

VIII Convegno
IL CONTRIBUTO DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE
ALZHEIMER (UVA) NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON
DEMENZA

Roma 7 novembre 2014

ANALISI RETROSPETTIVA DEI PAZIENTI PRESI IN
CARICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA (A.D.I.) PER PERSONE CON DEMENZA
(ADIDEM) E LORO CAREGIVER

LORIS PELUCCHI - CINZIA NEGRI CHINAGLIA
Riabilitazione Alzheimer –Centro U.V.A.
Pio Albergo Trivulzio Milano

La demenza interessa dal 1% al 5 % della popolazione > 65 aa, con una prevalenza che raddoppia ogni quattro anni, giungendo quindi a circa il 30 % all'età di 80 anni.

(Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute ([Cnesps](#)) dell'ISS)

In **Italia** sono diagnosticati > **400.000 nuovi casi all'anno** (di cui il 60% con malattia di Alzheimer), e questo numero è destinato ad aumentare di oltre il 150% entro il 2050 provocando un aumento dei costi di circa il 50% per il Servizio Sanitario Nazionale

La popolazione censita a **Milano** nel 2011 è di 1.324.110 residenti.

Il 24% di questi ha un'età > 65 anni (N = 312.870) e tra questi circa **20.000 sono i soggetti affetti da demenza**

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

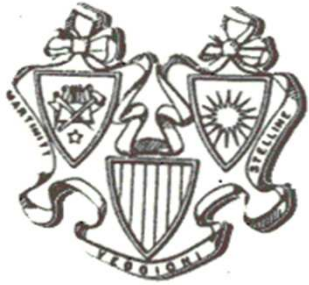
Recentemente la complessa sostenibilità economica delle rette per R.S.A. ha determinato una marcata riduzione al ricorso al ricovero in R.S.A.

