



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PISCIA

PISTOIA
TOSCANA
Capitale Italiana
della Cultura 2017

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Anziano"

8° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Pistoia

16-17 Giugno 2017

Spazio espositivo "La Cattedrale"

Area ex Breda

Via Sandro Pertini, 396

Pistoia

gioco Breda: "Vedono gli Interni", v. via - Chiesa dell'Immacolata, Pistoia

La Persona con demenza in ospedale: la rottura di un equilibrio raggiunto con difficoltà

Carlo Adriano Biagini

Elisabetta Tonon

U.O. Geriatria Pistoia

Azienda USL Toscana Centro

Persona affetta da demenza e ospedalizzazione

- Fino a qualche anno fa le persone affette da demenza non afferivano agli ospedali, perché la coscienza diffusa li relegava fuori dal circuito sanitario.
- Oggi non è più così: ogni cittadino ha diritto ad essere curato in modo adeguato, qualunque sia la sua condizione sociale, psicologica, fisica.

*Da "la Persona affetta da demenza in ospedale"
Marco Trabucchi – Carocci Faber, 2007*

Persona affetta da demenza e ospedalizzazione

- Attualmente il rischio di ospedalizzazione per la persona affetta da demenza è maggiore delle altre persone di pari età e di pari patologie concomitanti
- La demenza aggrava la prognosi delle malattie acute (o croniche riacutizzate)
- Sono molto scarsi (e non sempre fruibili in tempo reale) i servizi specialistici che talvolta potrebbero evitare il ricovero ospedaliero (ambulatori CDCD con possibilità di intervento a domicilio, nuclei Alzheimer, CDA, cure palliative...)

Phelan EA, Borson S, Grothaus L, et al. Association of incident dementia with hospitalizations. JAMA 2012;307:165–72.

Toot S1, Devine M, Akporobaro A, Orrell M Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):463-70.

Ospedalizzazione: evento critico

Le persone affette da demenza

- hanno un esito peggiore per molte patologie acute (polmonite, infarto del miocardio, frattura di femore), indipendentemente dalla gravità specifica della patologia di base**
- alla dimissione ricevono con minore frequenza il trattamento ottimale**

Sloan F.A., Trogdon J.G., Curtis L.H., et al. (2004), The effect of dementia on outcomes and process of care for Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction, in "J Am Geriatr Soc", n. 52, pp. 173-181.

Carole Fogg, Paul Meredith, Jackie Bridges, Gill P Gould, Peter Griffiths, The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study. Age and Ageing 2017; 0: 1-8

Esiti clinici della Persona affetta da demenza ospedalizzata

- Ha un rischio doppio di morire in ospedale (3.2% versus 1.4%)
- Ha un rischio doppio di morire entro 6 mesi dalla dimissione (33.5% versus 18.2%)
- Nel 23% dei casi entra in casa di riposo entro 6 mesi dalla dimissione (contro il 3%)

Cause ricovero ospedaliero più frequenti per le Persone affette da demenza rispetto alle Persone non affette

