

**IL BUIO DELLA COSCIENZA
IL MALATO DI ALZHEIMER
E L'OPERATORE
SANITARIO:
Un paziente critico in una
comunità fragile**

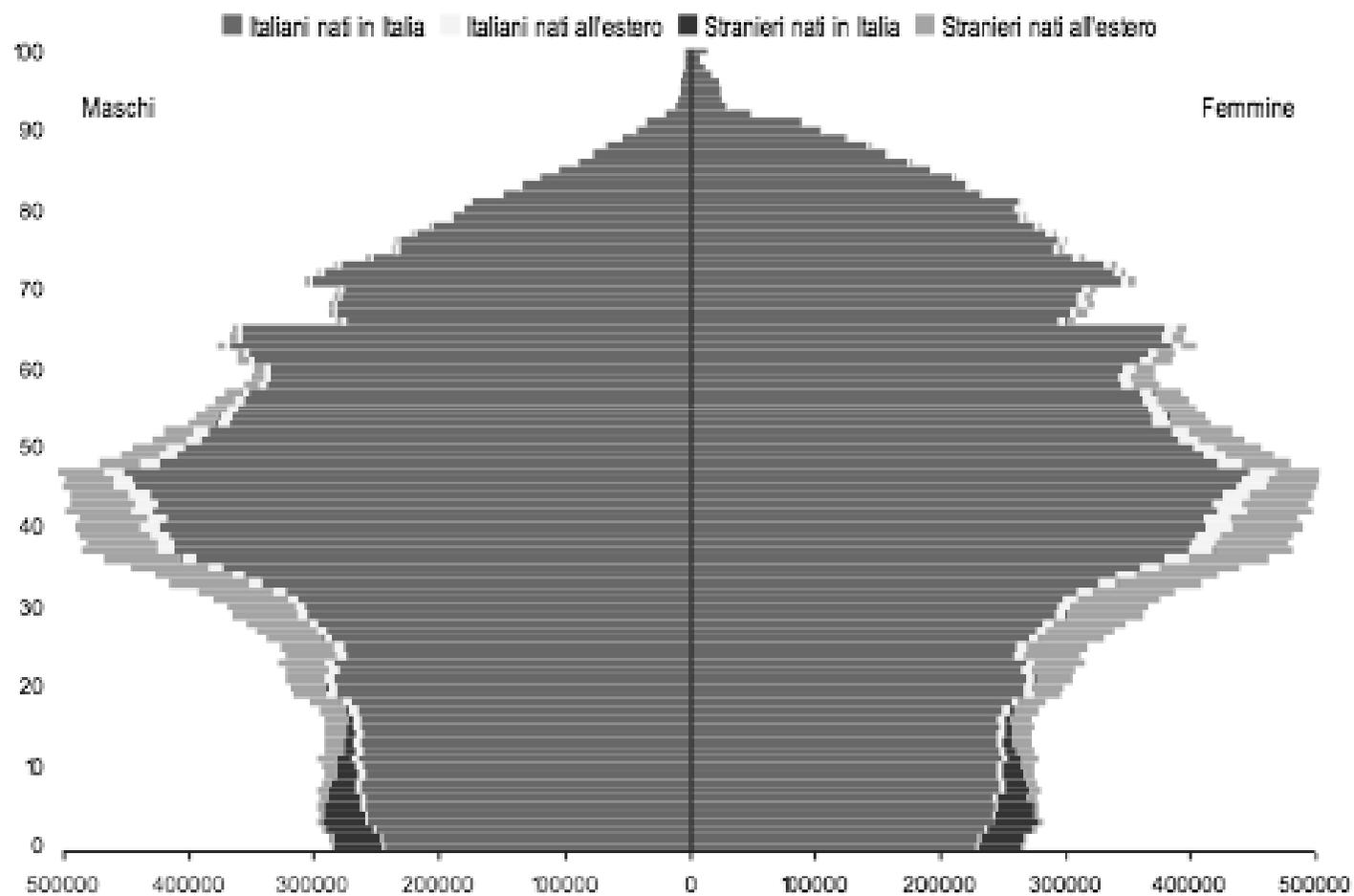
**LA GESTIONE
TERRITORIALE E
DISTRETTUALE
DEL MALATO DI
ALZHEIMER: la
routine, la
specificità**

Sara Antenucci – Francesco Nuccetelli

Ambulatorio Psicogeriatrico/Centro U.V.A., Ortona

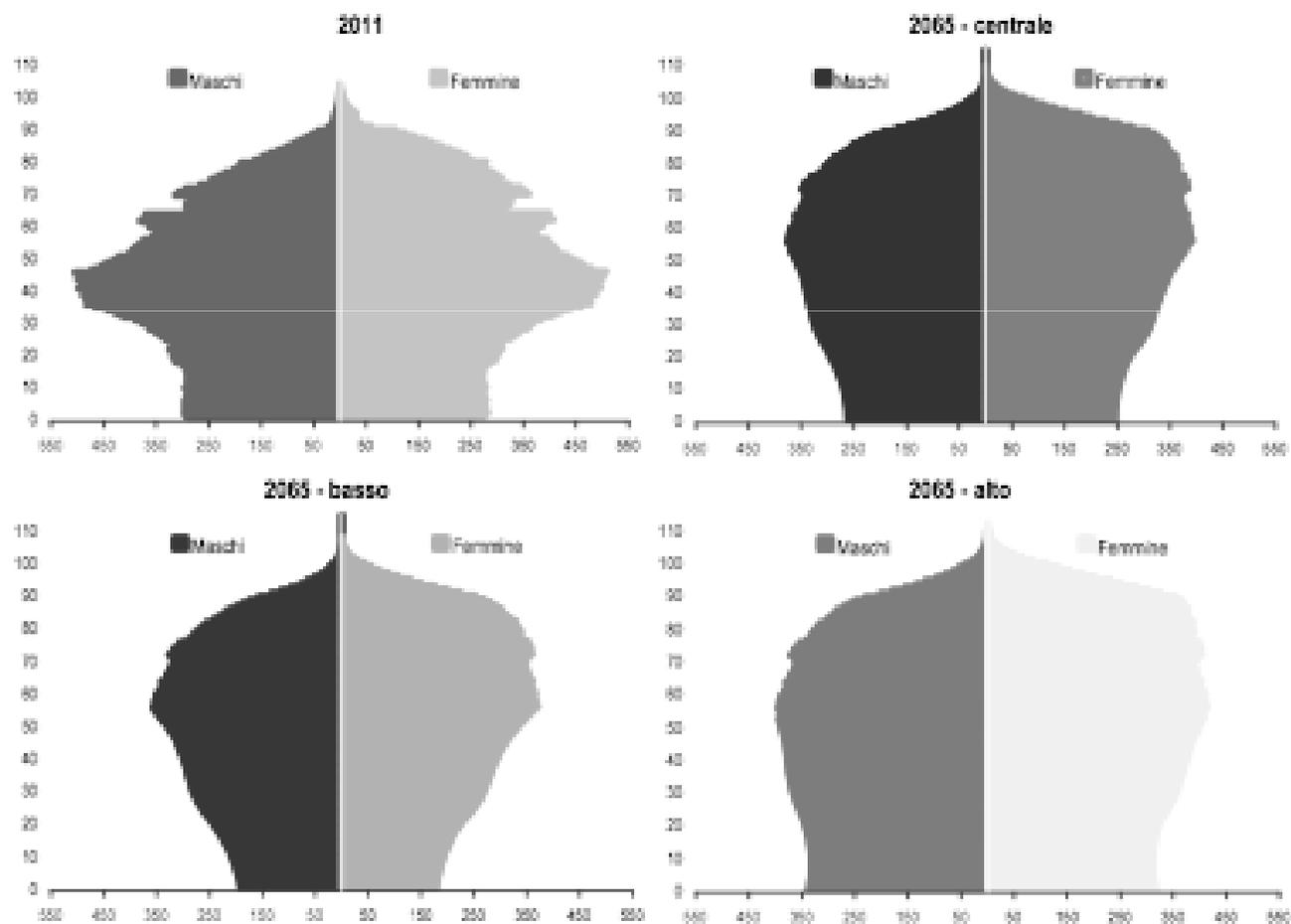
ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

FIGURA 6. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER CITTADINANZA E PAESE DI NASCITA - ITALIA
Anno 2012, stima al 1° gennaio

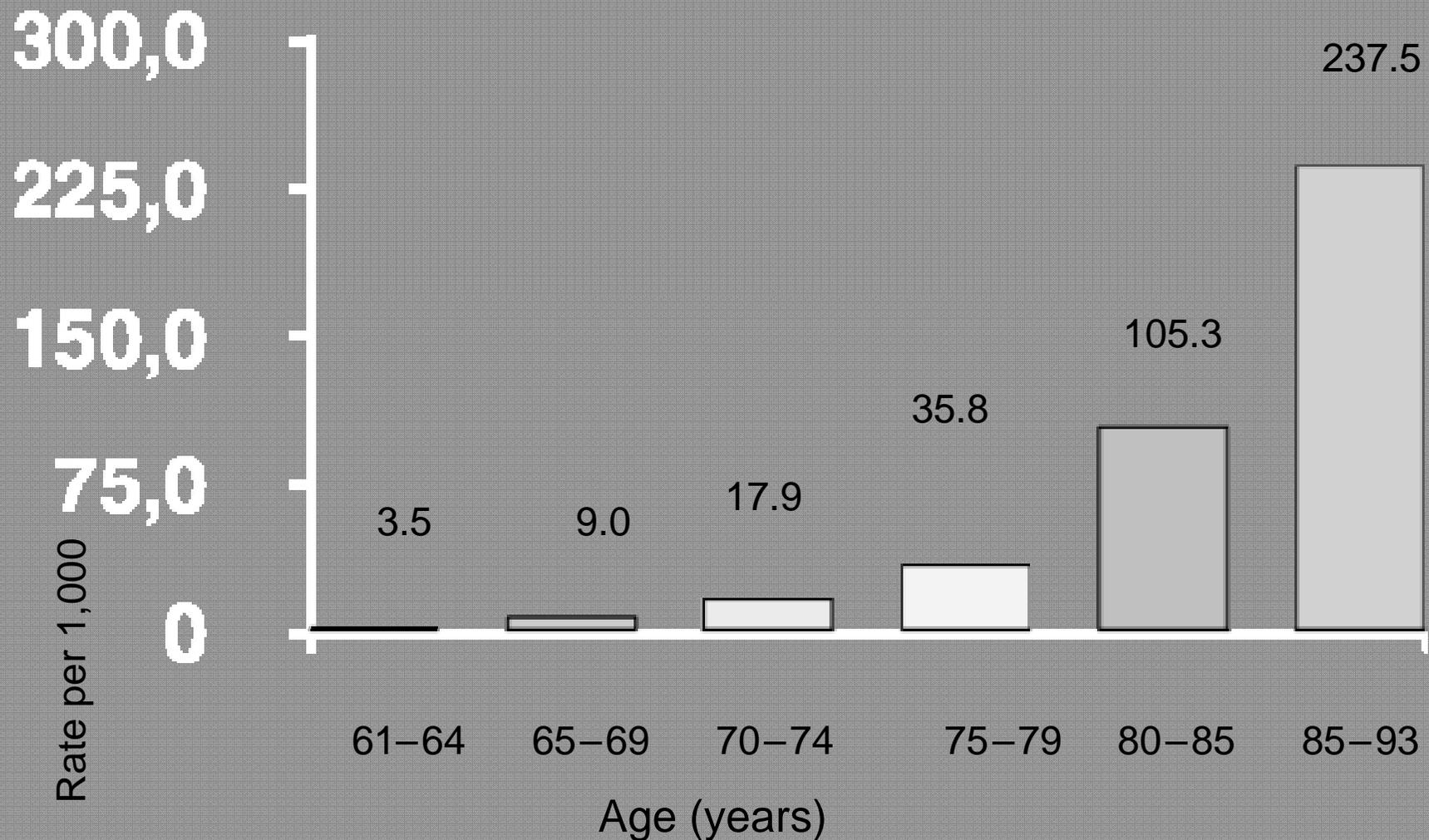


simile a quello dello scenario centrale, ma con un ventaglio di risultati al 2065 che oscilla dai 49 anni di età media dello scenario alto al 50,6 anni dello scenario basso.

