La disabilità dell'anziano sul piano psicogeriatrico

Marco TRABUCCHI (Brescia)

1. **La realtà delle demenze**
2. La difficoltà della medicina di fronte alla complessità
3. L’anziano e i supporti economici: una valutazione prudente
4. La rilevazione clinica delle condizioni per l’indennità di accompagnamento

It's the only cause of death in the top 10 in America that CANNOT BE PREVENTED, CURED OR SLOWED.

ALMOST TWO THIRDS of Americans with Alzheimer's disease are women.

SENIORS dies with Alzheimer's or another dementia.

Only **45%** of people with **ALZHEIMER'S** disease or their caregivers report **BEING TOLD OF THEIR DIAGNOSIS.**

More than **90%** of people with the four most common types of **CANCER** have been **TOLD OF THEIR DIAGNOSIS.**

By 2050, these costs could rise as high as **$1.1 TRILLION.**

In 2015, Alzheimer's and other dementias will cost the nation **$226 BILLION.**

http://www.alz.org/facts/

VIEWPOINT

Medical Insurance Coverage and Alzheimer Disease

Carol F. Lippa, MD
Department of Neurology, Drexel University College of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

Heart disease and cancer are the 2 leading causes of nonaccidental death in American individuals.
Recent studies suggest that Alzheimer disease (AD) is underreported and ranks third.
Today, more than 5 million Americans have AD.
In 2010, the costs associated with AD and related dementias approached $215 billion.
By 2050, that number is estimated to reach $1.2 trillion unless disease-modifying interventions are developed.

JAMA Neurology November 2015 Volume 72, Number 11 **1231**

Anche in Italia i costi delle demenze aumenteranno in tutti gli ambiti (diagnosi, home care e territorio, ospedali, residenze per anziani dedicate, hospice).
Anche se entro il 2025 si arriverà ad identificare una cura, il carico sociale della malattia si prolungherà ancora per alcuni decenni.

Vi è una tendenza la riduzione dell’incidenza delle demenze, però le incertezze della prevenzione rendono difficile una realistica previsione dei costi futuri.

1. La realtà delle demenze
2. **La difficoltà della medicina di fronte alla complessità**
3. L’anziano e i supporti economici: una valutazione prudente
4. La rilevazione clinica delle condizioni per l’indennità di accompagnamento

Le incertezze della cultura medica devono lasciare spazio ad altre letture della realtà clinica (umana).

Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century

Anne Case[1] and Angus Deaton[1]

This paper documents a marked increase in the all-cause mortality of middle-aged white non-Hispanic men and women in the United States between 1999 and 2013. This change reversed decades of progress in mortality and was unique to the United States; no other rich country saw a similar turnaround. The midlife mortality reversal was confined to white non-Hispanics; black non-Hispanics and Hispanics at midlife, and those aged 65 and above in every racial and ethnic group, continued to see mortality rates fall. This increase for whites was largely accounted for by increasing death rates from drug and alcohol poisonings, suicide, and chronic liver diseases and cirrhosis. Although all education groups saw increases in mortality from suicide and poisonings, and an overall increase in external cause mortality, those with less education saw the most marked increases. Rising midlife mortality rates of white non-Hispanics were paralleled by increases in midlife morbidity. Self-reported declines in health, mental health, and ability to conduct activities of daily living, and increases in chronic pain and inability to work, as well as clinically measured deteriorations in liver function, all point to growing distress in this population. We comment on potential economic causes and consequences of this deterioration.

www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1518393112

But while universal health care, higher minimum wages, aid to education, and so on would do a lot to help Americans in trouble, I'm not sure whether they're enough to cure existential despair.

Paul Krugman, 2015

MAURO CERUTI
LA FINE
DELL'ONNISCIENZA
Prefazione di Giulio Giorello
STUDIUM
cultura
2015

Complessità significa affrontare i problemi della persona che presenta contemporaneamente molti diversi bisogni e sofferenze, senza la possibilità di costruire gerarchie o rapporti di causa-effetto; "medicina nella complessità" significa curare, anche quando sembrerebbe che troppi e diversi fattori interagiscono con l'atto stesso e la sua potenziale efficacia.

Il tentativo di deframmentare la medicina ("defragmenting medicine"), in linea con le teorie della complessità, è un'impresa importante del pensiero clinico contemporaneo, anche se molto ambiziosa, perché avrebbe significative ricadute cliniche, psicosociali, organizzative, anche economiche.

Il modello della complessità come metodo per lo studio della persona affetta da demenza.

