28 NOVEMBRE 2013

Sala Londra

17:00-17:30 Lettura

DEMENZA E TERRITORIO: CHI DEVE FARE , COSA?

Alberto Cester (Dolo)*

Presiede: Umberto Senin (Perugia)

***Direttore del Dipartimento di Geriatria, LD e Riabilitazione**
Azienda ULSS 13 – Regione Veneto

alberto.cester@ulss13mirano.ven.it

SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria)
AGE (Società Italiana Geriatri Extraospedalieri)

Risposta dobbiamo fare tutto !!!
Altrimenti non c'è *presa in carico* !

ULSS 13
AZIENDA SOCIO SANITARIA

Disegnare scenari …

A proposito di PROTESI AMBIENTALI …
Certo, stare qui da dementi nel giardino dell'Eden …
Ma chi lavora con questi pazienti dovrà soprattutto evitare *di stare tra il dire e il fare* …

Ma per Bloomberg l'Italia ha il 6° sistema sanitario più efficiente del mondo …

Ogni paese (**48 quelli presi in esame**) è stato classificato in base a **tre criteri** : la **speranza di vita** (60 %), il **costo della sanità in percentuale sul Pil** (30 %) e in assoluto il **costo pro capite** per l'assistenza sanitaria (10 %) che comprende i servizi di prevenzione e cura della salute, la **pianificazione familiare**, **attività di nutrizione** e gli **aiuti di emergenza**. I paesi sono stati misurati su ogni criterio ed i punteggi sono stati ponderati e sommati per ottenere i loro valori di efficienza. Nella classifica sono inclusi paesi con popolazione di almeno cinque milioni di abitanti, il PIL pro capite di almeno 5.000 dollari e l'aspettativa di vita di almeno 70 anni. L'elaborazione è effettuata su dati World Bank, International Monetary Fund, World Health Organization, Hong Kong Department of Health. …

Rank	Country	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as a percentage of GDP per capita	Health-care cost per capita
1	Hong Kong	92.6	83.4	3.8%	$1,409
2	Singapore	81.9	81.9	4.4	2,286
3	Japan	74.1	82.6	8.5	3,958
4	Israel	68.7	81.8	7.8	2,426
5	Spain	68.3	82.3	10.4	3,027
6	Italy	66.1	82.1	10.4	3,436
7	Australia	66.0	81.8	8.9	5,939
8	South Korea	65.1	80.9	7.2	1,616
9	Switzerland	63.1	82.7	11.5	9,121
10	Sweden	62.6	81.8	9.6	5,331
11	Libya	56.8	75.0	3.8	398
12	United Arab E…	56.6	76.7	4.1	1,640
13	Chile	56.2	79.0	7.0	1,075
14	United Kingdom	55.7	80.8	9.4	3,609
15	Mexico	54.9	76.9	6.4	620
16	Austria	54.4	81.0	11.2	5,280
17	Canada	53.4	80.9	10.8	5,630
18	Malaysia	52.8	74.3	3.3	346
19	France	52.3	81.7	12.5	4,952
20	Ecuador	51.7	75.6	6.1	332

Due mln anziani rinunciano a cure e tagliano farmaci per crisi

Roma, 14 feb. (Adnkronos Salute) - La crisi economica svuota i portafogli ma fa male anche alla salute. Soprattutto quella dei più anziani. Il **20% dei 9 milioni di italiani che secondo il Censis lo scorso anno sono stati costretti a rinunciare ad accedere ad alcune prestazioni sanitarie per motivi economici, è infatti over 65**. Anziani che, sempre per la crisi, hanno ridotto anche l'acquisto di farmaci pagati direttamente di tasca propria. E' quanto emerge da un rapporto aggiornato del Censis, illustrato da Ketty Vaccaro, responsabile welfare del Censis, a margine di un incontro sulla sanità organizzato a Roma dall'associazione Pubblic Affairs Association.

Costrette a rinunciare ad alcune prestazioni, soprattutto quelle persone con meno risorse, che vivono in condizioni socio-economiche più difficili: ben il 40% dei 9 milioni totali. Le cure che più spesso vengono rimandate per mancanza di soldi sono: le prestazioni diagnostiche e le visite specialistiche.

In sostanza, come spiega l'esperta del Censis, "sono state costrette a rinunciare alle cure proprio quelle persone che ne hanno più bisogno, che sono poi le stesse che quando sono costrette a sottoporsi a qualche esame, visita o cura, si sono rassegnate alle lunghe liste di attesa in strutture pubbliche o convenzionate, mentre in altri tempi avrebbero fatto ricorso alle strutture private, pagando interamente di tasca propria la prestazione".

- ✓ **Paese più vecchio del mondo …;**
- ✓ **nel 1921: 49 centenari … nel 2011: 16.145;**
- ✓ **spesa globale sanitaria 112 miliardi di €,**
- ✓ **pari al 7,1 del PIL (dati 2011);**
- ✓ **1.842 €/pro capite, Francia 3061, Germania 3311 … ;**
- ✓ **nel 2011 le regioni interessate da 597.000 ricoveri di non residenti …, e il federalismo ?!;**
- ✓ **6 medici ogni 10 PL Friuli VG, 12 in Sicilia …;**
- ✓ **Posti Letto di G *da decreto Balduzzi*: 20 ogni 400 -800.000 abitanti (meno degli Infettivi …);**

- ✓ **dove sta la verità ? Chi governa la programmazione ? E… esiste la programmazione nel nostro paese ?**

Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA
per il Network nazionale per l'invecchiamento

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

MAGGIOLI EDITORE

4° Rapporto

Tra crisi e ripartenza

Box 1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati e le fonti utilizzate dalla "Bussola" N.N.A. 2013

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibile
Servizi domiciliari	*Assistenza Domiciliare Integrata*	Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – Annuario statistico del servizio sanitario nazionale (Ministero della salute)	2010
		Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo (ISTAT)	2011
	Servizio di Assistenza Domiciliare	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT)	2010
Servizi residenziali	*Presidi sociosanitari e socioassistenziali*	I presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (ISTAT)	2010
	Assistenza in regime ospedaliero post-acuzie	Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della salute)	2010
Trasferimenti monetari	*Indennità di accompagnamento*	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT)	2010
		Rendiconti generali (INPS)	2011
		Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario (Ragioneria Generale dello Stato)	2011

Tabella 5 - Andamento della spesa per indennità di accompagnamento nella popolazione generale e negli anziani in Italia (2008-2011)

Anni	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (in milioni €)	Incremento della spesa totale per indennità rispetto all'anno precedente (in %)	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari 65+ (in milioni €)	Incremento della spesa per beneficiari 65+ per indennità rispetto all'anno precedente (in %)
2008	11.492	-	8.821	-
2009	12.383	7,8%	9.422	6,8%
2010	12.762	3,1%	9.622	2,1%
2011	12.734	-0,2%	9.629	0,1%

Fonte: i dati sulla spesa per i beneficiari totali (tutte le età) sono ripresi dall'INPS (anni vari). I dati sulla spesa per i soli anziani sono calcolati dalle percentuali di spesa sul PIL fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), utilizzando il valore del PIL italiano pubblicato dall'OCSE (*http://stats.oecd.org/*, accesso ad agosto 2013).

Regione	2010		Δ 2005-2010
	beneficiari 65+	% beneficiari su popolazione 65+	% beneficiari su popolazione 65+
Italia	**1.530.599**	**12,5**	**+1,7**

Tabella 2 - Modalità con cui avviene il processo di valutazione del non autosufficiente, anche monodimensionale (distribuzione dei comuni del campione per tipo di risposta)

Regione	Professionisti dei comuni	Compresenza ASL-comuni	Professionisti ASL	Altro	Totale
Abruzzo	0%	100%	0%	0%	100%
Basilicata	0%	100%	0%	0%	100%
Campania	10%	70%	0%	20%	100%
Emilia-Romagna	0%	100%	0%	0%	100%
Friuli-Venezia Giulia	0%	83%	0%	17%	100%
Lazio	22%	56%	22%	0%	100%
Liguria	0%	78%	11%	11%	100%
Lombardia	75%	0%	25%	0%	100%
Marche	0%	80%	20%	0%	100%
Molise	50%	50%	0%	0%	100%
Piemonte	0%	100%	0%	0%	100%
Puglia	25%	75%	0%	0%	100%
Sardegna	33%	67%	0%	0%	100%
Sicilia	14%	43%	43%	0%	100%
Toscana	0%	77%	23%	0%	100%
Trento	50%	50%	0%	0%	100%
Umbria	0%	75%	25%	0%	100%
Valle d'Aosta	0%	0%	100%	0%	100%
Veneto	7%	87%	0%	7%	100%
Bolzano	0%	0%	0%	100%	100%
Calabria	100%	0%	0%	0%	100%

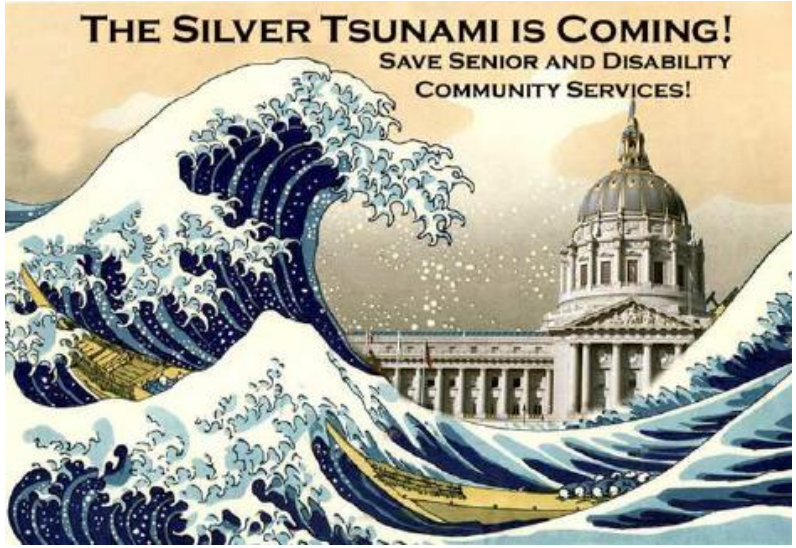
Fonte: SINA.

Figura 1 - Numero di lavoratori domestici registrati all'INPS

Fonte: INPS, Osservatorio sul lavoro domestico.

Crisi del "badantato"

- **aumento del carico familiare (care giver)**
- **aumento collaboratrici italiane (concorrenza interna)**
- **aumento e ritorno al lavoro sommerso**
- **aumento lavoro a ore rispetto alla "*residenzialità*" del/la badante**



Neurology. 2012 May 8;78(19):1456-63. Epub 2012 May 2.
Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study.
Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA, Breteler MM.
Neurology. 2012 May 8;78(19):1452-3. Epub 2012 May 2.
Aging and incidence of dementia: A critical question.
Larson EB, Langa KM.
Alzheimer's & Dementia: The Journ of Alzh Ass 2013 January 2; Vol 9 Issue 1; 63-65.
The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis
Prince M et al.

In Italia… Il 23 settembre 2013 è convocata la prima riunione tra gli uffici competenti del Ministero ed i referenti regionali, per il riesame del documento *"Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze"*, già inviato dal Ministero alla Conferenza Unificata nel 2011 per la stipula di Accordo.

Dal sito del ministero della salute:

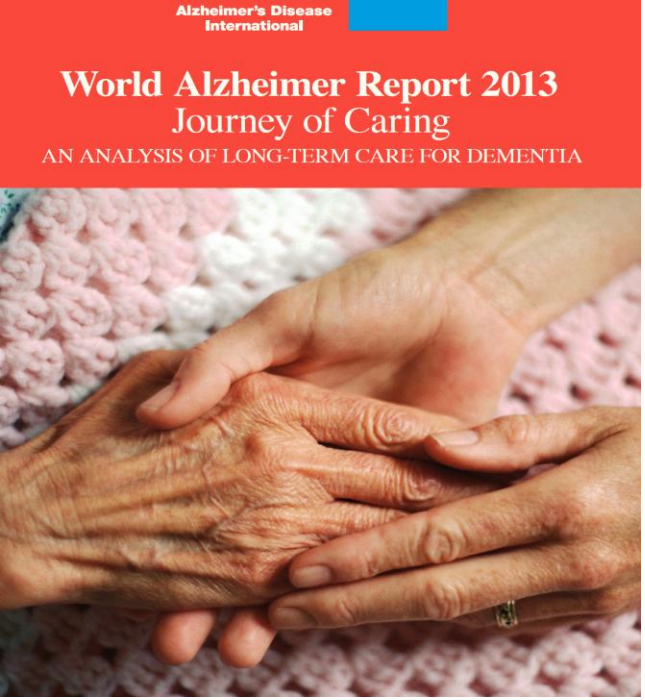
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1286

RAPPORTO MONDIALE ALZHEIMER 2012

Lo stigma e l'esclusione sociale sono i principali ostacoli per le persone con demenza e coloro che le assistono. Lo denunciano il 75 per cento dei malati e il 64 per cento dei familiari. Il 40 per cento dei malati riferiscono di essere evitati o trattati in modo diverso. Il Rapporto fornisce 10 raccomandazioni per i governi e le società.

I MESSAGGI CHIAVE DEL RAPPORTO

- Il 24 per cento delle persone con demenza e più di uno su dieci familiari (11 per cento) ammettono di nascondere la diagnosi di demenza; chi ha meno di 65 anni teme di dover affrontare problemi sul posto di lavoro o con la scuola dei figli
- Il 40 per cento delle persone con demenza dichiara di non essere coinvolto nella normale vita quotidiana e quasi il 60 per cento di loro indica di essere evitato dagli amici e anche dagli stessi familiari
- Un quarto (24 per cento) dei familiari percepisce sensazioni negative nei propri confronti, mentre il 28 per cento ritiene di essere trattato in modo diverso o addirittura evitato
- Sia i malati sia i familiari ammettono di aver rinunciato a stringere relazioni sociali a causa delle difficoltà incontrate
- Istruzione, informazione e sensibilizzazione sono priorità per ridurre lo stigma legato alla demenza



Overarching recommendation

- All governments should make dementia a priority. This should be signified by developing National Dementia Plans to ensure that health and social care systems are adequately structured and funded to provide high-quality care and support to people throughout the dementia journey.
- All governments should initiate national debates regarding the future of long-term care, with all stakeholders and an informed public. For future generations of older people, the numbers of older people requiring long-term care, and their profile of needs is already predictable within narrow limits of uncertainty. Debate may focus upon:
  - The balance of roles and responsibilities of the state, private companies, the third sector, and the families in providing care.
  - The structure of the long-term care system, the services that should be prioritised, and who should be eligible to receive them.
  - The financing of long-term care (with a focus upon the need to shift from 'pay as you go' to 'fully-financed' systems in which each generation of working adults pays, collectively, for their own future needs for care).