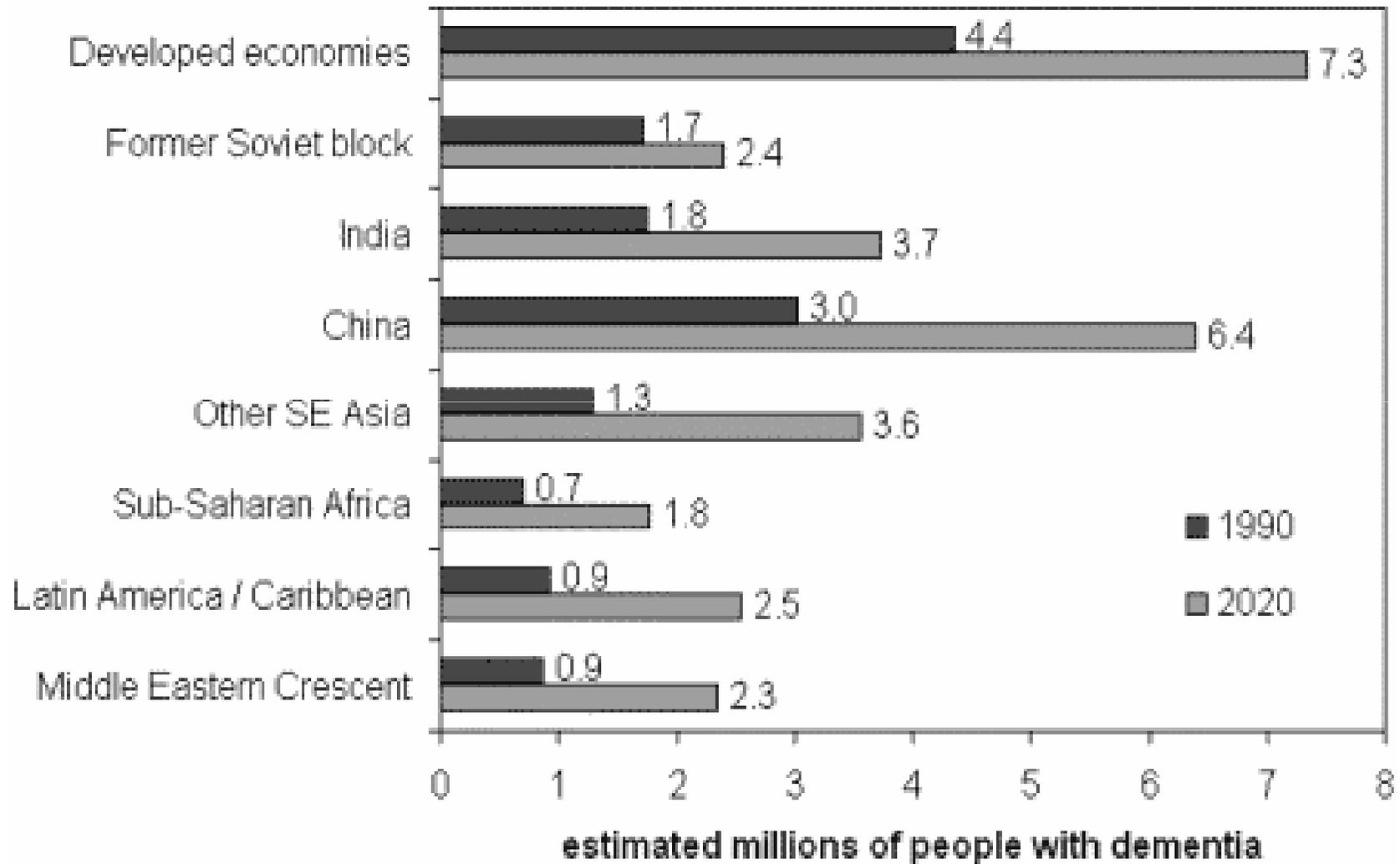
FIGURA 3. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AL 2011 E AL 2065 PER SCENARIO - ITALIA
Dati al 1° gennaio, in migliaia



Prevalenza della Demenza: The Framingham Study



Projected increase in numbers of people with dementia, by world region



PROBLEMI SOCIALI DELL'INVECCHIAMENTO POPOLAZIONE



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento per le politiche della famiglia



Anno europeo dell'**invecchiamento attivo**
e della **solidarietà tra le generazioni 2012**



Programma Nazionale di lavoro

Per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale

RAPPORTO ADI (Alzheimer's Disease International) 2011

- Nel Rapporto 2009, l'ADI stimava in **36 milioni la popolazione mondiale affetta da demenza**, destinata a **raddoppiare ogni 20 anni**; °°
- Secondo il Rapporto 2010, la spesa mondiale per la demenza ammonta a più del 1% del PIL globale (se *la spesa per la demenza fosse un bilancio nazionale sarebbe quello del 18° tra i paesi più ricchi del mondo!*);
- Il rapporto 2011 è stato volto a chiarire e passare in rassegna, per la prima volta, tutte le evidenze disponibili su **diagnosi ed interventi tempestivi**.

•

•

ADI

- ADI is a global umbrella organisation, with members in the developed and the developing world. From Argentina to South Korea, the USA to South Africa, we involve professionals, but also family members, carers and people with dementia.



RAPPORTO ADI 2011

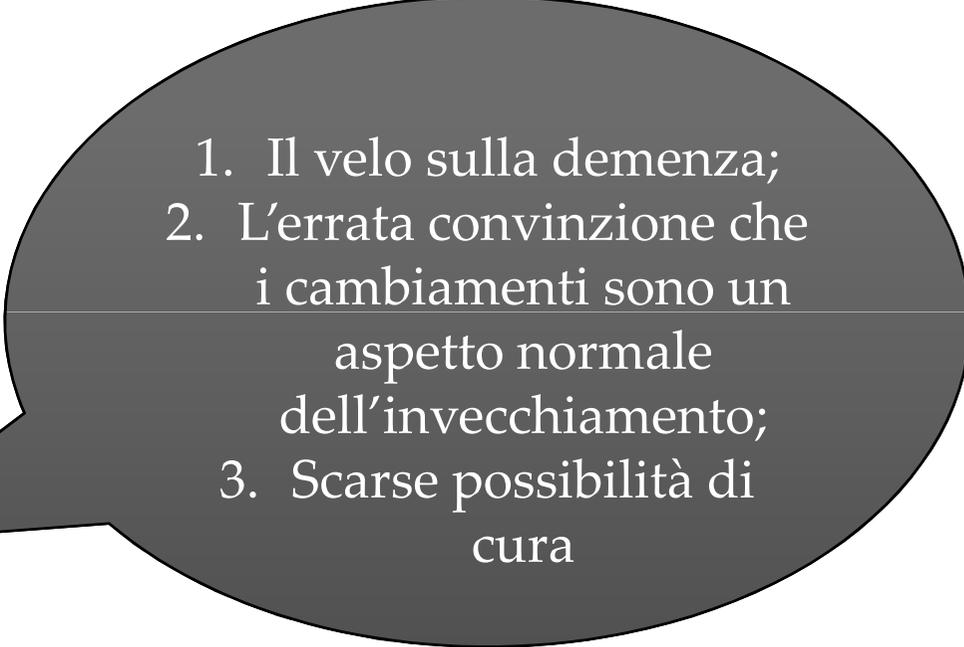
ELEMENTI DI RICERCA

1. Quali sono i benefici e gli svantaggi di una **diagnosi ed interventi precoci** nei soggetti affetti da demenza e in chi li assiste?
2. La diagnosi e l'intervento precoce sono in grado di **ridurre i costi** dell'assistenza socio-sanitaria?
3. Quali sono le **migliori pratiche di intervento precoce**, basate sull'evidenza, in tutto il mondo?



ELEMENTI DI CRITICITA'

- Soltanto da 1/5 a 1/2 dei casi di demenza, nei Paesi ad alto reddito, vengono routinariamente riconosciuti e documentati a livello **di medicina di base**;

- 
1. Il velo sulla demenza;
 2. L'errata convinzione che i cambiamenti sono un aspetto normale dell'invecchiamento;
 3. Scarse possibilità di cura

...ma

*una diagnosi precoce permette un accesso tempestivo all'informazione, al consiglio, al supporto e di dare inizio ad un **percorso di trattamento** e cura efficaci che accompagneranno il malato fino alla fine*



PROGETTO CRONOS

(09/2000-03/2003)

Obiettivo: il Ministero si prefiggeva di conoscere il fabbisogno dei farmaci anticolinesterasici e il loro profilo di efficacia e di tollerabilità.

Modalità di realizzazione: individuare sedi appropriate alle quali demandare la fase diagnostica e terapeutica.



U.V.A.

Il PROGETTO CRONOS diviene, pertanto, un modello innovativo in tale contesto realizzante uno studio osservazionale su larga scala, in modo da garantire continuità assistenziale tra strutture ospedaliere ed assistenza territoriale e migliorare, per quanto possibile la qualità di vita e di salute dei malati di Alzheimer



PROGETTO CRONOS (09/2000-03/2003)

VANTAGGI

- Creazione di Centri Specializzati per la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio della DA e di altre forme di demenza
- Aver stimolato l'attenzione su un problema di grande rilevanza sociale e sanitaria
- Diffusa utilizzazione di strumenti di outcome e di valutazione standardizzata, nonché un preciso algoritmo diagnostico

LIMITI

- Scarsa attenzione ai criteri anche minimi di accreditamento delle U.V.A.
- Strategie operative lasciate alle iniziative individuali dei singoli operatori
- Mancanza di definizione della natura degli interventi assistenziali



Le Unità Valutative Alzheimer operano nel territorio nazionale con evidente disparità di:

- **Denominazione**
- **Distribuzione**
- **Funzione**
- **Organico**
- **Integrazione con la restante rete assistenziale**



- **Unità Valutative Alzheimer**
- **Le Unità Valutative Alzheimer, in sigla U.V.A., sono dei centri specialistici diretti da un geriatra o un neurologo o uno psichiatra, che hanno il compito di diagnosticare e valutare la gravità della malattia, di stabilire la terapia appropriata, di attivare una serie di iniziative per il sostegno alle famiglie e di assicurare gratuitamente l'erogazione di farmaci e servizi dedicati.**

I medici di base, avendo contatti diretti e regolari con le persone anziane e con le loro famiglie, saranno coloro che per primi, su un sospetto diagnostico, indirizzeranno il paziente verso il centro U.V.A. di riferimento e nel prosieguo della terapia vigileranno sull'andamento clinico del trattamento farmacologico. Il paziente e la sua famiglia sono liberi di scegliere l'U.V.A. che ritengono più opportuna in base a motivazioni non sindacabili, pur essendo preferibile un rapporto con l'U.V.A. di riferimento territoriale.

