



LA DEMENZA NELLA POST ACUZIE

La continuità assistenziale: la presa in carico dai Centri esperti per i disturbi cognitivi



Giorgetta Cappa

PREMIO AL «CORRIERE» PER L'INCHIESTA SULLA DEMENZA

Giornata sull' Alzheimer, convegni e studi. In Italia manca ancora un piano nazionale

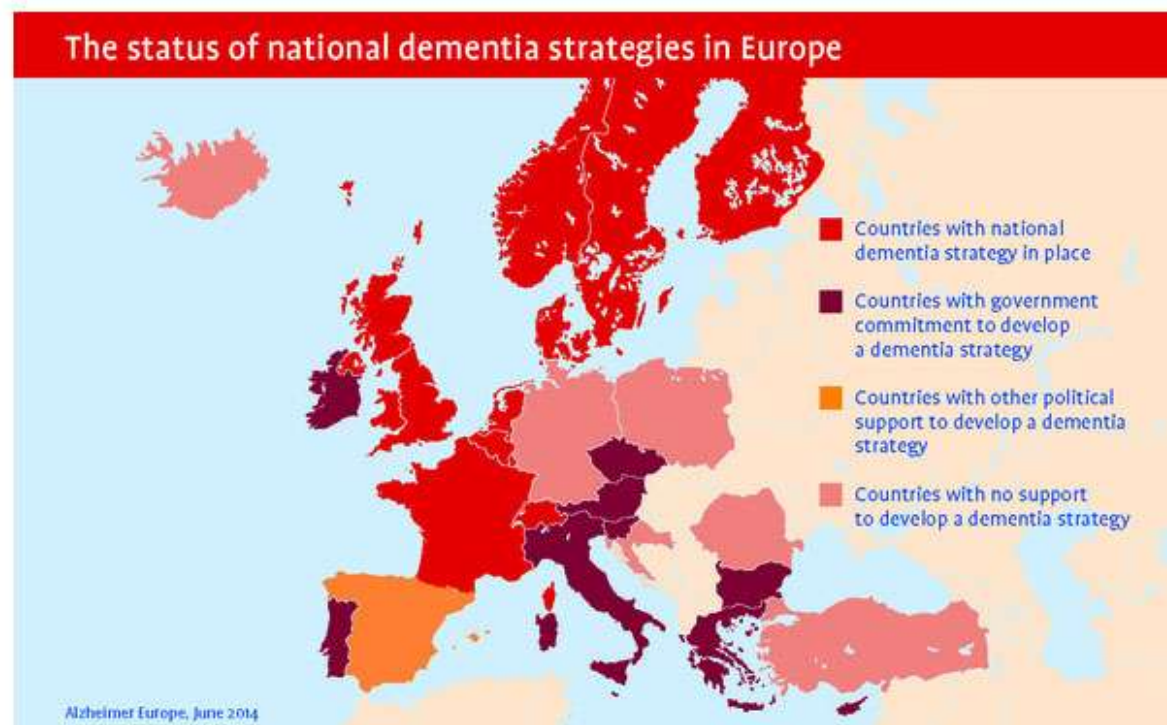
Settembre in tutto il mondo è anche il mese dell'Alzheimer, la più diffusa forma di demenza. In Italia le persone con demenza sono circa un milione. Molti Paesi si sono dotati di un piano nazionale per affrontare questa emergenza, l'Italia dopo molti ritardi ne ha preparato uno che da tre mesi aspetta la firma del governo al tavolo della conferenza Stato-regioni. La XXI giornata mondiale che si celebra domani poteva essere una buona occasione. C'è chi non aspetta: sul territorio le associazioni dei familiari e la rete dei centri che si occupano di questa realtà organizzano eventi per parlare dei

Corriere della sera - 20 settembre 2014

A snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe

The first item on the Paris Declaration, which lists the political priorities of the European Alzheimer movement, is the call for national governments to recognise Alzheimer's disease as a major public health challenge and develop national action programmes. This is further supported by Alzheimer Europe's recommendations on the provision of social support to people with dementia and carers, which also calls upon governments to set up national action plans for dementia care and set aside the necessary funds to implement them.