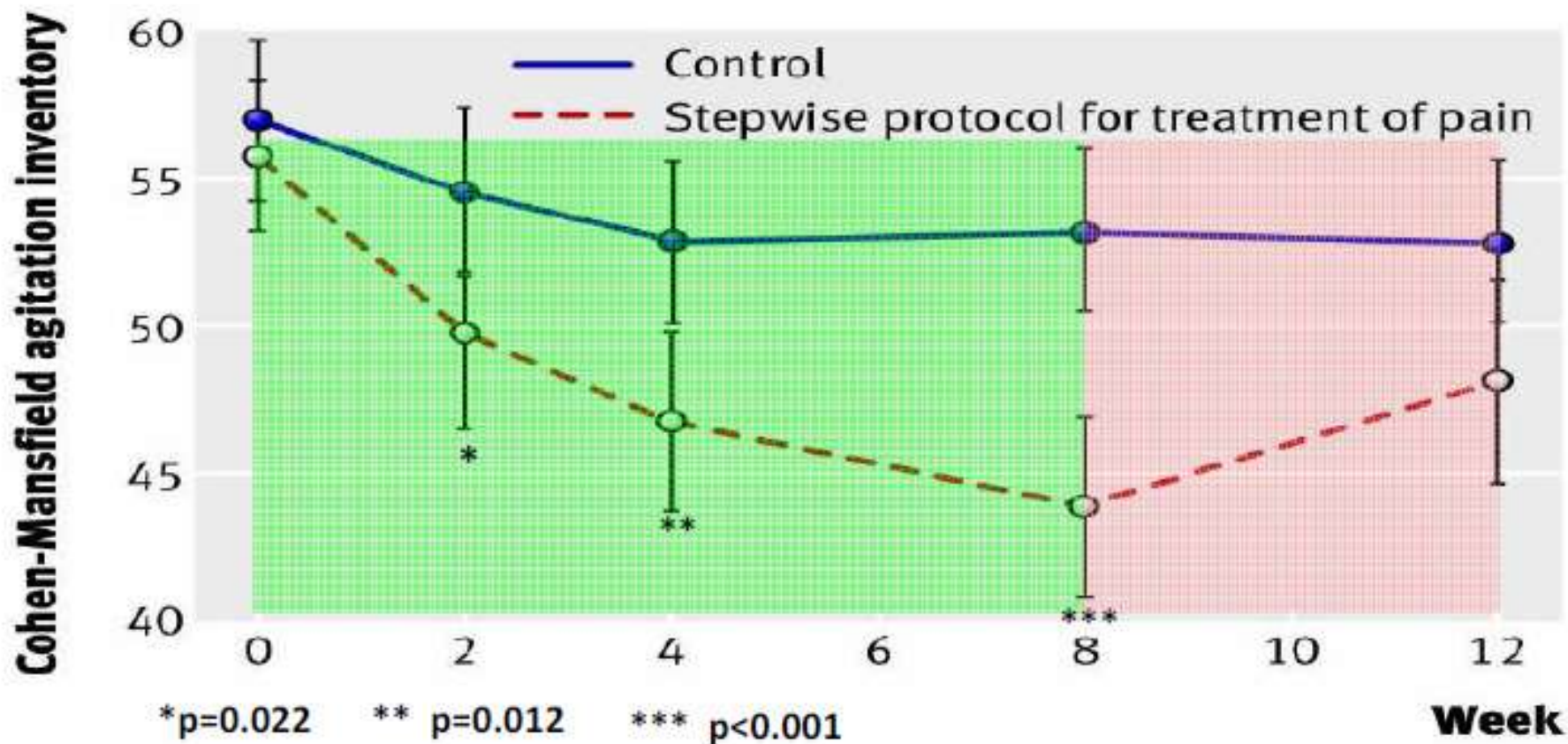
- Incidenti ed infortuni derivanti da cadute
- Malattie respiratorie (in particolare infezioni)
- Malattie urologiche (in particolare infezioni)
- **In contrapposizione** sono ridotti i ricoveri per certi interventi elettivi (cataratta, protesi, ernie, colecistectomia)

Persona affetta da demenza in ospedale: principali eventi avversi

- Delirium
- Infezioni nosocomiali
- Reazioni avverse da farmaci
- Cadute
- Sindrome ipocinetica
- Lesioni da decubito
- Incontinenza urinaria
- Disturbi comportamentali (... talvolta per mancata gestione del dolore)

Trattamento del dolore e disturbi del comportamento

RCT: 365 anziani con demenza moderata-grave con disturbi del comportamento randomizzati ad un protocollo per trattamento del dolore per **8 settimane** + **4 settimane** dopo la sospensione del trattamento.



