

62 CONGRESSO
NAZIONALE
SIGG

INVECCHIAMENTO: SCENARIO 2.0

NAPOLI 2017
29 novembre - 2 dicembre

PROGRAMMA DEFINITIVO



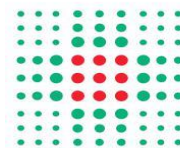
I modelli assistenziali alla persona affetta da demenza in ospedale

Maria Lia Lunardelli

Geriatra

POLICLINICO DI

SANT'ORSOLA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Demenza : una priorità sanitaria e sociale mondiale

The global impact of dementia

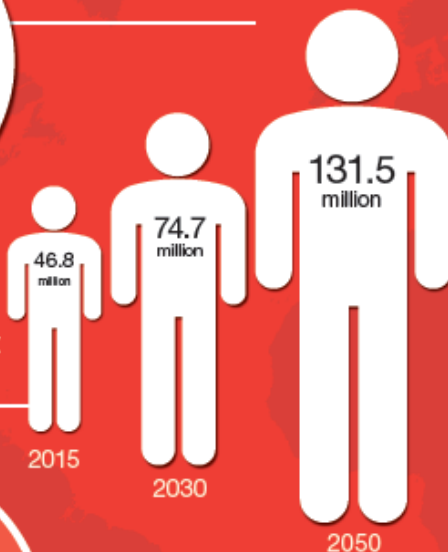


Around the world, there will be 9.9 million new cases of dementia in 2015,

one every 3 seconds

46.8 million people worldwide are living with dementia in 2015.

This number will almost double every 20 years.



Much of the increase will take place in low and middle income countries (LMICs): in 2015, 58% of all people with dementia live in LMICs, rising to 63% in 2030 and 68% in 2050.



The total estimated worldwide cost of dementia in 2015 is US\$ 818 billion.

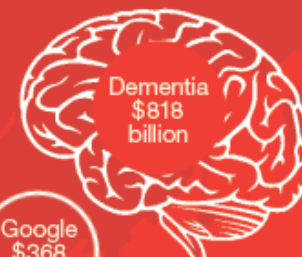
By 2018, dementia will become a trillion dollar disease, rising to

US\$ 2 trillion by 2030

If global dementia care were a country, it would be the

18th largest economy

in the world exceeding the market values of companies such as Apple and Google



(source: Forbes 2015 ranking).



This map shows the estimated number of people living with dementia in each world region in 2015.

We must now involve more countries and regions in the global action on dementia.



Alzheimer's Disease International

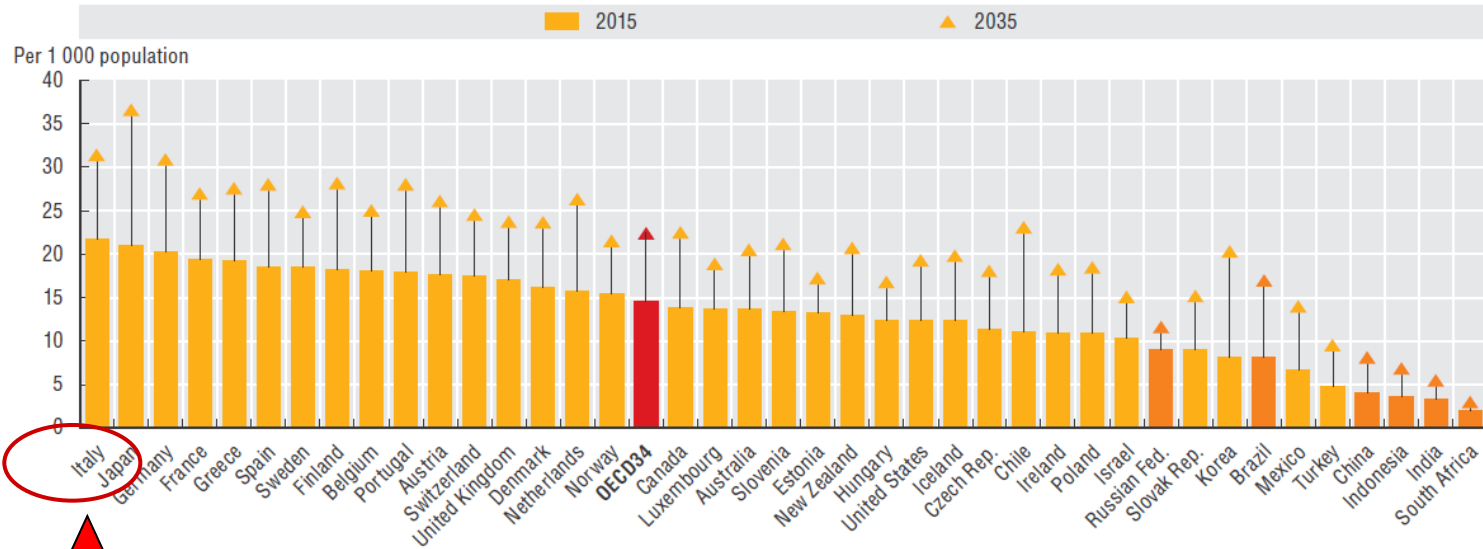
The global voice on dementia

The World Alzheimer Report 2015 was independently researched by King's College London and supported by Bupa.

Prevalenza stimata della demenza

ITALIA nel 2015 ha registrato la prevalenza maggiore

11.9. Estimated prevalence of dementia per 1 000 population, 2015 and 2035



Source: OECD analysis of data from Prince et al. (2013) and the United Nations.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281401>

11.10. Age-specific prevalence of dementia across all OECD countries, 2015

% of population

ITALIA

circa 1 Milione

2016

Emilia Romagna:



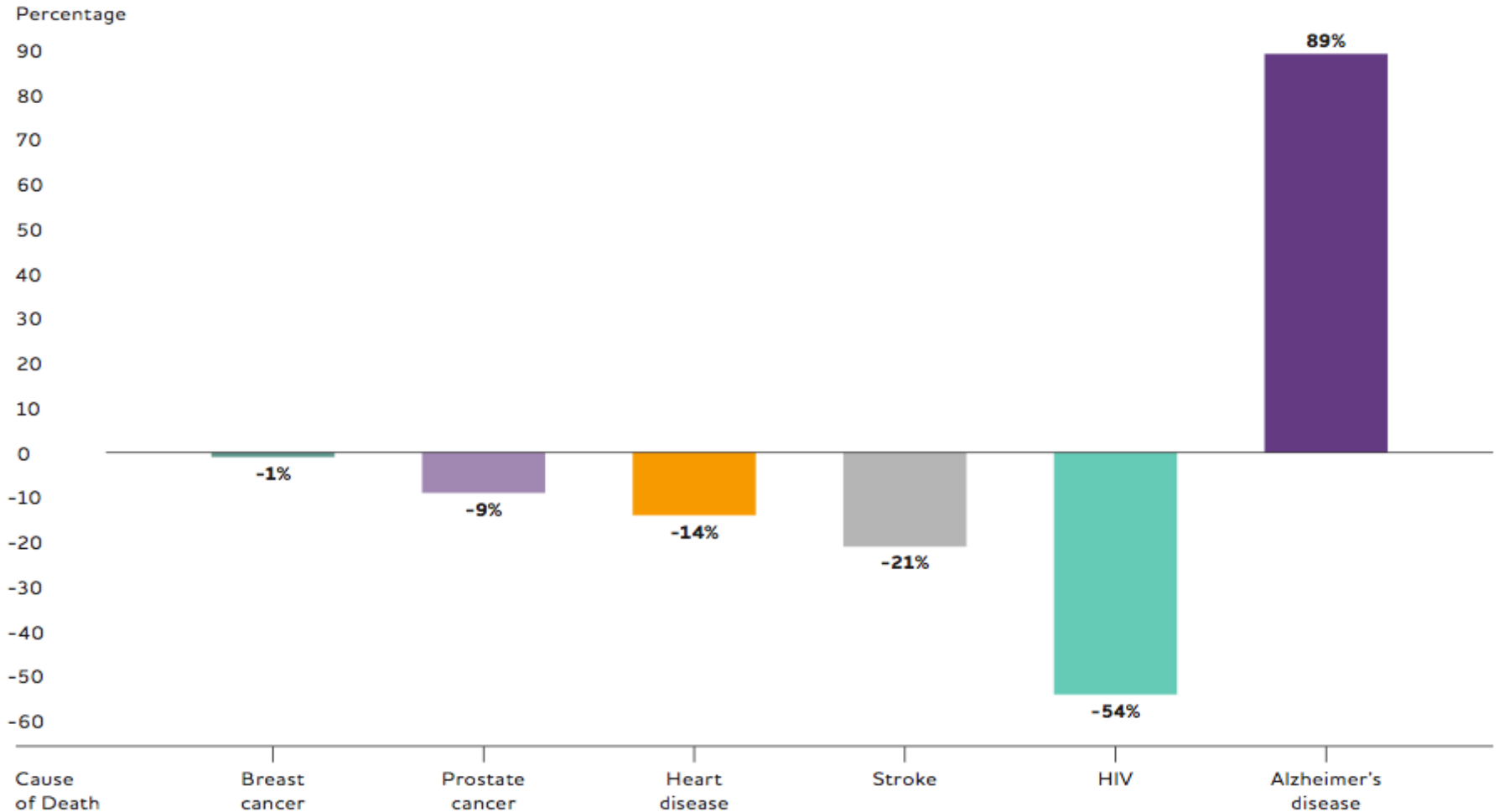
80.000 casi



Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dementia 2017;13:325-373

FIGURE 5

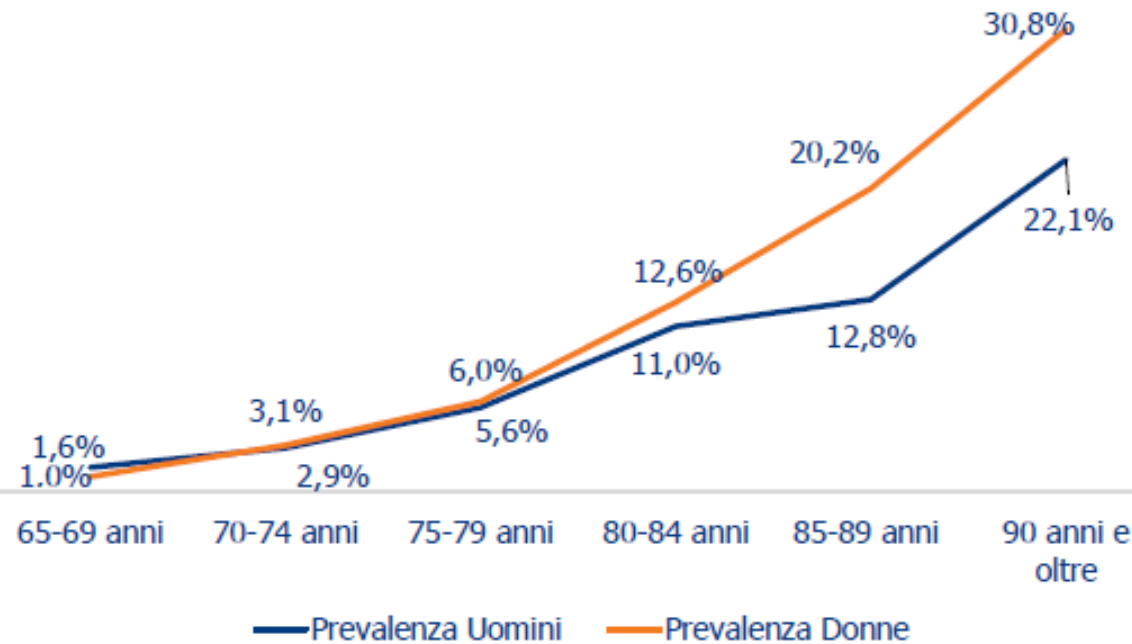
Percentage Changes in Selected Causes of Death (All Ages) Between 2000 and 2014