Box 1.1

A world in transition

The demographic transition

Hub e spoke e…

Chi in sala fosse senza peccato in questo senso, …

scagli la prima pietra …

FORMARE E INFORMARE

… Altre nostre frustrazioni: *presa in carico* …

- il modello retorico: “sa c’è chi diviene aggressivo, e chi no”,
- la sindrome del *ping pong* telefonico: “sa dottore … oggi ha fatto …”,
- la fluttuazione e l’imprevedibilità della risposta ai farmaci sedativi …,
- l’incapacità di governare e di predire i comportamenti …,
- la necessità di uscire da rapporti “vischiosi” con alcuni c.g. …,
- la difficoltà di gestire gli opposti: apatia VS agitazione, ipersessualità VS disinteresse, momenti di confusione VS lucidità apparente, …,

➡ è una malattia che ci lascia soli …, spesso non evolve come ci aspetteremmo, offende il nostro sapere, umilia il nostro narcisismo, ferisce la nostra competenza, qui spesso noi siamo egualmente fragili quanto e forse più di pazienti e familiari …, per questo molti si occupano solo della diagnosi …

Tabella - Principali caratteristiche degli studi italiani sulla prevalenza della demenza di Alzheimer

	Appignano (MC) 1987	**ILSAa 1992-93**	**Provincia L'Aquilab 1992-93**	**Granarolo (RA) 1991**	**Vescovato (CR) 1991**	**Buttapietra (VR) 1996**
Popolazione	778	5.462	968	495	673	222
Metodo	Due livelli AMTc ed esame clinico	Due livelli MMSEd ed esame clinico	Due livelli MMSEd, MSQe ed esame clinico	Due livelli MMSEd,GDSf ed esame clinico	Due livelli AMTc ed esame clinico	Singolo livello ed esame clinico
Criteri per la diagnosi	NINCDS-ADRDA	NINCDS-ADRDA	NINCDS-ADRDA	DSM-III-R	NINCDS-ADRDA	NINCDS-ADRDA
Adesione	96,5%	66,7%	84,4%	86,4%	79%	74,4%
Età (anni)	≥ 60	65-84	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 75
Prevalenza (x 100 ab.)	2,6	2,5	5,0	5,9	4,0	6,8

(a) Nei comuni di Genova, Segrate (MI), Selvazzano-Rubano (PD), Impruneta (FI), Fermo (AP), Napoli, Casamassima (BA), Catania; (b) Nei comuni di Poggio Picenze, Scoppito, Tornimparte (AQ); (c) Hodkinson Abbreviated Mental Test; (d) Mini Mental State Examination; (e) Mental Status Questionnaire; (f) Global Deterioration Scale

REGIONE DEL VENETO

Il Decadimento Cognitivo nel Veneto

REPORT

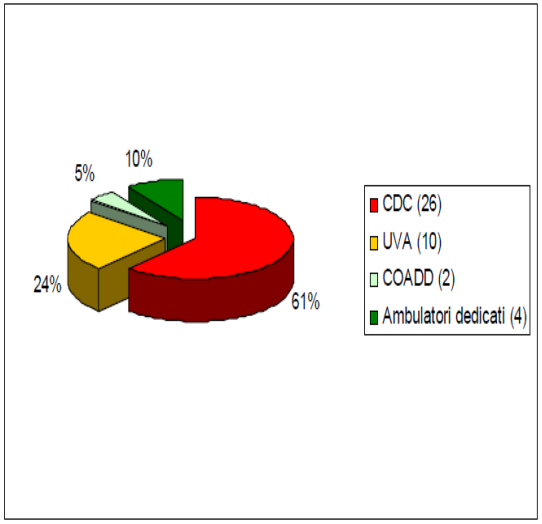
Stato dell'arte sull'applicazione delle "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo" (DGR 3542/2007)

Venezia, novembre 2013

2.1 Centri di Decadimento Cognitivo/UVA

Nella Regione Veneto esistono ***42 Centri*** che si occupano di demenza. Come rappresentato nella figura 1, tali centri sono stati parzialmente riorganizzati in base a quanto previsto dalla DGRV.

Fig. 1 – Tipo di organizzazione dei CDC/UVA

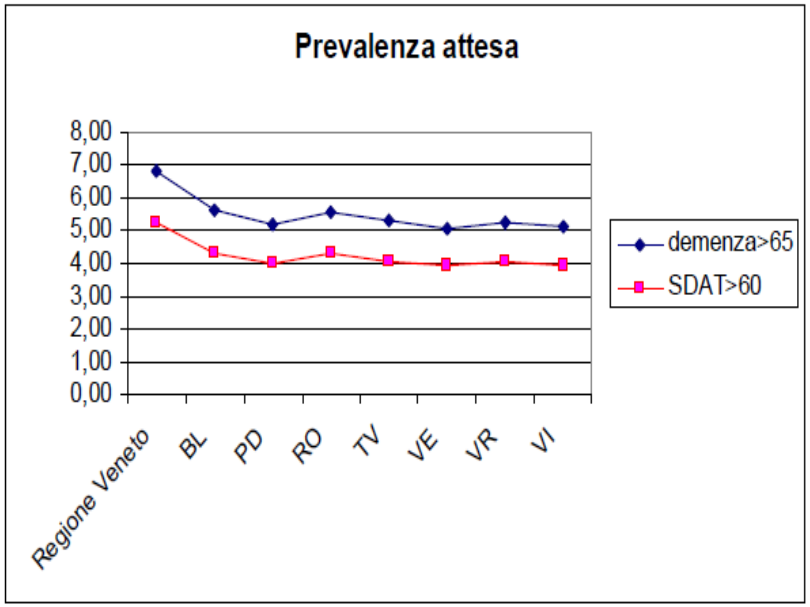


In particolare sono stati istituiti ***26 CDC in 15 delle 21 ULSS esistenti (pari a circa poco più del 71%)***, mentre permangono ancora 10 UVA, 2 COADD, 4 ambulatori dedicati prevalentemente ubicati presso sedi distrettuali (cf tab. 1 per il dettaglio della distribuzione dei centri nel territorio regionale).

Tab. 41 – Incidenza di diagnosi di demenza per l'anno 2010

Provincia	Casi incidenti di demenza	Tassi di demenza
BELLUNO	164	21%
PADOVA	1397	48%
ROVIGO	385	43%
TREVISO	1277	48%
VENEZIA	1054	36%
VERONA	1046	37%
VICENZA	1306	50%
Regione Veneto	**6629**	**55%**

Fig. 1 – Prevalenza attesa di demenza e MA nella Regione Veneto e nelle singole province rispetto alla popolazione ultrasessantenne residente



Tab. 4 - Prevalenza di DEMENZA nel Veneto

fasce d'età	pop M	tassi M	casi attesi M	pop F	tassi F	casi attesi F
65-69	128526	1,6	2056,416	140515	1	1405,15
70-74	105870	2,9	3070,23	127063	3,1	3938,953
75-79	77869	5,6	4360,664	110579	6	6634,74
80-84	52065	11	5727,15	95346	12,6	12013,596
85-89	25199	12,8	3225,472	61062	20,2	12334,524
>=90	7864	22,1	1737,944	28619	30,8	8814,652
totale	**397393**		**20.180**	**563184**		**45.141**