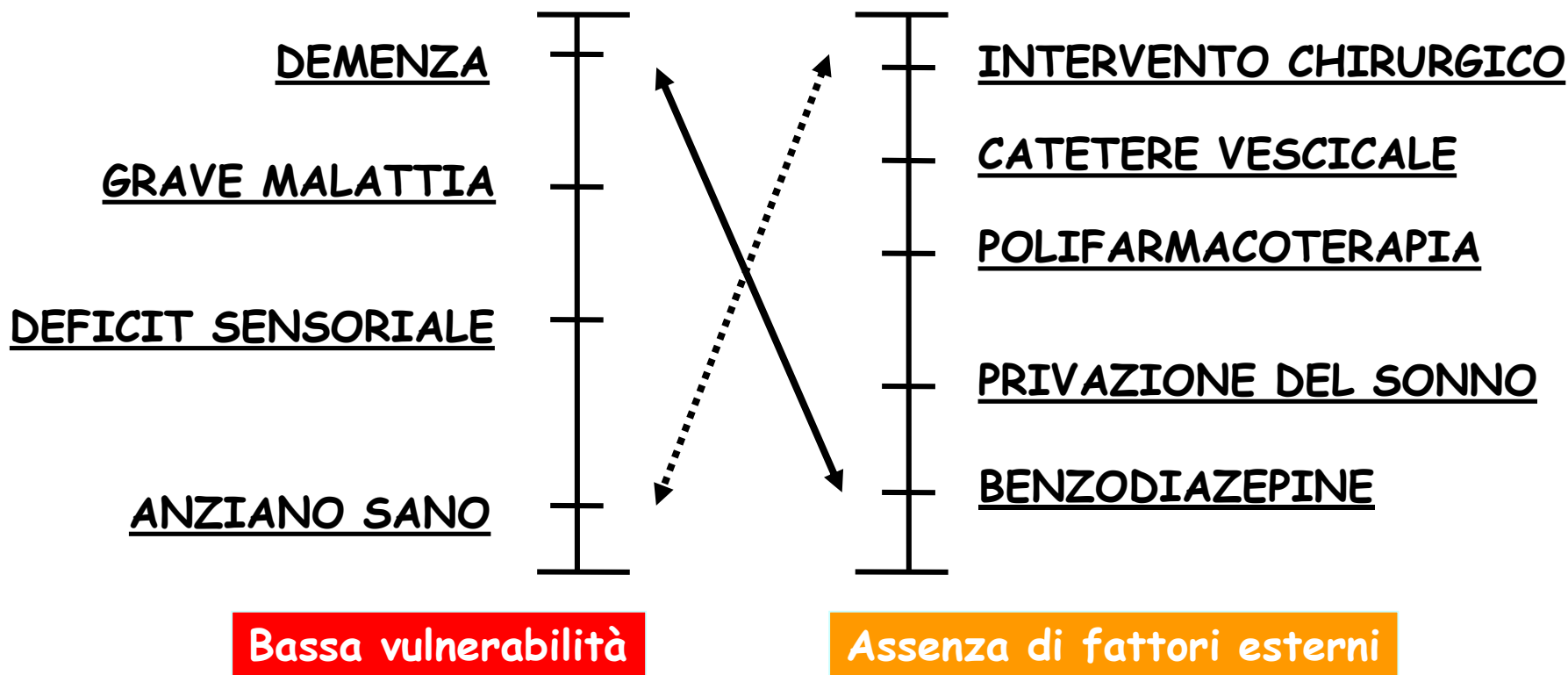
FATTORI DI RISCHIO PER DELIRIUM

FATTORI PREDISPONENTI

FATTORI PRECIPITANTI

Alta vulnerabilità

Fattori esterni



(da Inouje e Charpentier 1996, modificata)

Delirium Day (28.09.16)

Arruolati 3.032 pazienti in ospedale

(Persone con 65 e più anni ricoverate in 205 reparti ospedalieri per acuti)

Prevalenza media di delirium 22.04%

(in oltre la metà dei casi si è trattato di delirium ipocinetico = senza agitazione)

Principali fattori di rischio: età, demenza, neurolettici, uso di cateteri vescicali, di linee venose e di mezzi di contenzione

Come possiamo ridurre il rischio di eventi avversi?

- **Cultura – formazione – ricerca**
- **Ospedale aperto** (... frequenza tirocinanti di tutte le professionalità...)
- **Alleanza con familiari e/o amici (“fiduciario”)**
- La presenza dei familiari e/o persone “vicine” (“amico”, “badante”...) alle persone affette da demenza lungo tutto il percorso della degenza ospedaliera (fin dal P.S.!) è fondamentale



PER SEGUIRE
UNA PERSONA CON DEMENZA
NON BASTA CONOSCERE LA MALATTIA,
NON BASTA NEMMENO
CONOSCERE IL PROPRIO LAVORO,
NON BASTA AVERE SOLO COMPETENZE
BISOGNA CONOSCERE LA PERSONA.

(adattato da S. Vitali)

Unità Geriatriche per Acuti (UGA)

Le UGA, che si riconoscono in un modello di cura globale e multidimensionale ed in cui vengono valorizzati gli aspetti di tipo funzionale e cognitivo, possono rappresentare le sedi più indicate per l'accoglienza del paziente con demenza con complicanze somatiche o per problemi di scompenso comportamentale acuto.