Created from data from the National Center for Health Statistics.^{208, 219}

La prevalenza delle demenze in Italia

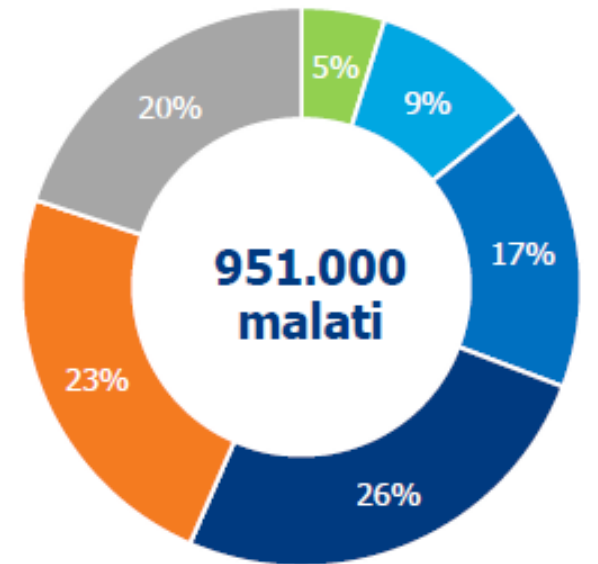
Prevalenza delle demenze per fascia di età (ogni 100 abitanti)



- Lobo et al., Neurology, 2000
- Vanacore et al., Epidemiologia della demenza di Alzheimer in Italia, 2005
- Studio Tuscany, Epidemiol Prev, 2006
- The Conselice Study of brain aging: Epidemiol Prev, 2006
- EURODEM M3, 2006
- Brookmeyer, R., 2007
- OMS e Alzheimer's Disease International, 2012
- Alcove, 2013

Fonte: The European House - Ambrosetti su fonti varie*, 2017

Popolazione affetta da demenza per fascia di età in Italia, 2015



- 65-69 anni
- 70-74 anni
- 75-79 anni
- 80-84 anni
- 85-89 anni
- 90 anni e oltre

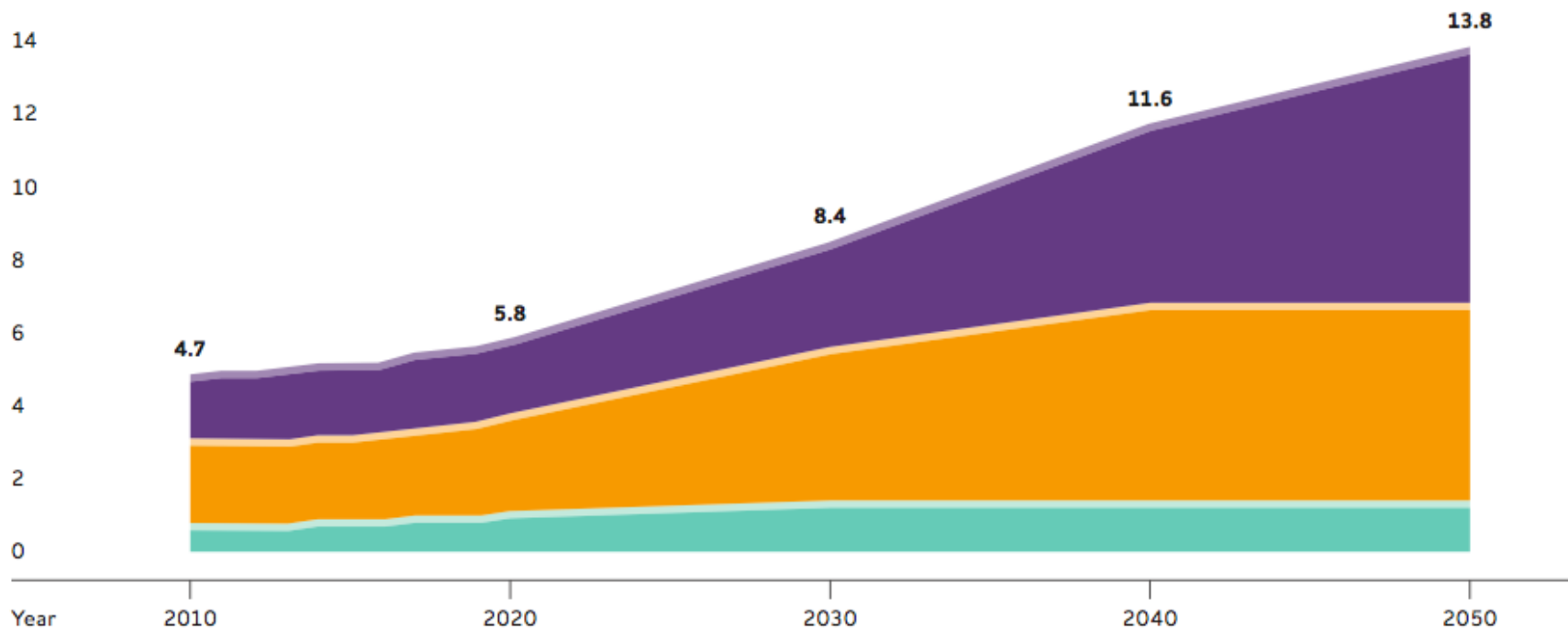
69% dei malati di demenza in Italia ha >80 anni

FIGURE 4

**Projected Number of People Age 65 and Older (Total and by Age Group)
in the U.S. Population with Alzheimer's Dementia, 2010 to 2050**

Millions of people
with Alzheimer's

■ Ages 65-74 ■ Ages 75-84 ■ Ages 85+

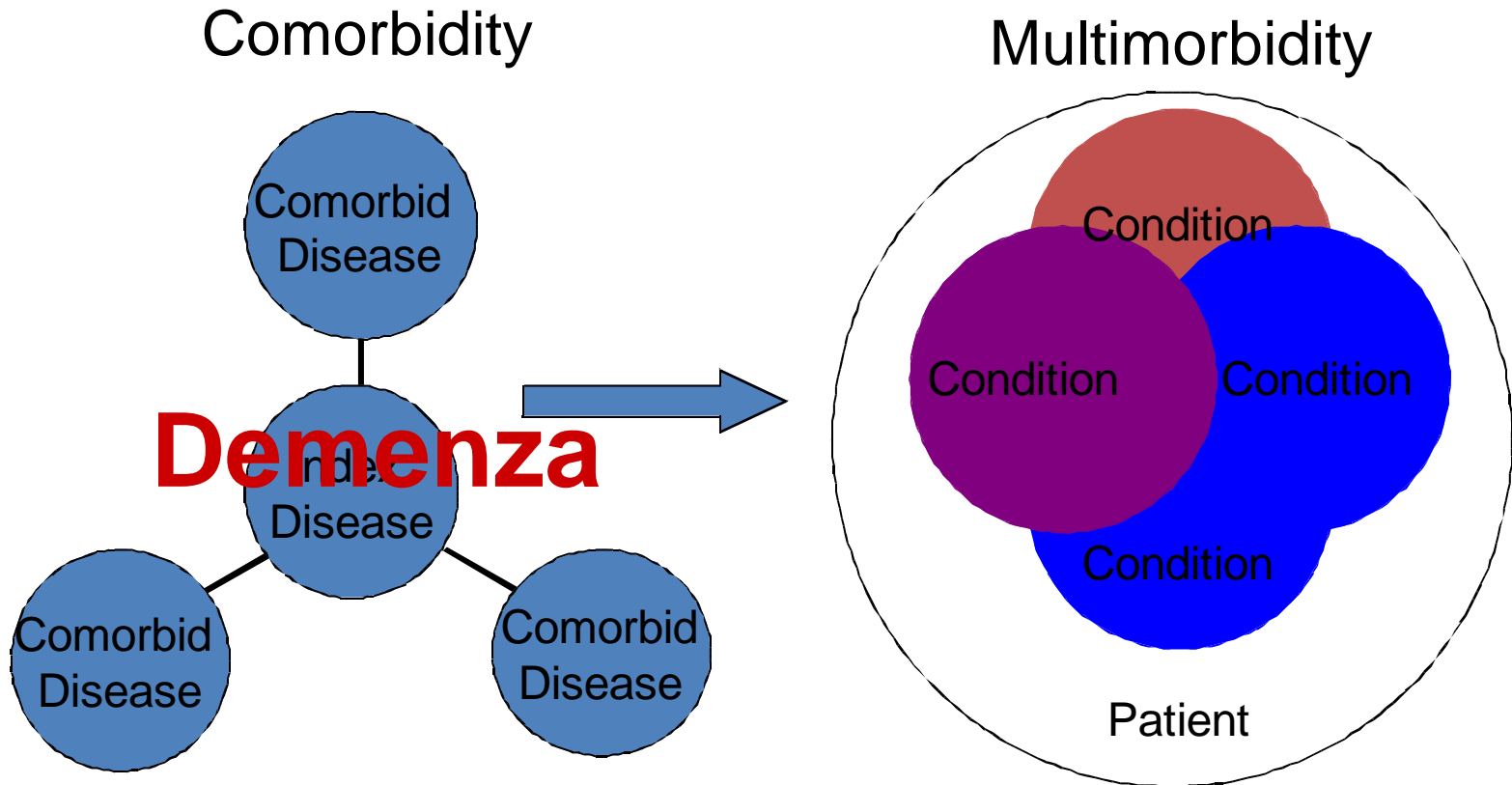


Created from data from Hebert et al.^{A12, 31}

Created from data from Hebert et al.^{A4, 31}

Percentages do not total 100 because of rounding.

More than half of people 65 and older have 3+ chronic conditions



Ruolo della comorbidità nel paziente con demenza

- La comorbidità è un fattore che aumenta il rischio di mortalità nel soggetto demente
- Il trattamento intensivo delle patologie somatiche nel paziente demente ospedalizzato determina una riduzione della mortalità
- Il trattamento delle patologie concomitanti potrebbe inoltre influire sul decadimento cognitivo

BMJ Open Association of comorbidity and health service usage among patients with dementia in the UK: a population-based study

Jorge Browne,^{1,2} Duncan A Edwards,^{2,3} Kirsty M Rhodes,⁴
D James Brimicombe,^{2,5} Rupert A Payne^{2,6}

To cite: Browne J, Edwards DA, Rhodes KM, et al. Association of comorbidity and health service usage among patients with dementia in the UK: a population-based study. *BMJ Open* 2017;7:e012546. doi:10.1136/bmjopen-2016-012546

► Prepublication history and additional material is available. To view please visit the journal (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012546>).