Totale casi attesi Maschi + Femmine	**65.321**

Fig. 3 – Organizzazione dei team operanti nei CDC/UVA

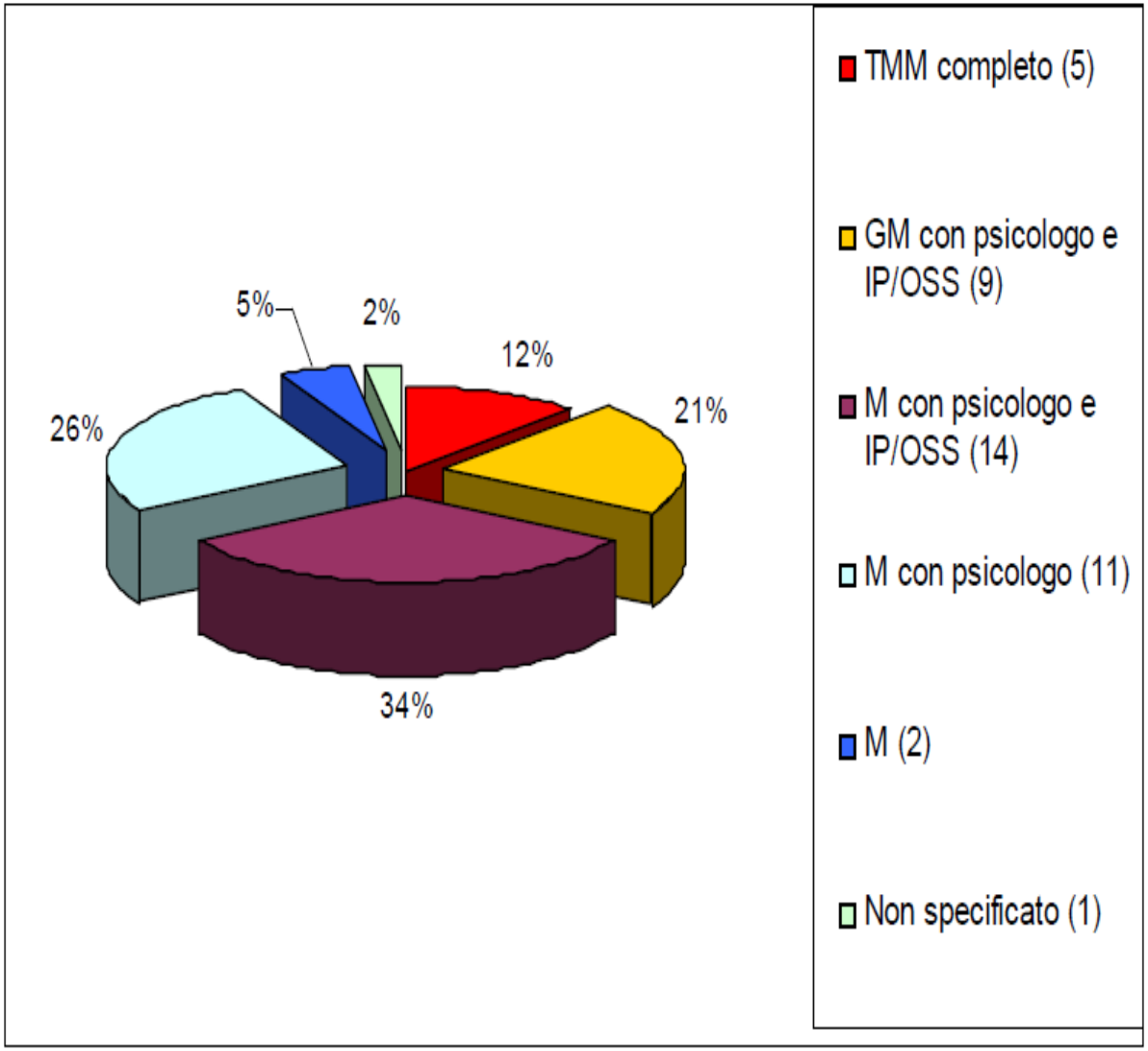


Fig. 2 – Specializzazione dei medici operanti nei CDC/UVA

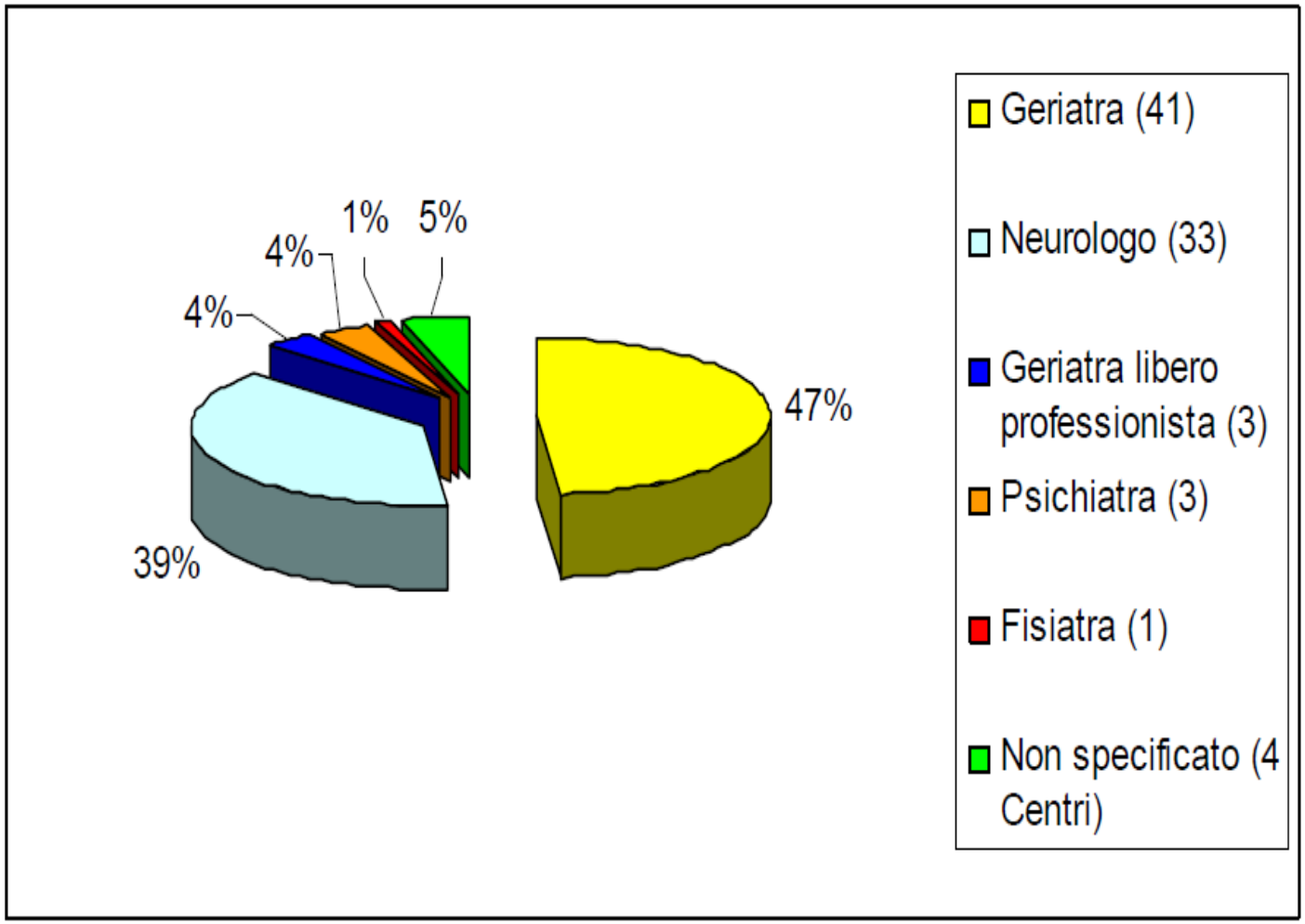


Fig. 3 – Tipo di contratto dei medici operanti nei CDC/UVA

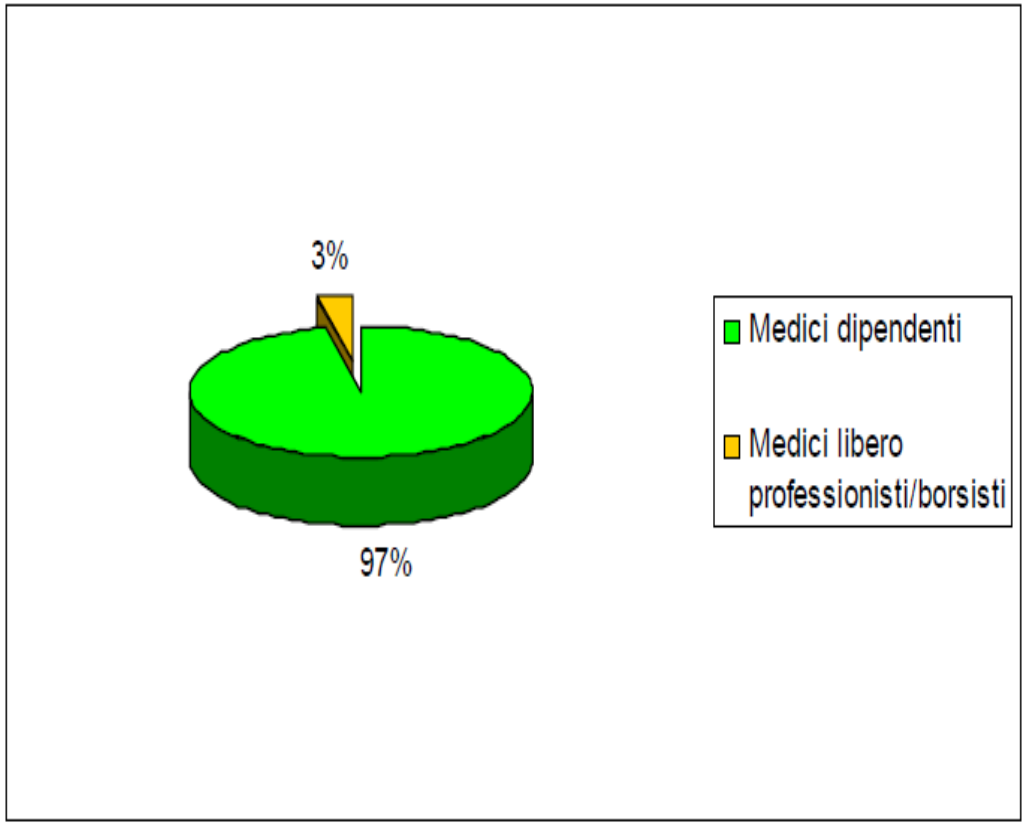


Fig. 4 – Tipo di contratto degli psicologi operanti nei CDC/UVA

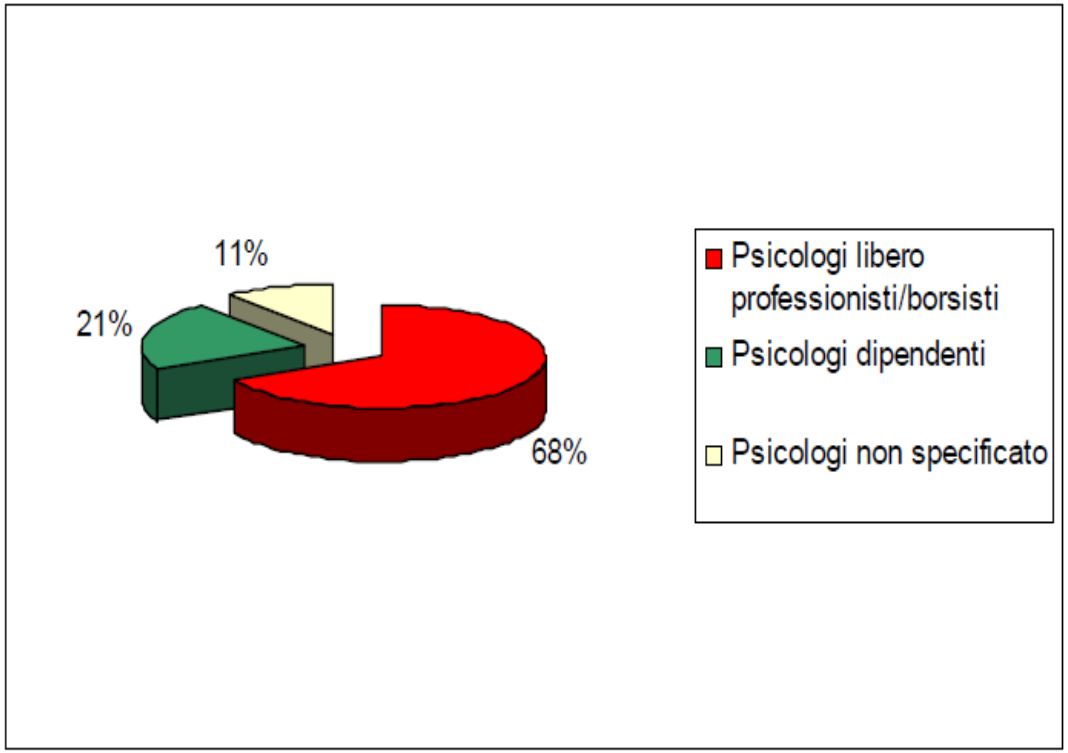


Fig. 6 – Altre figure professionali operanti nei CDC/UVA

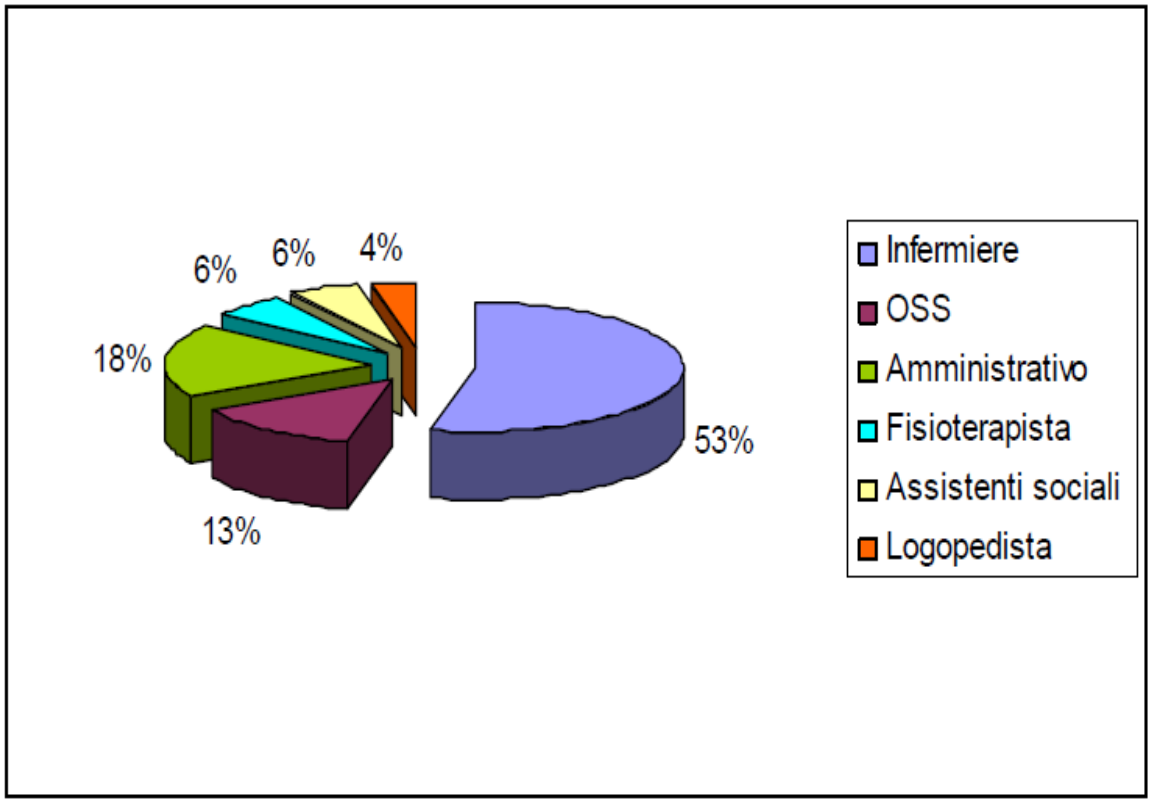


Fig. 3 – Rapporto tra n° di prestazioni e n° di pazienti per CDC/UVA nell'anno 2010

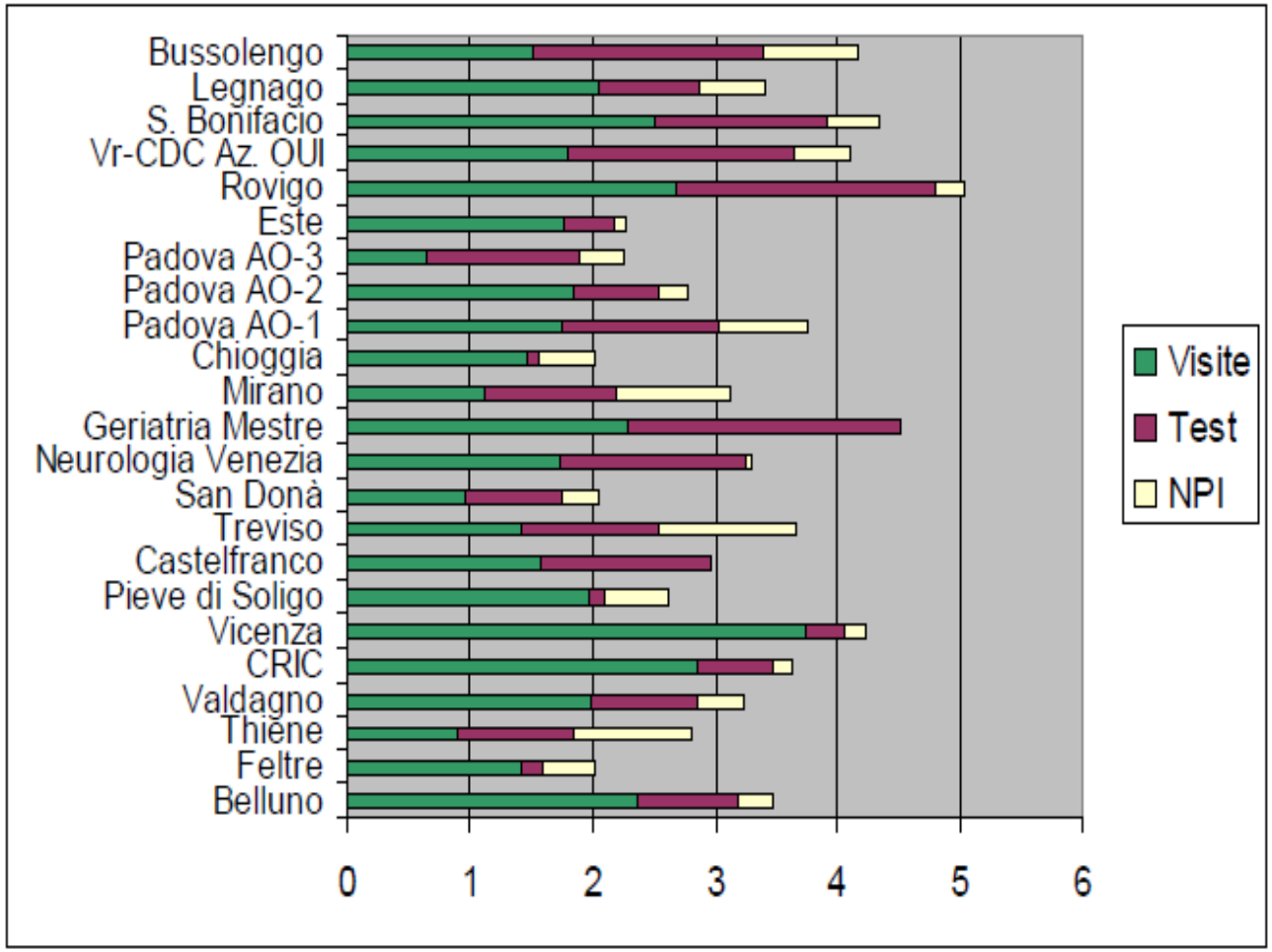


Fig. 4 – Tempo medio (espresso in ore) dedicato per paziente nell'anno 2010

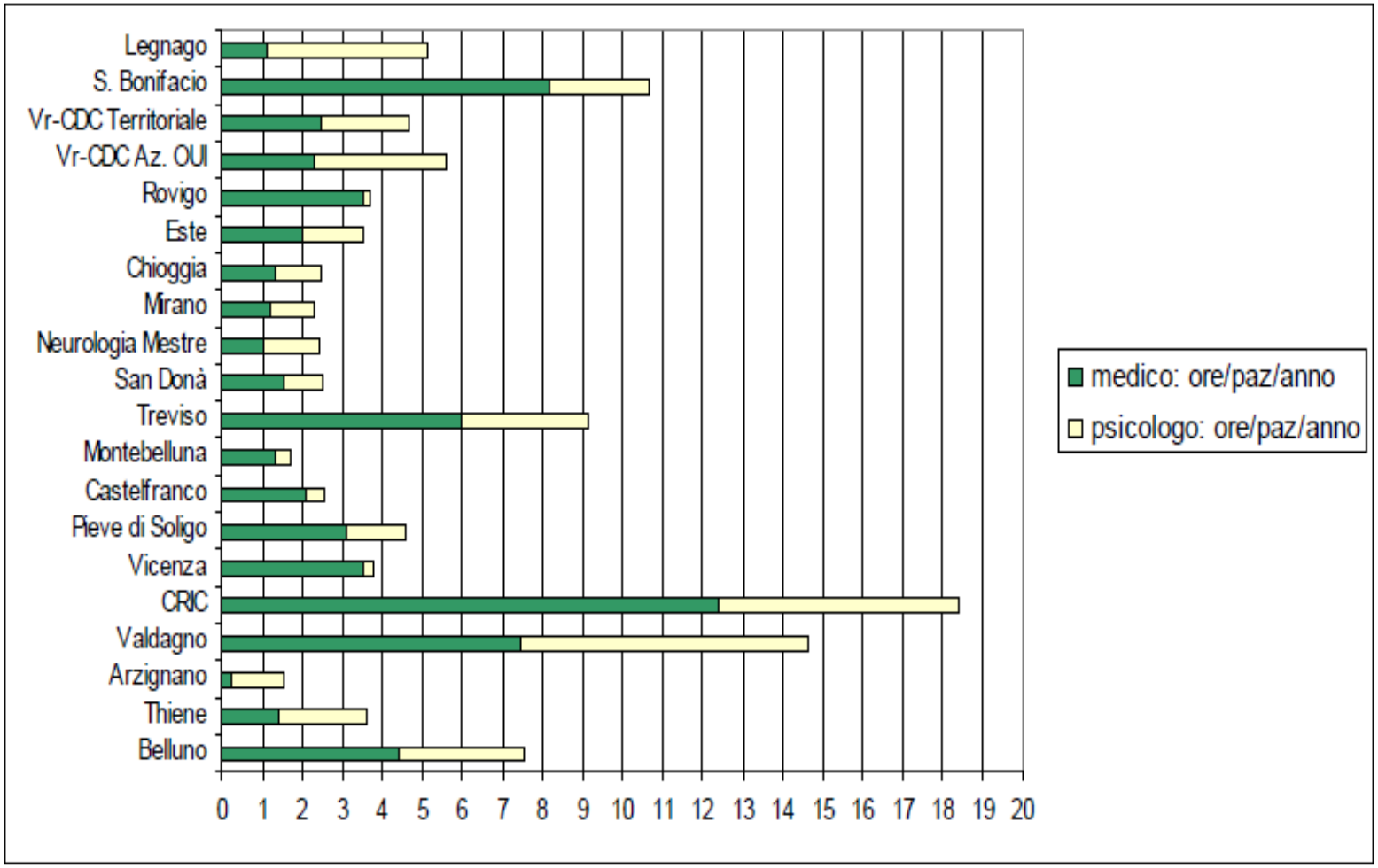
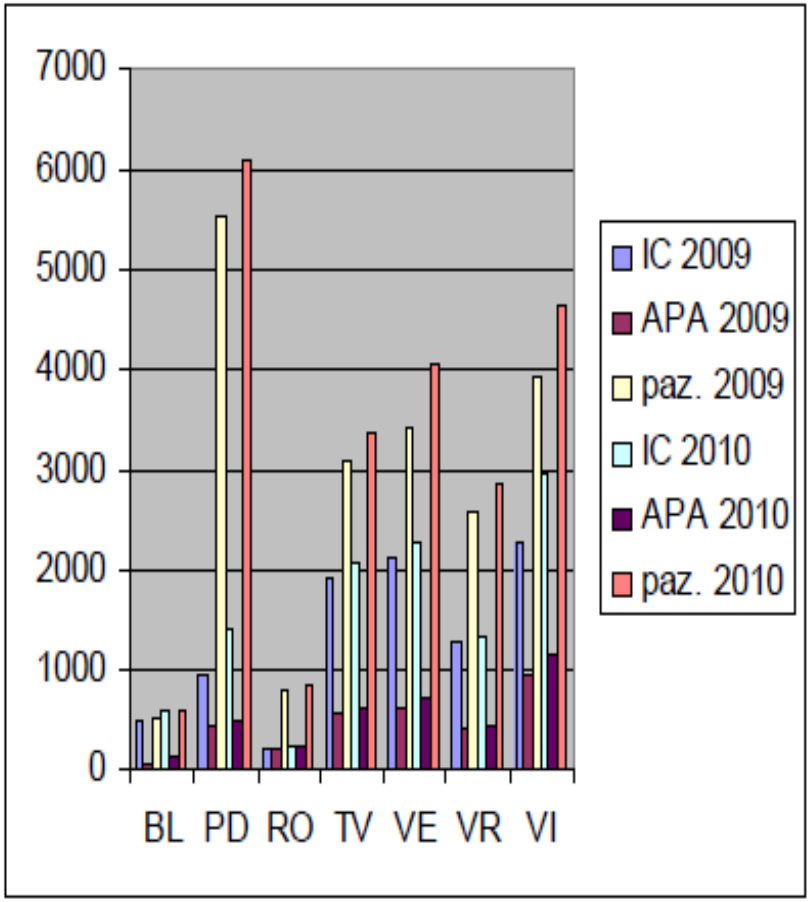


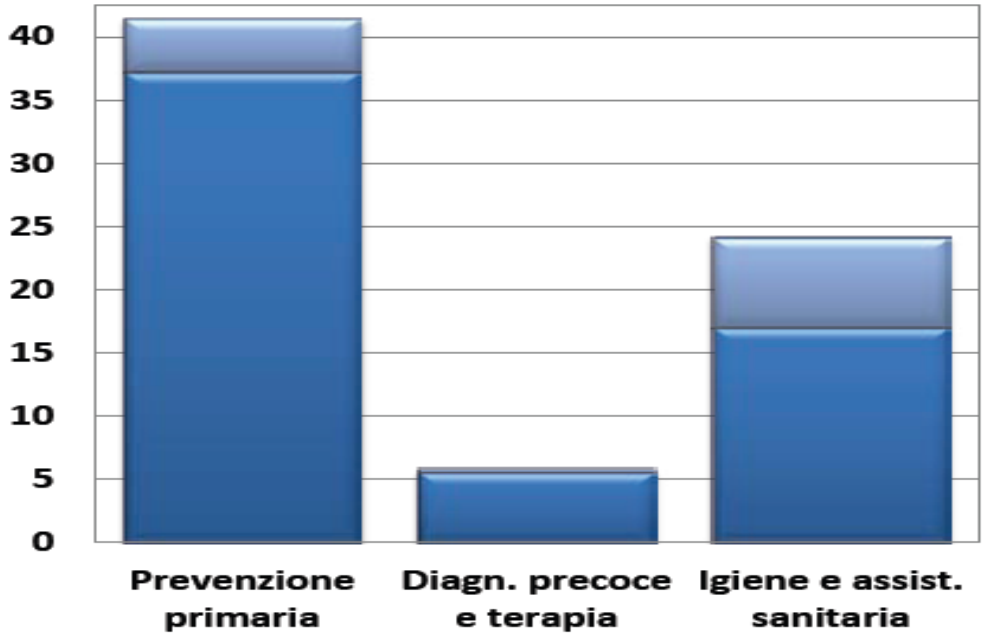
Fig. 5 – Prescrizione farmaci Inibitori delle Colinesterasi e Antipsicotici per Provincia



Mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria con evidenza (tonalità più chiara) della nuova casistica individuata da MEV(i) 2013 (*) - Valori assoluti in migliaia - Anno 2010

MEV(i)
Mortalità Evitabile (con intelligenza)

Maschi



Femmine

www.mortalitaevitabile.it

(*) Cfr Sezione "Materiali e metodi" e riquadro a pag. 13

Fonte: Elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat

Legenda per la lettura del "cruscotto"
(fonte: ERAweb)

Come intervenire su:… **per prevenzione primaria** (stili di vita del singolo come corretta alimentazione, alcolismo, tabagismo, sicurezza stradale, in casa e sul lavoro ecc.), **diagnosi precoce e terapia** (tumore alla mammella della donna, tempestività salvavita degli interventi sanitari) **e igiene e assistenza sanitaria** (vaccinazioni, **corretta gestione delle cronicità** e del ricorso alle strutture sanitarie ecc.).