Masotti G. et al. Le Unità Geriatriche per Acuti: Giorn. Geront.2001; 49:760-770

Stollery JM et al. Managing the care of patients with irreversible dementia during hospitalization for comorbidities. Nurs Clin North Am. 1993 Dec; 28(4):767-82

**Se la Persona affetta da demenza
necessita di terapia intensiva
che fare?**

Prognosi dei pazienti con demenza in terapia intensiva

- Non dati a lungo termine
- Non dati su livello cognitivo, disabilità o qualità della vita alla dimissione
- Non dati sulla demenza avanzata
- Dai dati disponibili, sembra ragionevole

**limitare l'accesso solo a pazienti con grave
disabilità nelle ADL precedente l'evento acuto,
indipendentemente dalla diagnosi di demenza**



- I risultati dello studio del professor Marchionni, ordinario di geriatria
- Il conforto di un familiare riduce l'ansia e i problemi cardiovascolari
- Per due anni monitorati 400 pazienti dell'unità intensiva geriatrica



Una carezza come medicina

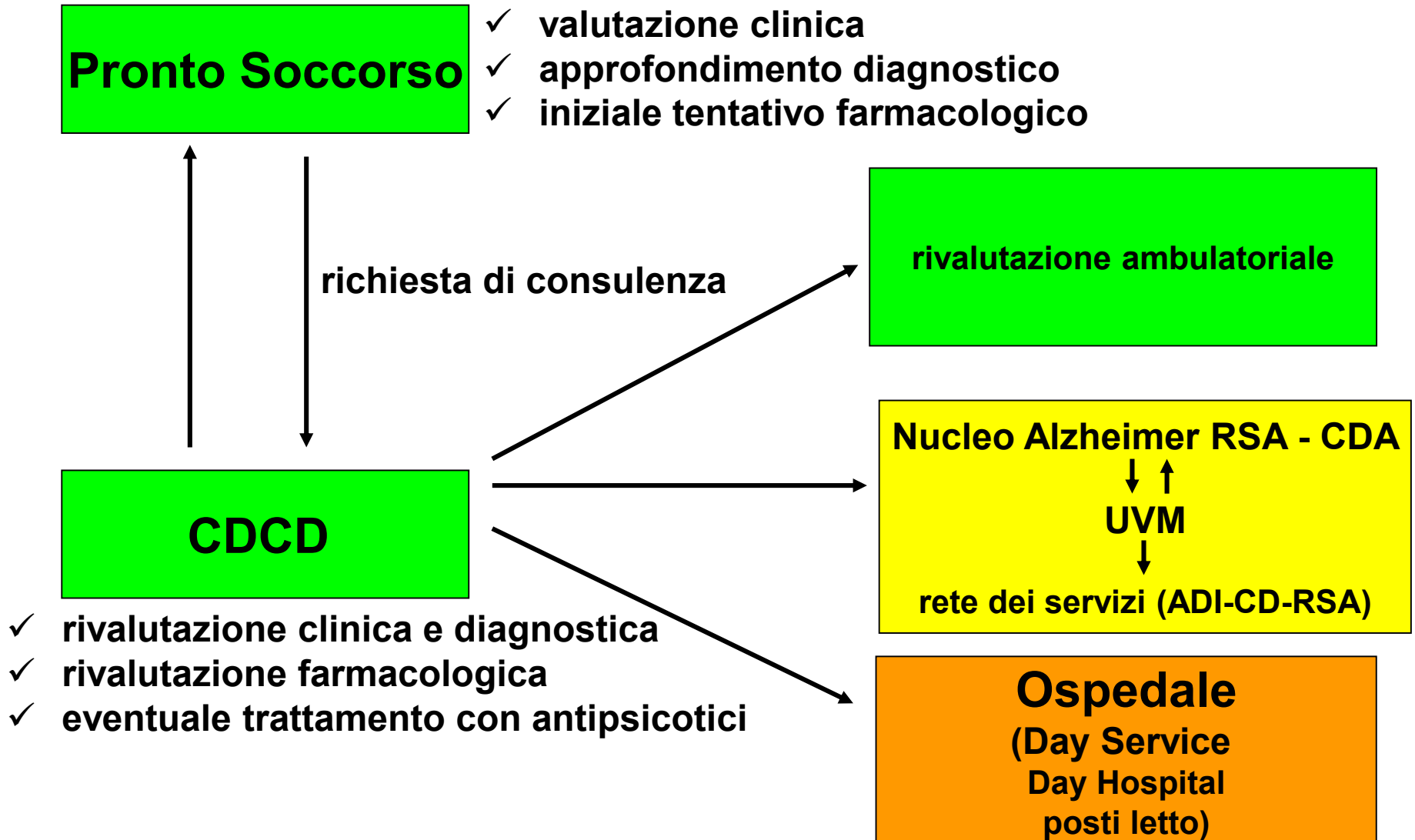
Stanno meglio i ricoverati con un parente vicino