Received 9 May 2016
Revised 19 October 2016
Accepted 9 January 2017

ABSTRACT

Background: The majority of people with dementia have other long-term diseases, the presence of which may affect the progression and management of dementia. This study aimed to identify subgroups with higher healthcare needs, by analysing how primary care consultations, number of prescriptions and hospital admissions by people with dementia varies with having additional long-term diseases (comorbidity).

Methods: A retrospective cohort study based on health data from the Clinical Practice Research Datalink (CPRD) was conducted. Incident cases of dementia diagnosed in the year starting 1/3/2008 were selected and followed for up to 5 years. The number of comorbidities was obtained from a set of 34 chronic health conditions. Service usage (primary care consultations, hospitalisations and prescriptions) and time-to-death were determined during follow-up. Multilevel negative binomial regression and Cox regression, adjusted for age and gender, were used to

Strengths and limitations of this study

- This is the first study to examine the association between comorbidities and service usage in the UK dementia population.
- A relatively large, representative number of incident cases of dementia were sampled with insight into primary and secondary care service usage.
- Provides evidence of the importance of considering comorbidities when planning dementia care and healthcare resource allocation in the UK.
- There is no standard set of codes to identify comorbidities increasing the risk of misclassification.
- Outcome measures are simple and do not capture the full nature of care provided.

public health challenge for health systems worldwide. In the UK there are ~850 000

E' il primo studio che esamina l'associazione tra comorbidità e uso dei servizi nella popolazione UK con demenza

Sopravvivenza per gruppi di comorbidità

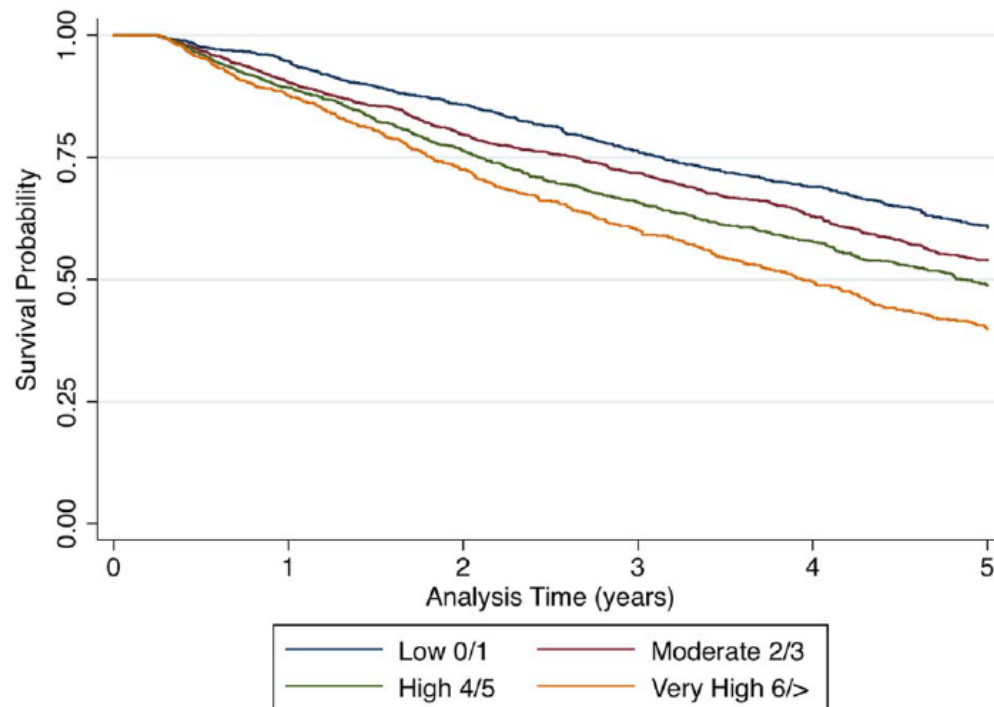


Figure 2 Survival probabilities plotted over time for each comorbidity group.

Mette in evidenza l'importanza di considerare la comorbidità nella pianificazione degli interventi e nella allocazione delle risorse per le demenze in UK.

Le dimensioni

- Nei paesi occidentali i costi sanitari sono sostanzialmente più alti per le persone con demenza rispetto ai controlli di pari età e una parte considerevole deriva dai costi per l'ospedalizzazione (> 3.5)
- La prevalenza dei ricoveri per demenza varia **dal 15% al 42 %** (Christie & Cunningham, 2011; Draper et al, 2011; Travers et al, 2013).
- La demenza in ospedale è spesso fortemente intrecciata con il Delirium e per questo vengono sempre più spesso considerati insieme.
- In fase avanzata di demenza l'ospedalizzazione coincide spesso con il fine vita
- negli USA i residenti in NH con demenza severa hanno una media di 1.6 trasferimenti in ospedale negli ultimi 90 giorni di vita.

TABLE 11

Average Annual Per-Person Payments for Health Care and Long-Term Care Services Provided to Medicare Beneficiaries Age 65 and Older, with and without Alzheimer's or Other Dementias, in 2016 Dollars

Service	Beneficiaries with Alzheimer's or Other Dementias	Beneficiaries without Alzheimer's or Other Dementias
Inpatient hospital	\$10,415	\$3,364
Medical provider*	6,031	3,757
Skilled nursing facility	6,547	448
Nursing home	14,999	726
Hospice	1,966	149
Home health care	2,461	357
Prescription medications†	3,318	2,846

*"Medical provider" includes physician, other medical provider and laboratory services, and medical equipment and supplies.

†Information on payments for prescription medications is only available for people who were living in the community, that is, not in a nursing home

Alzheimer's Association.
2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures.
Alzheimers Dementia 2017;13:325-373.

Spesa ospedalizzazione

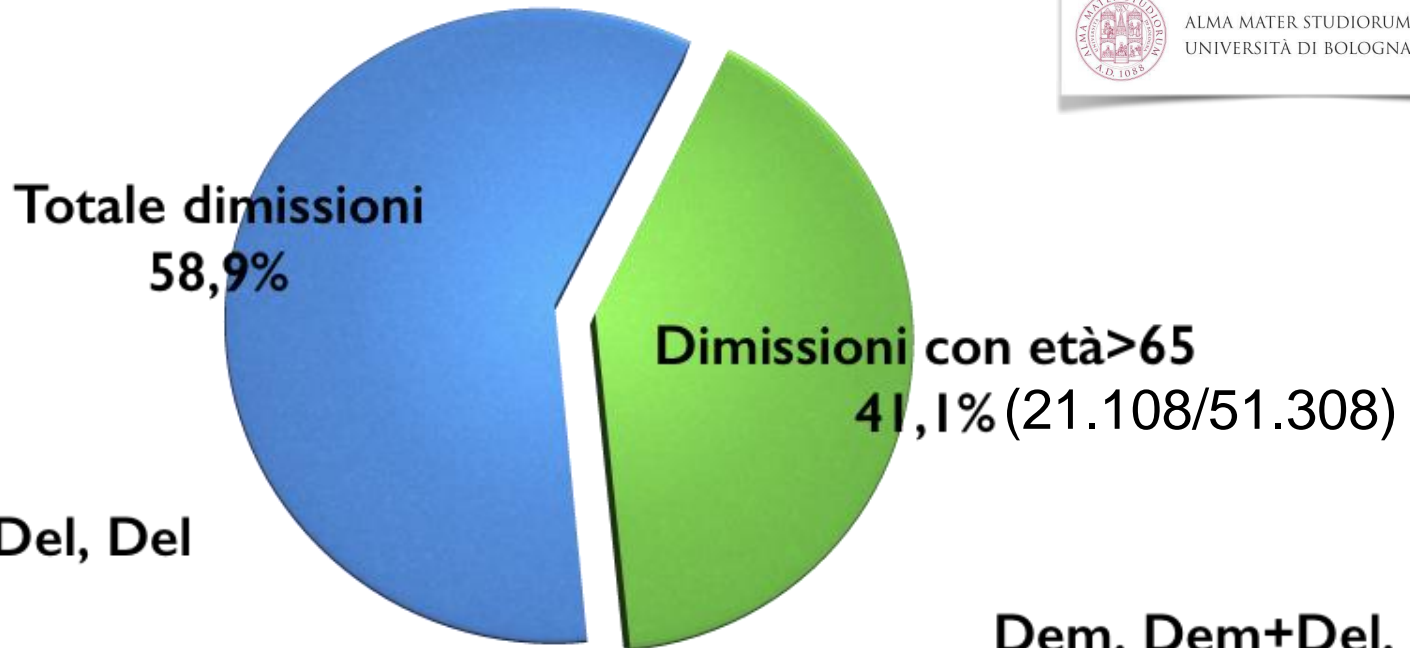
Le dimensioni

- Nei paesi occidentali i costi sanitari sono sostanzialmente più alti per le persone con demenza rispetto ai controlli di pari età e una parte considerevole deriva dai costi per l'ospedalizzazione (> 3.5)
- La prevalenza dei ricoveri per demenza varia **dal 15% al 42 %** (Christie & Cunningham, 2011; Draper et al, 2011; Travers et al, 2013).
- La demenza in ospedale è spesso fortemente intrecciata con il Delirium e per questo vengono sempre più spesso considerati insieme.
- In fase avanzata di demenza l'ospedalizzazione coincide spesso con il fine vita.
- negli USA i residenti in NH con demenza severa hanno una media di 1.6 trasferimenti in ospedale negli ultimi 90 giorni di vita.