Nell'attesa …

(Liquor, tecniche di imaging di ultima generazione, genetica …)

Sostenibilità SSN:

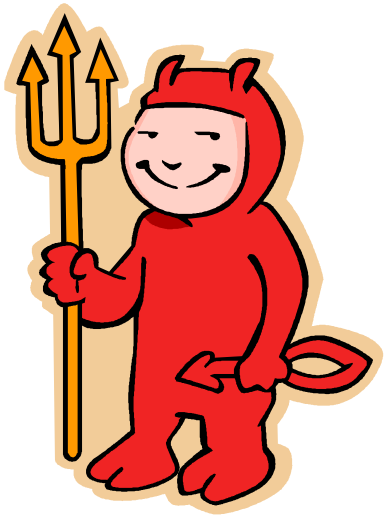
il ministro Saccomanni (Economia) in audizione alle Affari sociali e Bilancio della Camera. …

N.I.San (*Network Italiano Sanitario* per la condivisione dei **costi standard**) è una rete costituitasi **nel 2009**, che annovera ad oggi ventuno componenti (aziende ospedaliere, aziende sanitarie, IRCCS) provenienti da 10 regioni italiane, i quali gestiscono in condivisione i risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie svolte da ciascuno, secondo uno strumento tecnico omogeneo di elaborazione dei costi denominato CSO - Controllo Strategico Ospedaliero. Questa attività di rete ha prodotto i costi standard dei ricoveri per gli anni 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, basati sulla determinazione della media del costo per singolo episodio di ricovero.

… e per le demenze ???

UVA/CDC luci ed ombre: e dopo la D.G.R. n.° 3542 del 6 novembre 2007 (CDC)

- orgoglio e pregiudizio …
- ha aiutato a rimarcare la complessità della “D”
- una certa uniformità nei modelli di valutazione
- affidabilità delle valutazioni
- interpretazioni dei dati di valutazione
- presa in carico del caso …!!!
- sostegno al care giver …!!!
- uso di farmaci
- risorse = 0 !!! STANDARD di risorse
- troppe UVA ?!
- una difformità territoriale elevata …



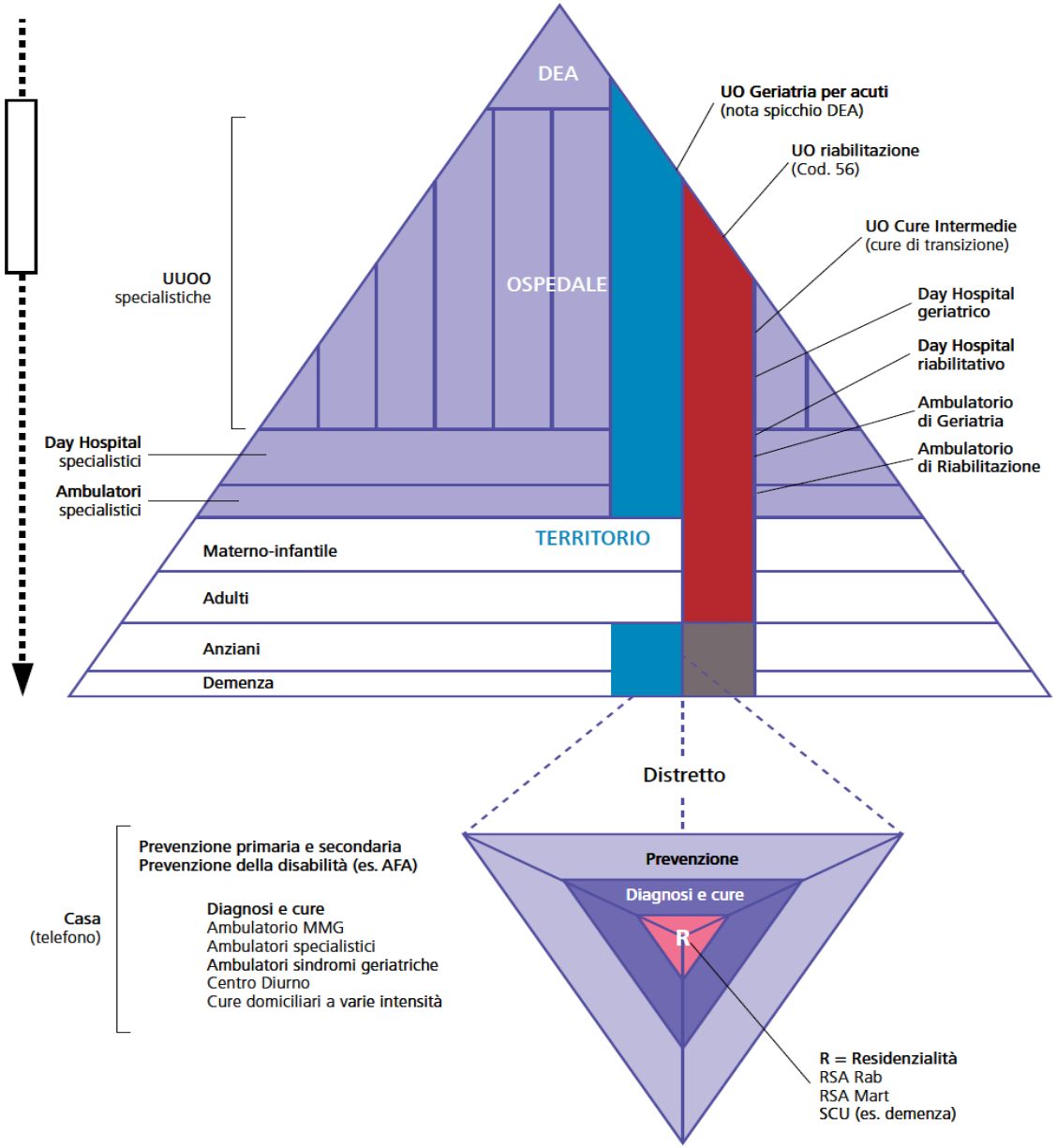
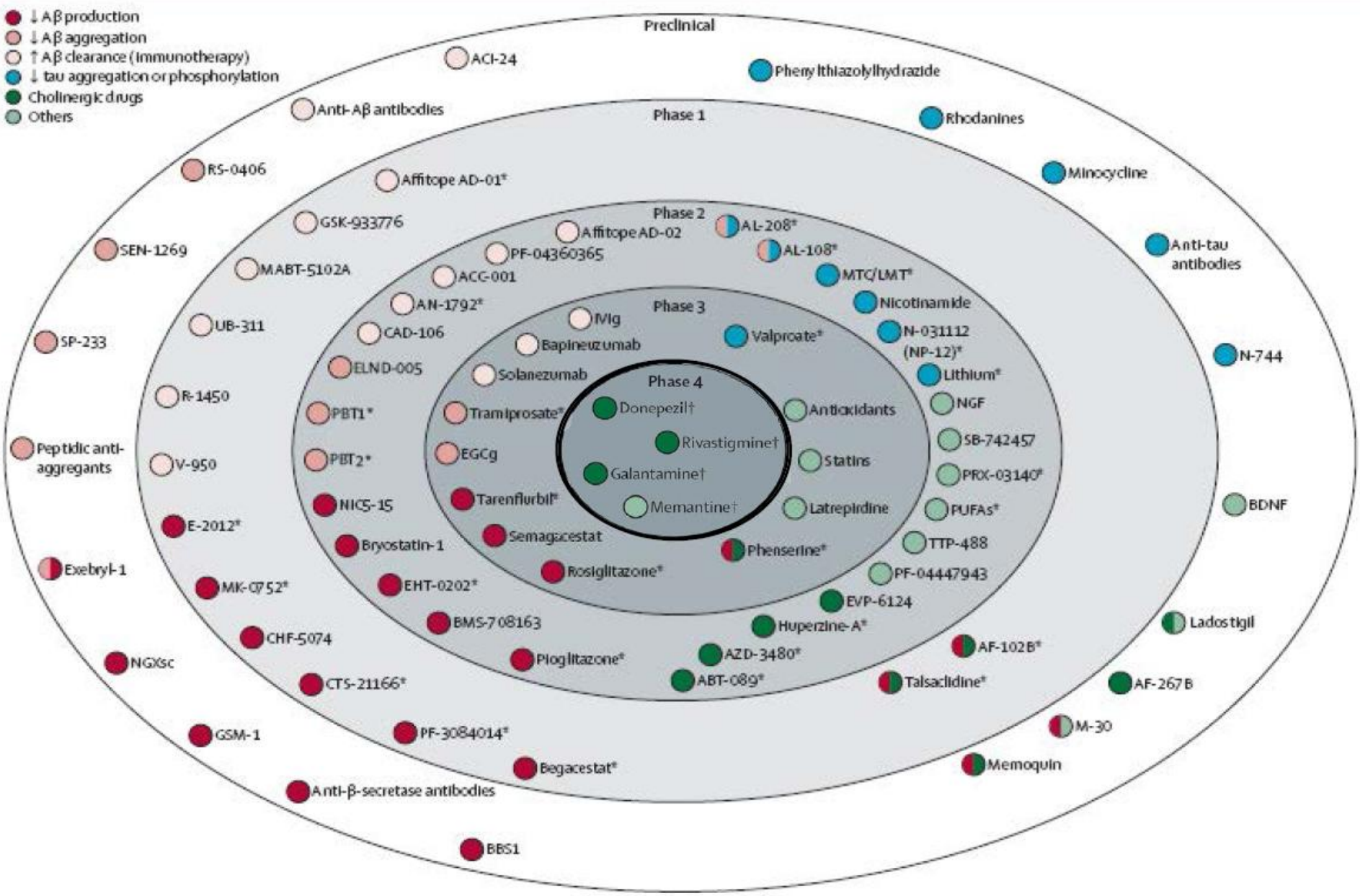


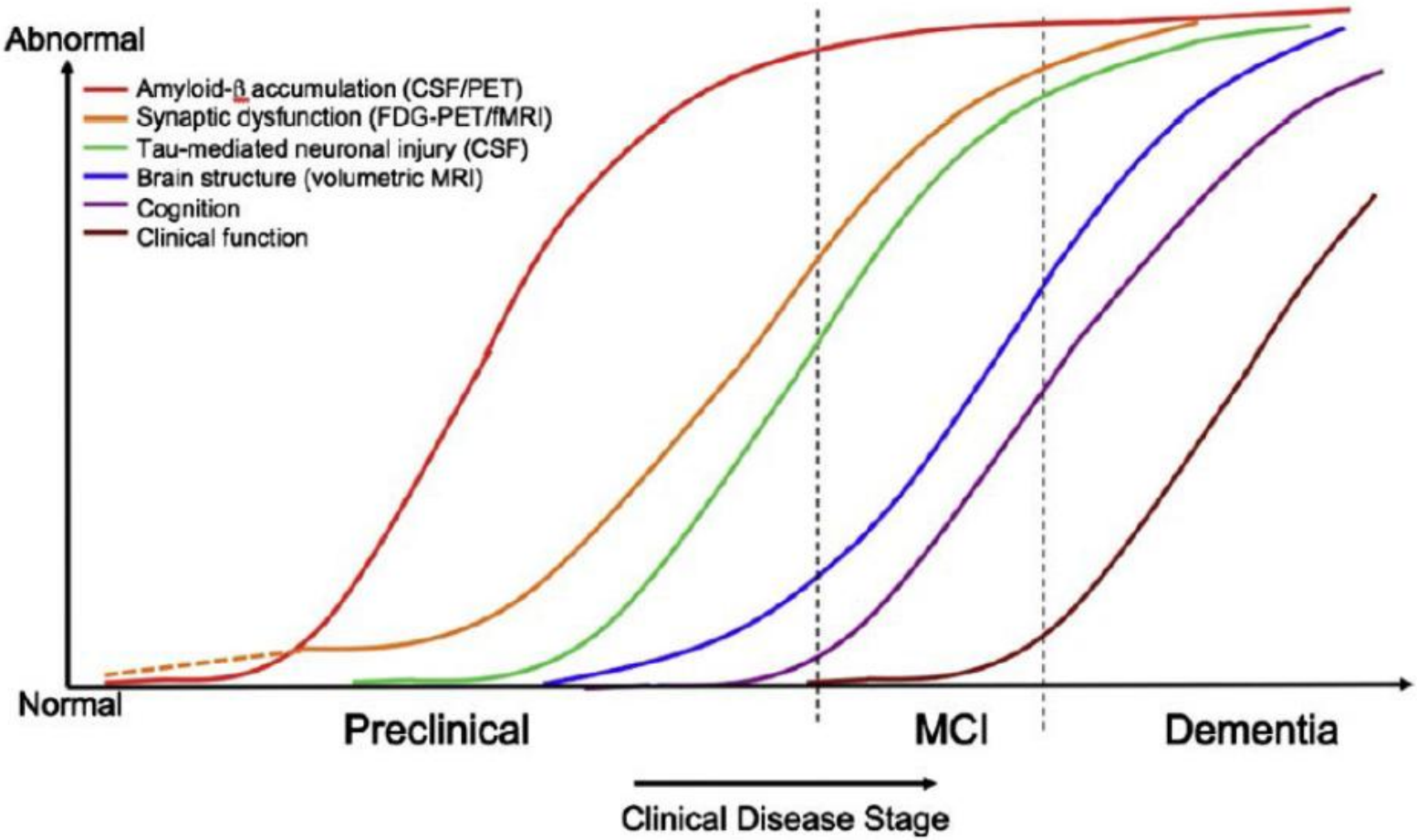
Figura 5.2 Struttura dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC). DEA, Dipartimento Emergenza e Accettazione; MMG, medico di medicina generale; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; SCU, *Special Care Unit*.



***Farsi la mano*… con le molecole… se tutto diventa elitario…**

Questa non è patologia rara !!!

Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010; 9: 1118-27



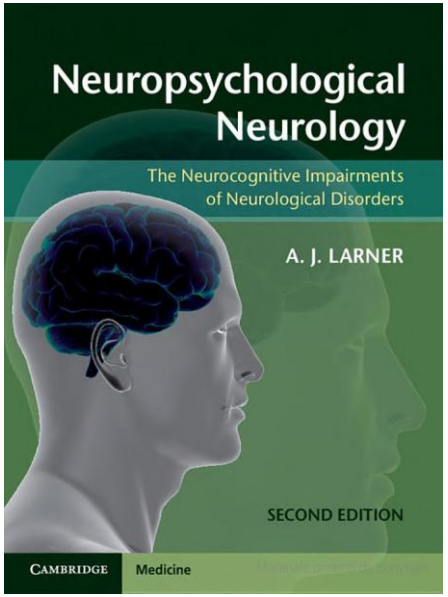
ELSEVIER

Alzheimer's & Dementia ■ (2011) 1–7

Alzheimer's & Dementia

The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup

Guy M. McKhann[a,b,*], David S. Knopman[c], Howard Chertkow[d,e], Bradley T. Hyman[f], Clifford R. Jack, Jr.[g], Claudia H. Kawas[h,i,j], William E. Klunk[k], Walter J. Koroshetz[l], Jennifer J. Manly[m,n,o], Richard Mayeux[m,n,o], Richard C. Mohs[p], John C. Morris[q], Martin N. Rossor[r], Philip Scheltens[s], Maria C. Carillo[t], Bill Thies[t], Sandra Weintraub[u,v], Creighton H. Phelps[w]



ELSEVIER

Steps to standardization and validation of hippocampal volumetry as a biomarker in clinical trials and diagnostic criterion for Alzheimer's disease

Alzheimer's & Dementia, Volume 7, July 2011, Issue 4, Pages 474-485.e4

Clifford R. Jack, Frederik Barkhof, Matt A. Bernstein, Marc Cantillon, Patricia E. Cole, Charles DeCarli, Bruno Dubois, Simon Duchesne, Nick C. Fox, ***Giovanni B. Frisoni***

E quanta strada in più è stata fatta 2010-2013

Quali bisogni un SSN sempre più pre-agonico può sostenere per paz con D?

Quali bisogni e in quali fasi di malattia ?

Quali diritti esigere ?

I diritti minimali sono stati sino ad oggi, più o meno garantiti e se sì, i diritti sono sancibili e coerentemente erogati/erogabili ?

Diagnosi, accertamenti (QTc), farmaci, e … CONSENSI (a tutela di chi?)
Supporto psicologico e assistenza alle fasi avanzate di malattia … ?
O le associazioni surrogano attività necessarie ?

UVA/CDC - Quando qualcosa non va si pensa a distruggere invece che rifondare, pensare invece al mantenimento *del buono* delle cose fatte … UVA tra consapevolezza del ruolo e necessità di consolidamento dell'attività …

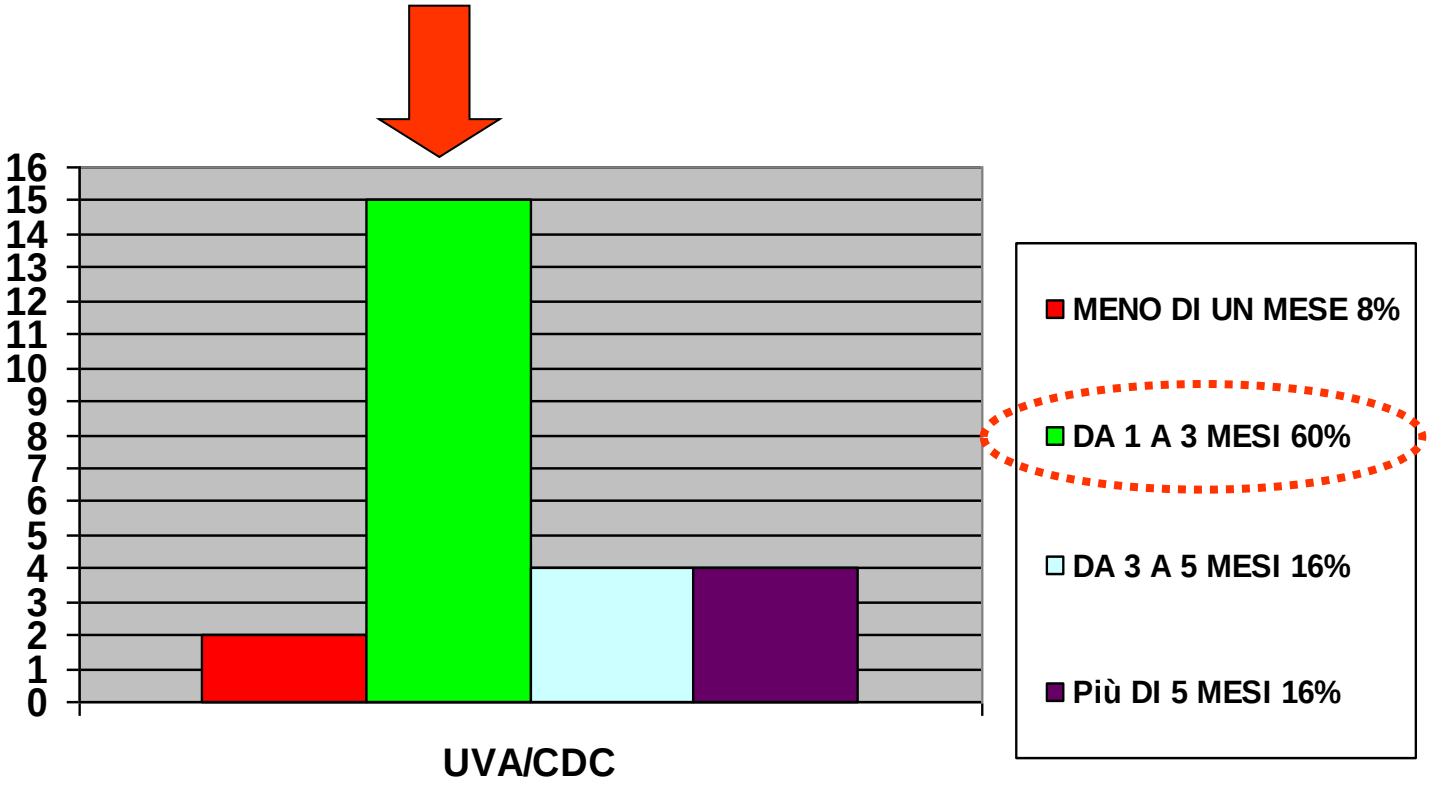
Attività sorte dal nulla a costo 0 e che spesso hanno sviluppato alte esperienze e competenze … Caffè Alzh., Centri Diurni, ecc

E noi cosa facciamo? Spacchiamo il capello in 4 su cosa dovrebbero essere e cosa dovrebbero fare le UVA… ma è certo almeno il DIRITTO a una Diagnosi corretta !!!

- ✓ **Contatti con Regione**
  non personalistici, ma istituzionali, societari … REGISTRO
- ✓ **Censimento e dati epidemiologici**
- ✓ **Contatti con altre Associazioni**
- ✓ **Vigilare sull' attività e Q…**
- ✓ **Standard di personale**
- ✓ **Posti letto dedicati o portare cultura G …**
- ✓ **… e non è sindacalismo G è necessità …**

N- Quanto ***tempo d'attesa*** c'è per una 1° visita presso l'ambulatorio UVA/CDC? N=25 (un dato mancante)

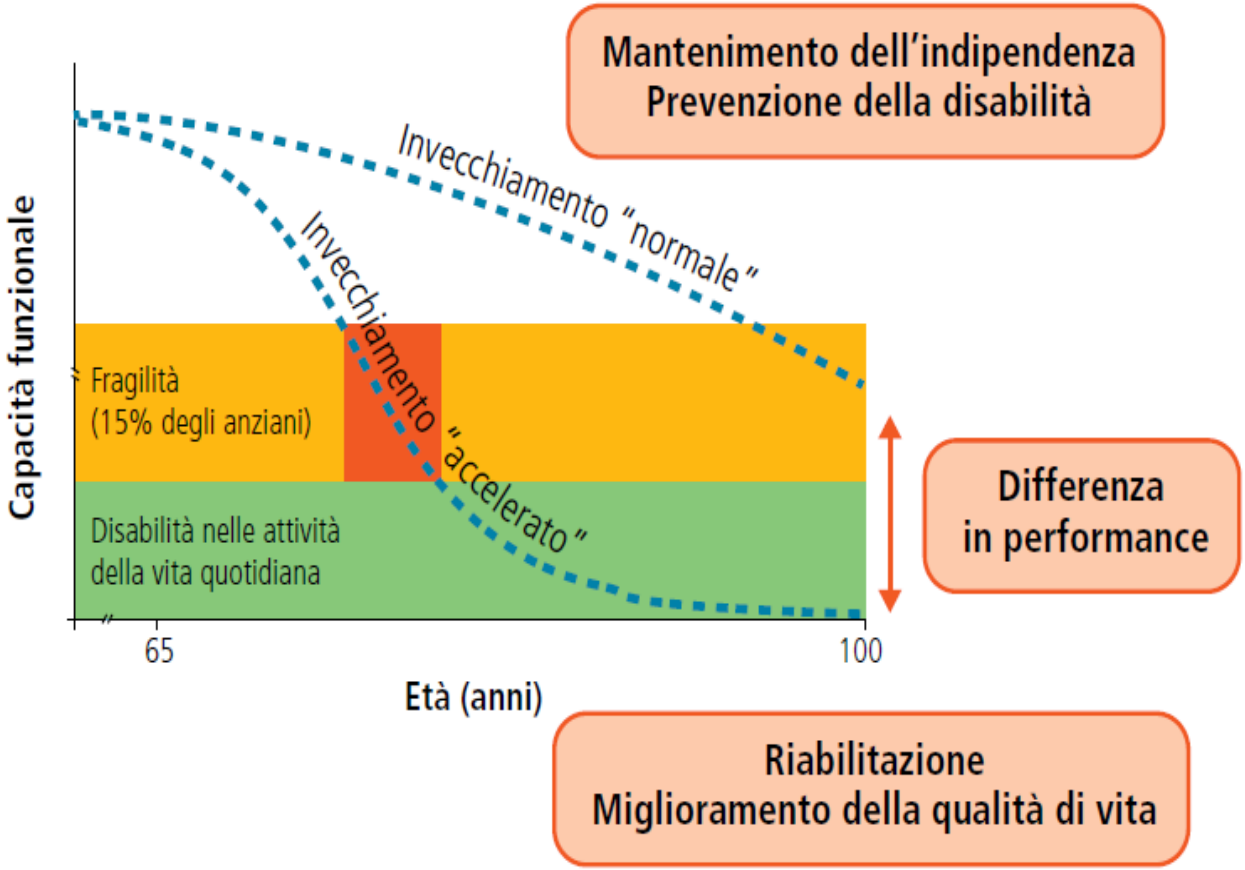
M = 89,9 ~ GIORNI

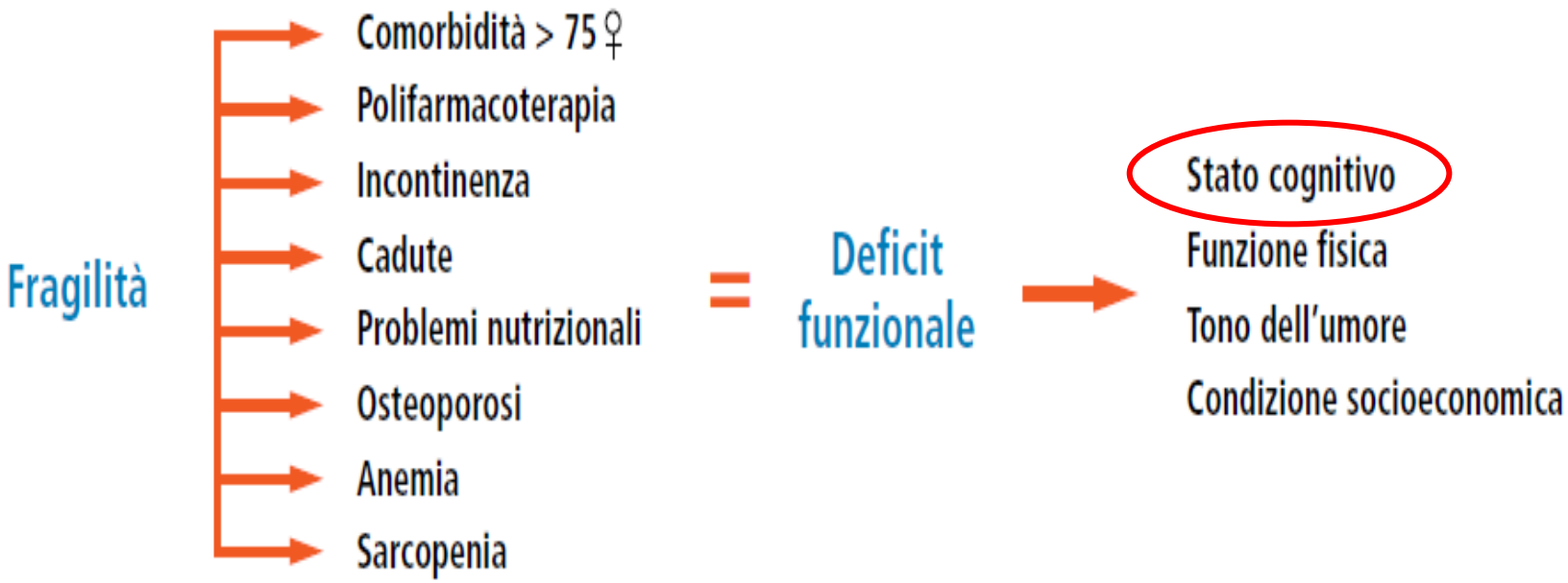


!!??

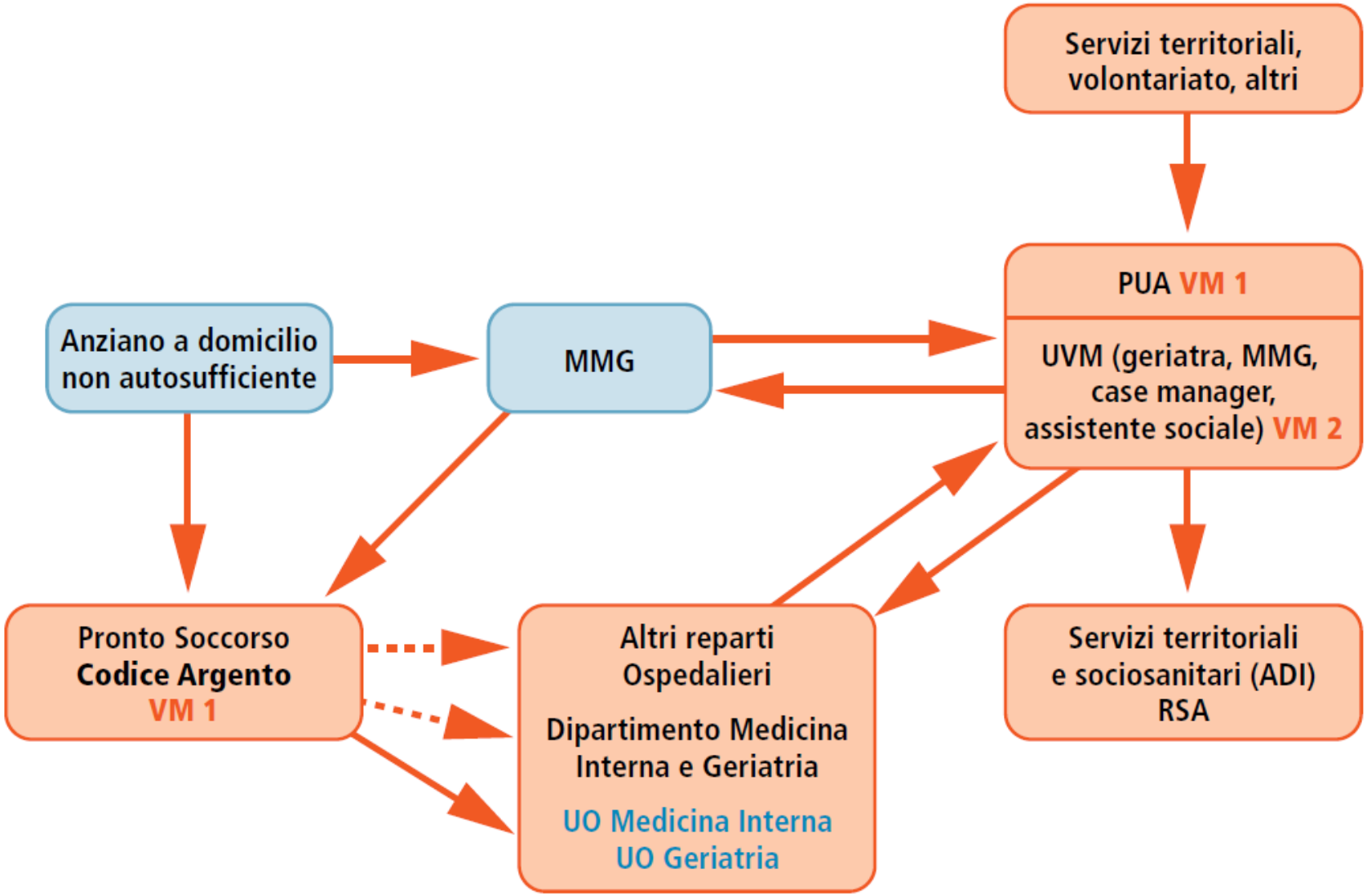
Questionario Regione Veneto

Oggetto del nostro agire comune di GERIATRI ?