Pronto Soccorso momento utile per discriminare:

- **Stato determinato da reali problematiche cliniche che necessitino di un approccio diagnostico e terapeutico per acuti (UGA)**
- **Situazioni che possono essere affrontate proficuamente in altra maniera (regime ambulatoriale, day Hospital, day service)**
- **Scompensi comportamentali legati a disagio psicosociale (accesso diretto nucleo Alzheimer in RSA, CDA)**

Possibile percorso

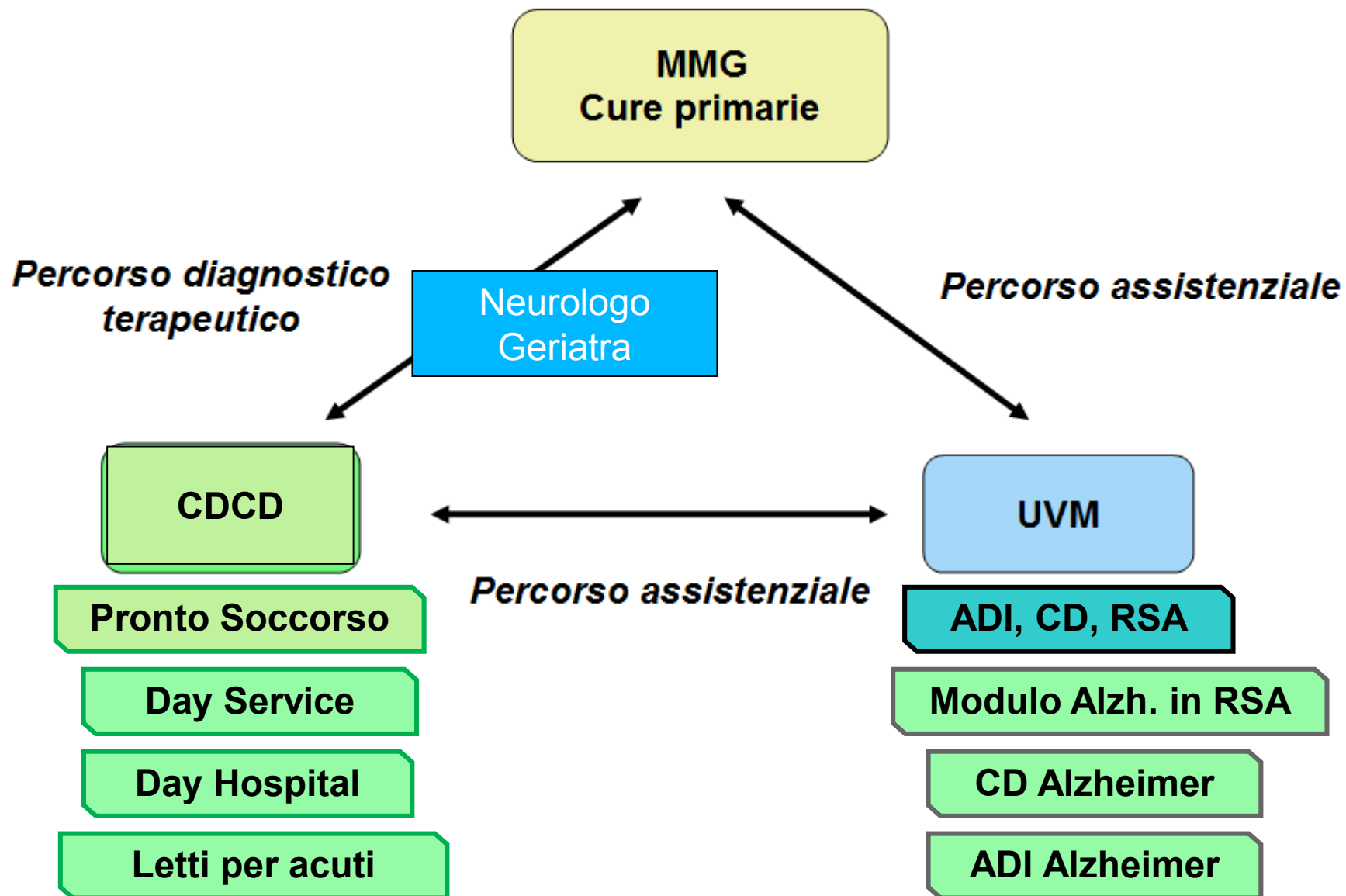
in presenza di gravi disturbi del comportamento