The European Union conducts various activities to address the challenges of dementia; these can be found [here](#). On a national basis, some countries already have a national *dementia* plan and others have identified the need for a plan to be developed.



1. Austria
2. Belgium
3. Bulgaria
4. Cyprus
5. Czech Republic
6. Denmark
7. Finland
8. France
9. Germany
10. Greece
11. Ireland
12. Luxembourg
13. Malta
14. Netherlands
15. Norway
16. Poland
17. Portugal
18. Romania
19. Slovenia
20. Spain
21. Switzerland
22. Turkey
23. United Kingdom (England)
24. United Kingdom (Northern Ireland)
25. United Kingdom (Scotland)
26. United Kingdom (Wales)

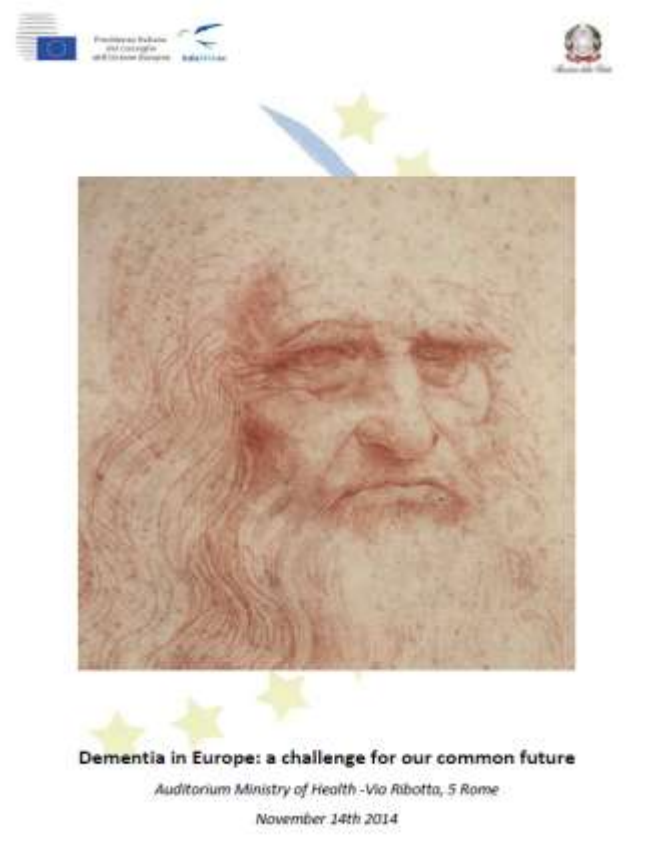


National Dementia Strategy for England (NDSE)

Nel contratto GPs 2014-15 i pazienti >75 dovrebbero avere assegnato un clinico (Dementia Adviser - or care coordinator**) che identifica i bisogni dei pazienti di quel gruppo di età, inclusi i dementi. Per i pazienti <75 affetti da demenza i GPs dovrebbero essere supportati ed avere regolare accesso a colleghi specialisti come pure avere informazioni e supporto dai gruppi di volontariato e altre organizzazioni.**

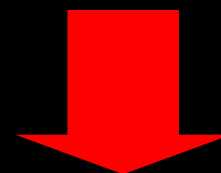
Dall'aprile 2013 introdotto un nuovo target che garantisca a tutti i nuovi diagnosticati almeno un anno di supporto post-diagnostico coordinato da un **Link--Worker**

- Monitor and track change and improvement over time in respect of dementia services. The framework will build on the benchmarking work set out above and where possible will be based on existing data sources or data which is provided through the benchmarking work. It will take account of items such as:
 - The number of people with a diagnosis;
 - The number of people receiving post-diagnostic information and support;
 - Reductions in unnecessary admissions to general hospitals and reduced period of admission for those for whom it is appropriate;
 - Reductions in the use of psychoactive medication;
 - Compliance with Part V of the Adults with Incapacity Act;
 - Increases in social and community activities, including physical activity; and
 - Improvements in the experience of people with dementia and their carers.
- Prepare an Annual Report on progress to be published in June 2014 and June 2015.