Fragilità
Comorbidità > 75 ♀
Polifarmacoterapia
Incontinenza
Cadute
Problemi nutrizionali
Osteoporosi
Anemia
Sarcopenia
=
Deficit funzionale
Stato cognitivo
Funzione fisica
Tono dell'umore
Condizione socioeconomica

Si potrà discutere e personalizzare i modelli …



AREA del DIPARTIMENTO di RIABILITAZIONE che collabora con il DIPARTIMENTO di GERIATRIA per la CONTINUITA

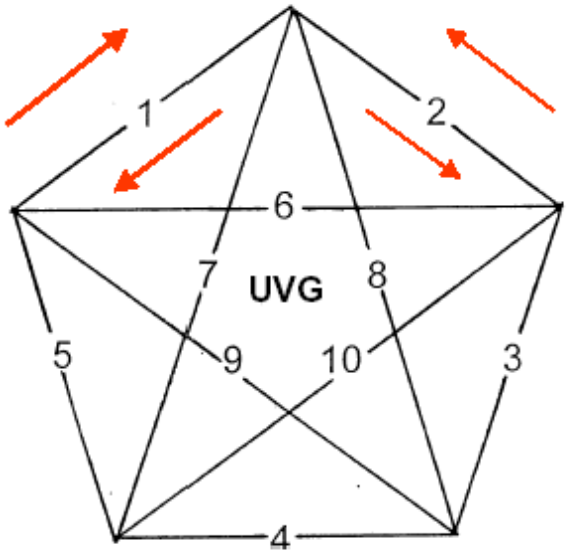
La Rete dei Servizi

Medicina Generale Territoriale

ed il *Post Acute Care* per la cronicità dentro l'ospedale, ma dopo il ricovero per acuti

Centro Diurno

ADI



Ospedale per Acuti

Day Hospital

ora Day Service

RSA

Degenza Post-Acuzie

- Lungodegenza
- *Lungodegenza Riabilitativa*
- Residenzialità

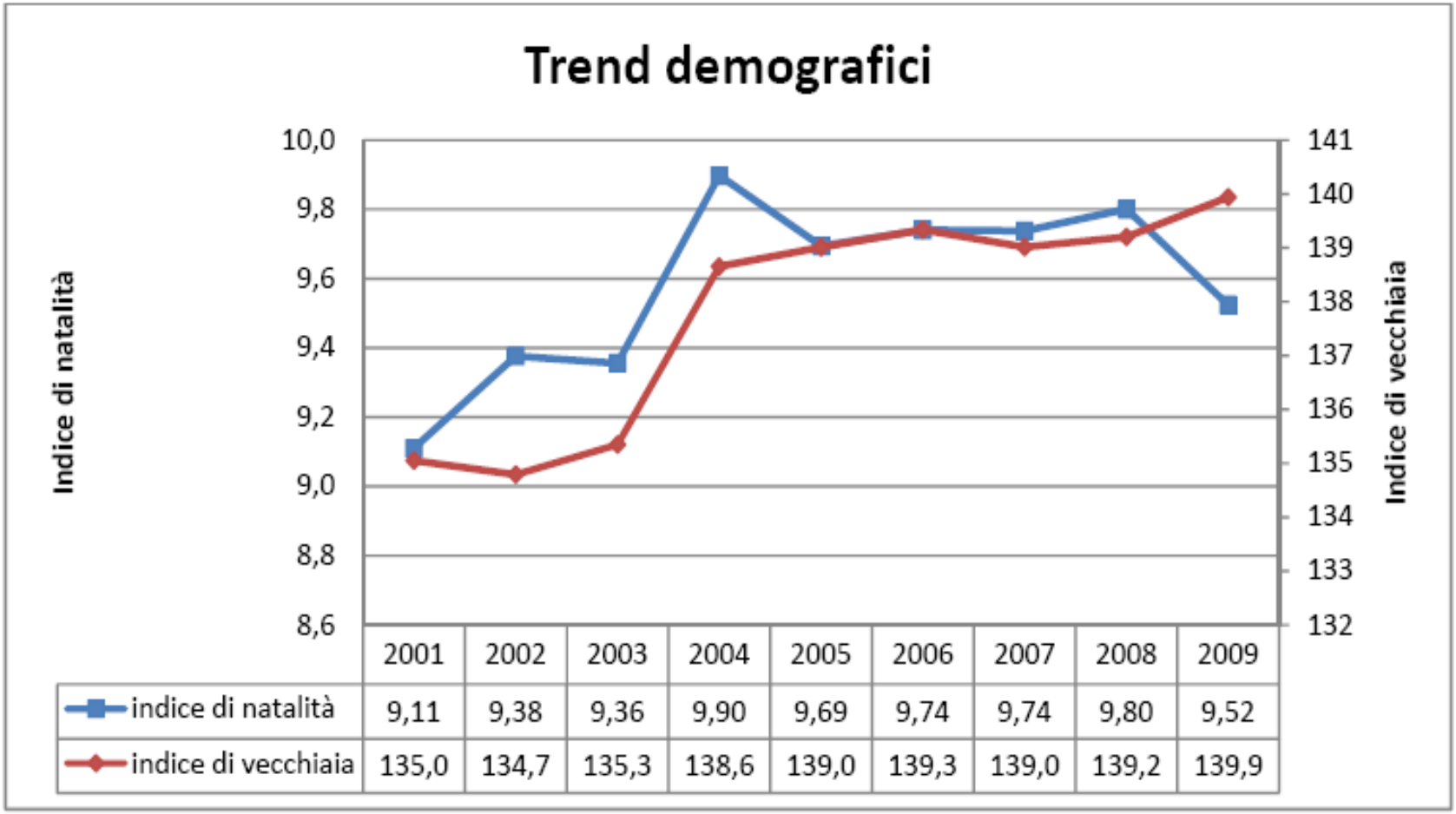
UVG: Unità di Valutazione Geriatrica
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

→ Transizione

Vedi anche Quaderni della Salute 6 e 23

Presentazione al Ministro della Salute - Roma
Piano di indirizzo per la Riabilitazione

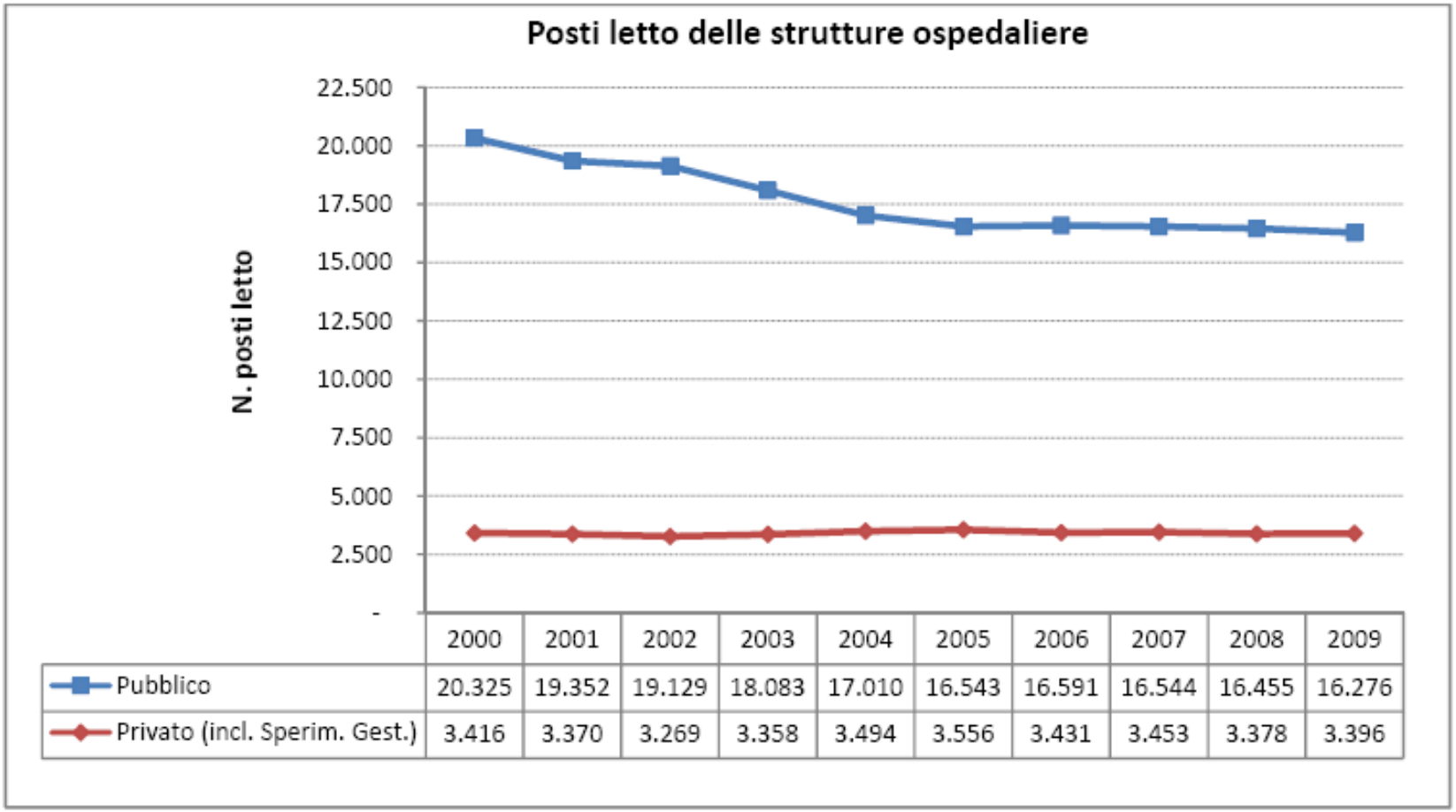
Si potrà discutere sulle previsioni di crescita demografiche



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
indice di natalità	9,11	9,38	9,36	9,90	9,69	9,74	9,74	9,80	9,52
indice di vecchiaia	135,0	134,7	135,3	138,6	139,0	139,3	139,0	139,2	139,9

Grafico 4 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

MA NON SI POTRA' DISCUTERE SUL TREND DI RIDUZIONE DEI PL PER ACUTI …



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pubblico	20.325	19.352	19.129	18.083	17.010	16.543	16.591	16.544	16.455	16.276
Privato (incl. Sperim. Gest.)	3.416	3.370	3.269	3.358	3.494	3.556	3.431	3.453	3.378	3.396

Grafico 12 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie), mese di dicembre. I posti letto delle strutture pubbliche includono i letti classificati "paganti". I posti letto del privato: accreditati come da modello HSP13.

MA NON SI POTRA' DISCUTERE SUL TREND DI RIDUZIONE DEI PL PER ACUTI …

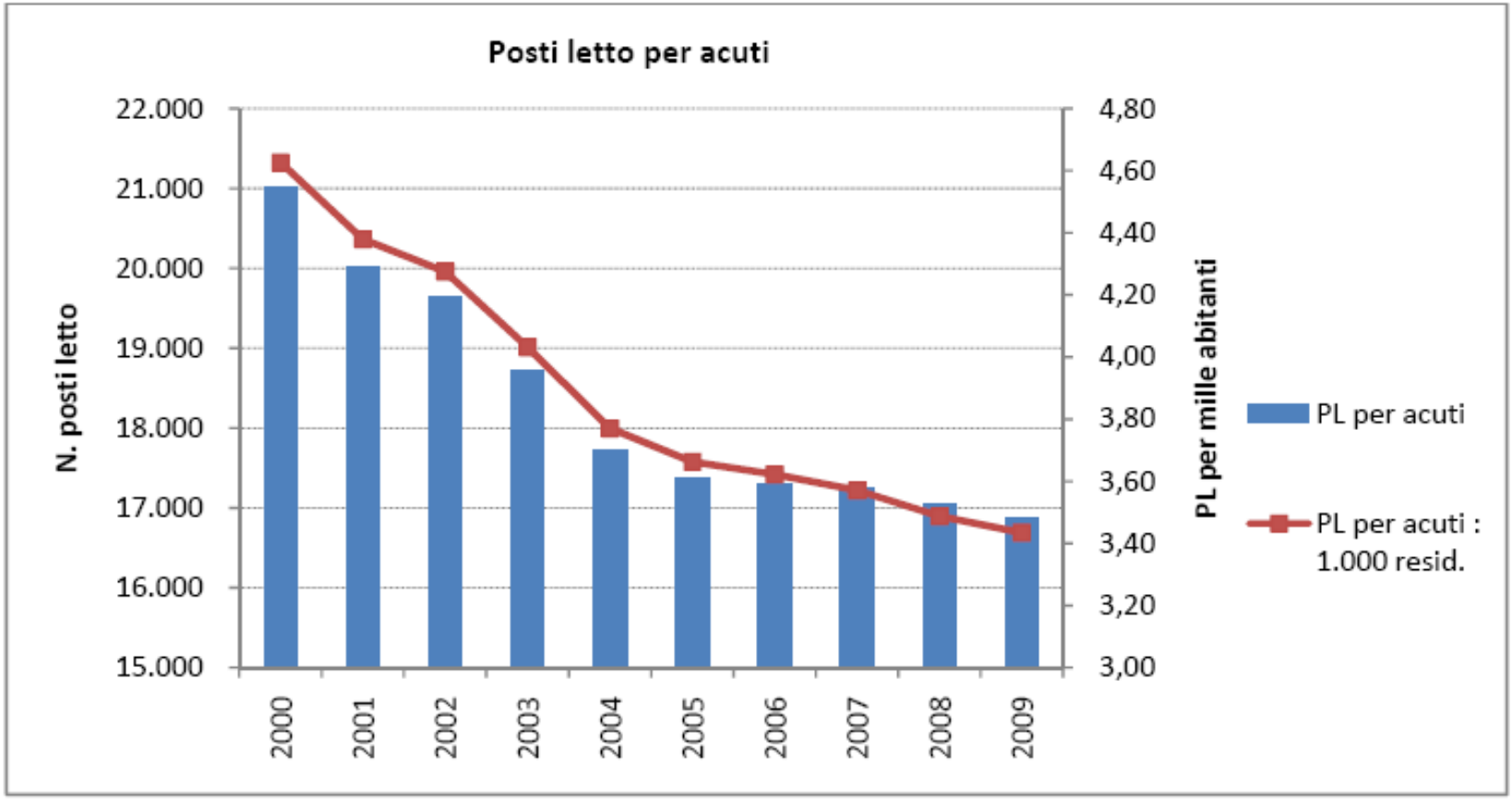
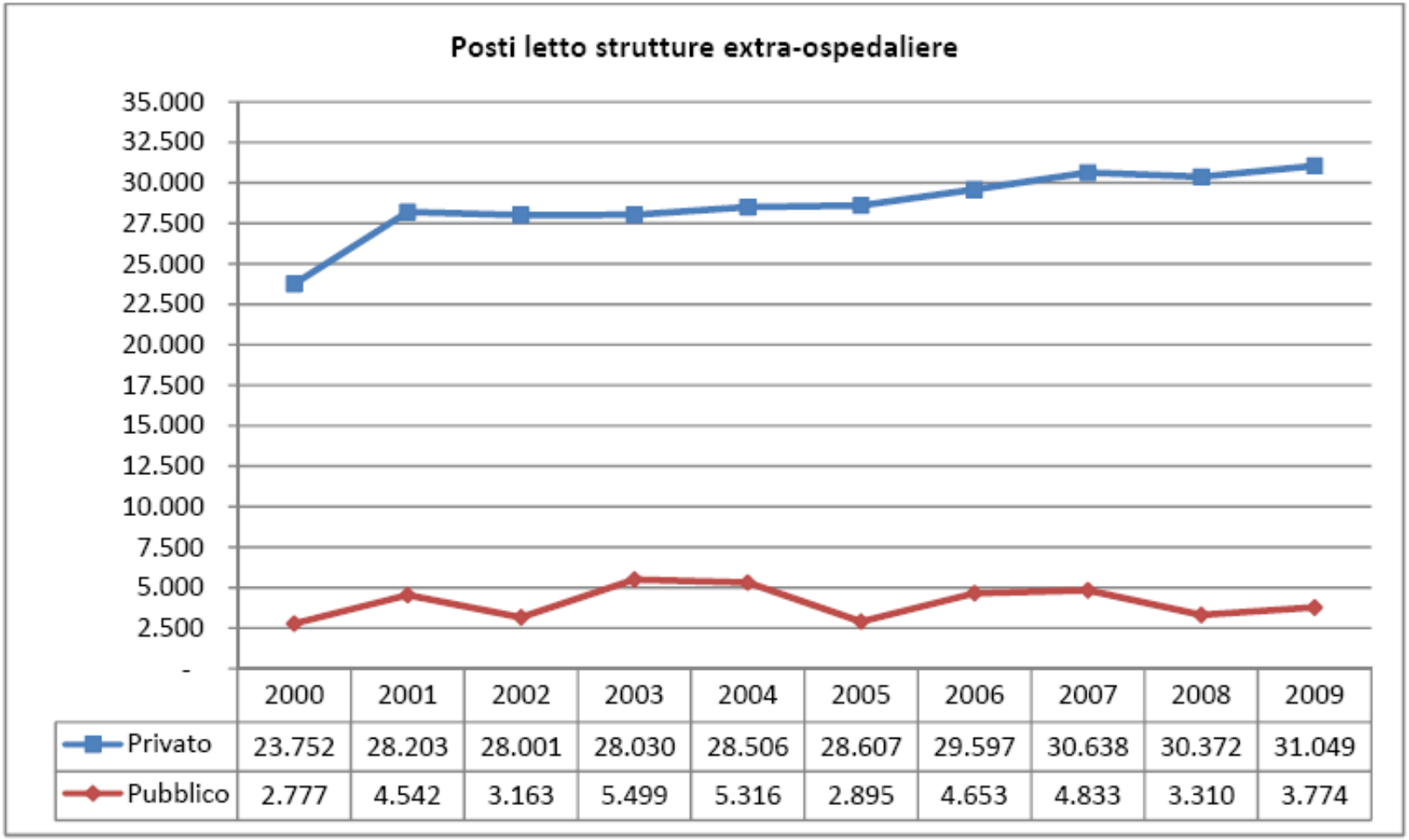