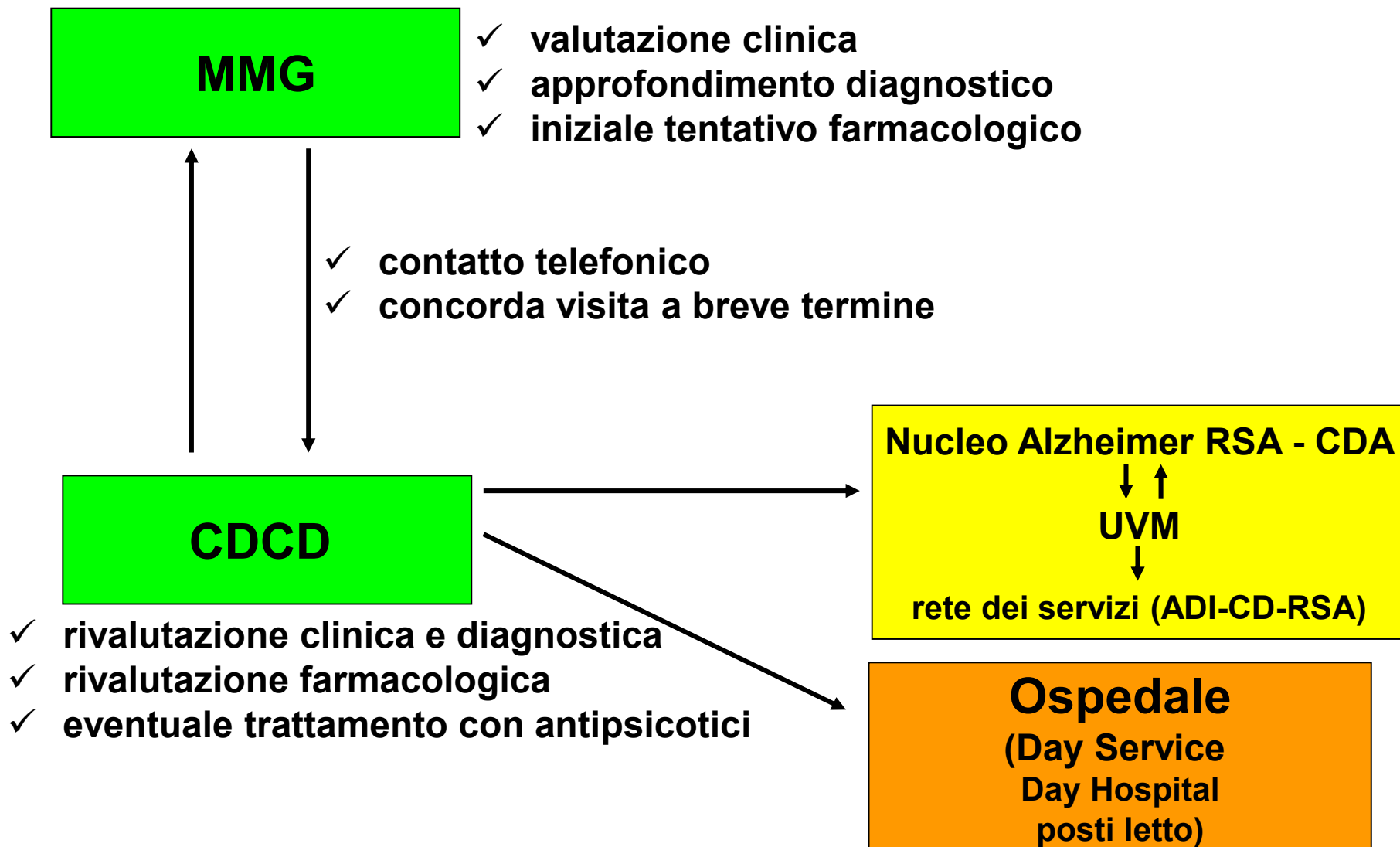
Come prevenire il ricorso al P.S. e le ospedalizzazioni non strettamente necessarie?