The New Italian National Strategy

9 pagine
4 obiettivi principali
21 azioni



PDTA regionali con indicatori misurabili

**Limiti: no finanziamento
no coinvolgimento Ministero Politiche Sociali**

Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)



Istituto Superiore di Sanità

Roma, 18 giugno 2014

Oggetto: Censimento nazionale dei Servizi socio-sanitari dedicati alle persone affette da demenza. Rilevazione Dati 2014 Servizi di Valutazione Demenze

Gentile collega,

il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il progetto "*Survey dei servizi socio-sanitari dedicati alle demenze e costruzione di un portale specifico denominato Osservatorio sulle demenze*", del quale sono responsabile scientifico, per la conduzione di un censimento nazionale dei Servizi dedicati alle demenze.

2161 servizi per le demenze (523 UVA ,775 Centri Diurni,691 Centri Residenziali)

La denominazione delle "UVA" è un word cloud con ben 88 tipi di definizione

20% centri aperti un giorno la settimana

LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA DISABILITÀ IN PSICOGERIATRIA (LA FRAMMENTARIETÀ E LE DISEQUITÀ DEL *WELFARE*)

Fabio Cembrani¹, Giuseppina Ciruolo¹, Francesca Gozzo¹, Enrico Baldantoni²

¹Unità Operativa Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

²Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

*Di tutte le realtà, la vecchiaia è forse quella di cui conserviamo
più a lungo nella vita una nozione puramente astratta, ha giustamente notato Proust.
Tutti gli uomini sono mortali, questo lo ammettono.
Ma che molti diventino dei vecchi, quasi nessuno pensa in anticipo a questa metamorfosi.
(Simone de Beauvoir, La terza età)*

Psicogeriatría 2009

**I diritti degli anziani
[... Rompiamo, responsabilmente, la tomba
del mutismo perché in tempo di crisi la strada
maestra è purtroppo quella di una dignità incisa
e di una solidarietà infranta]**

FABIO CEMBRANI

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

f.cembrani@gmail.com

Psicogeriatría 2014

Il peso della valutazione a fini medico-legali dell'anziano con presunto decadimento cognitivo in un Centro Territoriale dedicato

CIRO MANZO, NICOLA IANUALE¹, MARIA IANUALE², EMANUELA PELLICARI³,
AURORA SPOSITO², GIOVANNA PANICO³, AMALIA PIZZA
¹già consulente psichiatra, ² infermiere professionale, ³assistente sociale
Centro delle Demenze, Distretto Sanitario 51 – ASL NA 3 sud
e-mail : cirmanzo@libero.it

Quando la richiesta di **valutazione a fini medico - legali** dell'anziano con riferito deficit cognitivo diventa l'**unico motivo di richiesta d'intervento** da parte degli operatori di un Centro per Demenze, le premesse e le finalità del progetto CRONOS subiscono una pesante battuta d'arresto e vanno incontro ad un mortificante svilimento

Demenza come patologia da affrontare esclusivamente con finalità di tipo “risarcitorio” orientamento che comporta un inevitabile **allungamento delle liste d'attesa**

La **mancaanza di orientamenti condivisi e di un linguaggio comune** rappresenta un ulteriore elemento di criticità e non di rado di conflittualità giurisprudenziale

ARTICOLO ORIGINALE
ORIGINAL ARTICLE

Sezione di Gerontologia Psico-Sociale

La valutazione medico-legale della demenza: validazione di una griglia valutativa multidimensionale