Grafico 13 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie) , mese di dicembre. Popolazione residente da datawarehouse regionale su dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Ma anche l'incremento della Residenzialità avrà limiti imposti …



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Privato	23.752	28.203	28.001	28.030	28.506	28.607	29.597	30.638	30.372	31.049
Pubblico	2.777	4.542	3.163	5.499	5.316	2.895	4.653	4.833	3.310	3.774

Grafico 30 - Tabella 6 - Fonte: NSIS (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Per tossicodipendenze cfr. DGR 3703/2006, DGR 3618/2007, DGR 1355/2008

Ma per l'ospedalizzazione e i percorsi privilegiati di pazienti affetti da demenza in Ospedale abbiamo ancora solo dati ancillari e buoni propositi, qualche percorso D/T e qualche proposta …

6.715 RSA e RA pubbliche e private in Italia

Spesa per anziano da 800 a > 2000 € al mese oltre al contributo regionale (quota sanitaria).

Nel 2007 AGENAS censiva 5105 RSA:

- **379 in Piemonte**
- **619 in Lombardia**
- **316 in Veneto**
- **266 in Toscana …**
- **66 in Lazio, 15 in Campania, 5 in Puglia e Basilicata …**

Spesa pubblica per assistenza anziani sul PIL 2010

- ✓ **0,24 % Servizi a Domicilio**
- ✓ **0,66 % Indennità di Accompagnamento**
- ✓ **0,40 % Strutture Residenziali**
- ✓ **= 1,5 % del Totale del PIL**

Fonti: Ragioneria Generale dello Stato ed ISTAT

I nodi della rete sono le vere sfide per la Geriatria

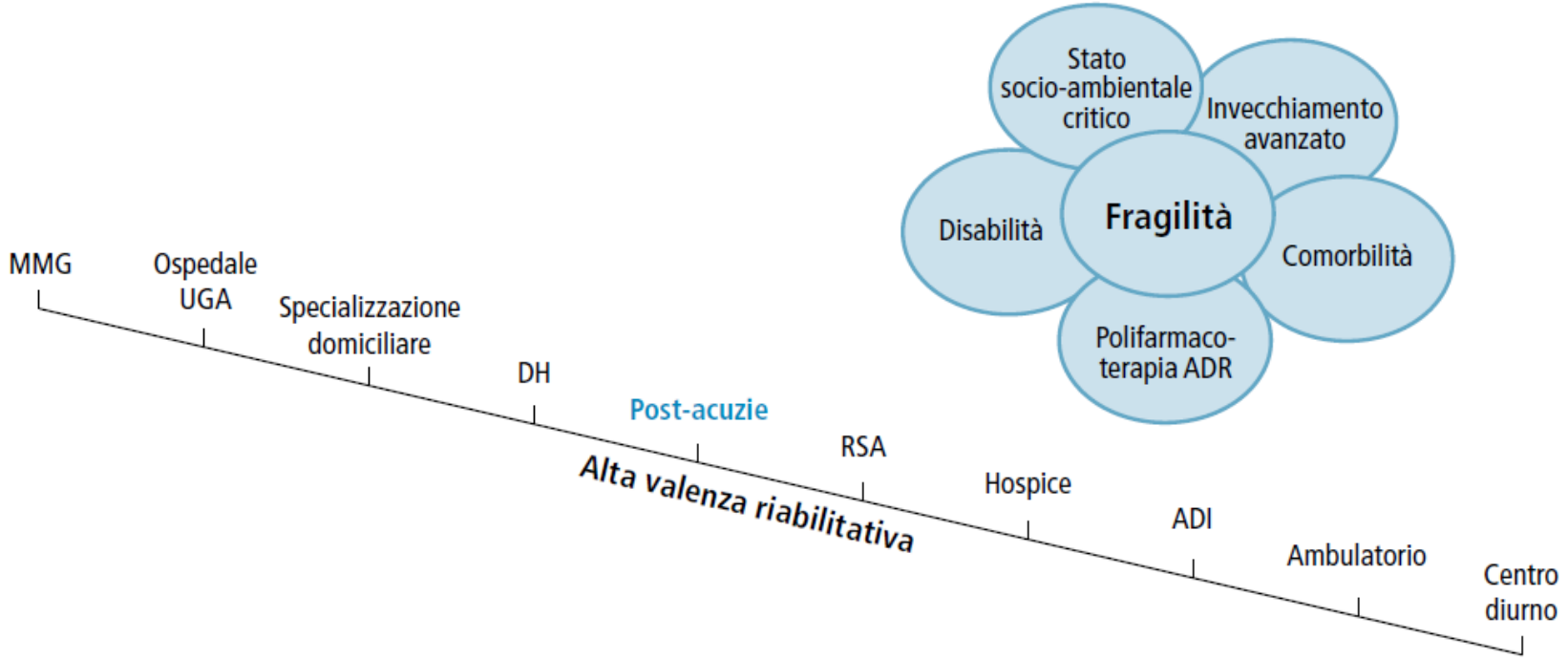


Figura 6.1 Setting assistenziali.

I nodi della rete sono le vere sfide per la Geriatria

Riabilitazione acuta
- Riabilitazione Ospedale per acuti

Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione cod. 75 e 28
- Riabilitazione RO/DH cod. 56

Riabilitazione estensiva
- Lungodegenza riabilitativa cod. 60
- RSA riabilitativa
- Strutture socio-residenziali e semi-residenziali riabilitative
- Riabilitazione ambulatoriale
- Riabilitazione domiciliare
- ADI riabilitativa

I nodi della rete sono le vere sfide per la Geriatria

Pazienti trattati in ADI

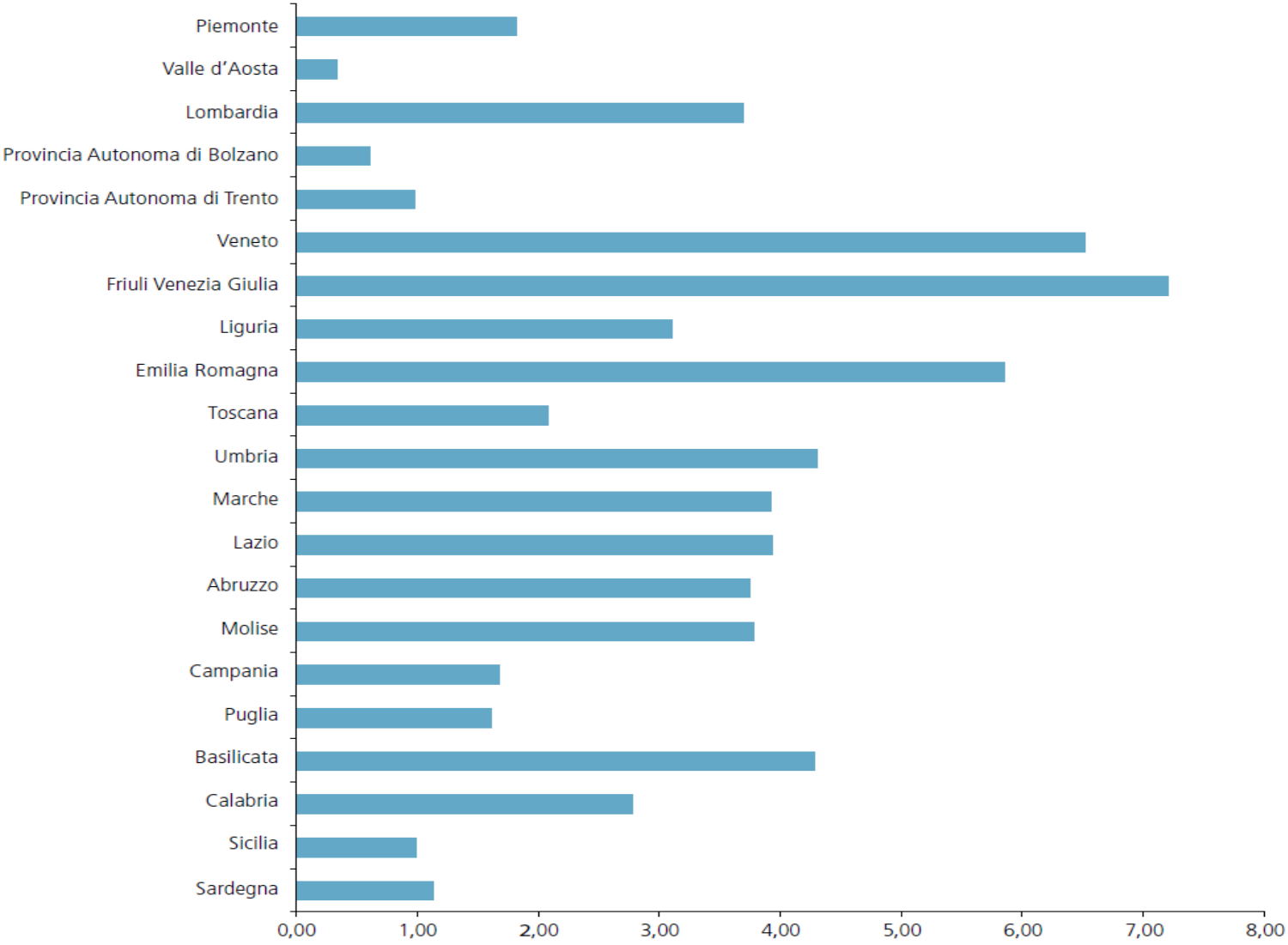


Figura 7.1 Percentuale di anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana (anno 2007). Fonte: Rapporto Sanità-CEIS 2009.

Che cosa c'è di "speciale" nelle Unità per la Demenza?

Ambiente fisico
- Riduzione degli stimoli rumorosi
- Sicurezza durante il vagabondaggio
- Appropriate stimolazioni sensoriali

Approccio del personale all'assistenza
- Piani di cura individualizzati
- Approccio "di gruppo" ai pazienti
- Riduzione delle contenzioni fisiche e farmacologiche
- Enfasi posta alla dignità del paziente e allo stato funzionale

Programmi terapeutici
- Attività adeguate alle condizioni cognitive e funzionali dei singoli pazienti
- Attenzione posta alle attività "familiari"
- Terapia occupazionale di gruppo, programmi di attività fisiche
- Attività individuali

Coinvolgimento delle famiglie
- Fornire informazioni e supporto di gruppo
- Incoraggiare i familiari alla partecipazione alle attività e all'assistenza

Ma basterà ?

Per Centri diurni Alzheimer …

- La superficie interna complessiva deve essere aumentata almeno del 20% rispetto ai Centri Diurni per disabili senza disturbi cognitivi
- Gli spazi interni devono essere disegnati e attrezzati in modo da garantire locali per riposo, pranzo, attività occupazionali, terapie mirate, trattamenti terapeutico-assistenziali differenziati. Inoltre, l'arredamento deve essere scelto in maniera tale da conferire carattere di familiarità e continuità con l'ambiente quotidiano di vita della persona malata
- Deve essere assicurata la continuità tra spazi interni ed esterni. In particolare, è necessaria la presenza di un giardino Alzheimer con specifiche caratteristiche di tipo strutturale e funzionale
- Disponibilità, nei Centri Diurni attigui a RSA, di posti letto per l'emergenza e il sollievo

Per Centri diurni Alzheimer …

4° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Pistoia, 31 maggio – 1 giugno 2013

LINEE DI INDIRIZZO PER I CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Coordinatori:
Giulio Masotti
Carlo Adriano Biagini
Alberto Cester
Enrico Mossello

La comunicazione della diagnosi di demenza.

Documento per il X° Congresso Annuale della Associazione Italiana di Psicogeriatria

Gardone-Riviera 15-17 Aprile 2010

F. Asioli, A. Cester, M. Musicco

TEMPO !!!

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

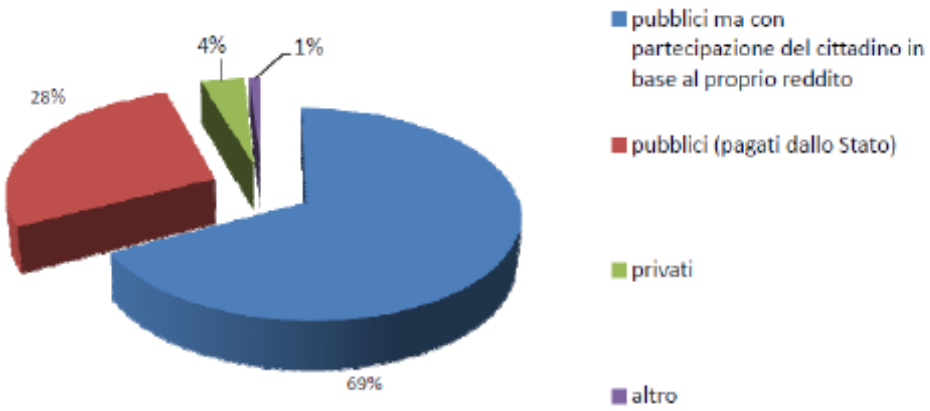
Aprirsi a forme di finanziamento e co-partecipazione diverse …

3.4.2 L'indagine della Fondazione ISTUD (Istituto Studi Direzionali)

A riguardo si richiama l'indagine INSTUD, presentata a Roma il 12 settembre 2011 sulla domiciliarietà e più segnatamente la posizione degli intervistati sulla compartecipazione alla spesa:

Nel 69% dei casi, il cittadino è disposto a contribuire per evitare l'istituzionalizzazione del proprio familiare…

Il 69% dei cittadini privilegia una forma di pagamento mista, pubblica e privata in proporzione alla capacità di reddito



Fonte: Fondazione ISTUD, Osservatorio nazionale delle cure a casa "knocking on patient's door", Roma, 12 settembre 2011

Per ovvii motivi temporali mi darò dei temi, che non possono che essere quelli degli AMBIENTI e delle UVA/CDC o come si chiamano … nelle VS realtà (…☺), ma ad esempio il *BENESSERE OSPEDALIERO* ??