PROGETTO Sperimentale ***“ A.D.I. per pazienti con demenza ”***

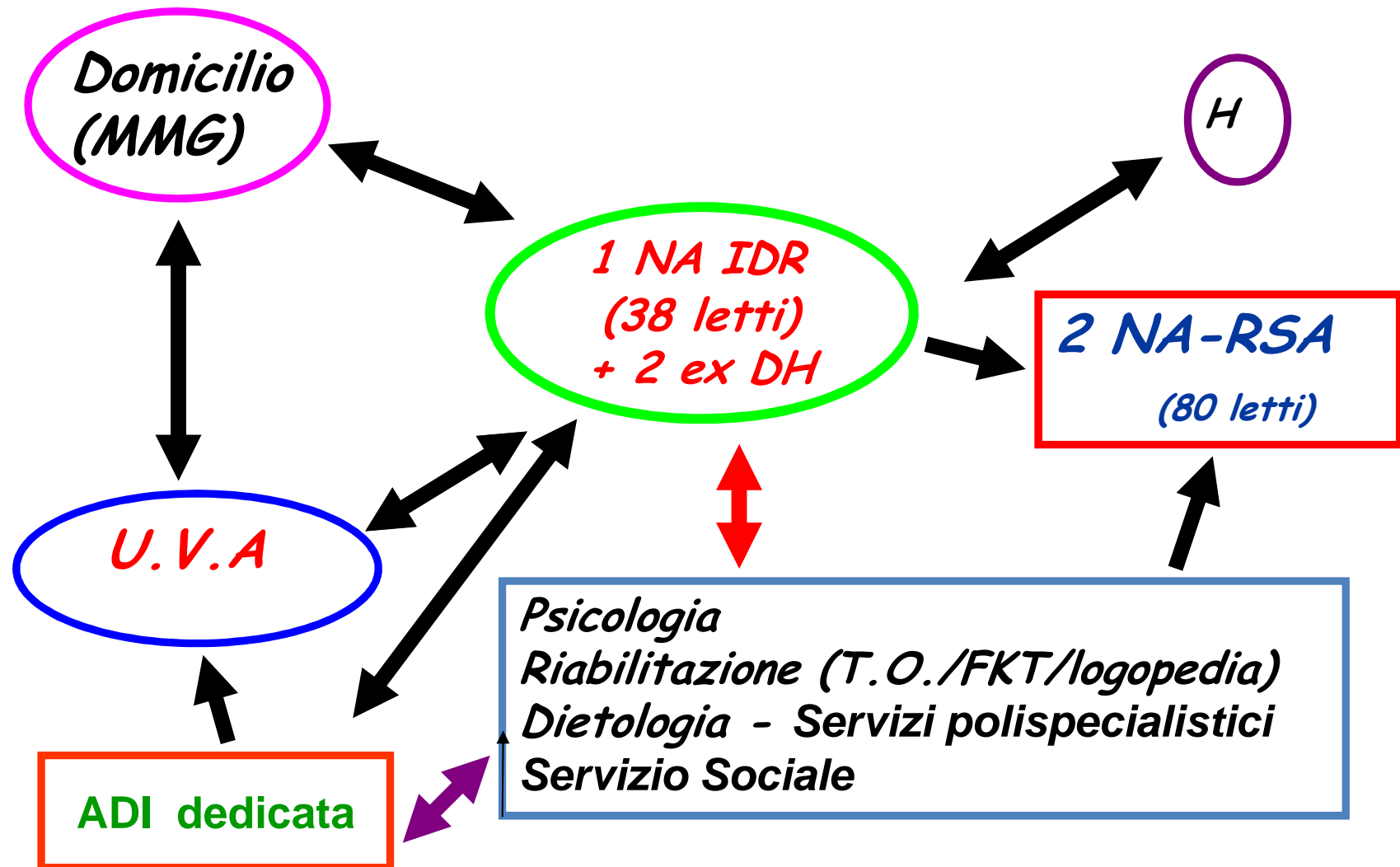


ASL Milano

Il “***Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare per soggetti affetti da demenza***” è nato all’interno della progettualità a sostegno della domiciliarità e della continuità delle cure rivolte alle persone fragili e con bisogni complessi previste dal Decreto n. 7211 del 2/8/2011 (Regione Lombardia - Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) che il P.A.T. ha sviluppato in collaborazione con **A.S.L. Milano S.C. Domiciliarità** e si è inserito nel contesto organizzativo ed operativo della attività A.D.I. che il P.A.T. eroga da tempo nel “circolo virtuoso” della continuità assistenziale offerta dall’Istituto per le persone con demenza e i loro familiare caregiver



La Continuità Assistenziale della Persona con Demenza al PAT





Regione
Lombardia

ASL Milano

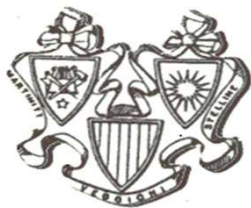
PDTAR DEMENZA

LA RETE DEI SERVIZI



Regione
Lombardia

ASL Milano



Azienda di Servizi alla Persona ISTITUTI
MILANESI MARTINITT E STELLINE
E PIO ALBERGO TRIVULZIO



Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI - REDAELLI"

 **Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus**
Polo Lombardia 2
Istituto **PALAZZOLO** (MI)

 **Regione
Lombardia**
ASL Milano

**INTERVENTI DI SOSTEGNO AL SOGGETTO AFFETTO DA DEMENZA
E ALLA SUA FAMIGLIA
SVILUPPI ANNO 2013**

***PERCORSO SPERIMENTALE PER RICOVERI DI
STABILIZZAZIONE***

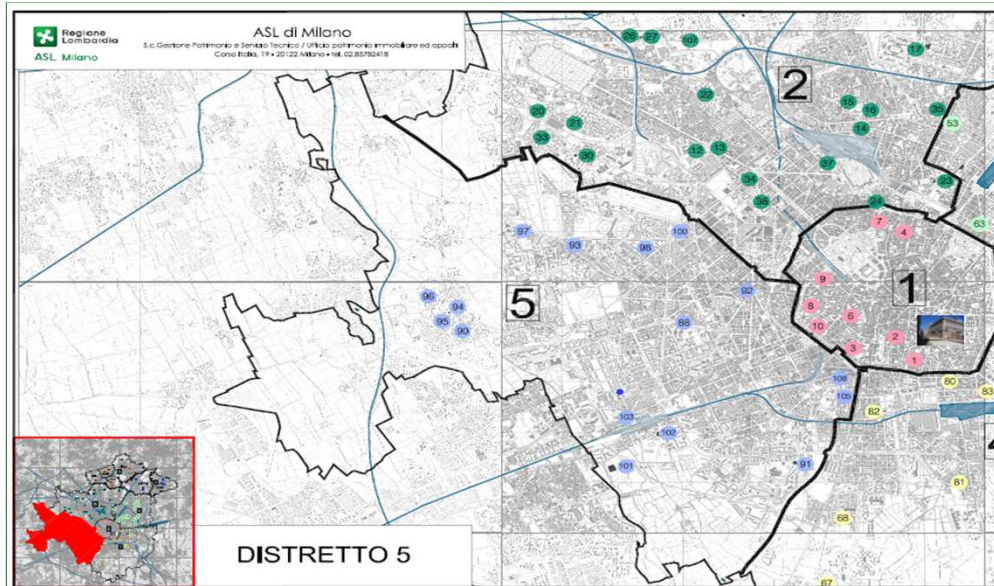
in Strutture di Riabilitazione Extra ospedaliera (SRE)

ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio

ASP "Golgi -Redaelli"