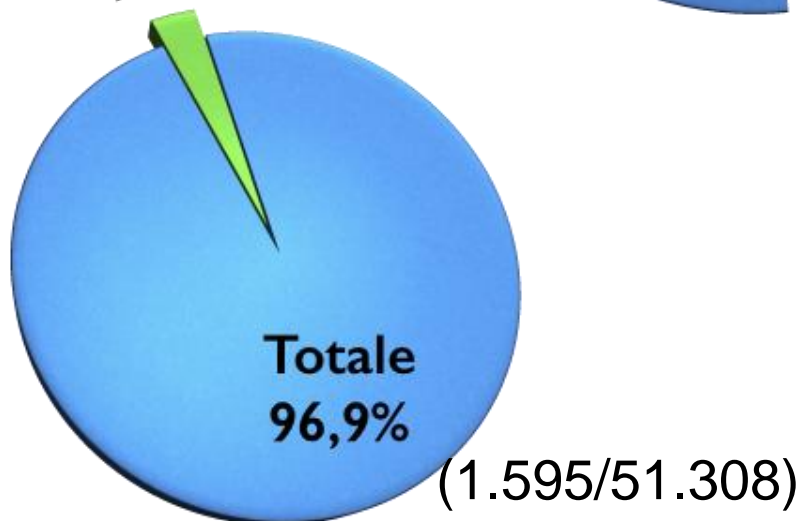
CASISTICA DEGENZA ORDINARIA ETÀ ≥ 65 ANNI (ANNO 2016) PERCENTUALE PER CLASSE DI ETÀ

	Dem	Dem+Del	Del	Totale	Paz >65 totale ricoveri
65-74	51	13	12	76 (1,1%)	6.927
75-84	301	144	41	486 (5,8%)	8.366
85-94	563	249	52	864 (16,9%)	5.114
> 95	120	42	7	169 (24,1%)	701
Tot > 65	1.035	448	112	1.595 (11,7%)	21.108

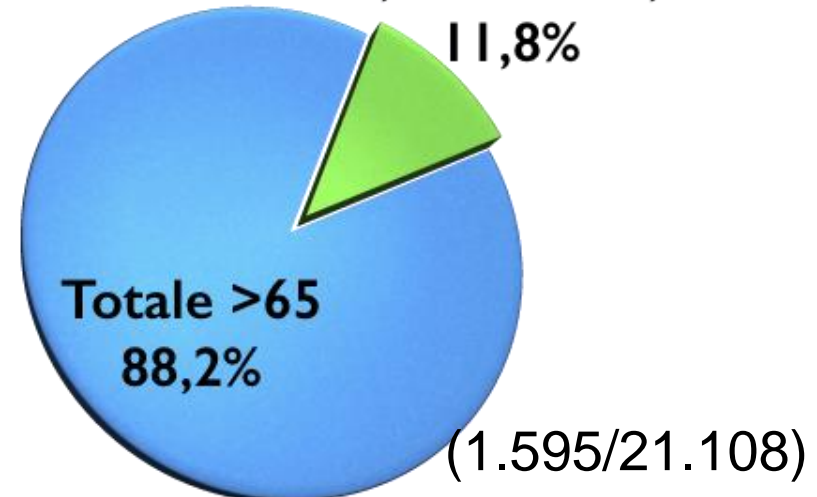
Casistica Degenza Ordinaria 2016



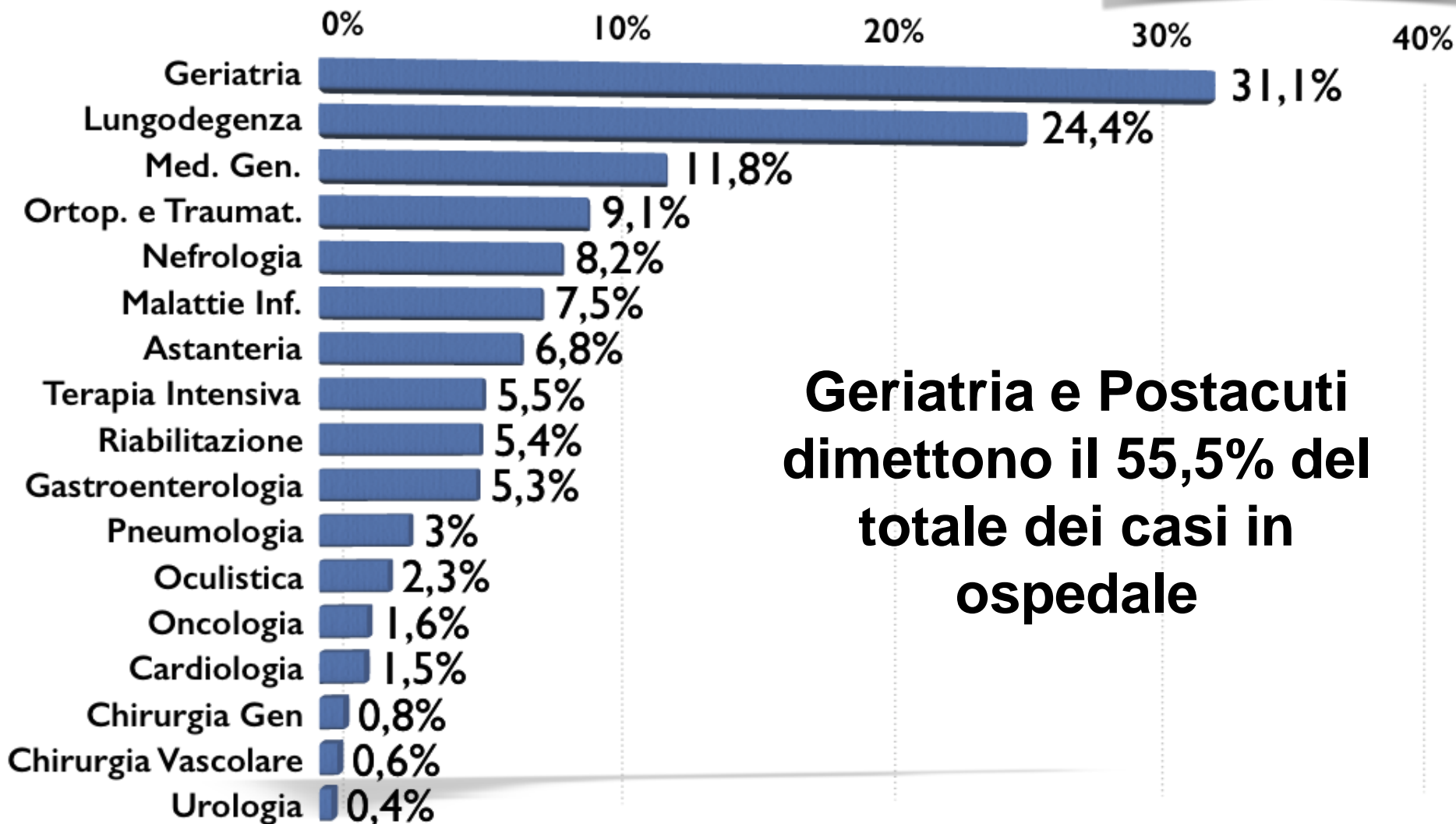
Dem, Dem+Del, Del
3,1%



Dem, Dem+Del, Del
11,8%



CASISTICA DEGENZA ORDINARIA CON ETÀ ≥ 75 ANNI (ANNO 2016)



**Geriatria e Postacuti
dimettono il 55,5% del
totale dei casi in
ospedale**

Le cause principali di ricovero.1

Malattie acute

- Cadute e relativi traumi (t. cranico, frattura di femore) (RR 2.2)
- Infezioni del tratto urinario (RR 2.0)
- Infezioni polmonari (RR 2.9)
- Sepsi (RR 2.9)
- Malnutrizione e difficoltà nell' alimentazione (RR 2.5)

Complicazioni legate alla demenza

- Stato confusionale/delirium
- BPSD severi non gestibili a domicilio

Complicazioni delle malattie croniche

(diabete, BPCO) (RR 2.5)

evitabili con una migliore gestione a livello delle cure primarie

Le cause principali di ricovero.2

Problemi Sociali

1. Burn out del caregiver e della famiglia
2. Assenza di un supporto familiare o conflitti tra familiari
3. Condizioni di vita inadeguate

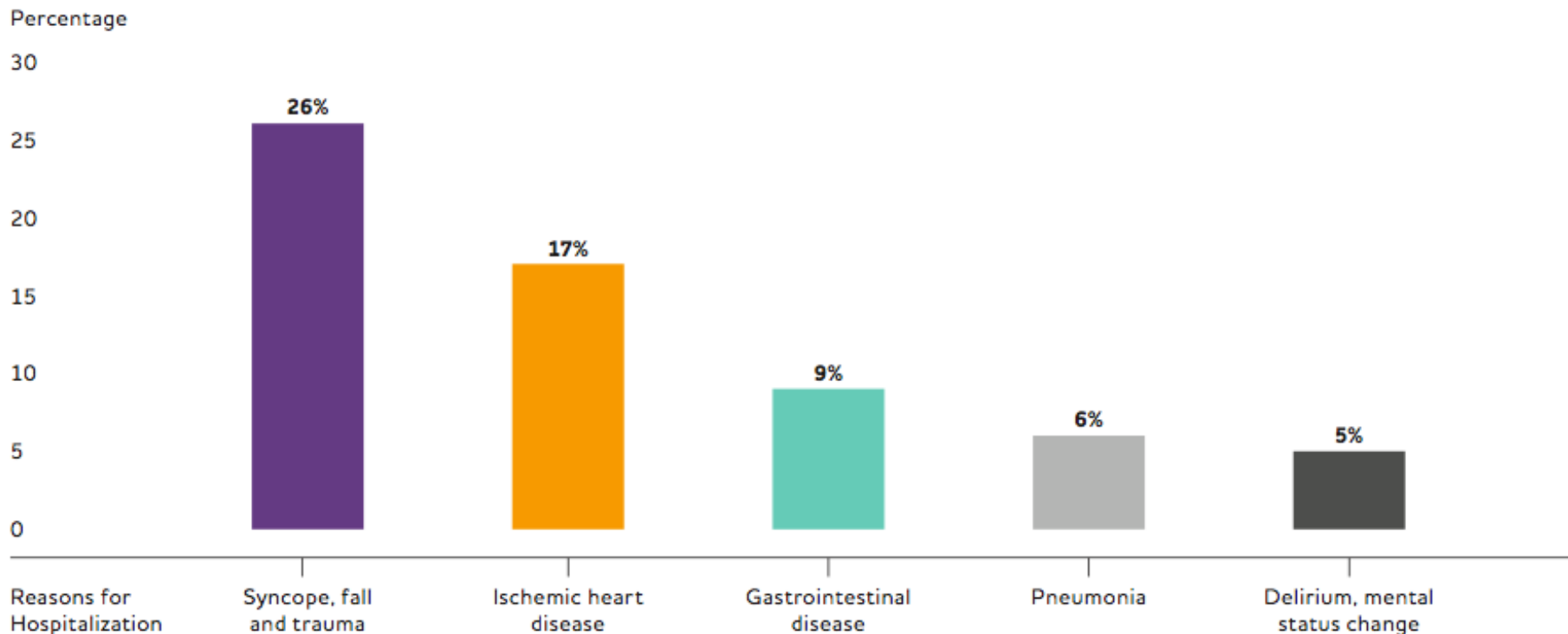
Problemi organizzativi

1. Mancanza di risorse a livello territoriale per stabilizzare il paziente

Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dementia 2017;13:325-373.

FIGURE 12

**Reasons for Hospitalization of Individuals with Alzheimer's Dementia:
Percentage of Hospitalized Individuals by Admitting Diagnosis***



*All hospitalizations for individuals with a clinical diagnosis of probable or possible Alzheimer's were used to calculate percentages. The remaining 37 percent of hospitalizations were due to other reasons.