PRIMO PUNTO - AMBIENTI:

- **gli spazi dei ns Ospedali sono a dimensione dei bisogni dei ns vecchi con D ?**
- **gli arredi sono a dimensione dei ns vecchi ?**
- **vi sono separè e numero di letti adeguati ai bisogni dei ns vecchi ?**
- **i letti sono a 3 snodi, elettrici o robotizzati ?**
- **vi sono sistemi di video sorveglianza e controlli ambientali ?**
- **… *Benessere* dei pazienti e nostro …**

SECONDO PUNTO - UVA/CDC:

- ✓ **corsie preferenziali per i ricoveri e/o de-ospedalizzazione rapida …**
- ✓ **gestione nella residenzialità ?**
- ✓ **armonizzazione territoriale: quanti utenti per Centro e liste attesa ?**
- ✓ **solo ospedale - solo territorio ? O attività integrata … PRESA in CARICO !!!**
- ✓ **"*veramente*" interspecialistiche ???**
- ✓ **piani terapeutici (ACHEi e Neurolettici - rinnovi)**

***Nasce Calico**. La nuova società di Google che 'sfida' la vecchiaia*
Il colosso dei motori di ricerca ha annunciato la nascita di una joint venture che si occuperà di salute e benessere. L'amministratore delegato della nuova società, nonché uno dei suoi investitori, sarà Arthur Levinson, il presidente di Apple. L'obiettivo? Allungare la durata della vita umana.

19 settembre 2013

Allungare la durata della vita umana. E' con questo obiettivo che Google ha annunciato la nascita di ***Calico***, nuova società che si concentrerà sulla salute e sul benessere, e soprattutto sulla sfida legata all'invecchiamento e ai problemi ad essa associati. Per farlo si 'allea' con Apple. Amministratore delegato, nonché finanziatore della nuova società, sarà infatti **Arthur Levinson**, l'ex amministratore delegato di Genetech e presidente di Apple.

"La malattia e l'invecchiamento colpiscono le nostre famiglie. Con una speranza di vita più lunga, pensando in grande, **la biotecnologia può davvero migliorare milioni di vite**", questa l'opinione di **Larry Page**, co-fondatore e amministratore delegato di Google.
Un mix di medicina, scienza e tecnologia, anche se sul progetto vige al momento un assoluto segreto. Insomma, come ha titolato il *Time Magazine*, i due colossi lanciano il loro guanto di sfida con l'obiettivo di sconfiggere la morte.
Ci riusciranno?

Demenze e network:
cosa resta da esplorare?
A parte qualche timida apertura su elder games
...

MIT Technology Review ’05: 20.000 $ per vagliare il metodo di De Grey (metodo della manutenzione, aggiustare le 7 cause …) **PSEUDOSCIENZA ?!**

Da allora però vi è un fiorire di iniziative: …

- **Alcor** “Life Extension Foundation” per la crio conservazione … 200.000 $ **Opzione “Neuro”… 80.000 $**
- **CALICO** (Larry Page… soluzioni per allungare l’aspettativa di vita)
- **SENS** (De Grey… Strategies for Engineered Negligible Senescence)
- **Ray Kurzweil** Ingegnere di GOOGLE… “Come creare una mente”…
- “**2045 Iniziative**” Dmitry Itskow…
- **Human Brain Project UE** - 1,2 miliardi di €… entro 2023 simulazione del funzionamento completo del cervello umano …

Ri-fondare la Geriatria dei diritti per i pazienti con demenza e sconfiggere ageismo e soprattutto l'ignoranza …

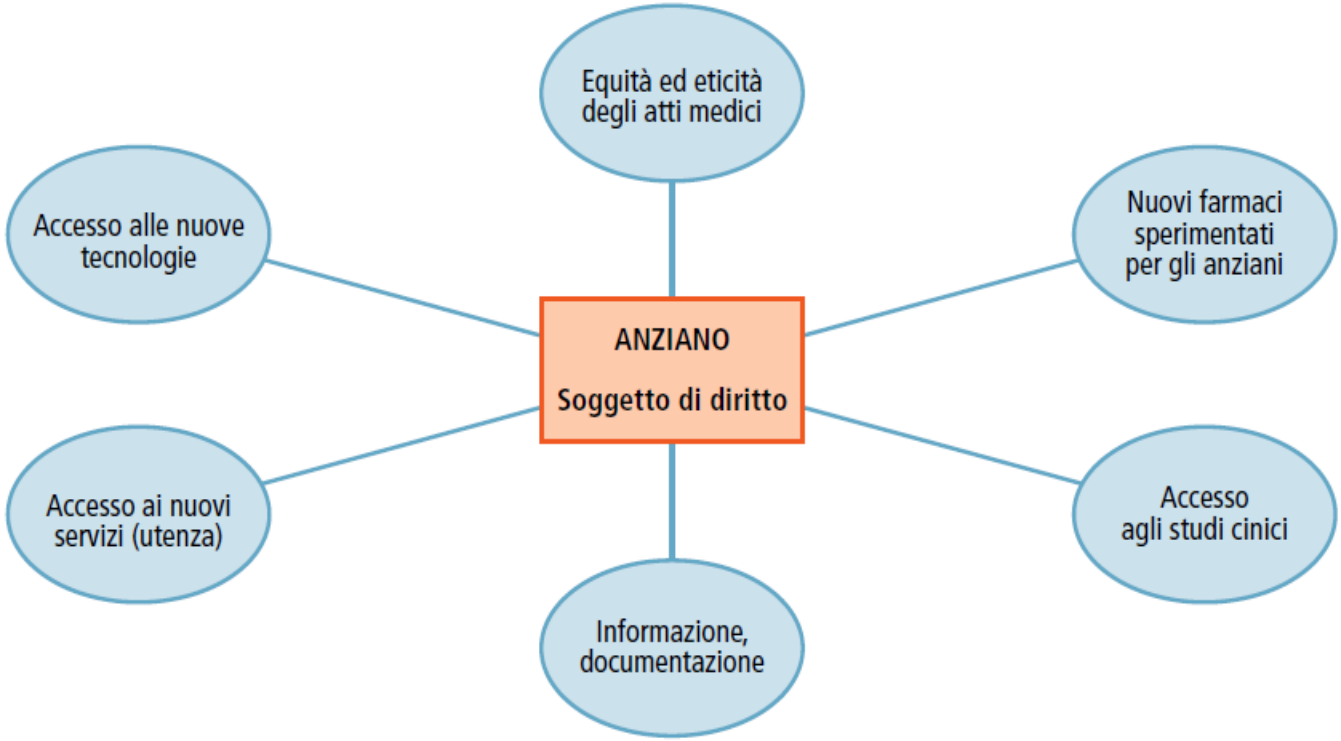


Figura 10.1 Elementi di priorità per contrastare l'ageismo in campo sanitario.

I gruppi di attività … fino ai gruppi di cammino

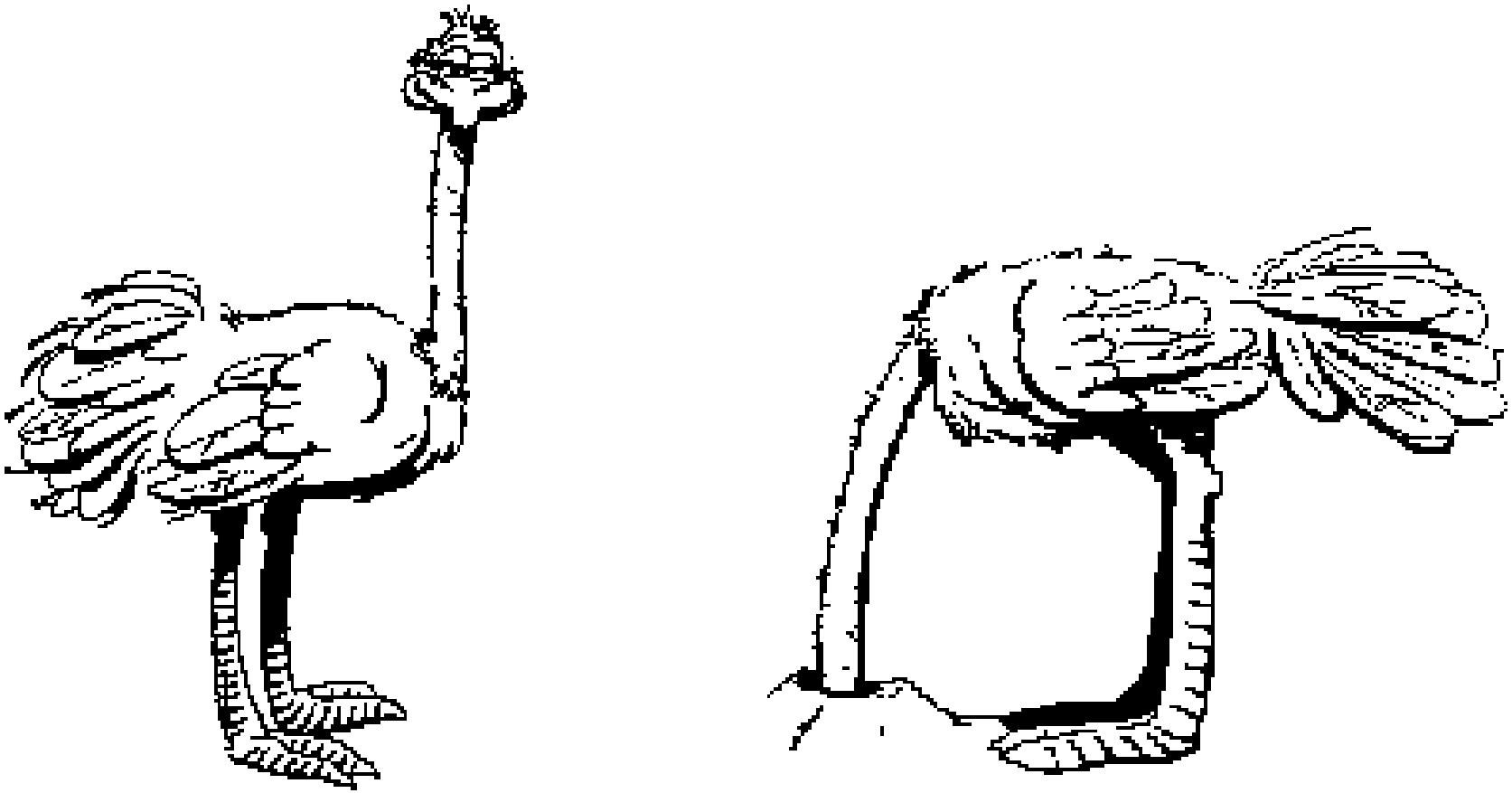
… «L'obiettivo del nostro studio era proprio quello di studiare gli effetti dell'esercizio a lungo termine sulla mobilità dei pazienti con Ad, esplorandone le ripercussioni su uso e costi dei servizi sanitari e sociali» dice il geriatra finlandese, che con i colleghi ha esaminato 210 pazienti con Ad che vivevano a casa propria assistiti dalla moglie, suddividendoli in 3 sottogruppi: esercizi di gruppo in ospedale, esercizi individuali a domicilio, e controlli, ossia pazienti che ricevevano le cure standard senza esercizio fisico. «Tutti i gruppi hanno mostrato un deterioramento funzionale durante i 12 mesi di follow up, ma questo è stato più rapido nel gruppo di controllo e più lento nei pazienti in attività fisica»

«L'attività fisica domiciliare rallenta il declino dell'Alzheimer, senza per questo aumentare i costi sociali e sanitari».

Timo Strandberg, Geriatra dell'ospedale universitario di Helsinki

JAMA Intern Med. Published online April 15, 2013

Abbiamo 4 possibilità: 1^



La beata ignoranza dell'esistere: è uno stato di grazia ?

Guido Cester

Abbiamo 4 possibilità: 2^

Abbiamo 4 possibilità:

3^ a)

In una sanità come la nostra …

Abbiamo 4 possibilità:

3^ b)

E intanto che decidiamo il paziente … è …

- Intensività

- Tempestività

Abbiamo 4 possibilità: 4^

Dobbiamo fare tutto…

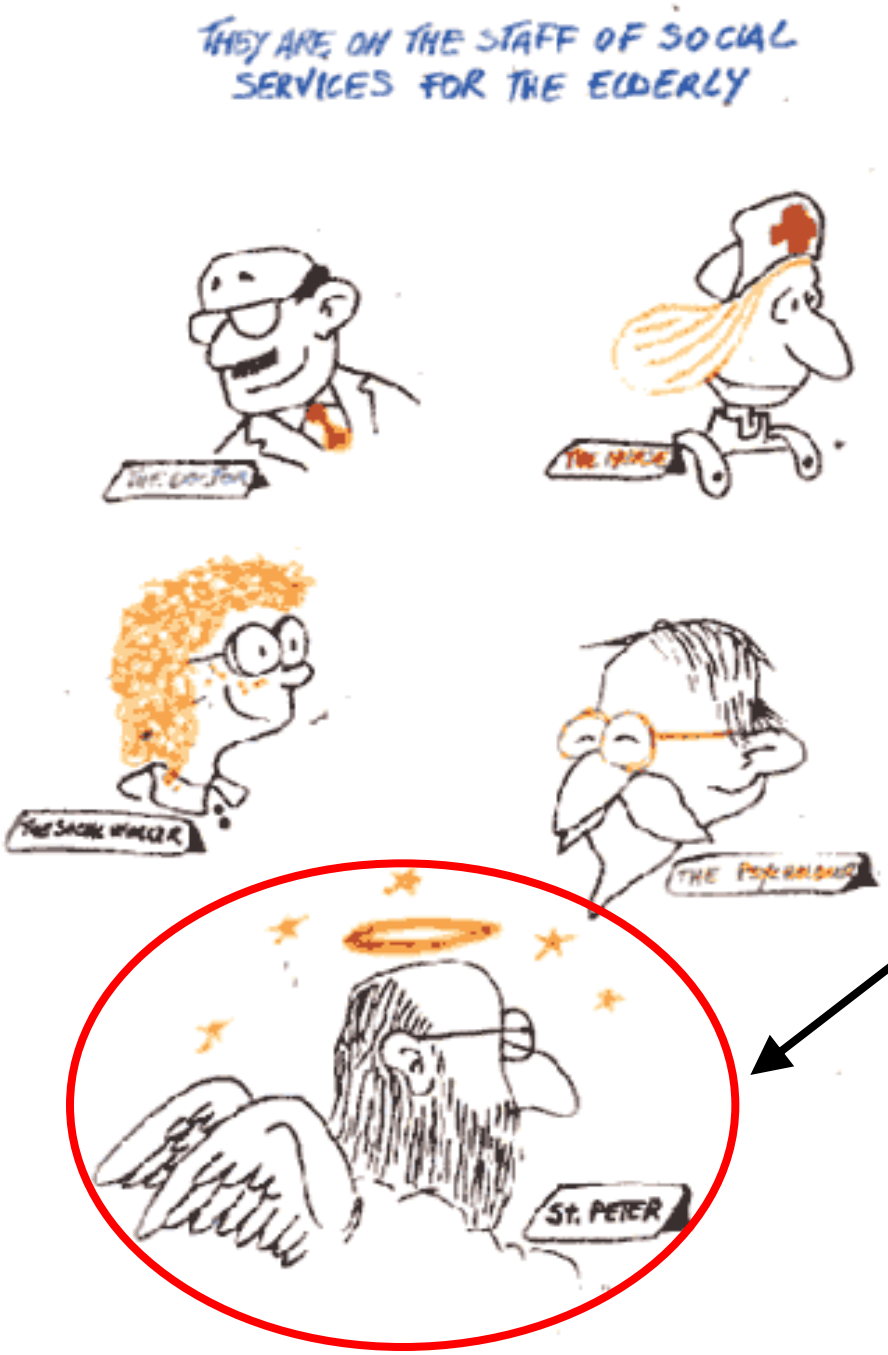
e lo possiamo fare solo noi…,

se siamo veramente GERIATRI…

Ma cosa materialmente possono e devono "REALMENTE" fare dei Geriatri di una UVA …

- possono agire per una diagnosi corretta (creare il Team) … con attenzione alle LOBBIES …
- possono agire per una formazione e informazione corretta (TEMPO)
- possono trattare farmacologicamente e non
- possono agire per una *vera* presa in carico
- possono concretamente agire per un'alleanza terapeutica con il MMG

✓ Ageismo pregiudizi e MMG
✓ Eccellenze
✓ Ruolo UVA e farmaci
✓ Vissuti di impotenza e inutilità dei servizi
✓ Counseling
- Formazione degli altri professionisti e prevenzione delle grandi sindromi geriatriche e del Delirium, ecc.



Con la certezza delle nostre competenze (VMD, Piani individuali,ecc.), ma con i piedi saldamente a terra… e magari con qualche aiutino…

Alberto Cester Vi ringrazia