•

•

•

AMA-A



L'AMA è un'associazione di volontariato, apartitica e senza fini di lucro.

Ha una struttura democratica e si rivolge a tutti i familiari dei malati di Alzheimer, agli operatori e a quanti vogliono parteciparvi, nel rispetto dello statuto.

In particolare, L'AMA si rivolge a tutte le forme di volontariato che vogliono svolgere un'attività di conoscenza e sensibilizzazione sul tema delle demenze, con le azioni che da questo ne potranno derivare.

Da gennaio 2005 collabora con il Coordinamento Sanità e Assistenza che raccoglie una serie di associazioni di Volontariato che hanno lo scopo di tutelare le fasce della popolazione più deboli ed a rischio.

Il suo simbolo, rappresentato da due mani aperte all'interno di un cuore, vuole ricondurre e sottolineare la richiesta di aiuto di chi non ha più voce.



UVA - Unità Valutazione Alzheimer

Abruzzo

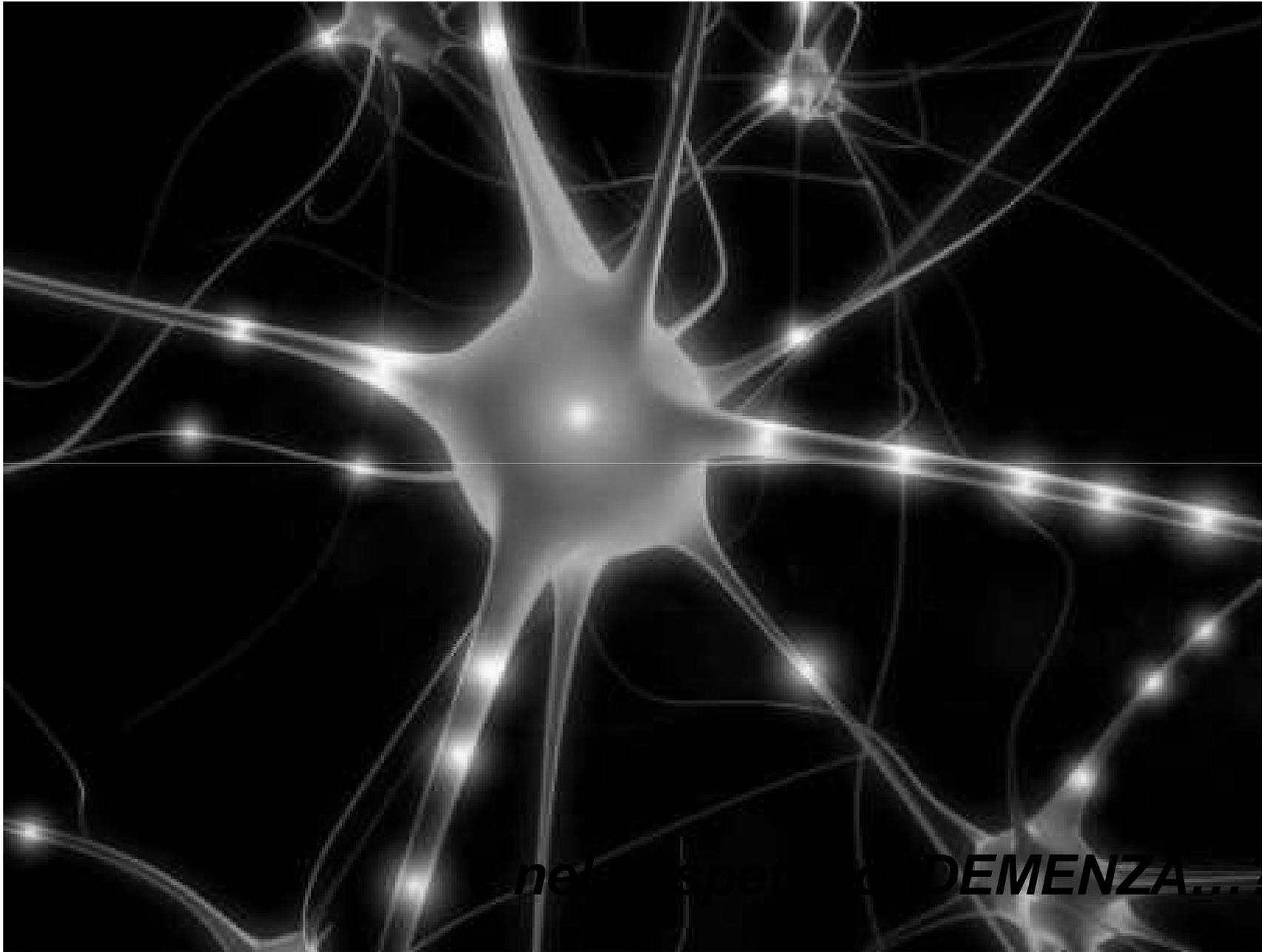
- 1 UVA Pescara (PE)
- 2 UVA Chieti (CH)
- 3 UVA Ortona (CH)
- 4 UVA Vasto (CH)
- 5 UVA Lanciano (CH)
- 6 UVA Teramo (TE)
- 7 UVA Sant'Omero (TE)

Ed oggi...?

Nasce il progetto **UNIVA** (Unità di Valutazione Alzheimer-Network Italiano):

- Progetto promosso dall'AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatria) nel gennaio 2010
- L'obiettivo è quello di rafforzare il sistema delle UVA
- Con la creazione di una rete di UVA esperte con ruolo di coordinare altre UVA della propria regione, ci si pone l'obiettivo di favorire lo sviluppo di attività di studio e formazione, per migliorare la qualità dell'assistenza nei servizi dedicati alle persone affette da demenza.





neuroscienze e DEMENZA...?

**FASE DEL SOSPETTO
DIAGNOSTICO
(MMG)**



**Pervenire ad una diagnosi
precoce di decadimento
cognitivo**

**FASE DELLA DIAGNOSI
(UVA)**



**Pervenire ad una diagnosi e
decidere l'eventuale avvio
dell'intervento terapeutico**

**FASE POST-DIAGNOSTICA
E FOLLOW-UP
(MMG, UVA)**



**Garantire precisi
riferimenti al
malato/famiglia;
monitorare la malattia ed
il trattamento;
intervenire in modo
integrato nella gestione
dei problemi clinici
intercorrenti**

U.V.A. ITER DIAGNOSTICO

VALUTAZIONE I LIVELLO

- ✧ Anamnesi patologica e familiare;
- ✧ Esame clinico e neurologico;
- ✧ Valutazione (MMSE, IADL, BADL, NPI)
- ✧ Esami ematochimici

VALUTAZIONE II LIVELLO

- ✧ Valutazione neuropsicologica;
- ✧ Neuroimaging (RMN, TAC, SPECT, PET);
- ✧ Altre indagini

CONFERMA DIAGNOSTICA ED
AVVIO DEL PERCORSO
TERAPEUTICO

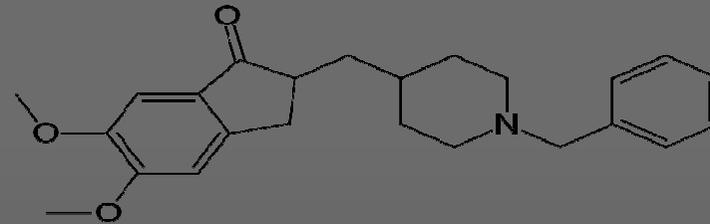


**TERAPIA
DELLA
DEMENZA
DI
ALZHEIMER**

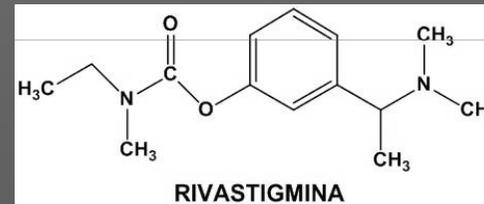


Inibitori delle colinesterasi (ChE-I)

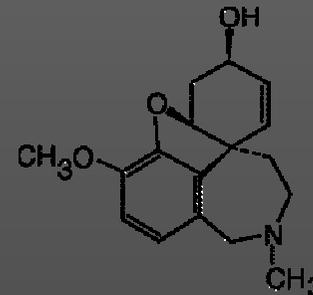
✦ Donepezil



✦ Rivastigmina



✦ Galantamina





Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease (Review)

Birks J

Authors' conclusions

The three cholinesterase inhibitors are efficacious for mild to moderate Alzheimer's disease. Despite the slight variations in the mode of action of the three cholinesterase inhibitors there is no evidence of any differences between them with respect to efficacy. The evidence from one large trial shows fewer adverse events associated with donepezil compared with rivastigmine.

25 January 2006 in Issue 1, 2006

Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease

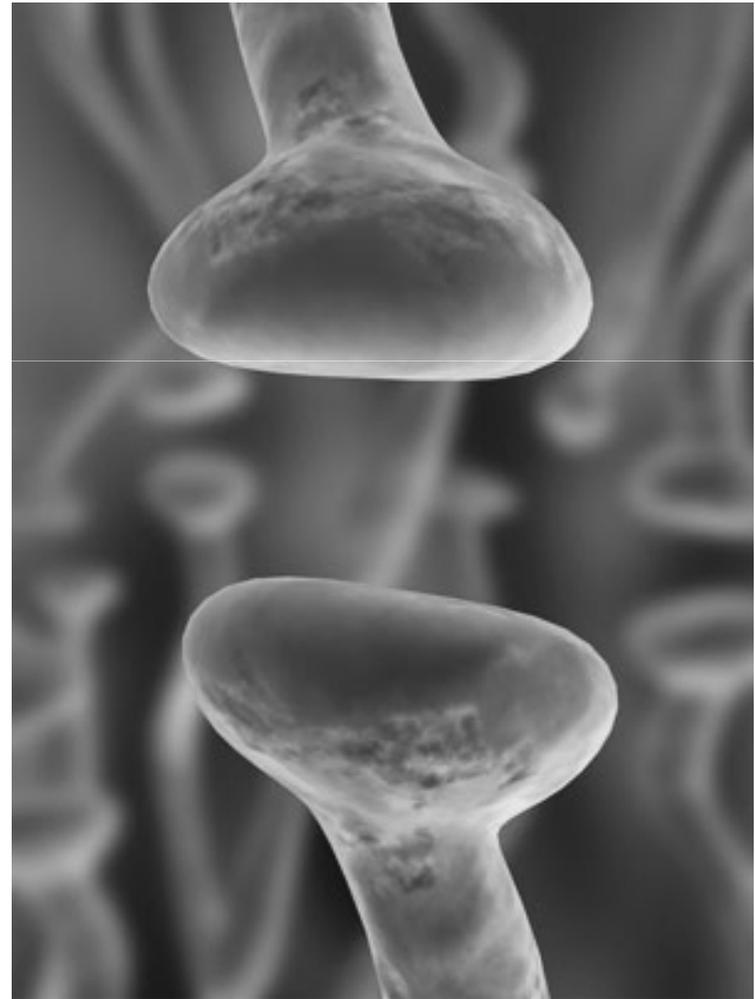
- I tre inibitori sono efficaci nella demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato
- Non è possibile identificare a priori i soggetti responsivi al trattamento. Non ci sono evidenze per negare un positivo rapporto costo-beneficio nel trattamento con gli AchEI.
- Non ci sono evidenze di differenza di efficacia fra i tre inibitori.