- Sviluppare cultura, formazione, ricerca
- Qualificare e valorizzare l'esistente
- Sviluppare servizi "terapeutici" e con "tensione riabilitativa"
- Favorire e supportare interventi a basso costo che favoriscono la domiciliarità

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale: qualificare e valorizzare l'esistente



Possibile percorso in presenza di gravi disturbi del comportamento

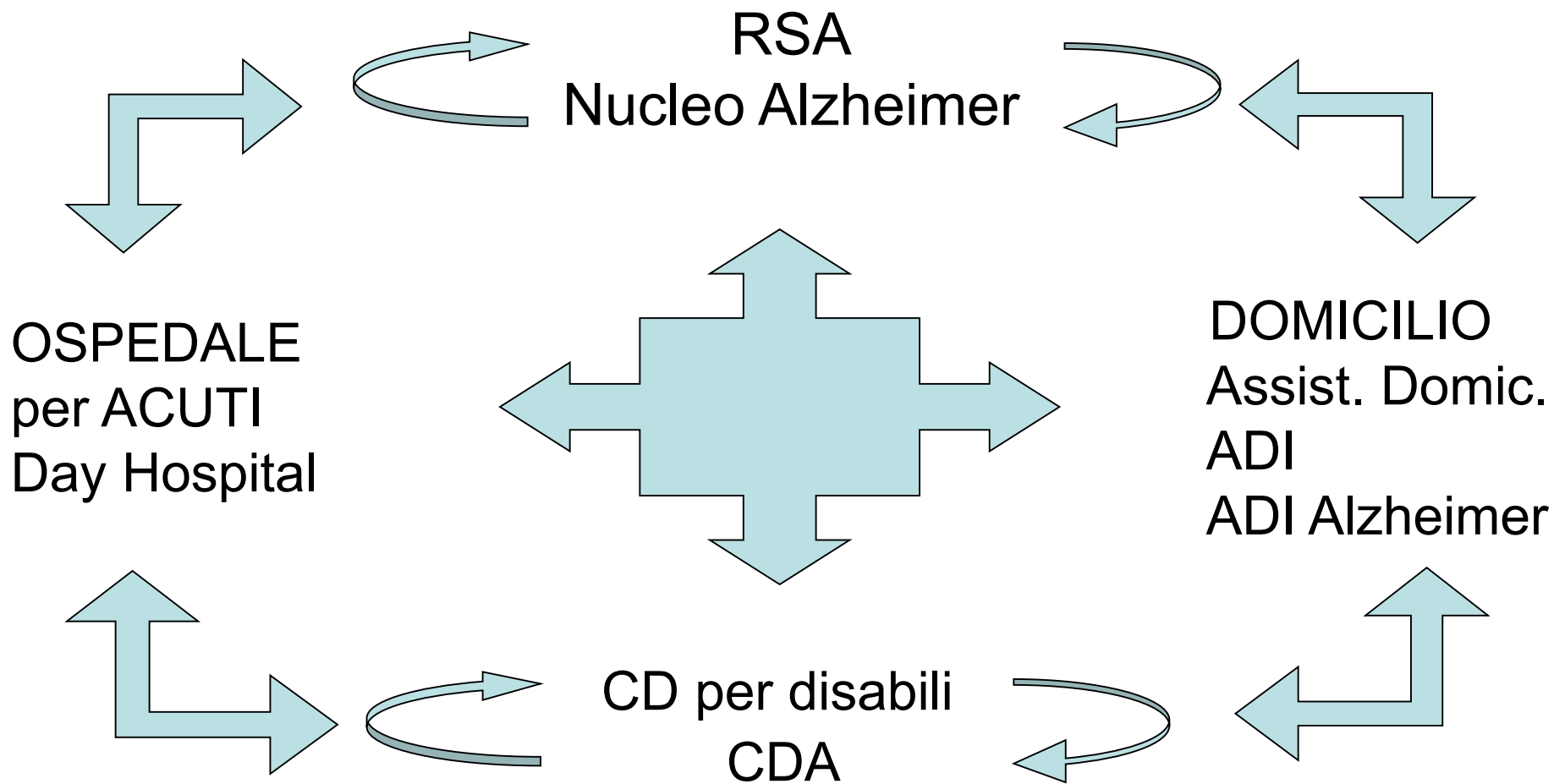


Necessità servizi specifici per BPSD

Numerose esperienze nazionali ed internazionali hanno dimostrato che servono **servizi dedicati e specializzati** per assistenza e cura dei disturbi comportamentali:

- **Centri Diurni Alzheimer**
- **Nuclei Alzheimer Residenziali**

Circolarità dei Servizi



RETE DEI SERVIZI

- Territorio

MMG, AD, ADI, CD, CDA

- RSA

Piccoli nuclei diffusi sul territorio
Moduli "base" e "specialistici"