Medico-legal evaluation of dementia: validation of a multidimensional scale

L.P. DE VREESE, P. BRUNO*, G. GIULIANI**, G. SCALORI**, A. FABBO

Programma Aziendale Demenze, A.USL Modena; *Unità di Valutazione Alzheimer DS 35 – 37 ASL Napoli2 Nord;
** U.O. Medicina Legale, A.USL Modena; *** INPS Modena

Griglia valutativa (ADL, IADL, MMSE, Tinetti, CDR, CIRS) applicata, per la prima volta, da un medico esperto in Psicogeriatria durante le visite medico legali per valutare la capacità dei tre livelli di severità della scala multidimensionale di predire i tre possibili esiti della visita medico – legale (100% + acc., 100%, <100%)

Dati in progress (da gennaio 2014 griglia implementata con NPI) che dovrebbero intanto stimolare i medici legali assieme ai medici INPS e gli specialisti che operano nei CDC (ex UVA) o gli altri specialisti del SSN nel proporre **un percorso condiviso nell'accertamento della condizione di disabilità della persona con impairment cognitivo in rapporto al suo “contesto” di vita e di cura.**

I servizi tra ospedale e territorio: l'esperienza delle Unità di Cura Sub Acute della Regione Lombardia

...infine, un atteggiamento specifico va discusso per le persone affette da demenza moderato-severa che vengono ospedalizzate per eventi somatici acuti, e che necessiterebbero di stabilizzazione in attesa del ritorno al domicilio: tali malati non sono in teoria trasferibili in UCSA perché esiste un limite al di sotto del quale il malato non può essere proposto alla post-acuzie (MMSE<17/30)

Se la maggior parte delle persone con demenza moderata sviluppa complicanze somatiche che portano all'ospedalizzazione, perché evitare loro un passaggio in post-acuzie? Escludere dalla post-acuzie i malati che più frequentemente vengono ricoverati in ospedale non rispecchia la realtà dei nostri tempi

Il PDTA per le demenze come strumento per un continuo miglioramento delle cure. L'esempio dell'ASL di Brescia

FAUSTA PODAVITTE

Direttore Dipartimento ASSI- ASL di Brescia

fausta.podavitte@aslbreccia.it

PDTA “collante territoriale di alta professionalità” che investe molto sul MMG

Costruzione ed implementazione di **banche dati ai fini programmatori**

Ruolo centrale dell'UVA che va oltre il ruolo diagnostico ma che diventa primo proponente dei servizi alle famiglie, per una successiva e coordinata valutazione a cura delle équipes ASL e dei MMG

Sperimentazioni in atto:

Interventi psicoeducativi a domicilio a supporto del caregiver

Avvio di Comunità Residenziali dedicate a persone con demenza lieve

Il PDTA per le demenze come strumento per un continuo miglioramento delle cure. L'esempio dell'ASL di Brescia

