di scuola (≥ 8, <8), comorbidità (nessuna, 1 o 2, >2), neurolettici (no, sì), diagnosi di demenza (no, sì).
cut-off per età e anni di scuola = mediana dei valori nei casi e controlli.

RISULTATI. Rischio di mortalità.

- **209 (23%)** di 916 casi e **126 (5%)** di 2355 controlli sono deceduti prima della fine del follow up.
- La **sopravvivenza** è risultata dell' **81%** nei casi e **95%** nei controlli (**log-rank P <.001**).
- Un'analisi **multivariata Cox**, che ha stimato il **rischio di mortalità** in relazione al sesso, all'età, alle comorbidità, alla diagnosi di demenza e all'accesso al PS (almeno uno nei tre anni) ha mostrato che le seguenti variabili:
 - **Età >78 anni** (HR 1.84 , 95% CI 1.49-2.29); P <.001.
 - **Almeno un accesso in PS**(HR 2.80, 95% CI 2.03-3.85); P <.001.
 - **Diagnosi di demenza** (HR 3.00 , 95% CI 2.39-3.78); P <.001

risultavano **forti predittori indipendenti per il decesso** durante il follow up. Anche sesso maschile e presenza di comorbidità risultavano associate a maggiore mortalità.

CONCLUSIONI

- L'aumentato **rischio di accesso al PS** e l'aumentata mortalità nei pazienti con demenza **confermano le evidenze già riportate in letteratura.**
- I numerosi accessi dovuti a **comorbidità croniche** potrebbero diminuire migliorando **l'assistenza sul territorio**, coordinando il lavoro di MMG e specialisti in percorsi predeterminati.
- I numerosi accessi per trauma nei pazienti con demenza potrebbero diminuire grazie a **interventi atti a ridurre il rischio di cadute**, spesso responsabili di questi traumi.
- La **riduzione dell'uso dei neurolettici**, promossa dalle linee guida internazionali, potrebbe incidere sulla frequenza di accessi in PS dei pazienti dementi.
- Lo studio caso-controllo mostra tuttavia che il modello REMIND **non è bastato a ridurre gli accessi evitabili in PS**, nonostante il forte coinvolgimento dei MMG. La **decisione di ricorrere al PS** è il risultato di **numerosi fattori difficili da identificare**, che probabilmente hanno influito sui risultati.
- La **continuità assistenziale** nei pazienti con demenza e i loro caregiver resta un obiettivo a lungo termine fondamentale. Richiede tuttavia una **maggiore collaborazione** tra cittadini, servizi assistenziali, MMG, specialisti e maggiori innovazioni nell'organizzazione del sistema sanitario.

COLLABORATORI DEL PROGETTO REMIND

P Moser e S Chirchiglia

G Lacaita e D Sghedoni

J Bisceglia, C Stellato

A Russo, L Andreoni

Filippini G, M Morbin, P Tiraboschi, F Tagliavini

F Clerici, G Grande, C Mariani

G Bottini, S Basilico, E Agostoni

E Rotondo, E Scarpini

E Farina, F Saibene, M Alberoni, N Viti

C Rosci, C Saetti, E Capitani

L Manfredi, A Caporale

V Silani, B Poletto, A Lafronza

C Negri Chinaglia, I Engaddi

C Gandolfi, S Vitali

C Cusi, C Bilotta, S Bressi, S Dalzocchio,

A Di Giovanni, M Gasperini, S Schioppa

L Bovone, M Montani, V Pappalepore,

U Tamborini,

A Donzelli

D Arenella

Direttori Distretto 1 e 4 ex ASL Milano

Dipartimento Cure Primarie ex ASL Milano

SC Residenzialità ex ASL Milano

Unità Epidemiologia ATS Milano

Fondazione IRCCS Istituto Besta

Ospedale Sacco

Ospedale Niguarda

Policlinico Università

Fondazione Don Gnocchi

Ospedale San Paolo

Clinica San Pio X

Istituto Auxologico

Pio Albergo Trivulzio

Istituto Geriatrico Golgi Redaelli

Istituti Clinici Perfezionamento

Coordinatori Medici di Medicina Generale

Educazione all'Appropriatezza ed EBM ASL

Centro Coordinamento