Il problema aperto dei limiti della protezione pubblica del disagio.

1. La realtà delle demenze
2. La difficoltà della medicina di fronte alla complessità
3. **L’anziano e i supporti economici: una valutazione prudente**
4. La rilevazione clinica delle condizioni per l’indennità di accompagnamento

Beneficiari anziani (65+ anni) di indennità di accompagnamento (% su popolazione 65+) (anni 2010-2013)

Regioni	2010	2013	Δ 2010-2013
Piemonte	9,4	8,9	-0,5
Valle d'Aosta	9,8	10,0	0,2
Liguria	10,8	9,8	-1,0
Lombardia	10,0	9,7	-0,3
Trentino-Alto Adige	8,4	7,2	-1,2
Veneto	10,8	10,4	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	11,5	10,4	-1,1
Emilia-Romagna	10,9	9,9	-1,0
Toscana	11,3	10,3	-1,0
Umbria	19,6	16,8	-2,8
Marche	14,0	13,3	-0,7
Lazio	14,0	13,4	-0,6
Abruzzo	14,9	13,8	-1,1
Molise	12,5	11,8	-0,7
Campania	17,4	15,8	-1,6
Puglia	15,4	15,0	-0,4
Basilicata	13,7	12,5	-1,2
Calabria	17,9	17,9	=
Sicilia	14,5	14,3	-0,2
Sardegna	16,1	15,4	-0,7
ITALIA	**12,7**	**12,0**	**-0,7**

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015a, 2015c).

Beneficiari anziani (65+ anni) di indennità di accompagnamento in Italia (n. assoluto e % su fascia d'età) (anno 2013)

Fascia d'età	N. assoluto	% su tot.
65-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
Totale 65+	**1.511.974**	**100,0**

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015c).

Andamento della copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia, utenza come % delle popolazione 65+

Intervento	Fase espansiva (scorso decennio)	Segnali di crisi	Sviluppi più recenti
ADI	+ da 1,9 (2001) a 4,1 (2010)	= 4,1 (2010 e 2011)	+ da 4,1 (2011) a 4,3 (2012)
SAD	- da 1,8 (2006) a 1,4 (2010)	= 1,4 (2010 e 2011)	- da 1,4 (2011) a 1,3 (2012)
Residenzialità (6)	= ca. 2 (2000-2006)	- da 2,5 (2009) a 2,4 (2010)	- da 2,3 (2011) a 2,1 (2012)
Indennità di accompagnamento	+ dal 6 (2002) a 12,7 (2010)	- da 12,7 (2010) a 12,6 (2011)	- da 12,6 (2011) a 12,0 (2013)
Assegni di cura(7)	+ notevole ampliamento	- diminuzione	- ulteriore diminuzione

(6) I dati utilizzati fanno riferimento a due diverse rilevazioni dell'ISTAT, di cui la prima fornisce dati fino al 2006 e la seconda dal 2009 in avanti. Per dettagli, si veda la nota 9.

(7) In merito agli assegni di cura non esistono dati riferiti all'intero territorio nazionale; cfr. oltre.