Ospiti:

permanenti, temporanei, diurni

- Strutture Intermedie
(*"tensione riabilitativa"*)

- Ospedale

Reparti Intensivi

Reparti Post-intensivi

Day Hospital

Day Service

RETE DELLA SOLIDARIETÀ

- Famiglia

- Vicinato

- Volontariato

**Persona
Affetta
da demenza**

La rete dei servizi deve compenetrarsi con la rete della solidarietà per mantenere la persona affetta da demenza nel mondo della vita

In sintesi

L'ospedalizzazione comporta per la Persona affetta da demenza notevoli rischi per il proprio stato di salute

Le persone affette da demenza si dovrebbero ricoverare in ospedale soltanto quando necessitano di interventi di diagnosi e cura che soltanto l'ospedale può erogare

In tal caso l'ospedale si deve "attrezzare" per garantire loro la miglior prognosi possibile

Negli altri casi dobbiamo diffondere, potenziare, qualificare i servizi di base e specialistici della rete, necessari per tempestiva diagnosi e per la "gestione" della malattia fino alla fase terminale compresa.

Evoluzione della realizzazione dei servizi per demenza a Pistoia - 1

- **1996** istituzione

Sezione di Geriatria (affidente U.O. Attività Sanitaria di Comunità)

Centro Diurno di Monteoliveto **ad alta Integrazione socio-sanitaria (CDI)** per anziani affetti da vari tipi di disabilità, in particolar modo da demenza

- **2000**

la sezione di Geriatria assume funzione di unica **Unità Valutativa Alzheimer (UVA)** per l'intero territorio dell'Azienda USL di Pistoia

Inizio attività Centro Diurno Alzheimer RSA Monsummano

- **2001** “trasformazione” della sezione di Geriatria in **U.O. Complessa di Geriatria Aziendale** (affidente all'Area Medica del Presidio ospedaliero di Pistoia con proiezione sul territorio dell'intera Azienda e sugli altri presidi ospedalieri)

Evoluzione della realizzazione dei servizi per demenza a Pistoia - 2

- **2004** inaugurato **Centro Diurno Alzheimer (CDA)** di Monteoliveto, specificamente destinato al trattamento di soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento

- **2007** costituzione

Nucleo Alzheimer presso RSA Stella di Mosummano

Nucleo Alzheimer presso RSA Turati di Gavinana

Caffè Alzheimer a Pistoia (coll. Geriatria – Servizio Sociale)

- **2009** costituzione AIMA sezione Pistoia

- **2013** inaugurati

Caffè Alzheimer a Maresca (propaggine di Pistoia)

Caffè Alzheimer a Ponte Buggianese (AIMA)

22 Luglio (insediamento nuovo ospedale di Pistoia) la Geriatria viene dotata di 12 posti letto a gestione diretta in Area Medica

22.07.13: una nuova risorsa a Pistoia: posti letto a carico della Geriatria (UVA > CDCD)

Anno 2016

Pazienti ricoverati: 601

(tot. ricoveri: 741; degenza media 7,8 giorni;
13% ricoverati 2 o più volte)

Pazienti con demenza già in carico: 253

(34 % dei ricoveri; 7 % dei pz in carico sul territorio)

Delirium o BPSD come motivo di ricovero: 56

(8% dei ricoveri totali)

Consulenze al PS/OBI: 156

(47 con ricovero successivo: 30% delle consulenze)

Riflessioni - 1

- Considerare i letti di Geriatria come risorsa dell'Ospedale e del Territorio per la Persona con demenza

C'è la necessità di:

- ✓ adeguare l'AMBIENTE in un Ospedale organizzato per intensità di cure
- ✓ formazione specifica del personale (DEDICATO e MOTIVATO)
- ✓ forte collegamento con il PS per la selezione dei pazienti da ricoverare, da rinviare a domicilio, da inviare ai servizi specialistici territoriali

Riflessioni - 2

Considerata l'alta percentuale di re-ricoveri, occorre:

- potenziare i servizi della rete territoriale, fruibili in tempo reale... (in Valdinievole sperimentaremo “cure intermedie” per persone con BPSD)
- migliorare il collegamento MMG (Cure Primarie) CDCD (colloquio telefonico, spazi dedicati nelle Case della salute, ...)
- avere figure afferenti al CDCD che accompagnino il paziente al proprio domicilio (infermiere, OSS...) e favoriscano il collegamento sul Territorio (“ANGELI DELLA DIMISSIONE”)