FAUSTA PODAVITTE

Direttore Dipartimento ASSI- ASL di Brescia

fausta.podavitte@aslbrescia.it

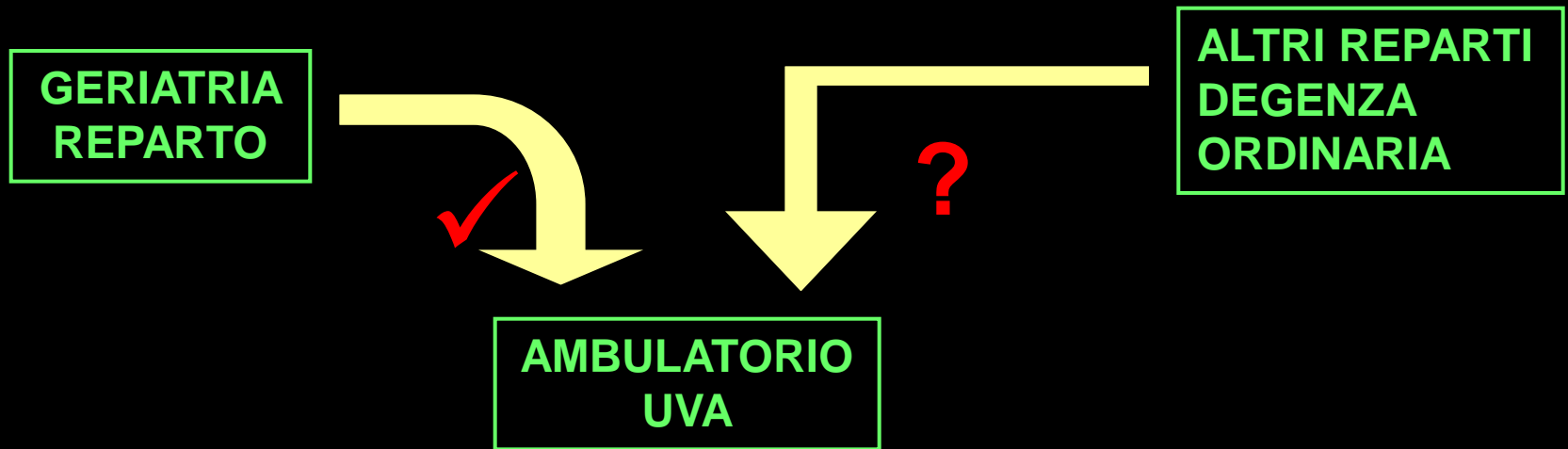
I **PDTA** avranno pertanto un futuro a condizione che i processi di elaborazione e costruzione rispettino alcune regole basilari, ma anche che **l'attenzione non finisca con la conclusione della loro elaborazione, poiché da quel momento inizia la vera storia di un nuovo modo di operare.**

La cura della persona affetta da demenza in Pronto Soccorso

...scenario preoccupante: un elevato numero di pazienti anziani e, tra questi, un'alta percentuale di malati di demenza, afferiscono ad una struttura storicamente più preparata per la gestione dell'acuzie nel giovane ed adulto.

Il futuro del DEA, se vuole diventare efficiente ed efficace, è quello di “specializzarsi” su questi malati, che avranno sempre più bisogno di risposte rapide e competenti

Presa in carico Servizio UVA del paziente demente nel post-ricovero



ASO S. CROCE e CARLE - CUNEO

GERIATRIA

50.6%

- valutazione periodo gennaio-maggio 2012
- pazienti età ≥ 65 anni
- SPMSQ ≥ 4 errori

MEDICINA
INTERNA

25.8%



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Roma, 28/12/2006

Il presente Comunicato, che deriva dalla discussione della CTS del 9-10 maggio 2006, fa seguito al precedente ed ha lo scopo di fornire ulteriori aggiornamenti ed integrazioni in merito all'utilizzo dei farmaci antipsicotici (ATC N05A), nei pazienti affetti da demenza.

Il medico prescrittore, quindi, dovrà acquisire il consenso informato dal paziente, secondo le norme vigenti, previa informazione, puntuale ed esaustiva, sui farmaci e il rischio di reazioni avverse.

La prescrizione dei farmaci antipsicotici nella demenza dovrà essere effettuata attraverso i centri specialistici autorizzati, identificati dalle regioni, con la procedura di rimborsabilità, da parte del SSN, in regime di distribuzione diretta.