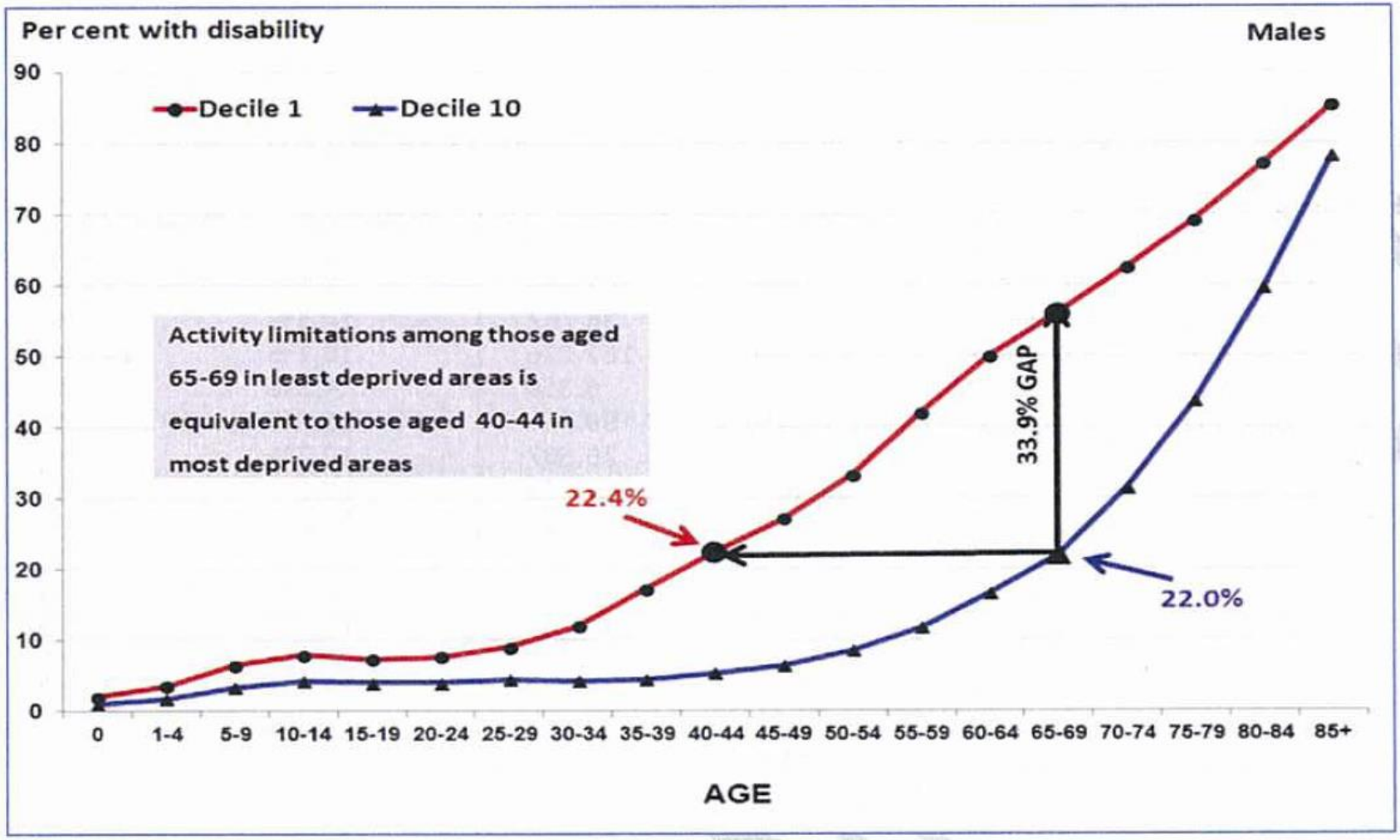
Tutti i servizi per gli anziani sono in diminuzione: attenzione alla crisi che si riflette sulla comunità.

Indennità di accompagnamento: % per fasce d'età
ISTAT su dati INPS 2012

	Popolazione	Pop > 64	Pop > 74	Indenn > 64	Indenn > 74	% su > 64	% su > 74
Va D'Aosta	128.591	28.300	14.096	2.924	2.287	10,3%	15,0%
Piemonte	4.436.798	1.067.987	545.945	97.604	77.688	9,1%	13,1%
Liguria	1.591.939	441.193	234.666	45.418	36.767	10,3%	14,2%
Lombardia	9.973.397	2.131.579	1.047.804	215.296	167.226	10,1%	14,7%
Trentino	1.051.951	205.822	100.821	8.783	6.359	4,3%	5,8%
Veneto	4.926.818	1.047.367	516.197	112.656	89.745	10,8%	16,0%
Friuli	1.229.363	304.042	150.210	32.633	26.587	10,7%	16,1%
Emilia Romagna	4.446.354	1.031.365	541.328	108.011	87.365	10,5%	14,6%
Toscana	3.750.511	916.640	473.584	97.252	78.823	10,6%	15,4%
Umbria	896.742	216.681	115.084	37.434	31.259	17,3%	25,5%
Marche	1.553.138	363.723	196.074	49.488	41.164	13,6%	19,5%
Lazio	5.870.451	1.201.489	592.339	164.733	122.283	13,7%	19,4%
Abruzzo	1.333.939	296.642	156.616	40.650	32.583	13,7%	19,4%
Molise	314.725	71.997	39.507	8.228	6.584	11,4%	15,2%
Campania	5.869.965	1.009.660	474.178	164.622	123.201	16,3%	24,8%
Puglia	4.090.266	816.496	395.754	120.568	92.195	14,8%	22,1%
Basilicata	578.391	122.679	66.651	15.281	12.253	12,5%	17,2%
Calabria	1.980.533	392.401	201.442	70.136	54.572	17,9%	25,7%
Sicilia	5.094.937	998.748	494.700	141.669	106.528	14,2%	20,4%
Sardegna	1.663.859	351.331	166.026	54.110	40.948	15,4%	23,3%
ITALIA	60.782.668	13.016.142	6.523.022	1.587.496	1.236.417	12,2%	17,7%

Fonte: Estrazione I.Stat del 05.04.2015

Percentuali di disabili (maschi) per età e livello di deprivazione sociale – Europa 2011



Fonte: EUROSTAT 2011

Le grandi differenze sono giustificate sul piano clinico?
Povertà? Deprivazione sociale?
Minore presenza di servizi?