Birks, Cochrane Database Syst Rev. (1); 2006



Sistema glutamatergico

Memantina: antagonista non competitivo del recettore NMDA del glutammato



Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease

Barry Reisberg, M.D., Rachele Doody, M.D., Ph.D., Albrecht Stöfler, M.D.,
Frederick Schmitt, Ph.D., Steven Ferris, Ph.D.,
and Hans Jörg Möbius, M.D., Ph.D., for the Memantine Study Group*

METHODS

Patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease were randomly assigned to receive placebo or 20 mg of memantine daily for 28 weeks. The primary efficacy variables were the Clinician's Interview-Based Impression of Change Plus Caregiver Input (CIBIC-Plus) and the Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory modified for severe dementia (ADCS-ADLsev). The secondary efficacy end points included the Severe Impairment Battery and other measures of cognition, function, and behavior. Treatment differences between base line and the end point were assessed. Missing observations were imputed by using the most recent previous observation (the last observation carried forward). The results were also analyzed with only the observed values included, without replacing the missing values (observed-cases analysis).

RESULTS

Two hundred fifty-two patients (67 percent women; mean age, 76 years) from 32 U.S. centers were enrolled. Of these, 181 (72 percent) completed the study and were evaluated at week 28. Seventy-one patients discontinued treatment prematurely (42 taking placebo and 29 taking memantine). Patients receiving memantine had a better outcome than those receiving placebo, according to the results of the CIBIC-Plus (P=0.06 with the last observation carried forward, P=0.03 for observed cases), the ADCS-ADLsev (P=0.02 with the last observation carried forward, P=0.003 for observed cases), and the Severe Impairment Battery (P<0.001 with the last observation carried forward, P=0.002 for observed cases). Memantine was not associated with a significant frequency of adverse events.

CONCLUSIONS

Antiglutamatergic treatment reduced clinical deterioration in moderate-to-severe Alzheimer's disease, a phase associated with distress for patients and burden on caregivers, for which other treatments are not available.



Nota 85

La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata a :

Pazienti con malatti di Alzheimer

di grado lieve (MMSE tra 21 e 26): donepezil, rivastigmina, galantamina

di grado moderato (MMSE tra 10 e 20): donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina

Alle UVA è affidato il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE. Il P.T. deve essere formulato sulla base della diagnosi iniziale di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato.

La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del pianto terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico
- ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità

Tabelle Rimborsabilità

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine	Memantine
Austria	26-10	26-10	26-10	14-3
Belgium	>10	>10	>10	15-0
Bulgaria Malta	no reimb.	no reimb.	no reimb.	no reimb.
Czech Republic	20-13	20-13	20-13	16-5
Denmark Finland Germany Greece Iceland Ireland Portugal Spain Sweden Turkey	No limits	No limits	No limits	No limits
France	26-10	26-10	26-10	15-0

- **Nessuno degli inibitori dell'acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina, galantamina) si è finora dimostrato di beneficio per prevenire la conversione dal "Deterioramento Cognitivo lieve" verso una demenza**

Trattamento dei sintomi non cognitivi (BPSD)

✓ **ANTIDEPRESSIVI**

✓ **ANTIPSIKOTICI**

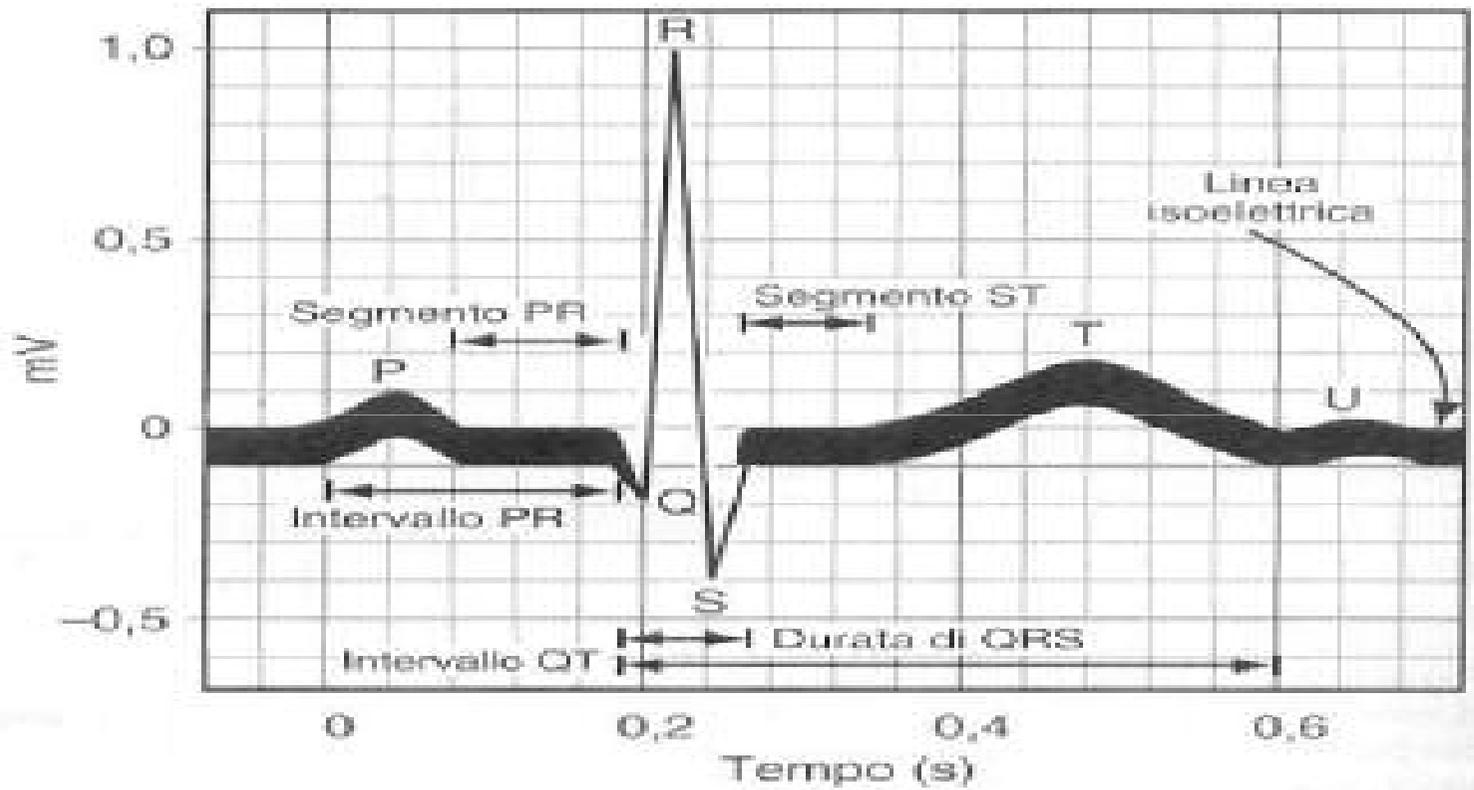
✓ **BENZODIAZEPINE**

✓ **STABILIZZANTI DEL TONO DELL'UMORE**



QTc dell' ECG



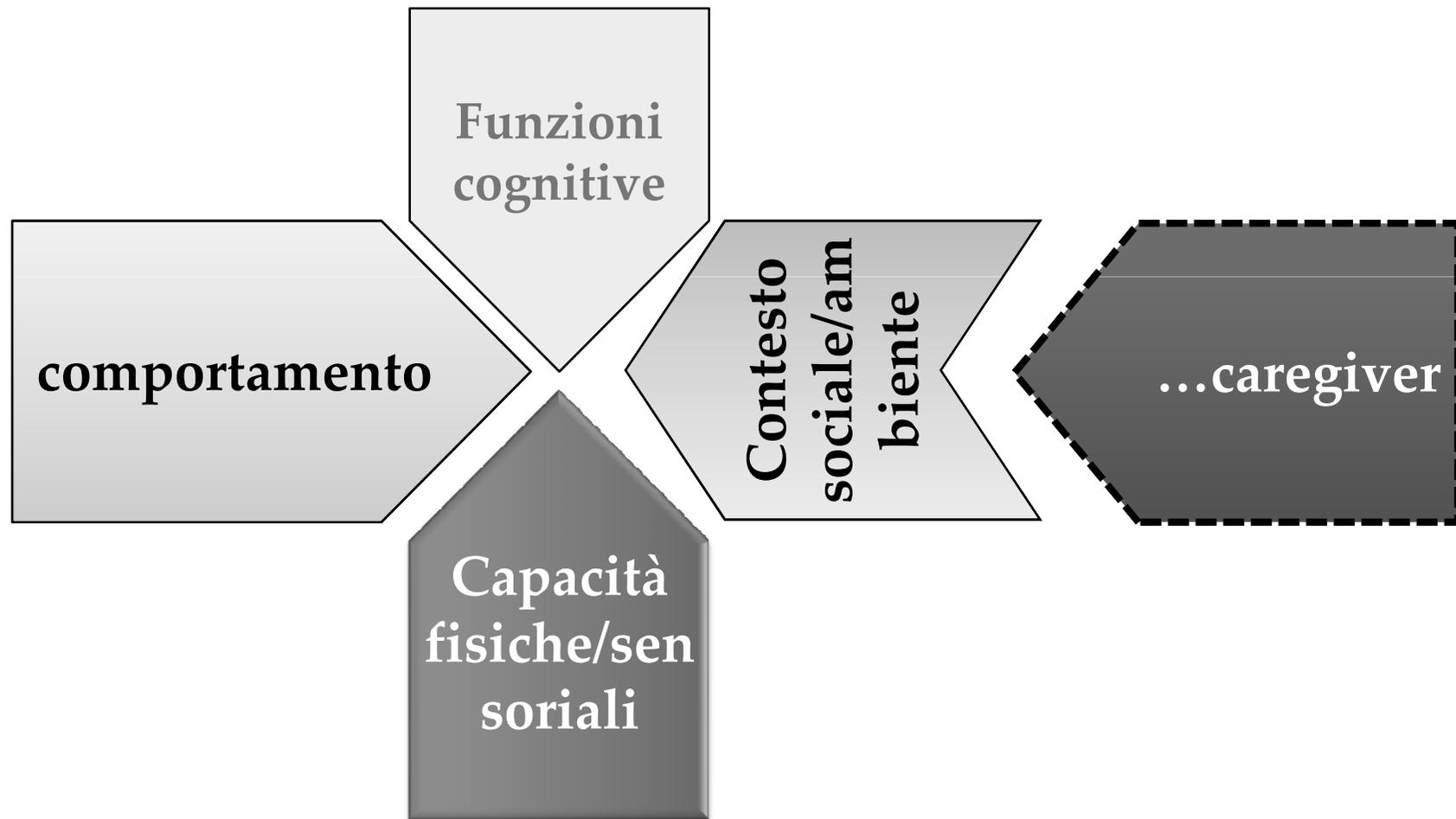




Terapie non Farmacologiche



“qualsiasi strategia o tecnica di intervento che permetta ai pazienti ed ai loro familiari di gestire, convivere, superare o ridurre il deficit...” Wilson, 1997



Terapie non Farmacologiche

- Tecniche rivolte alle componenti **cognitive**, **affettive** e **comportamentali** della demenza
- Lo **scopo** è quello di sostenere ed attivare quelle funzioni mentali non completamente deteriorate, agendo sulle **potenzialità residue**:

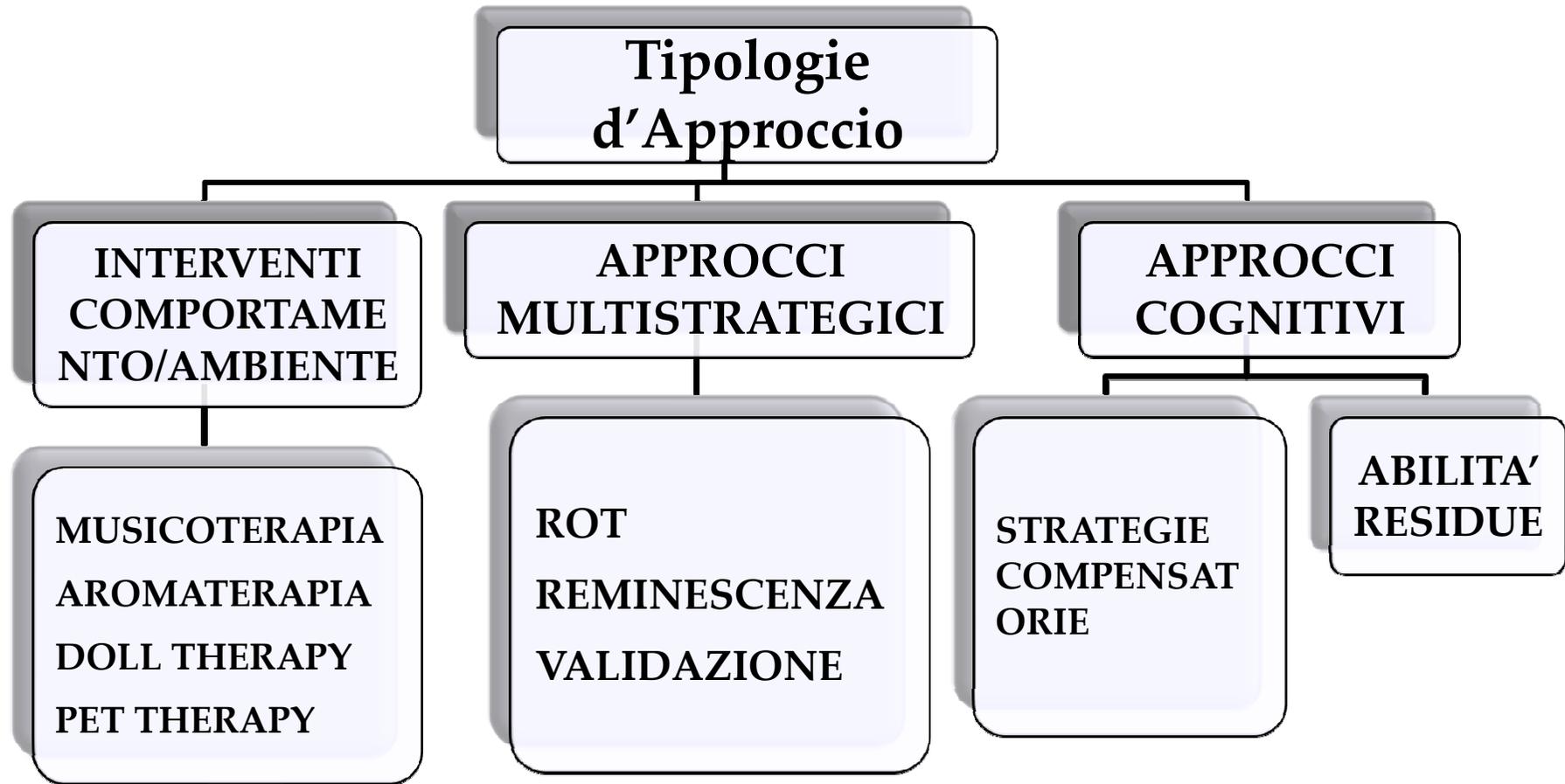
Massimizzare le capacità a mantenere ruolo ed autonomia nel proprio ambiente di vita

Agevolare il miglior adattamento possibile per ogni differenza fra capacità raggiunta e capacità desiderata

Perché la riabilitazione nel decadimento cognitivo...

- 1 Relativa (in)efficacia del trattamento farmacologico
- 1 Approccio combinato migliore del solo trattamento farmacologico
- 1 Coinvolgimento “attivo” della persona
- 1 Intervento “su misura” fondato sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare il trattamento

Tipologie di Approccio



APPROCCI MULTISTRATEGICI

ROT (REALITY ORIENTATION THERAPY)

- Ideata da Folsom nel 1958 è finalizzata a ri-orientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia ed al proprio ambiente
- Rivolto a pazienti con decadimento lieve-moderato, senza deficit sensoriali e disturbi comportamentali
- Tramite tecniche formali ed informali si pone l'obiettivo di rinforzare le informazioni di base modificando le relazioni sociali e riducendo l'isolamento ed i comportamenti disadattativi

È l'unico trattamento considerato efficace dalla revisione Cochrane (Spector et al., 2005)



TERAPIA DELLA REMINESCENZA

- Ha fondamento nella tendenza dell'anziano a rievocare il suo passato
- Gli eventi remoti rappresentano lo spunto per stimolare le risorse mnesiche residue e recuperare esperienze emotivamente piacevoli
- Rivolto a pazienti con decadimento lieve
- Tramite tecniche informali individuali o di gruppo



TERAPIA DI VALIDAZIONE

- Introdotta da Feil nel 1967 con lo scopo di conoscere la visione della realtà da parte del paziente, senza tentare di riorientarlo, ma immedesimandosi nel suo mondo, al fine di creare contatti emotivamente significativi
- Rivolto a pazienti con decadimento moderato o severo
- Tramite interventi individuali o piccoli gruppi
- Non vi sono sufficienti evidenze scientifiche sull'efficacia di tale tecnica per i pazienti con demenza (Neil e Briggs, 2003)



TERAPIA OCCUPAZIONALE

- L'obiettivo è quello di ripristinare il maggior grado di autonomia possibile, sfruttando e valorizzando le abilità residue, con miglioramento della qualità della vita
- Rivolto a pazienti con decadimento cognitivo di ogni grado di severità
- Si svolge attraverso un training ADL, ricerca delle attività possibili del paziente, utilizzo di ausili e adattamento ambientale
- Tramite interventi individuali o piccoli gruppi



APPROCCIO COGNITIVO

Sono interventi centrati sulle difficoltà di memoria e delle funzioni esecutive (attenzione e pianificazione) nella vita quotidiana

- L'obiettivo è quello di:
 - ❖ Ottimizzare la memoria episodica residua
 - ❖ Costruire un intervento sfruttando la memoria procedurale
 - ❖ Insegnare ed aumentare l'utilizzo di aiuti esterni e metodi di compensazione

- È rivolto a pazienti con decadimento lieve

- Si svolge in sessioni individuali, in gruppi di pazienti o gruppi familiari

“Benché ci siano limitate evidenze che la riabilitazione sia efficace nel trattamento dei deficit della memoria, ci sono considerevoli evidenze che le disabilità possono essere trattate” B. Wilson



PROCEDURAL MEMORY TRAINING

- Intervento di stimolazione cognitiva finalizzato a sostenere ed incrementare l'apprendimento procedurale, sensoriale e motorio
- Si basa sul presupposto di stimolare la memoria procedurale al fine di potenziare le abilità della vita quotidiana
- Se utilizzato nei pazienti con decadimento cognitivo lieve è volto allo sviluppo delle IADL, alle ADL nei malati più deteriorati



SPACED RETRIEVAL

- Facilita la memoria residua. Si basa sul presupposto fondamentale che la ripetizione di un'informazione rinforza il suo immagazzinamento
- Può essere insegnato anche ai caregiver
- L'apprendimento viene consolidato attraverso la riduzione graduale di indizi/aiuti



**INTERVENTI
COMPORTAMENTALI
AMBIENTALI**



INTERVENTI AMBIENTALI

Obiettivi:

- a. *Garantire la sicurezza*
- b. *Compensare le disabilità*
- c. *Evitare stimoli stressanti*

- **Utilizzo di ausili**
- **Eliminazione di ostacoli**
- **Buona illuminazione degli ambienti**

**Utilizzo di calendari, orologi,
etichette colorate**

**Evitare ambienti con elevati stimoli
e/o troppo privi**

INTERVENTI COMPORTAMENTALI

- **MUSICOTERAPIA**
- **AROMATERAPIA**
- **DOLL-THERAPY**
- **PET-THERAPY**

“...quando il cervello subisce dei cambiamenti che impattano la memoria, il ragionamento, il linguaggio e le altre forme di comunicazione, il comportamento diventa il metodo primario di espressione non verbale”

Rehabilitation Nursing 2006; 31 (5): 188-192

Fattori collegati al rischio della Demenza

- Età
- Sesso femminile
- Basso livello di scolarizzazione



Fattori di rischio della Demenza

- Fumo di sigaretta
- Diabete mellito
- Ipertensione
- Fattore apolipoproteina E
- Malattia ischemica delle coronarie
- Dieta ricca di grassi saturi e colesterolo
- Valori di colesterolemia
- Hyperhomocysteinemia

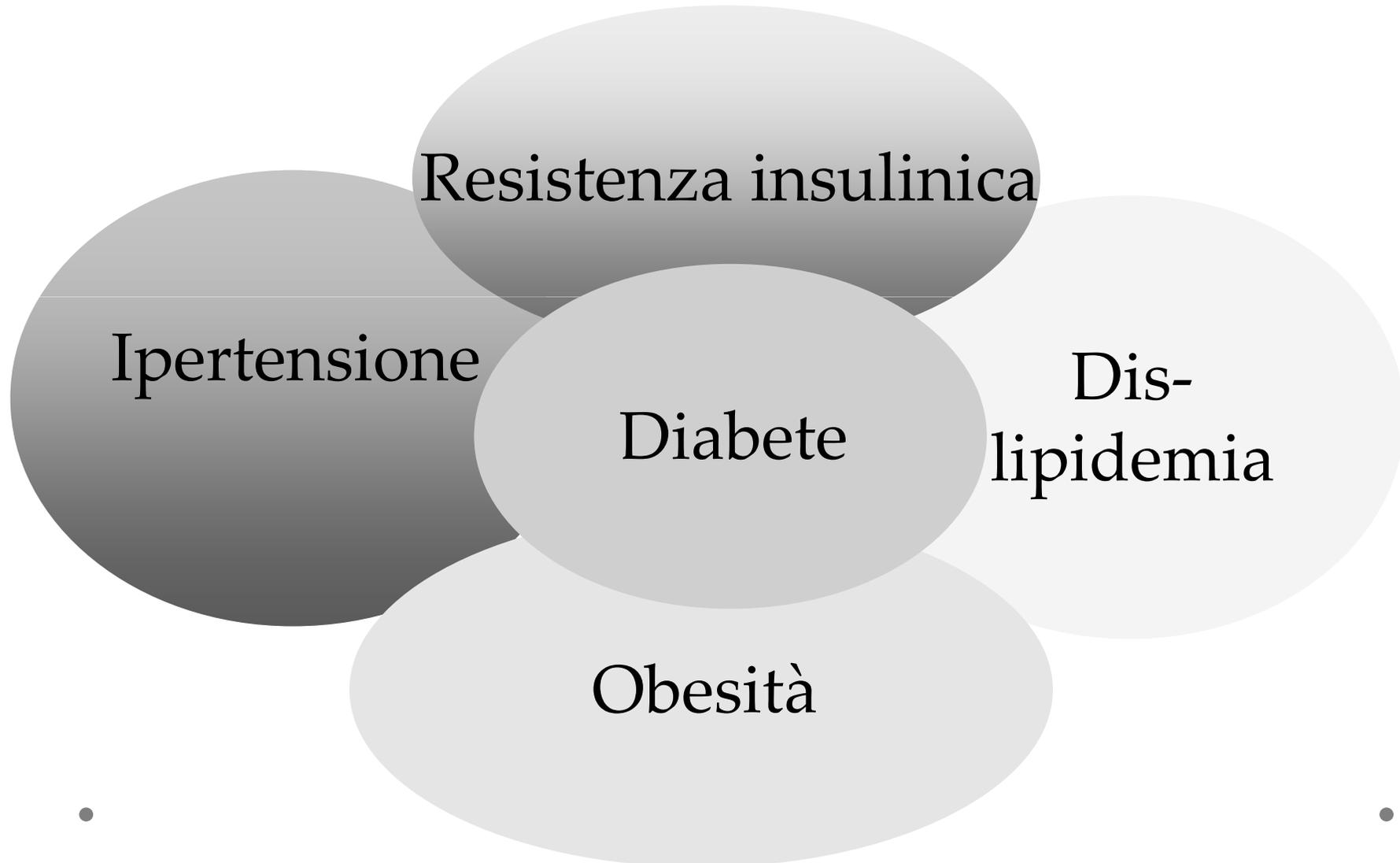


Fattori di rischio della Demenza

**Tutti questi sono anche
fattori di rischio vascolare**



I 5 “BAD factor” - la sindrome dismetabolica



The clinical distinction between AD and VaD which was conceptually correct, is in fact inapplicable in practice and unproductive, since these two “entities” overlap, share risk factors, phenomenology, evolution and therapy