Progetto Cronos (dal 2000 al 30 marzo 2003)

- studio osservazionale
- creazione di centri specialistici
- garanzia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- miglioramento della qualità di vita e di salute delle persone colpite da malattia
- processo registrativo e di rimborso dei farmaci per l'AD

Nella maggior parte delle Regioni la prescrizione degli antipsicotici atipici avviene a carico del SSR, con la prescrizione diretta delle UVA o tramite la predisposizione dei piani terapeutici. In Puglia e in Lombardia la prescrizione viene effettuata esclusivamente secondo la modalità prevista per i farmaci "off-label", direttamente dal medico di medicina generale senza piano terapeutico. La verifica della efficacia e tollerabilità e l'eventuale rinnovo delle prescrizioni sono effettuate nella maggior parte dei casi secondo le indicazioni dell'AIFA (visita presso centro identificato dalla Regione, generalmente l'UVA), anche se con intervalli di tempo diversi (generalmente ogni 2 o 6 mesi). In alcuni casi (Puglia e Lombardia) non è previsto un monitoraggio e questo viene fatto dal MMG. Le modalità prescrittive nelle Residenze

Progetto Cronos (dal 2000 al 30 marzo 2003)

Requisiti UVA

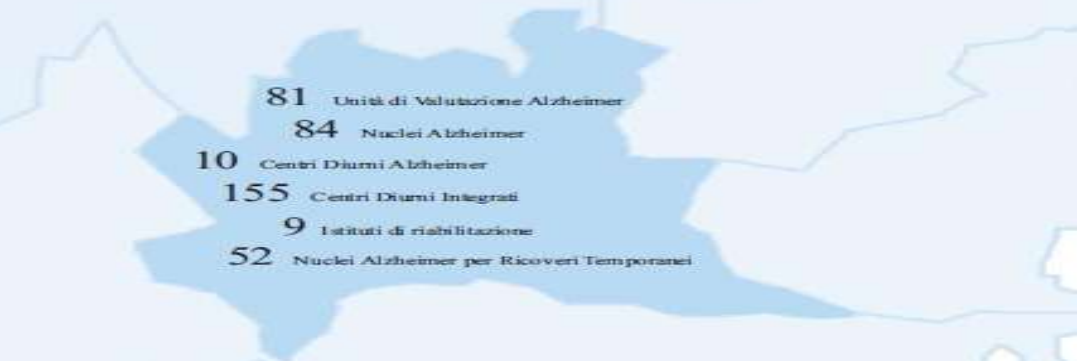
- Capacità di valutare il soggetto con disturbi cognitivo-comportamentali seguendo un percorso diagnostico strutturato
- Capacità di mantenere un contatto ed una interazione continua con il medico di famiglia in modo da garantire continuità di cura
- Disponibilità di strutture per l'erogazione dei farmaci anticolinesterasici per il trattamento sintomatico della malattia di Alzheimer
- Impegno a rispettare il protocollo di monitoraggio dei trattamenti

LOMBARDIA: CENSIMENTO DEI SERVIZI E DELLE STRUTTURE

Il progetto pilota, avviato dalla Federazione Alzheimer Italia in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, intende fornire una "bussola" per aiutare le famiglie ad orientarsi nel labirinto di proposte di cura e assistenza che, seppure scarse, ruotano attorno alla malattia e valutarne la qualità attraverso un sistema di indicatori

L'assistenza di un malato di Alzheimer comporta un impegno gravoso per i familiari: non solo per la cronicità della patologia, ma anche per le difficoltà di "scovare" i servizi a cui rivolgersi e di districarsi nel la giungla della burocrazia che li circonda. Non è semplice orientarsi tra l'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), Centri Diurni Alzheimer e Centri Diurni Integrati, Istituti di Riabilitazione, Nuclei

Alzheimer, Residenze Sanitarie Assistenziali. L'idea di avviare un censimento, l'implementazione e la valutazione dei servizi disponibili in Lombardia nasce dal bisogno dei familiari dei malati di poter avere un modo strutturato e coordinato informazioni sui servizi e strutture a cui rivolgersi lungo tutto il decorso della malattia, per far fronte ai numerosi bisogni in continua evoluzione.