Created from data from Rudolph et al.³⁸⁵

Il processo di cura ospedaliero è complesso per le persone con demenza:

1. Aumento delle giornate di degenza (+ 27%)
2. Maggiore richiesta di assistenza infermieristica
3. Significativo aumento dei costi

Le persone con demenza sono particolarmente vulnerabili ai **danni da ospedalizzazione** e hanno **outcomes peggiori**:

- Maggiore mortalità intraospedaliera e a distanza
- Infezioni acquisite durante l'ospedalizzazione
- Delirium
- Agitazione, BPSD
- Cadute
- Lesioni da pressione

Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study.

Mecocci et al., *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005.

Rischio di eventi avversi associato al declino cognitivo

Ulcere da decubito



Incontinenza fecale



Incontinenza urinaria



Cadute



14 Marzo, 2017

ESSAY

Challenges and opportunities in understanding dementia and delirium in the acute hospital

Thomas A. Jackson^{1,2*}, John R. F. Gladman³, Rowan H. Harwood⁴, Alasdair M. J. MacLulich⁵, Elizabeth L. Sampson⁶, Bart Sheehan⁷, Daniel H. J. Davis⁸

¹ Institute of Inflammation and Ageing, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom, ² University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom, ³ Division of Rehabilitation and Ageing, Queen's Medical Centre, Nottingham, United Kingdom, ⁴ Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham, United Kingdom, ⁵ Edinburgh Delirium Research Group, University of Edinburgh, Edinburgh, United Kingdom, ⁶ Marie Curie Palliative Care Research Department, Division of Psychiatry, University College London, London, United Kingdom, ⁷ Psychological Medicine, Rehabilitation and Cardiac Division, John Radcliffe Hospital, Oxford, United Kingdom, ⁸ MRC Unit for Lifelong Health & Ageing, University College London, London, United Kingdom

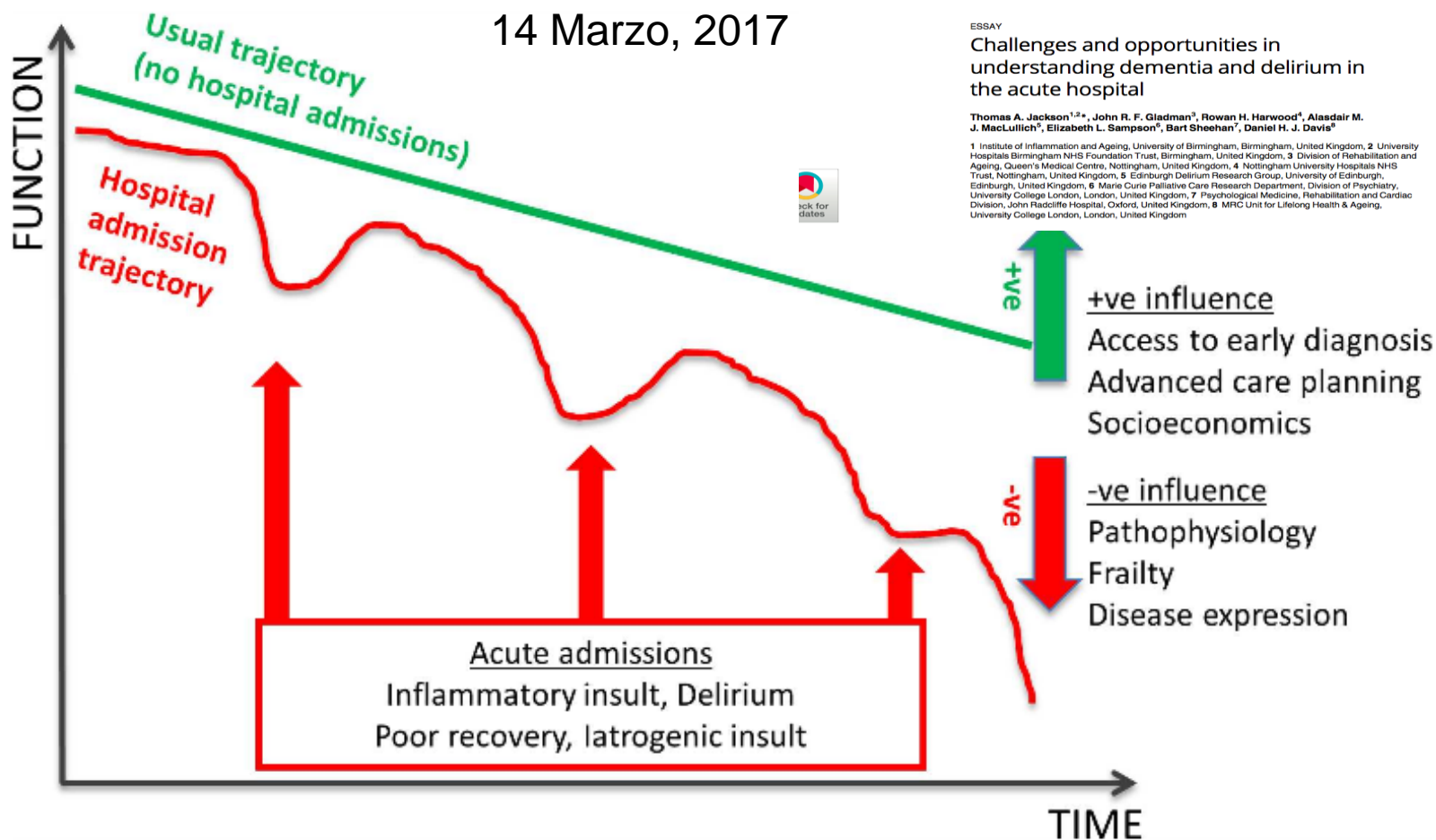
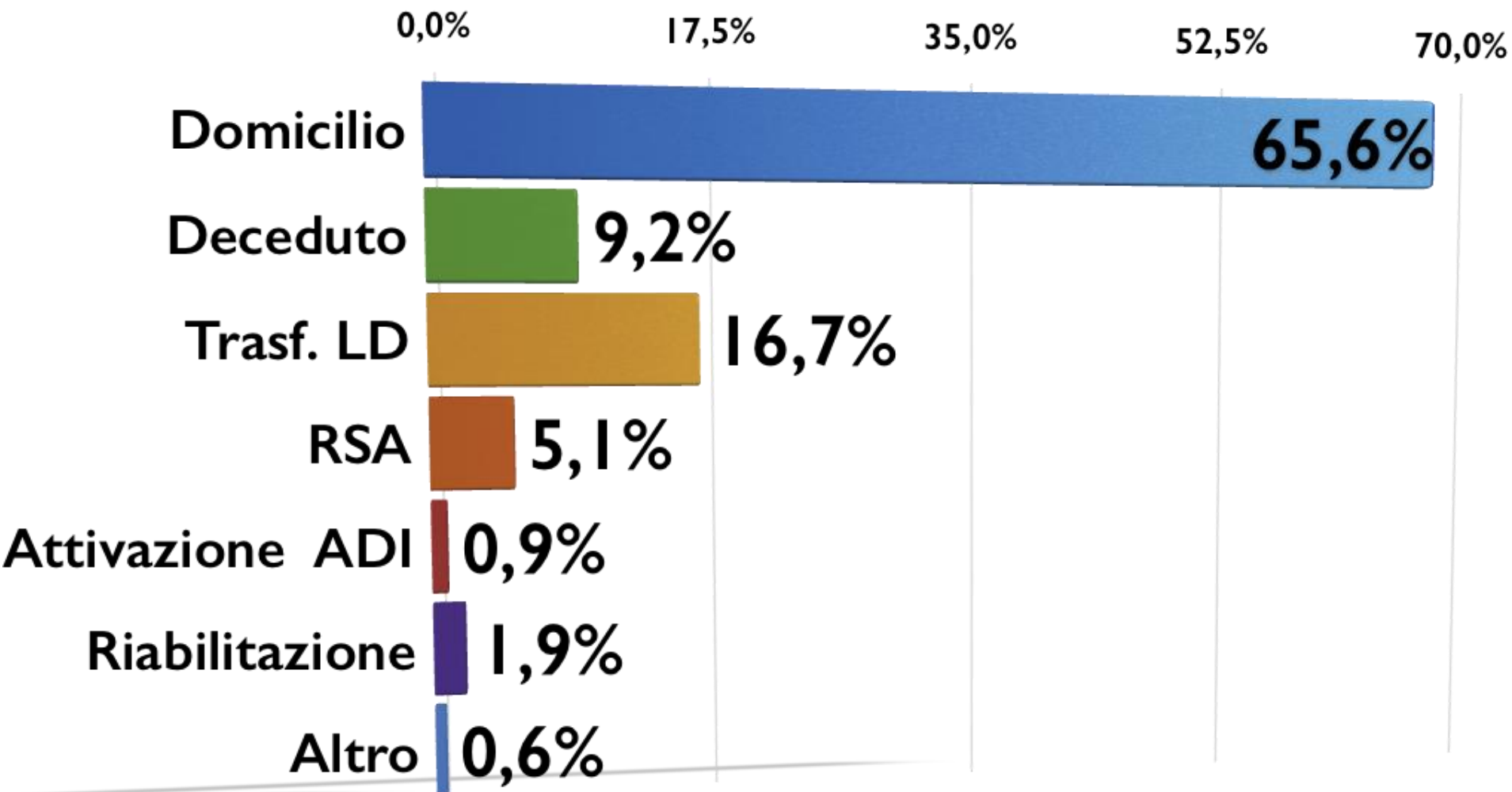


Fig 1. Schematic representation of dementia disease trajectory over time influenced by hospital admission. Dementia disease trajectories between a person with no hospital admissions (green line) and multiple hospital admissions (red line) are illustrated. The disease trajectory is negatively influenced by baseline frailty and disease expression. However, it may be positively tempered by early diagnosis, leading to better access to services, and advanced care planning. The “multiple hospital admissions” trajectory is further influenced by specific hospital interactions—importantly, delirium—but there are other effects from an acute inflammatory insult, subsequent recovery, and in-hospital iatrogenic insults.

doi:10.1371/journal.pmed.1002247.g001

Traiettorie funzionali della demenza in relazione alla ospedalizzazione

OUTCOMES ALLA DIMISSIONE (Dem, Dem-Del) ETÀ ≥ 75 ANNI (ANNO 2016)



Dementia in the acute hospital: Prospective cohort study of prevalence and mortality

Sampson E et al. *Br J Psych* 2009 195, 61-6

- 671 consecutive emergency admissions pt >70 to London DGH
- Assessed within 72 hours and screened with CAM then MMSE and structured clinical assessment
- **42.4% had dementia**
- **Only half had been diagnosed before admission**
- Prevalence in Men 70-79: 16% , over 90 : 48%
- Prevalence in Women 70-79: 29% , over 90 : 75%
- **“UTI” or “Pneumonia” were cause of admission in 41%**
- **Associated with higher mortality**
- **for those with severe cognitive impairment adjusted mortality risk 4.02 (2.24, 7.36)**

La sopravvivenza delle persone con demenza è risultato la metà di quello delle persone di pari età al follow up.