- o **Professor Amos D Korczyn** - Sieratzki chair of Neurology -Sackler Faculty of Medicine Jerusalem - AlKuds

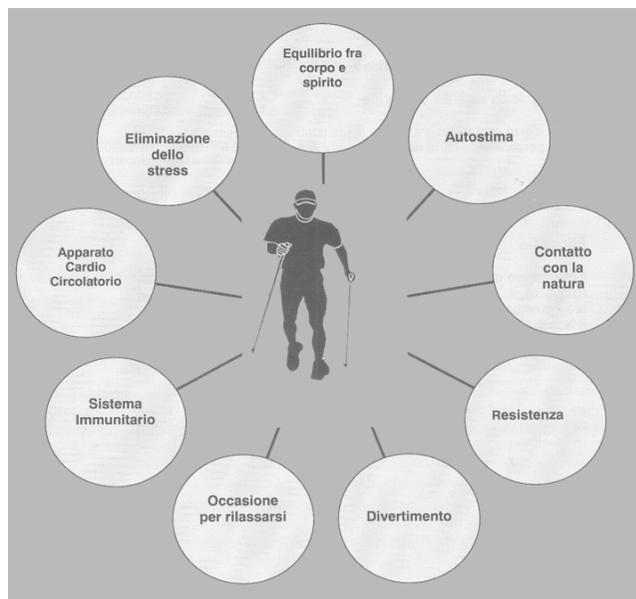
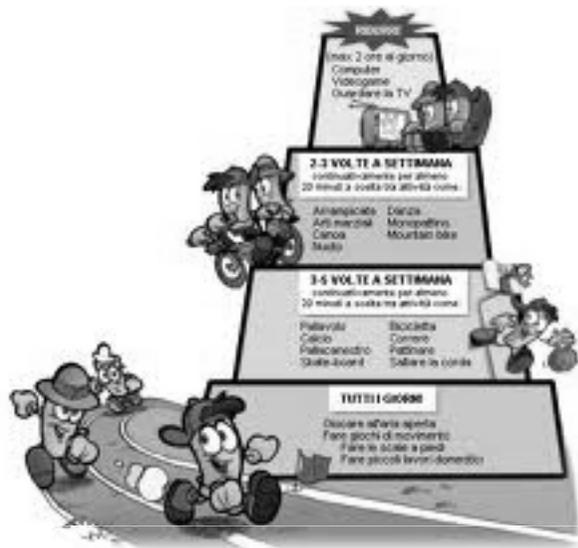


HYPER RISK FACTORS

- **Hypertension**
 - **Hyperlipidemia**
 - **Hyperglycemia**
 - **Hyperhomocysteinemia**
-
- **Professor Amos D Korczyn** - Sieratzki chair of Neurology -Sackler Faculty of Medicine Jerusalem - AlKuds



STILE DI VITA



CAMBIAMENTO DELLO STILE DI VITA

- **Smettere di fumare**
- **Ridurre il sovrappeso**
- **Attività fisica (physical fitness)**
- **Attività cognitiva**
- **“Healthy” diet (mangiare bene - Dietary habits)**
- **Moderato uso di alcool**
- **Correggere una cattiva igiene del sonno**



IL QUADRO DELLA NORMATIVA NAZIONALE



Invalidità civile (L. 118/71)

Il riconoscimento dell'Invalidità Civile nel paziente con demenza di Alzheimer è il primo passo da compiere per poter usufruire dei sostegni economici e delle agevolazioni previste dalla legge, quali:

- ✓ **La pensione di inabilità** (*soggetti tra i 18 e i 65 anni per i quali sia stata accertata una totale inabilità al lavoro ed I.C. pari al 100%*)
- ✓ **L'assegno per invalidità parziale** (*età compresa tra i 18 e i 65 anni, dopo i 65 anni diviene pensione sociale; I.C. tra il 74 e il 99%; reddito annuo non superiore al limite fissato*)
- ✓ **L'assegno d'accompagnamento**



Invalidità

civile

- Cosa Fare-

- 1. Compilazione del certificato medico on-line**
- 2. Presentazione telematica all'INPS o direttamente tramite Patronato e associazioni di categoria dei disabili**
- 3. Visita di accertamento presso la Commissione Medica**



Invalidità civile

Sussidi ed agevolazioni per il paziente

Percentuale di Invalidità Civile	Agevolazione e benefici
Da 34% a 66%	Protesi e ausili relativi alla propria invalidità
Da 67% a 73% Da 74% a 99%	Esenzione dai ticket sanitari Assegno per invalidità parziale
100%	Pensione di invalidità
100% + condizione di completa autosufficienza	Indennità non d'accompagnamento

Invalidità civile

- Agevolazioni e benefici -

1. Protesi e ausili

1. Mezzi di trasporto (sia pubblico che privato)

2. Contrassegno per invalidi

3. Barriere architettoniche

4. Esenzione dai ticket sanitari



INDENNITA' D'ACCOMPAGNAMENTO (L. 18/80)

- Hanno diritto all'Indennità d'accompagnamento, a prescindere dal reddito, tutti i *“soggetti che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”* (l. 11/2/80 n. 18) o comunque gli ultra 65 che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.



L. 104/1992 art.33

- “Portatore di handicap è colui che presenta una condizione di **minorazione fisica, psichica o sensoriale stabilizzata o progressiva**, causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”
- “L’handicap assume connotazione di **gravità** (art. 3 comma 3, legge 104/92) se la minorazione, singola o plurima, ha ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione”



Amministratore di Sostegno (legge 9 gennaio 2004, n°6)

- Art. 1. La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minor limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporanei o permanenti
- Art. 3. La persona che, per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno



Amministratore di Sostegno

- Nomina-

- Art. 405 - Il Giudice Tutelare del luogo di residenza del paziente provvede, entro 60 giorni dalla presentazione della richiesta, alla nomina dell'amministratore di sostegno
- Il decreto di nomina deve contenere l'indicazione della **durata** dell'incarico e degli **atti che l'amministratore ha il potere di compiere**, degli **atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno**
- Art. 406 – Il ricorso di nomina può essere proposto dallo stesso soggetto beneficiario, ovvero da un suo congiunto. I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministratore di sostegno, sono tenuti a proporre al Giudice Tutelare il ricorso o a fornirne comunque notizia al Pubblico Ministero



Amministratore di Sostegno

- Scelta-

- Art. 408 – La scelta dell'Amministratore di Sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario
- Può essere designato dallo stesso beneficiario
- Il Giudice tutelare predilige il coniuge, la persona stabilmente convivente, i genitori, il figlio, il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado
- Non possono ricoprire le funzioni di Amministratore di Sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario
- Il Giudice Tutelare, quando ne ravvisa l'opportunità o ricorrano gravi motivi, può revocare l'incarico di Amministratore di Sostegno e sostituirlo con altra persona idonea



Il modello “a rete” per l’assistenza dell’anziano fragile



CARATTERISTICHE

Continuatività:

- per gestire la cronicità, prevenire la disabilità, contrastare l'evolutiveità

Globalità:

- per consentire l'intervento non sulla malattia ma sulla persona

Flessibilità:

- perché i bisogni assistenziali sono mutevoli nel tempo

SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALE



I servizi

- I servizi alle persone colpite da demenza ed il sostegno ai loro familiari durante tutto l'arco della malattia a domicilio o nelle strutture preposte deve coinvolgere ASL, Amministrazioni locali, associazioni familiari, volontariato.
- Malgrado non sia possibile la guarigione dalla demenza, in insieme di interventi medici, assistenziali e socio assistenziali possono contribuire al miglioramento della qualità di vita delle persone ammalate e di chi se ne prende cura



- Tramite il fondo della non autosufficienza si possono realizzare servizi a sostegno della permanenza dell'ammalato a domicilio, possibilità di accoglienza temporanea di sollievo, la qualificazione delle assistenti familiari in integrazione con la assistenza domiciliare assicurata dai servizi pubblici.



Servizi di Assistenza Territoriale

* **ASSISTENZA DOMICILIARE**

- occasionale/estemporanea: intervento domiciliare di carattere socio-sanitario dedicato ai pazienti che necessitano di prestazioni sanitarie complesse

* **SERVIZI DIURNI**

- C.D.I. (Centri Diurni Integrati) che garantiscono anche ricoveri notturni;
- C.D. (Centri Diurni)

* **SERVIZI RESIDENZIALI**

- R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali) anche per ricoveri di sollievo;
- R.S.D. (Residenze Sanitarie Disabili) per pazienti con demenza in età giovane-adulta;
- Strutture riabilitative per ricoveri temporanei legati ad un evento acuto riabilitabile



☰ **Iniziative a supporto del caregiver**

☰ **Servizi a supporto della domiciliarità**

- A.D.A., servizi pasti/lavanderia a domicilio;
- Servizio di trasporto (taxi sanitario);
- Servizio di telesoccorso

*** ATTIVITA' NON ISTITUZIONALE**

- Attività di volontariato (per sollievo temporaneo del caregiver);
- Iniziative locali di Associazioni, Università della terza età, Comuni



CURE DOMICILIARI

- Le Cure Domiciliari si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito in modo continuo ed integrato in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge
- Presupposto fondamentale per la loro realizzazione è la compatibilità delle condizioni cliniche dell'assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e sociali necessari

CURE DOMICILIARI

- OBIETTIVI -

- Fornire adeguata assistenza ai pazienti che presentano problematiche sanitarie suscettibili di trattamento domiciliare
- Favorire dimissioni ospedaliere tempestive, assicurando la continuità assistenziale
- Favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, attraverso il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali
- Supportare i caregiver, trasmettendo loro competenze che possono tradursi in autonomia di intervento

CURE DOMICILIARI

- MODALITA' DI REALIZZAZIONE -

- Attivazione della rete dei servizi
- Integrazione tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, nonché tra servizi sanitari e servizi sociali
- Ampliamento e rafforzamento della rete familiare
- Formazione continua degli operatori coinvolti

CENTRI DIURNI

- Il Centro Diurno per soggetti con demenza è un servizio semi-residenziale, destinato a soggetti affetti da demenza e al sostegno dei familiari che li assistono a domicilio
- L'obiettivo è il **miglioramento della qualità della vita** del paziente e dei suoi familiari, con la conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o un suo allontanamento nel tempo



CENTRI DIURNI

- ATTIVITA' -

- Il Centro Diurno ha una valenza terapeutica e non è pertanto, da considerarsi alla stregua di servizio di mera “badanza”
- Dovrà essere disposto un Progetto Individualizzato al fine di:
 - Individuare opportuni interventi terapeutici
 - Migliorare il quadro sintomatologico funzionale, psicologico e comportamentale
 - Ridurre o abolire l’uso di antipsicotici
 - Stimolare le capacità sociali
 - Realizzare interventi di supporto rivolti alle famiglie
- Dovrà avere apertura di almeno 5 giorni a settimana, con un orario minimo di 8 ore giornaliere
-

SERVIZI RESIDENZIALI

5.2.7.2. Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani non-autosufficienti

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (Riabilitazione e Lungodegenza post- acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero...

...Andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, per *solievo del nucleo familiare*.

RSA - Posti letto autorizzati e accreditati Regione Abruzzo				PL aut	PL aut	PL aut	PL accr	PL accr	PL accr		
									Alzh/demenze		
Comune di Alfedena (AQ)									0		
INI Canistro s.r.l. Loc									0		
Opera "S. Maria della									0		
Soc. "Villa Gaia" Via									0		
Istituto Don Orione									0		
Soc. Coop. Soc. 2000									12		
Castel di Sangro									0		
Società S. Domenico									0		
Società Alfa Polaris									0		
Villa S. Giovanni s.a									0		
Società S. Rita s.r.l. V									0		
Società EMME EMME									15		
S. Vitale s.r.l. Atessa									0		
Coop. Soc. "SAMID									0		
Società S.T.A. s.r.l. C									0		
Unità Sanitaria Loca									0		
Fondazione S. Maria									15		
Soc. "EUMEDICA"									0		
Società Villa Dorote									0		
Unità Sanitaria Loca									0		
Unità Sanitaria Loca									0		
Casa di Cura De Ces									14		
Soc. "CISE" s.r.l. via									0		
Fondazione Papa Paol									0		
Fondazione Papa Paol									0		
Psicogeriatrica Azzurra di									0		
Unità Sanitaria Locale Teramo									0		
Cris '89 s.r.l. Via Bompadre, 36 - Giulianova (TE)	Giulianova	2	100	20	20	74	10	13	7		
Psicogeriatrica - Teramo	Teramo	1	106	40	0	0	40	0	0		
<i>totali</i>						1179	153	79	883	108	63

5.2.7.2.3. Le criticità

Le criticità che emergono dal raffronto tra quadro dei bisogni e sistema dell'offerta della residenzialità per anziani non autosufficienti possono essere ricondotte ai seguenti punti:

- carenza complessiva dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti, particolarmente rilevante per le RSA-demenze e per i Centri Residenziali;
- forte disomogeneità nella distribuzione territoriale dell'offerta residenziale;
- carenza di offerta semiresidenziale;
- ...

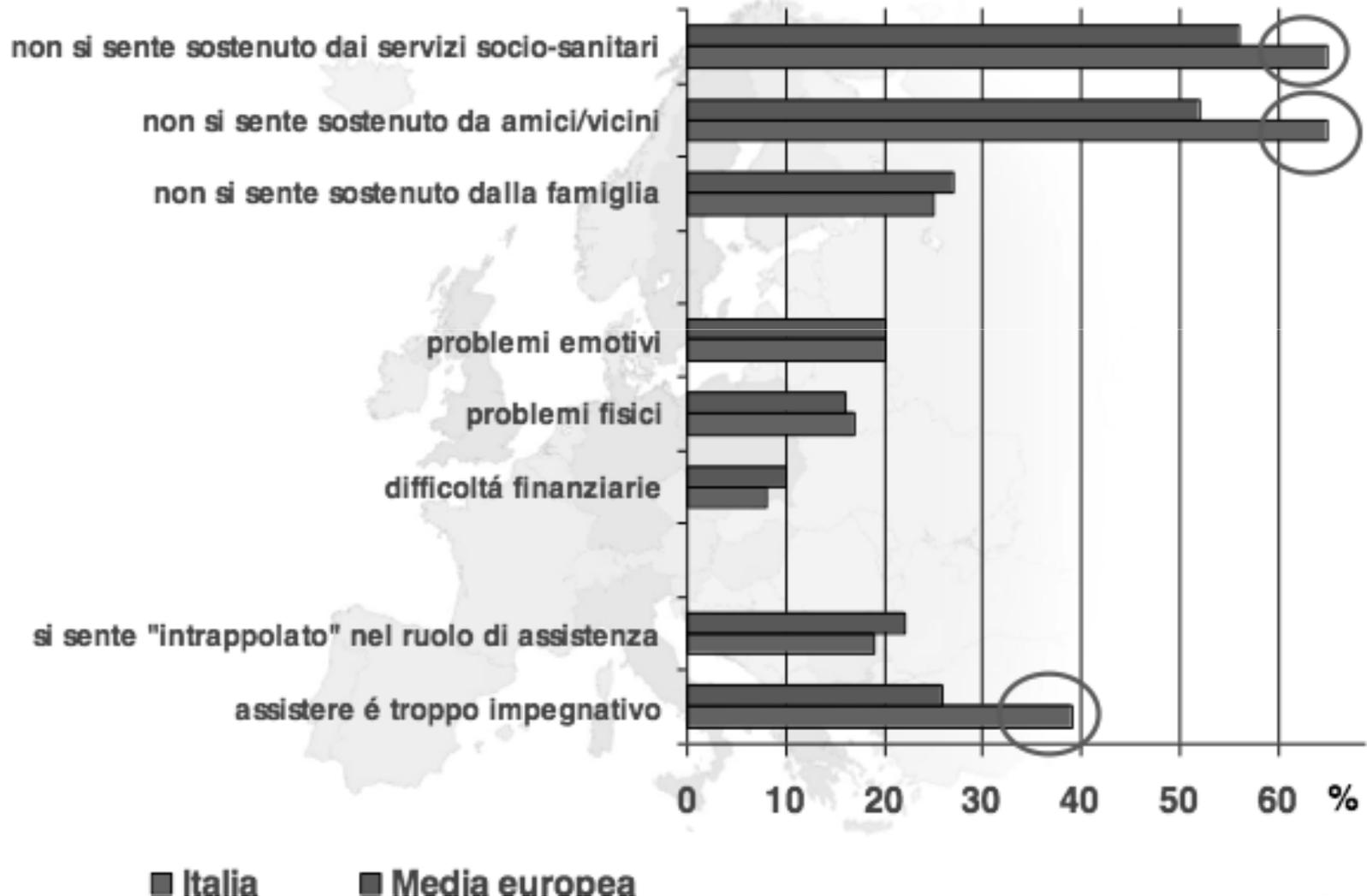
PSR- ABRUZZO 2008-2010

LA POLITICA
DOVREBBE
OCCUPARSI DI PIÙ
DEGLI ANZIANI

UHN... E IL
CONFLITTO
D'INTERESSI?



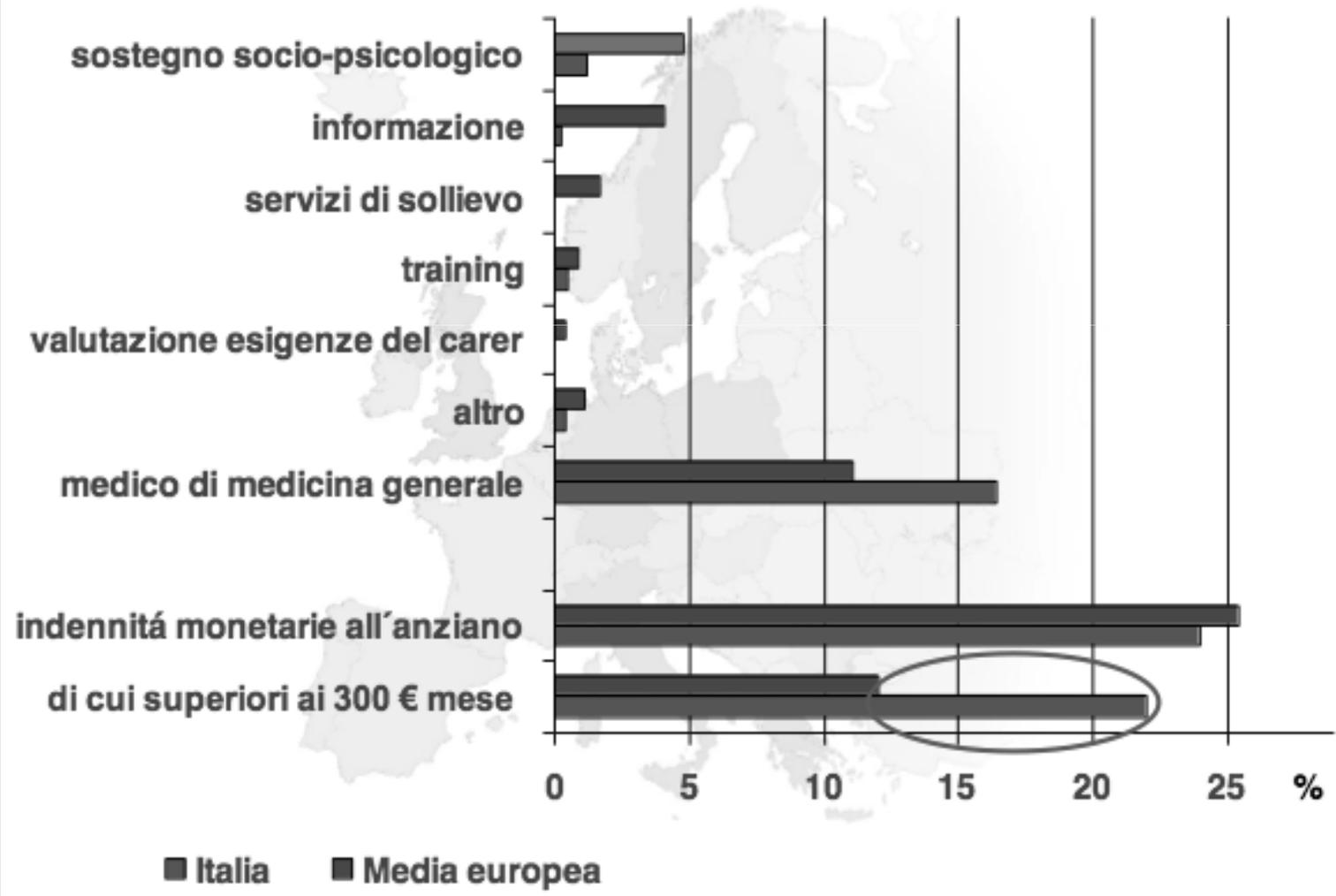
Difficoltà incontrate dai familiari che assistono in Europa e in Italia