81 Unità di Valutazione Alzheimer
84 Nuclei Alzheimer
10 Centri Diurni Alzheimer
155 Centri Diurni Integrati
9 Istituti di riabilitazione
52 Nuclei Alzheimer per Ricoveri Temporanei

In fase 4: valutazione qualitativa delle strutture e del grado di integrazione e continuità assistenziale tra i diversi nodi della rete dei servizi

Considerazioni conclusive: dai risultati preliminari emergono una serie di indicazioni sulla **necessità di rendere più omogenea l'organizzazione e la struttura di questi servizi...**

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

Conclusioni: mancanza di un flusso uniforme di informazioni sui pazienti, che favorisca lo scambio di informazioni fra i diversi Centri, la condivisione di percorsi diagnostici e terapeutici, l'inventario dei bisogni, la statistica e la ricerca

ARTICOLO ORIGINALE

ORIGINAL ARTICLE

Sezione di Geriatria Clinica

Le terapie farmacologiche per la demenza: come, quando, perché? Indagine conoscitiva nei centri disturbi cognitivi della regione Emilia-Romagna

Pharmacological therapy in dementia: how, when, why?
A survey in the memory clinics of Emilia-Romagna (Italy)

P.A. BONATI, A. FABBO*, M. PELLATI**

Il piano regionale ha favorito un'omogeneità dei giudizi da parte dei vari professionisti a conferma di metodologie di approccio sostanzialmente condivise

Psicogeriatría



ANNO LV - SUPPLEMENTO - NUMERO 2 - SETTEMBRE-OCTOBRE 2014

Associazione Italiana
di Psicogeriatría
...dopo 15 anni,
appunti per un percorso

Direttore Editoriale Marco Invernizzi	Comitato Scientifico Giorgio Annoni Suzanne Asturwell Insler Fabrizio Nappi Giuseppe Bartalucci Luca Kemmelli Giuseppe Galassi Carlo Adorni Ragni Enrico Scatini Annaella Cecilia Inzi Tullio Ciommi Alberto Conca Eugenio Licata Rebbecca Colonna Luc Paster De Winter	Redazione Andrea Rabboni Antonio Federico Cristiana Ferrando Nicola Terenzi Giuseppe Achilli Maurizio Fogliarini Ludovico Fratella Roberto Gatti Giuseppe Cigli Maurizio Giordano Guido Gori Antonio Guella Maurizio Insolanti Christian Lorenzi	Consiglio Gennaro Loggionesi Marta De Leonardi Paolina Mancini Stametta Manzoni Gloria Morsilli Ciri Mirali Massimo Motta Luc Natta Gianfranco Neri Paola Odetti Alessandro Pavesi Luigi Peruggi Nicola Rivaletti Alba Pradolini	Ufficio Amministrativo Paola Ricci Francesca Scattolon Francesca Scattolon Ornella Scattolon Luca Scattolon Carlo Senesi Suzanne Scatini Gabriella Spalloni Gabriella Tosi Claudio Vaccaro Flavia Viorchi Giulia Zanetti Giovanni Ziliani
---	--	---	---	---

"Miranda e la tempesta", John William Waterhouse, 1916. Collezione privata

Le parole chiave che riassumono i temi trattati sono: fragilità, complessità, sofferenza, continuità delle cure, cultura, generosità

Bisogna quindi progettare modelli integrati e flessibili che garantiscano alla famiglia e all'anziano una risposta tempestiva al bisogno, all'interno di servizi tra loro comunicanti

Sono ipotesi praticabili oggi nel nostro paese, bloccato dalla rigidità di leggi e regolamenti volti a privilegiare il sistema esistente e le sue logiche piuttosto che le difficoltà dei cittadini?

Così la persona fragile potrà navigare garantita sul piano della salute, in un insieme di servizi in continuo adeguamento, non rigidi, in grado di comprendere il bisogno, che a sua volta è conseguenza anche di atti di attenzione, di cura, o, all'opposto, di trascuratezza e di violenza