RESEARCH ARTICLE

Geriatric Psychiatry

Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective cohort study

Elizabeth L. Sampson^{1,2†}, Baptiste Leurent¹, Martin R. Blanchard^{3,4}, Louise Jones¹ and Michael King^{3,4}

¹Marie Curie Palliative Care Research Unit, UCL Mental Health Sciences Unit, University College London Medical School, London, UK

²Barnet Enfield and Haringey Mental Health Trust, London, UK

³UCL Mental Health Sciences Unit, University College London Medical School, London, UK

⁴Camden and Islington NHS Foundation Trust, London, UK

Correspondence to: Elizabeth L. Sampson, E-mail: e.sampson@ucl.ac.uk

[†]ELS obtained funding, devised the project, collected and analysed data and drafted the final paper. MR, MK and LJ supervised the project, data analysis and contributed to the interpretation of results and writing of the paper. BL led data analysis and wrote the paper. The copyright line for this article was changed on 4 March 2015 after original online publication.

Objective: To examine the effect of dementia on longer term survival after hospital admission, and to assess whether dementia is an independent predictor of mortality. This information is vital for the provision of appropriate care.

Methods: A prospective cohort study, in a large urban acute general hospital, of 616 people (70 years and older) with unplanned medical admission. The principal exposure was DSM-IV dementia and main outcome mortality risk. Dementia severity was analysed by using the Functional Assessment Staging scale. We examined a range of modifying variables: acute physiological disturbance (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), chronic comorbidity (Charlson Comorbidity Index, CCI) and pressure sore risk (Waterlow score).

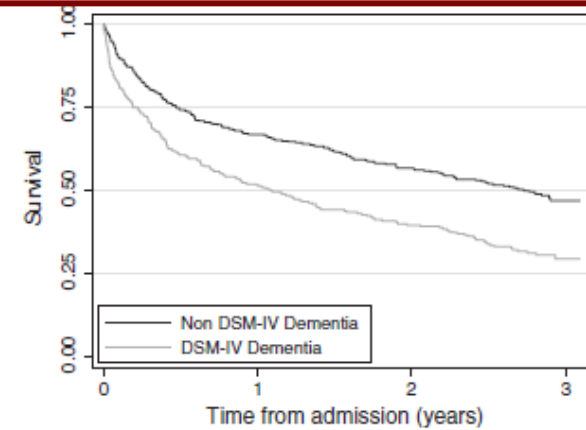
Results: A total 42.4% of the cohort had dementia. Nearly half (48.3%) had died 12 months after admission (median survival time 1.1 years compared with 2.7 years in people without dementia). Unadjusted hazard ratios for mortality in people with dementia was 1.66 (95% CI 1.35–2.04) and for people with moderately severe/severe dementia 2.01 (95% CI 1.57–2.57). After sequential adjustment (age, gender, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score, Charlson Comorbidity Index and Waterlow score), patients with dementia had a mortality risk of 1.24 (95% CI 0.95–1.60) and those with moderately severe/severe dementia 1.33 (0.97–1.84).

Conclusions: People with dementia had half the survival time of those without dementia. The effect of dementia on mortality was reduced after adjustment, particularly by the Waterlow score, a marker of frailty. The median survival of 1 year suggests clinicians should consider adopting a supportive approach to the care of older people with moderate/severe dementia who have an emergency hospital admission. Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.

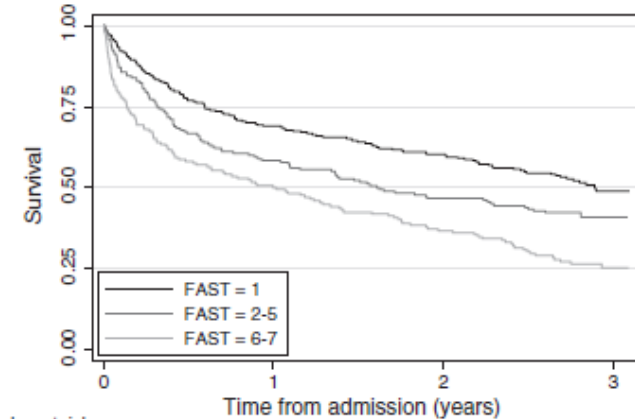
Key words: dementia; prognosis; acute hospital; mortality; palliative care

History: Received 13 August 2012; Accepted 21 November 2012; Published online 21 December 2012 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).

DOI: 10.1002/gps.1204



Number at risk	0	1	2	3
Dementia = No	355	238	202	32
Dementia = Yes	261	135	104	18



Number at risk	0	1	2	3
FAST = 1	264	182	159	28
FAST = 2-5	180	105	84	8
FAST = 6-7	172	86	63	14

Log-rank test for equality of survivor function: $p < 0.001$ for both figures

Figure 1 Kaplan–Meier unadjusted survival curves by DSM-IV dementia diagnosis and FAST score.

Conclusioni:

La riduzione significativa del tempo di sopravvivenza ad 1 anno delle persone con demenza (48.3% di decessi) e il rischio di mortalità doppio per quelli con demenza moderato/severa,

dovrebbe suggerire ai clinici di adottare un approccio di supporto o palliativo nella cura dei pazienti con demenza moderato-severa ricoverati in urgenza, focalizzandosi più sulla qualità che sulla durata della vita.

Sono necessari ulteriori studi per valutare l'applicazione di modelli prognostici semplici ma robusti che possano rappresentare degli strumenti di supporto al decision –making in questi contesti.

Il ricovero del paziente con demenza può essere evitato?

SI'

**Se è possibile garantire
le cure nel proprio
ambiente di vita**

**Potenziare la rete assistenziale
del programma demenze
Programmi di sollievo per i
disturbi comportamentali nelle
CRA**

Sviluppo delle cure domiciliari

Cure palliative

Cure palliative e Hospice

- C'è un crescente bisogno di cure palliative per il trattamento dei pazienti con Demenza “end-stage”.
- Il ricovero in questi casi è evitabile nel 75% dei casi e il livello di assistenza ospedaliera non è necessario o coerente con le preferenze del paziente e della famiglia.
- **Studi osservazionali hanno dimostrato diversi benefici delle Cure palliative nei pazienti con demenza in stadio avanzato :**
 - Minor ricorso alla ospedalizzazione nell' ultimo mese di vita (19 % vs 39%)
 - Maggiore probabilità di ricevere un regolare trattamento antidolorifico (44%vs 27%)
 - Maggiore soddisfazione dei familiari

Il ricovero del paziente con demenza può essere evitato?

SI'

Se è possibile garantire le cure nel proprio ambiente di vita

Potenziare la rete assistenziale del programma demenze
Programmi di sollievo per i disturbi comportamentali nelle CRA

Sviluppo delle cure domiciliari
Cure palliative

NO

Se rappresenta un pregiudizio

Patologie acute che richiedono le tecnologie e le cure ospedaliere

Ai pazienti con demenza devono essere garantite le cure ospedaliere al pari degli altri evitando le complicanze legate a processi assistenziali e setting non appropriati

Ridotto ricorso alla Ospedalizzazione delle Persone con Demenza per interventi e procedure elettive

Le persone affette da demenza hanno meno probabilità di essere ricoverate per accedere a procedure interventistiche che possono migliorare la qualità della vita quali:

- Cateterismi e stenting vascolari e cardiaci (RR 0.5)
- Cataratta (RR 0.7)
- Ernia (RR 0.8)
- Colectomia (RR 0.7)
- Radioterapia (RR 0.5) e Chemioterapia per tumori (RR 0.6).

Strategie per la Prevenzione del ricovero

- **Monitorare le comorbidità**
- **Visite di specialisti della demenza e case-management domiciliare**
- **Assessment e diagnosi tempestive**
- **Monitoraggio della compliance ai farmaci**
- **Prevenzione e gestione delle crisi**
- **Implementazione cure palliative**

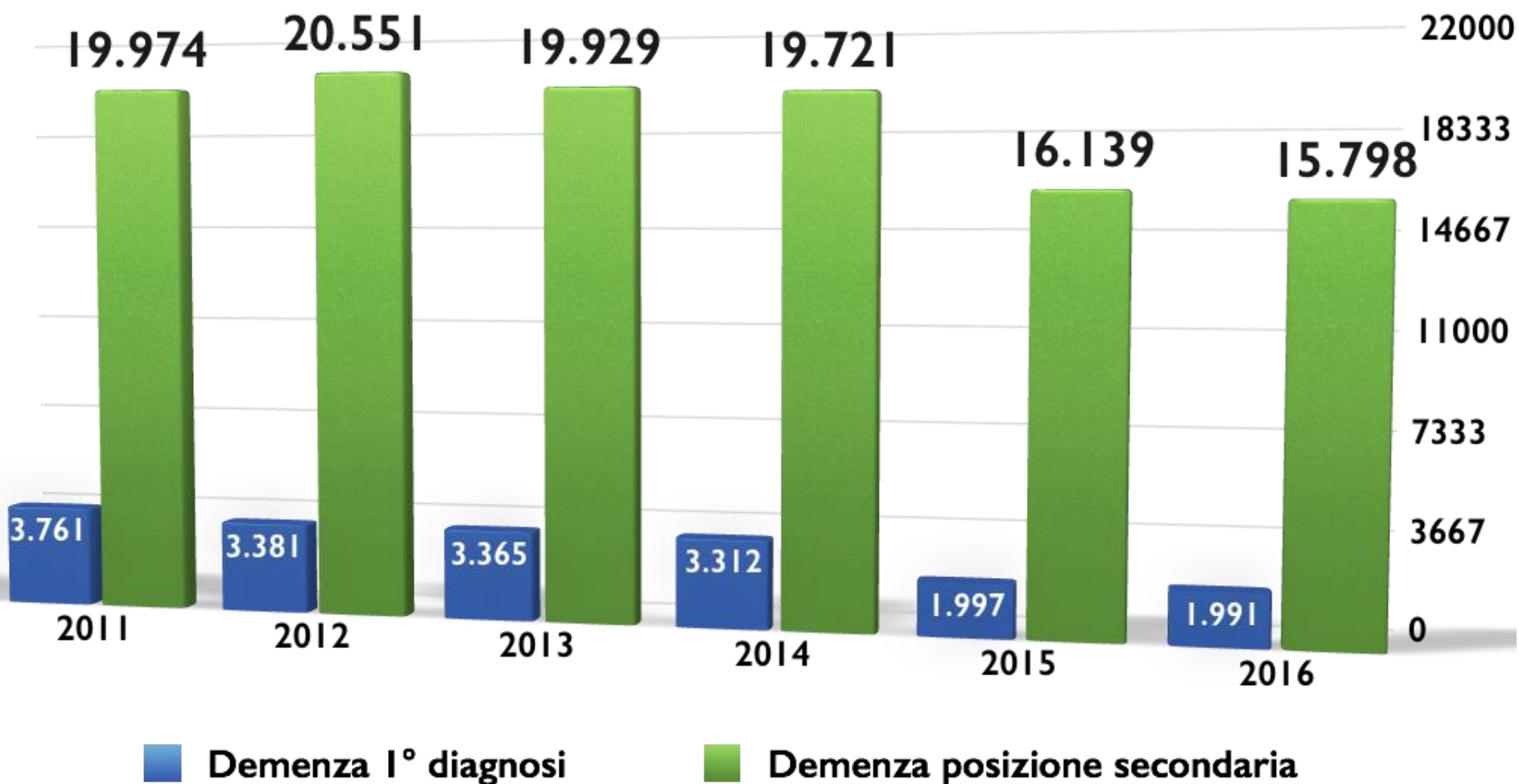
Alcuni studi sugli interventi per prevenire l'ospedalizzazione hanno evidenziato una correlazione inversa tra :

sviluppo dei centri per la diagnosi e la presa in carico della demenza



la riduzione degli accessi in ospedale.