Fondazione Don Gnocchi -Istituto Palazzolo

DISTRETTO 5 A.S.L. Milano



Sul territorio del Distretto 5, considerando il maggiore indice di vecchiaia * (265,0 % vs media A.S.L. 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 a MA: 4,4%
Distretto 5	325.967	84.099	5.382	3.700

* **Indice vecchiaia** = stato invecchiamento popolazione : n. individui \geq 65 aa. /n. individui \leq 14 aa. \rightarrow n. anziani ogni 100 giovani

PROGETTO A.D.I. DEMENZA

Figure professionali coinvolte

Tutte le professionalità coinvolte sono **caratterizzate da specifica competenza** *maturata nella gestione clinica assistenziale e riabilitativa dei pazienti con demenza (multidisciplinarietà) :*

- Geriatra
- Neurologo
- Infermiere
- OSS
- Fisiatra
- Terapista Occupazionale
- Fisioterapista
- Logopedista
- Dietista
- Psicologo

PROGETTO Sperimentale

“ A.D.I. per pazienti con demenza ”

giugno 2012 - settembre 2014

Totale 72 pz Età media 85.05 anni

Gruppo 1: 51 pz. (71 %): PCD non più in grado di accedere all'U.V.A. per progressione della malattia, o presenza di BPSD persistenti ed in rapido peggioramento gestibili al domicilio

Gruppo 2 : 21 pz. (29 %): *Dimissioni protette per* PCD rientrati al domicilio dopo periodo di ricovero nel Nucleo Riabilitativo Alzheimer provenienti dall'Ospedale per recente intervento per frattura di femore e/o sd ipocinetica per patologie internistiche

L'intervento nel Gruppo 2 è finalizzato ad un adeguato reinserimento domiciliare con particolare attenzione agli aspetti assistenziali e agli interventi educazionali e di miglioramento delle strategie assistenziali del caregiver con l'attivazione contestuale anche della **Terapista Occupazionale**

Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial

Graff MJ et al . BMJ 2006, 9; 333 : 1196

...la terapia occupazionale migliora la funzionalità nel quotidiano dei pazienti affetti da demenza lieve e moderata e riduce l'onere assistenziale per il caregiver, nonostante la limitata capacità di apprendimento dei pazienti.

Effetti positivi sono ancora presenti a 12 settimane, il che giustifica l'attuazione di questo intervento

Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study

Graff MJ et al . BMJ 2008, 19; 336 : 134

...l'effettuazione di terapia occupazionale dei soggetti dementi che vivono al domicilio ha mostrato un rapporto ***costo-efficacia favorevole*** per questo tipo di intervento rispetto all'assistenza normale che viene praticata. In particolare il rapporto favorevole ha riguardato l'assistenza informale che ogni giorno è deputata ai caregivers

MOTIVAZIONE ATTIVAZIONE A.D.I.

Multifattorialità della richiesta

problemi motori/funzionali	58 %
<i>BPSD (Behavioural and psychological sympoms of dementia)</i>	49 %
dimissione protette	29.17%
Disfagia	27.77%



Raccomandazioni operative di ALCOVE

Sistemi supporto ai BPSD 1.

(Behavioural and psychological symptoms of dementia)

Strategia globale

1. Sviluppare strutture e organizzazioni assistenziali per i BPSD
2. Implementare interventi individualizzati per il paziente e il *caregiver combinando interventi psicosociali per i caregiver e i pazienti e terapie non farmacologiche e farmacologiche per il paziente*
3. Assicurare una forza-lavoro competente (Skilled WorkForce, WFS) con programmi di formazione sistematici per i professionisti socio-sanitari



Raccomandazioni operative di ALCOVE

Sistemi supporto ai BPSD 2.

(Behavioural and psychological symptoms of dementia)

Dovrebbero essere creati ***team mobili*** con specifiche competenze per l'assistenza ai BPSD, **in contesto sia di assistenza domiciliare sia di RSA.**

Gli interventi di prima linea per la prevenzione e la gestione dei BPSD dovrebbero essere **gli interventi psicosociali** (*PsychoSocial Interventions, PSI*), e in particolare, il primo livello dovrebbe essere rappresentato dai **programmi psico-educazionali**

Caratteristiche della popolazione presa in carico

Età media 85.05 anni	INIZIO	DIMISSIONE
Indice Barthel medio	25.62	31.02
ADL medio	1.12/6	1.14/6 conservate
IADL medio	0.30/8	0.42/8
S. Tinetti medio	9.41	11.70
NPI-UCLA medio	28.65/144	20.15/144
Caregiver Burder Inventory medio	28.61	33

Caratteristiche della popolazione presa in carico

<i>Tipologia della demenza</i>	N.	%	<i>Gravità della demenza</i>	
M. Alzheimer	47	65.15%	CDR medio	2.79
Demenza Vascolare	18	25.10%	MMSE medio	8.46/30
Altre Demenze	7	9.75%	CIRS medio	I.S. 1.84 I.C. 3.91

