

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: ESPERIENZA DI UNA UNITÀ OPERATIVA ALZHEIMER

Fiandra Alessia, Arcangeli Francesca, Ginobbi Patrizia, Penco Italo  
Centro di Cure Palliative Fondazione Roma Hospice, SLA Alzheimer, Roma

**Introduzione.** L'aumento dell'aspettativa di vita e delle malattie croniche rende necessario un approccio mirato a ritardare la progressione della malattia, a promuovere l'empowerment del paziente/*caregiver* e a qualificare l'équipe. Il presente lavoro descrive il modello assistenziale adottato dal nostro servizio per le persone affette da demenza, basato sui principi del *Chronic Care Model*.

**Metodi.** L'Unità Operativa Alzheimer (Centro Diurno e Assistenza Domiciliare) si prende cura dei pazienti per tutta la durata di malattia, rispondendo ai bisogni socio-sanitari del malato e del *caregiver*. Le équipe multidisciplinari dei due servizi propongono: attività di riattivazione cognitiva e funzionale, incontri educazionali rivolti ai *caregiver* formali e informali; interventi per la prevenzione delle complicanze cliniche dovute all'aggravamento della patologia. Nel 2013 per costruire un percorso di continuità di cura, nell'ambito dei nostri servizi, abbiamo condotto una analisi di processo che ha individuato le criticità che influivano sull'efficienza dell'assistenza.

**Risultati.** L'Unità Operativa Alzheimer dal 2008 ad oggi ha assistito 390 persone (55% semiresidenziale, 45% domiciliare). Dalla analisi condotta è emersa la necessità di definire: le modalità di passaggio del paziente tra i servizi; il profilo clinico della persona con demenza eleggibile per le cure palliative specialistiche, le attività educazionali per i *caregiver*; le modalità assistenziali rivolte alle persone in fase severa di malattia; le strategie per motivare gli operatori delle équipe. Le azioni conseguenti hanno permesso:

- la riduzione dell'80% (2012 vs 2013) del tempo di attesa tra la dimissione dal centro Diurno e la presa in carico al servizio domiciliare;
- la maggiore appropriatezza nel passaggio alle cure palliative specialistiche con una diminuzione del tempo di sopravvivenza del 72% (2012 vs 2013);
- la sperimentazione di attività dedicate alla fase severa di malattia di cui si stanno valutando i risultati e delle Linee Guida per l'accompagnamento nel fine vita;
- il consolidamento delle équipe (*turn over*=0), la partecipazione attiva alle riunioni periodiche (95%) e alle attività di formazione e aggregazione (100%);
- la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Nel 2013 dei 114 pazienti seguiti nessuno è stato ricoverato in fase acuta dei disturbi del comportamento e di quelli in fase severa solo il 2%.

**Conclusioni.** Il modello adottato è stato raggiunto grazie alla sinergia tra le Unità Operative (Alzheimer e Cure Palliative), alla condivisione degli obiettivi e delle strategie di cura. Individuare modalità organizzative che assicurino l'integrazione tra i servizi evita "buchi" assistenziali garantendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure e ottimizzando le risorse.