Andamento ricoveri per demenza in Emilia Romagna 2011-2016



Strategie per la Prevenzione del ricovero

- Monitorare le comorbidità
- Visite di specialisti della demenza e case-management domiciliare
- Assessment e diagnosi tempestive
- Monitoraggio della compliance ai farmaci
- Prevenzione e gestione delle crisi
- Implementazione cure palliative

Come evitare l' ammissione acuta in ospedale

- Risposta rapida, H 24
- Assistenza Domiciliare High-tech
- Percorso di ammissione definito e di dimissione facilitata dal PS
- Nursing specialistico

Quali caveat per la riduzione dell'ospedalizzazione delle persone con demenza ?

1. E' necessaria una riorganizzazione dei servizi nelle cure primarie con l'impiego di risorse in maniera intensiva e per periodi relativamente lunghi
2. Lo spostamento di tali risorse non è semplice in termini:
 - organizzativi
 - revisione dei budget
 - allocazione del personale
3. Molti anziani con demenza vivono soli e non hanno un supporto sociale sufficiente a garantire una supervisione e supporto a domicilio

Sfide nella gestione dei pazienti con problemi cognitivi ammessi in ospedale

- Incapacità a comunicare i sintomi da parte dei pazienti
- Difficile raccolta delle informazioni da parte dello staff
- Errori di gestione per scarsa conoscenza della malattia e mancanza di training
- Pressione per tempi di dimissione e carenza di letti
- Trasferimenti multipli di reparto e cambiamento di staff assistenziale
- Affollamento dei reparti, mancanza di segnaletica, rischi ambientali (barriere architettoniche, porte etc)
- Prescrizioni inappropriate
- Inadeguato riconoscimento e controllo del Dolore
- Utilizzo di procedure invasive (non sempre indispensabili): catetere vescicale, SNG , accessi venosi, frequenti prelievi

Dipartimento della salute UK, 2009



Living well with dementia:
A National Dementia Strategy



- Recommendation 8.
- “Improved quality of care for older people in general hospitals”
- Identification of senior clinician to take the lead for quality improvement in dementia in the hospital
- **Development of an explicit pathway for the management and care of people with dementia in hospital**
- Commissioning of specialist liaison older people’s mental health teams to work in general hospitals

Appendix D **British Columbia, Canada, 2011**



IMPROVING BC'S CARE
FOR PERSONS WITH DEMENTIA
IN EMERGENCY DEPARTMENTS
AND ACUTE CARE HOSPITALS

Dr. Marsha Donnelly
Dr. Janet McElhane
Marcia Carr, CNS

NOVEMBER 2011

Suggestions for Improvement

Group patients together as in transitional care units.

- Create ACE Units.
- Secure acute units to enable safe wandering.

Explore options for specialized units, specialized staff and specialized programming for patients with dementia:

- Explore the use of cohorted units like Acute Care of the Elderly (ACE) Units or transitional units within the hospital.
- Consider geriatric specialist floating inter-professional teams that would go to any ward in the hospital to assist the unit team with specific geriatric and dementia care.
- Minimize moves within the hospital, making each move criteria-based.
- Consider increasing use of specialty trained geriatric nurses, especially for education and policy development if not for direct service provision.
- Train unregulated care providers (i.e., care aides) in dementia care.
- Make sure the model of staffing is congruent with the person-centred model of care so that the needs of the patient will define the staffing needs.

DEMENTIA CARE IN THE ACUTE HOSPITAL SETTING: ISSUES AND STRATEGIES

A REPORT FOR ALZHEIMER'S AUSTRALIA

PAPER 40 JUNE 2014



STRATEGIES TO IMPROVE DEMENTIA CARE IN HOSPITALS

1. Identify and manage dementia

1. Involve carers

1. Communicate effectively

1. Provide alternative care to antipsychotic drugs

2. Create an appropriate physical environment

3. Reduce avoidable hospital admissions



E

DIREZIONE E REDAZIONE

Parte seconda - N. 170

Anno 47



Direzione Generale Cura della Persona
Salute e Welfare



Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

97

Indicazioni per

I servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari

Regione Emilia-Romagna

(dgr 2581/99)

DELIBERAZIONE

Aggiornamento del
del "Piano Naziona

5. LA RETE OSPEDALIERA : RUOLO E COLLEGAMENTO

INDICE

Premessa

1. CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI: MODELLO ORGANIZZATIVO
2. IL MODELLO OPERATIVO DEL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI
3. LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI
4. GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI PER LE PERSONE CON DEMENZA E LORO FAMILIARI-CAREGIVER
5. LA RETE OSPEDALIERA : ruolo e collegamento
6. QUALITA' E TRASPARENZA

Principali riferimenti bibliografici e normativi

Allegati

Contributi

Accesso in PS e ricovero ospedaliero urgente

L'accesso al PS rappresenta **il momento critico** del percorso ospedaliero del paziente affetto da demenza.

Il Triage: rappresenta la prima tappa che, correttamente svolta, consente

di indirizzare il percorso diagnostico-terapeutico in modo il più possibile rapido ed efficace,

in modo da evitare situazioni potenzialmente dannose al paziente affetto da demenza

(Es: stazionamento in luoghi affollati e rumorosi passibili di complicare la eventuale confusione; lunghi tempi di attesa)

Geriatric Emergency Room dedicate alle persone anziane al Mount Sinai Hospital -New York , Febbraio 2012

For the Elderly, Emergency Rooms of Their Own

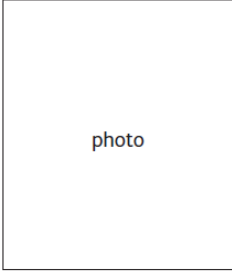


Yana Paskova for The New York Times

A simulated skylight in the new geriatric emergency room at Mount Sinai Hospital is intended to help patients with end-of-the-day agitation and confusion.

...Triage

1. All' accesso è importante **riconoscere se il paziente è affetto o no da una forma di demenza:**
 - **VMD geriatrica,**
 - **consulenza geriatrica in PS**
 - **formazione del personale di PS**
 - **Infermiere Case Manager**
2. Determinante **la presenza di un familiare o di un caregiver (formale o informale)** come fonte di **informazioni anamnestiche compresa la presenza o meno di demenza nota.**



This is me is about the person at the time the document is completed and will need to be updated as necessary.

This is me should be completed by the person or persons who know the patient best and wherever possible with the person themselves.

Please refer to the back page for guidance notes to help you complete **This is me**.

This is me

This leaflet will help you support me in an unfamiliar place

My name: full name and the name I prefer to be known by

I currently live

Carer/the person who knows me best

I would like you to know

My home and family, things that are important to me

My life so far

My hobbies and interests

Things which may worry or upset me

Paziente con demenza già diagnosticata

In caso di ricovero: identificazione del paziente con Demenza per l'attivazione del percorso intraospedaliero:

- Ricovero in Geriatria
- Attivazione consulenza Geriatrica (nel reparto di destinazione)

In caso di dimissione dal PS: collegamento **con i CDCD** **di riferimento territoriale** per presa in carico o rivalutazione (telefonica o con visita)

Evidenze sulla sicurezza e la qualità associata all'assistenza dei pazienti con disturbi cognitivi nei setting acuti

AUSTRALIAN COMMISSION
ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE

Evidence for the safety and quality issues associated with the care of patients with cognitive impairment in acute care settings: a rapid review

October 2013

Setting di cura per pazienti con demenza

Intervention	Evidence of effectiveness	Strength of the Evidence Base
Acute Geriatric Unit Care	<p>Authors of one systematic review concluded that acute geriatric unit care, based on all or part of the Acute Care of the Elderly (ACE) model and introduced during the acute phase of older adults' illness or injury, significantly improves patient outcomes (falls, delirium, functional decline, LOS, increased discharges to home, cost).¹¹⁴</p> <p>The authors of one review concluded that acute geriatric unit care reduces some clinical and functional outcomes (i.e. falls, delirium) but not mortality or hospital readmissions compared with usual care in older adults with acute illness or injury.¹¹⁵</p>	Level I
ACE Unit with Delirium Room	<p>There is some evidence to suggest that an ACE Unit with a delirium room (and multi-disciplinary care) may improve function among delirious patients but does not influence LOS or mortality.¹¹⁶</p>	Level III-3
Case Management for people with dementia	<p>Authors of a systematic review of case management for people with dementia concluded that the impact on resource utilisation (e.g., prevention of hospitalisation or institutionalisation) was usually not statistically significant or only very slight.¹¹⁷</p>	Level I
Best practice for patients with CI in the Emergency Department	<p>Authors of two reviews concluded there is limited evidence regarding interventions that improve the quality of care of older ED patients with CI.^{118,119}</p> <p>There is some evidence to suggest that recognition of CI (e.g. through cognitive screening) in the ED setting improves outcomes. Short screening tools (CAM, Orientation Concentration Memory test) to identify CI are suitable for use in the ED.¹¹⁹</p>	Level I
Hospital in the Home	<p>Four studies were identified including one quasi-experimental study, two RCTs and one narrative review. The results showed that hospital in the home is viable for selected patients who require hospital treatment or rehabilitation following acute hospitalisation^{120,121} including patients with severe dementia.¹²² The incidence of delirium is less and patient satisfaction is higher with treatment at home compared to in-hospital treatment.^{120,121,123} Caregiver stress has also been reported to be lower,¹²² and costs are lower when patients are treated at home.^{120,121,123}</p>	Level II

Formazione del personale sanitario coordinata a livello regionale

Qualificazione dei processi assistenziali interni agli ospedali attraverso un percorso formativo e di aggiornamento del personale ospedaliero dei reparti maggiormente interessati dai ricoveri di pazienti affetti da sindromi demenziali.