Durata media della presa in carico 53.83 ± 40.53 giorni

Farmaci utilizzati

Anticolinesterasici	29 pazienti
<i>(Memantina 22 pz., Rivastigmina 6 pz., Donepezil 4 pz.)</i>	
Antipsicotici	25 pazienti
<i>(Quetiapina 10 pz., Promazina 8 pz., Olanzapina 2 pz., Aloperidolo 2 pz., Risperidone 1 pz.)</i>	
Antidepressivi	25 pazienti
<i>(Sertralina 9 pz., Citalopram 6 pz., Escitalopram 3 pz., Venlafaxina 3 pz., Duloxetina 1 pz.)</i>	

Indicatori di processo

	Pz. 72 pz.(%)
Visita Geriatrica effettuata	50 (69.44%)
Valutazione fisiatrica	59 (81.94%)
Intervento Fisioterapista (FKT)	42 (58.33%)
Prescrizione ausili	23 (31.94%)
Intervento della Terapista Occupazionale (TO)	45 (62.50%)
Intervento congiunto FKT e TO	34 (47.22%)
Intervento Infermiere	66 (91.66%)
Intervento dell'O.S.S.	43 (59.72%)
Intervento Logopedia	24 (33.33%)
Intervento congiunto Logopedia e Dietista (casi di disfagia e malnutrizione)	11 (15.27%)
Psicologa (caregivers, counseling e supporto)	10 (13.88%)

PSICOLOGO

10/72 pz (13.88%):

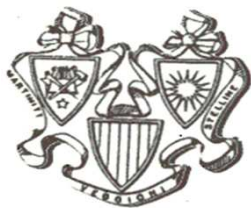
n. Accessi : media 3.5 (range 1-9)

Motivi attivazione:

- a) Migliorare accettazione malattia e senso di competenza del caregiver
- b) Elaborazione dinamiche della coppia
- c) Intervento anche nei confronti della badante e della famiglia allargata

Indicatori di esito

	3 mesi	6 mesi	12 mesi
domicilio	84.0%	84%	57.5%
ospedale	6.6%	5.4%	7.5%
RSA	6.4%	5.4%	15.0%
decessi	3.0 %	5.4%	20.0 %



Azienda di Servizi alla Persona ISTITUTI
MILANESI MARTINITT E STELLINE
E PIO ALBERGO TRIVULZIO



Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI - REDAELLI"

 **Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus**
Polo Lombardia 2
Istituto **PALAZZOLO** (MI)

 **Regione
Lombardia**
ASL Milano

Documento di fattibilità tecnica Progetto A.D.I. DEMENZA esteso
ad altri Enti Erogatori specializzati nella cura della PCD

ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio

ASP "Golgi -Redaelli"

Fondazione Don Gnocchi -Istituto Palazzolo

PROGETTO A.D.I. DEMENZA

obiettivi



Obiettivo primario

Sostenere la famiglia impegnata nel lavoro di cura intervenendo con personale specializzato e prevenendo il rischio di sovraccarico emotivo

Obiettivi secondari

- 1) Migliorare la qualità delle cure fornite a domicilio :
 - *Gestione BPSD*
 - *Gestione Delirium o Stato Confusionale Acuto (SCA)*
 - Razionalizzazione terapie farmacologiche
 - Riduzione contenzione fisica e farmacologica
 - Miglioramento competenza assistenziale caregiver

- 2) Migliorare utilizzo inappropriato di risorse sanitarie (servizi di emergenza ed ospedalieri)

PROGETTO A.D.I. DEMENZA

Criteri inclusione



- Residenti Distretto ASL 2 e 5
 - Persone già in carico ai servizi afferenti
 - Possibilità di accesso anche a pazienti provenienti da altri percorsi (MMG, famiglia, ospedale)
 - Demenza Alzheimer e altre demenze stadio CDR 2-3-4
 - Presenza caregiver con elevato livello stress (RSS ≥ 30)
 - Difficoltà utilizzo servizi diurni e ambulatoriali
 - ***Presenza BPSD in fase scompenso (almeno 1 item NPI =12)***
- Criteri esclusione**
- Demenze di tipo esotossico, HIV correlate, patologie psichiatriche pregresse o attive

Conclusioni

Le caratteristiche dei Pazienti affetta da Demenza seguiti nel corso del Progetto Sperimentale di Assistenza Domiciliare dedicata (ADIDEM) e le prestazioni effettuate confermano la necessità di pianificare nel setting domiciliare interventi strutturati, dedicati e calibrati sulle necessità clinico, assistenziali e riabilitative dei pazienti e sulla qualità di vita dei caregivers