Il dovere di misurare senza atteggiamenti punitivi, ma con un criterio di “serena giustizia”.

L'assistenza alle demenze (la malattia che per durata ed esigenze di cura impone il maggior burden alle famiglie) in un tempo di crisi delle reti naturali; il supporto economico come unico appiglio, con funzione sistemica.

Non è la ricerca di giustificazioni banali…

1. L'accompagnamento è vissuto come risposta tangibile ad un disagio emozionale. Non vi sono risposte mediche sufficienti, né risposte emotive soddisfacenti; la risposta economica è un discreto risarcimento alla sorte infausta
2. Non è la bramosia di denaro di per sé, ma la necessità di soldi per retribuire qualcuno che accompagni
3. Le richieste non sono aumentate perché è aumentata la consapevolezza che si possono avere soldi, ma perché i soldi servono sempre di più in tempi di crisi
4. Sono maggiori le richieste di accompagnamento nei paesi piuttosto che nella città. Le povertà culturali inducono a maggiori richieste economiche.

5. **L’indennità di accompagnamento non è una misura contro la povertà, ma uno strumento per permettere la long term care**

6. **Non si deve indebolire l’assistenza a disabili e anziani, già inadeguata**

7. **Il dovere di evitare guerre tra poveri**

1. La realtà delle demenze
2. La difficoltà della medicina di fronte alla complessità
3. L’anziano e i supporti economici: una valutazione prudente
4. **La rilevazione clinica delle condizioni per l’indennità di accompagnamento**

Per lungo tempo l'invalidità riconosciuta è stata solo quella motoria (errore peraltro frequente: si veda in altro ambito la classificazione Sosia della Regione Lombardia per la definizione del contributo alle rette per le RSA).
Ora il quadro è cambiato.
Alcune possibili linee di riferimento.

Un “abrégé” di geriatria, ovvero le misure per valutare l’appropriatezza dell’indennità di accompagnamento

- **Comorbilità al fine di definire il rapporto disease-disability (CIRS, GIC, CI)**
- **MMSE e CDR**
- **Tinetti**
- **BADL**
- **IADL**

Accompagnamento (indennità di): il termine esprime la reale esigenza delle persone fragili

- **burden of diseases: numero e gravità delle malattie**

  (ha rilievo perché permette di capire come la multipatologia, quantificabile con CIRS, GIC, Charlson, determina la non autosufficienza)
- **perdita dell'autosufficienza/dipendenza (misurata con IADL, BADL, Tinetti)**

  (ha rilievo perché la persona non è in grado di soddisfare i bisogni primari)
- **ridotta cognitività (MMSE) e gravità (CDR)**

  (ha rilievo a prescindere dalla presenza di disturbi comportamentali; è determinante indipendente di perdita dell'autosufficienza, in particolare se mantenuta nel tempo da patologie croniche)
- **BPSD (misurati con NPI)**

  (ha rilievo a prescindere dalla capacità motoria perché la persona è a rischio di autodanneggiarsi e quindi deve essere continuamente controllata)

Alcune osservazioni:

- La perdita di alcune IADL (bassa frequenza) legate alla compromissione cognitiva può essere vicariata da servizi alla persona
- La perdita delle ultime 2 BADL (l'incapacità a deambulare e di alimentarsi) impone il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
- L'importanza di una diagnosi (es. afasia primaria progressiva con 8 di MMSE, 0.5 di CDR e funzioni parzialmente conservate)
- E' maggiore il tempo da dedicare ad un paraplegico con 15 MMSE o ad un ammalato con wandering con 15 di MMSE?

La diagnosi di demenza si costruisce sulla storia, valutata attraverso gli strumenti dell'assessment multidimensionale e con attenzione alla dimensione tempo e sulle rilevazioni al momento della visita (alterazioni della cognitività, disturbi del comportamento, compromissione funzionale, polipatologia).

Il giudizio sulla necessità dell'accompagnamento è costruito su una sintesi complessa ad opera di un medico colto, con esperienza, senza pregiudizi.