Governo Clinico

[» Rete Dipartimentale](#)[» Gestione del Rischio Clinico](#)[Home](#) » [Governo Clinico](#)**Percorsi di Cura****Il modello assistenziale al paziente anziano con delirium o sintomi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverato in ospedale****Applicato da Dicembre 2010**

- [Allegato 1 - Logigramma](#)
- [Allegato 2 - Clinical Pathway](#)
- [Allegato 3 - Scheda di valutazione](#)
- [Allegato 4 - Farmaci](#)
- [Allegato 5 - Nursing](#)
- [Allegato 6 - Protocollo alimentare](#)
- [Allegato 7 - Terapia non farmacologica](#)
- [Allegato 8 - Terapia farmacologica](#)
- [Allegato 9 - Scale di valutazione](#)



Il paziente anziano con delirium o sintomi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverato in ospedale

"Delirium room": ...un modello di gestione multiprofessionale del paziente con demenza in ambiente ospedaliero



Revisione 1

Gruppo di redazione:

Monica Bacci, Maria Corneli, Maria Lia Lunardelli, Maria Cam Marinacci, Emilio Martini, Roberta Neri, Roberto Rossetti, Sor

hanno collaborato:

Martina Taglioni, Federica Filippini (*Governo clinico, qualità, formazione*)
Luca Favero (*Direzione Sanitaria*)



Il modello assistenziale al paziente anziano con delirium o sintomi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverato in ospedale

Applicato da Dicembre 2015

Allegato 1 - Logigramma

Allegato 2 - Clinical Pathway

Allegato 3 - Scheda di valutazione

Allegato 4 - Scale di valutazione

Allegato 5 - Farmaci

Allegato 6 - Nursing

Allegato 7 - Protocollo alimentare

Allegato 8 - Terapia non farmacologica

Allegato 9 - Terapia farmacologica

STATO	DATA	
Verificato	15.10.2015	Dott. M. Taglioni
Approvato	20.10.2015	Dott. M. Lunardelli
	20.10.2015	Dott. M. Taricco
	20.10.2015	Dott. A. Campagna
Data di applicazione: 14.12.2015		

AZIONI SVILUPPATE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE DEDICATO AI PAZIENTI CON BPSD E DELIRIUM ALL' INTERNO DELL' OSPEDALE

A. La formazione del personale

**B. La metodologia di lavoro in
equipe multi professionale**

C. L' ambiente di cura

D. Il coinvolgimento del caregiver

Il team multiprofessionale e la VMD

GERIATRA

Valutazione clinica, gestione malattie concomitanti

Valutazione Cognitiva (MMSE)

Comportamentale (NPI,CAM, 4 AT, DRS,CGI)

Trattamento farmacologico

INFERMIERE

Valutazione funzionale (Barthel)

Valutazione comportamento (CMAI)

Nursing dedicato –Strategie non farmacologiche

OTA-OSS

Eating Behaviour Scale (EBS) -
Strategie non farmacologiche

ASSISTENTE SOCIALE

CBI

Valutazione sociofamiliare

Informaz/orient. ai servizi

percorso dimissioni protette

CAREGIVER

IQCODE

Il PDTA aziendale: “Il modello assistenziale al paziente anziano con delirium o BPSD ricoverato in ospedale”

Percorso 1 <u>Modalità consulenziale</u>	Percorso 2 <u>Trasferimento in Delirium Room</u>
<p>Paziente con età ≥ 75 anni e delirium Paziente con BPSD</p>	
Necessità di permanenza in ambiente specialistico	Non più necessità di permanenza in ambiente specialistico
Indisponibilità di un caregiver	Disponibilità di un caregiver a partecipare al progetto

Percorso 1: modalità consulenziale

Il team psicogeriatrico (Geriatra e Infermiere)

- L'attività di consulenza presso i reparti è cresciuta nel corso degli anni man mano che il PDTA è stato presentato (al PS e in alcuni dipartimenti) e sono stati effettuati dei corsi di formazione all'interno dell'ospedale.
- Reparti principalmente coinvolti: medicina interna, specialistiche (pneumo, nefro, cardiologia), Chirurgie e Terapie intensive.

Consulenze psicogeriatriche al letto del malato			
2013	2014	2015	2016
159	162	211	280

PERCORSO 2



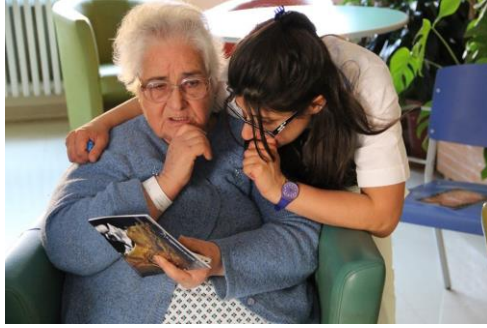
**TRASFERIMENTO PRESSO
LA DELIRIUM ROOM**



CRITERI DI ACCESSO

1. Paziente anziano con delirium
2. Paziente con demenza e disturbi comportamentali
3. Disponibilità del caregiver a collaborare al progetto
4. Valutazione psicogeriatrica nell' U. O. di provenienza





-strategie di Nursing che facilitano il recupero dell'autonomia funzionale (utilizzo delle protesi sensoriali, stimolo alla mobilizzazione e all'alimentazione in maniera autonoma (finger food), interazione/comunicazione con il personale e i familiari)



- ambiente terapeutico (stanza di degenza, soggiorno e aree comuni per la deambulazione in maniera sicura)



-coinvolgimento e alleanza con il caregiver durante la degenza e per favorire il rientro a domicilio



Percorso 2: ambiente protesico e alternative terapia farmacologica

Stimolazione multisensoriale
“approccio Snoezelen”

NO MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

Arredi di tipo familiare

Culla care

IL CAREGIVER



- **collabora** in maniera continuativa con il personale di assistenza
- **apprende** strategie appropriate nei confronti del Paziente in un programma di educazione e supporto
- **riceve informazioni e orientamento** per l' inserimento nella rete dei servizi (assistente sociale)



PDTA Delirium Room DELIRIUM E BPSD

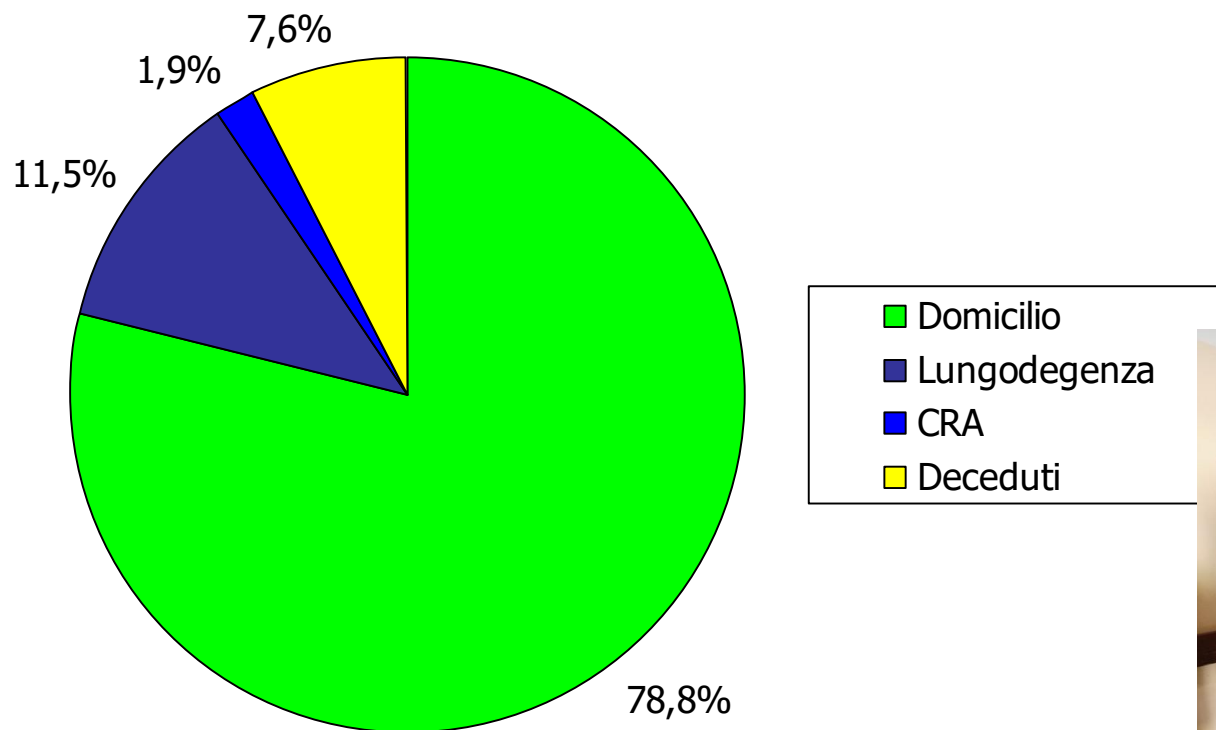
Delirium room	2015	2016
Movimento pazienti	51	62
Degenza media	9,37	8,52
OM%	65,48	72,13
Peso medio DRG dimessi	0,994	1,070

Ricoverati da PS = 46, Trasferiti da altri reparti = 9, Accesso diretto da CRA=3, da Domicilio seguiti da CDCD = 4

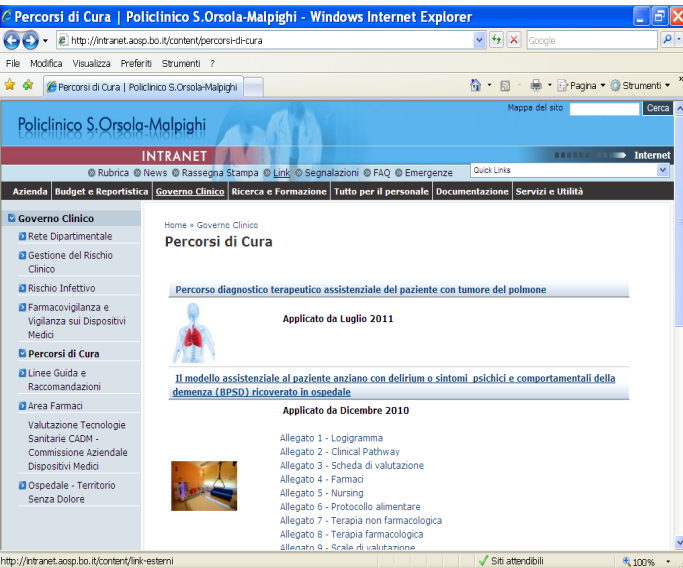
Dimessi : Domicilio = 78.8%, LD = 11,5%, CRA = 1,9 % Deceduti = 7.6%

Corso Delirium con PS –MU (9-15-22 Novembre 2016)

Destinazione alla dimissione



DELIRIUM ROOM non è una ROOM ma ... un CLINICAL PATHWAY in cui :



Il Delirium e la demenza vengono messi in primo piano ed affrontati a 360° in tutti i setting ospedalieri

La Formazione specifica del personale (OSS, infermieri, medici) finalizzata a sviluppare competenze ed abilità (sapere, saper fare, saper essere)

La cura è centrata sulla persona attraverso il lavoro in team multiprofessionale, la VMD e l'approccio non farmacologico

La pianificazione della dimissione e l'integrazione con la rete dei servizi per le demenze (presa in carico e follow up al CDCD) sono obiettivi fondamentali

Il coinvolgimento del familiare caregiver e la comunicazione rappresentano una strategia low tech-high touch



Rai 3 HD



TG3