EUROFAMCARE



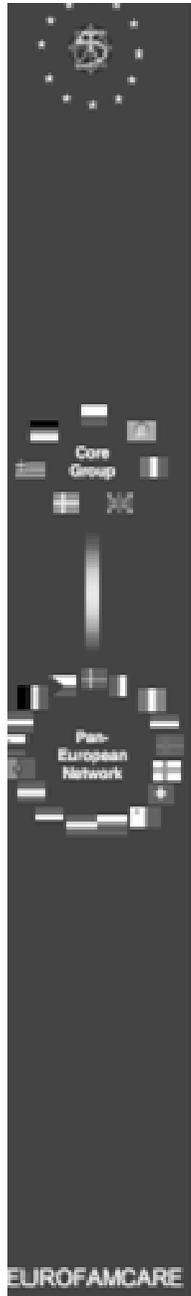
Interventi di supporto fruiti dai familiari in Europa e in Italia



Principali barriere all'uso dei servizi di cura



	Italia Germania UK	Svezia	Grecia	Polonia
Carenza di informazioni	X	X	X	X
Costi elevati	X		X	X
Lunghe liste di attesa	X		X	X
Burocrazia	X		X	
Trasporti carenti			X	X
Attitudine dell'anziano		X		



*...per il resto, solo
iniziative locali...*





**Azienda Sanitaria Locale n. 2
Lanciano - Vasto - Chieti**

U.O.C. Distretto di Ortona - C.S.M. ORTONA

Descrizione attività anno 2010	TOTALE	
<i>AMBULATORIO PSICOGERIATRIA (Distretto - C.S.M. ORTONA)</i>		
Anno 2011		
Visite psicogeriatriche	478	
Visite P. Cronos	154	
Attività testistica	297	
Certificazioni e prescrizioni presidi	103	
Colloqui familiari	448	
Colloqui individuali	25	
Colloqui psicologo	36	
Colloqui psicologo per accoglimento	101	
Contatti con operatori sanitari	18	
Visita domiciliare psicogeriatrica	53	
Attività amministrativo-sanitaria	714	
Telefonata psicogeriatrica	599	
	388	
<small>N° UTENTI</small>		

Tabella 4: Report Attività Ambulatorio Psicogeriatrico – Distretto Sanitario di Ortona e CSM di Ortona

Fonte: Ambulatorio Psicogeriatrico di Ortona

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	ANNO 2011	ANNO 2012
Attività di accoglimento	89	101
Visite psicogeriatriche	386	370
Visite P. Cronos	153	184
Attività testistica	287	381
Certificazioni e prescrizioni presidi	104	101
Colloqui famigliari	198	202
Colloqui Psicologo	52	87
Visite domiciliari psicogeriatriche	52	82
Piani terapeutici/prescrizioni farmacologiche	527	705
Totale	1867	2224

AMBULATORIO PSICOGERIATRICO/CENTRO U.V.A. ORTONA

✓ **ALZHEIMER CAFE'**

✓ **BRACCIALE ANTISMARRIMENTO**

✓ **(CENTRO DIURNO)**



AMBULATORIO PSICOGERIATRICO/CENTRO U.V.A. ORTONA

✓ **ALZHEIMER CAFE'**

✓ **BRACCIALE ANTISMARRIMENTO**

✓ **(CENTRO DIURNO)**



ALZHEIMER CAFE'

Nasce nel 1997 a Leida, Olanda, da un progetto della psicogeriatra Bere Miesen, che lo pensa come **spazio informale e de-istituzionalizzato per i malati ed i loro familiari**



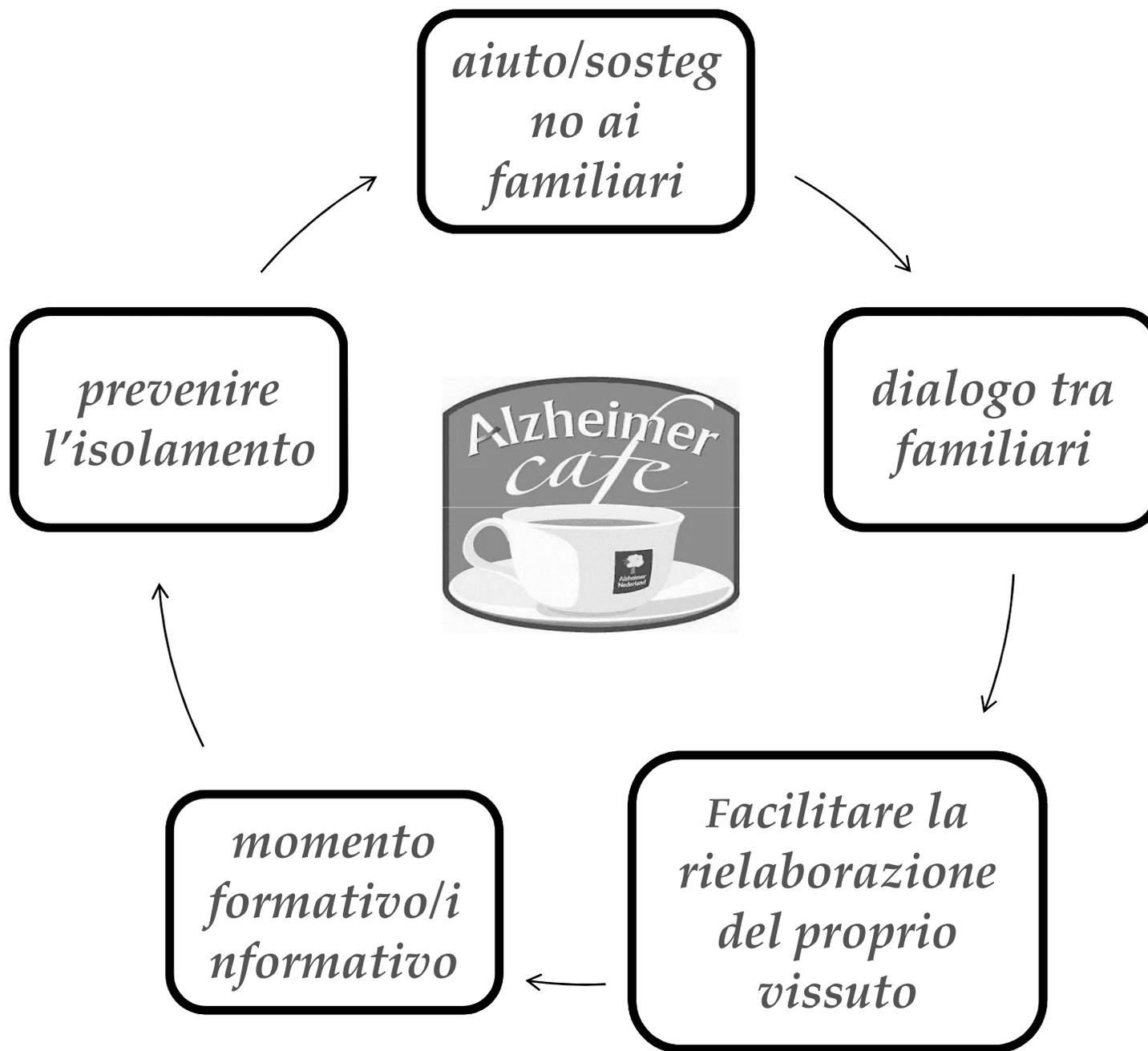


Nelle diverse esperienze che si sono succedute, il Caffè Alzheimer ha avuto interpretazioni diverse: dall'occasione di formazione/informazione dei familiari (tipico di un Centro d'Ascolto per familiari), a quella di animazione per i malati (tipica di un Centro Diurno)

PROGETTO ALZHEIMER CAFE'

Nasce con il supporto del Comune di Ortona ed in particolare dell'Ente d'Ambito Sociale, al fine di offrire un **luogo di socializzazione e di condivisione** sia per il malato che per il familiare, prevenendo il rischio, fin troppo reale e frequente, di isolamento dei malati e dei loro familiari.





PROGETTO ALZHEIMER CAFE'

A chi è rivolto: servizio gratuito rivolto sia ai malati di Alzheimer che ai loro familiari

Professionalità coinvolte: psicologo; geriatria/psichiatra; assistente sociale EAS; educatori; infermiere professionale. Gli operatori svolgono tutti attività volontaria



PROGETTO ALZHEIMER CAFE'

Come si articola: attraverso incontri a cadenza mensile, nello stesso giorno della settimana ed alla stessa ora. Ogni appuntamento è suddiviso in 4 parti di 30' ciascuna:

- 1 Presentazione dell'argomento da trattare da parte di un esperto (medico, psicologo, assistente sociale, avvocato);
- 2 Momento di convivialità;
- 3 Dibattito aperto sul tema trattato;
- 4 Momento di convivialità.

**AMBULATORIO
PSICOGERIATRICO/CENTRO U.V.A.
ORTONA**

✓ **CAFFE' ALZHEIMER**

✓ **BRACCIALE ANTISMARRIMENTO**

✓ **(CENTRO DIURNO)**



Trascorre la notte in strada Anziana muore di freddo

Malata di Alzheimer; viveva in casa con una badante ma ieri sera si è allontanata senza essere vista. Inutili le ricerche dei parenti

E' morta di freddo. Un'anziana ieri sera era sfuggita al controllo della badante ed era scappata di casa. Stamani, alcuni operai l'hanno trovata a poca distanza dalla Scuola Edile in Via Molinero nel quartiere di Legino a Savona. E' morta assiderata.

Maddalena Becco, 86 anni, era malata di Alzheimer; viveva in casa con una badante ma nella notte si è allontanata senza essere vista. A dare l'allarme è stata la figlia, che questa mattina non l'ha trovata nel letto di casa, in via Chiabrera. L'anziana non è riuscita a sopravvivere alle rigide temperature della notte ed è morta per il freddo.

(31 gennaio 2012)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BRACCIALE ANTISMARRIMENTO



Sistema messo a punto da Lineaperta che consente di monitorare le persone affette da Malattia di Alzheimer anche al di fuori del proprio ambiente di vita

Bracciale Anti-smarrimento

- Sperimentazione su base volontaria, eseguita nel rispetto della privacy
- Nasce da un'idea della Società Lineaperta, in stretta collaborazione con il Comune di Ortona, Ente d'Ambito Sociale nell'ambito del progetto "oltre l'assistenza", il Centro di Salute Mentale ed il Distretto Sanitario di Ortona





BRACCIALE ANTISMARRIMENTO

- Si rivolge ai pazienti con demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato, con una buona rete di supporto familiare
- Dispositivo della grandezza di un telefono cellulare dotato di sistema di localizzazione GPS
- Permette di:
 - Individuare l'esatta localizzazione del paziente e se fuori dal perimetro di sicurezza preimpostato risulta in grado di lanciare un allarme silenzioso alla Centrale, comprensivo delle coordinate geografiche
 - È dotato, inoltre, della funzione "uomo a terra", grazie alla quale un sensore rileva un'eventuale caduta ed in tempo reale dà informazione alla Centrale
 - Dispone, inoltre, di un tasto d'allarme che il paziente in caso di bisogno può attivare per essere collegato alla Centrale Operativa ed entrare in collegamento telefonico con l'Operatore

**AMBULATORIO
PSICOGERIATRICO/CENTRO
U.V.A. ORTONA**

✓ **CAFFE' ALZHEIMER**

✓ **BRACCIALE ANTISMARRIMENTO**

✓ **(CENTRO DIURNO)**



CENTRO DIURNO...



... lavori in corso...

- **SITI INTERNET**
- **www.alzheimer.it**
- **www.caregiver.org**
- **www.centromaderna.it**
- **www.istat.it**
- **www.italz.it**
- **www.terzaeta.com**



Diventare vecchi
non è così male
considerando
l'alternativa

**Grazie della vostra
attenzione**

