



4° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

I centri diurni Alzheimer in Toscana Offerta e case mix

Pistoia 31 maggio 2013

matilde.razzanelli@ars.toscana.it

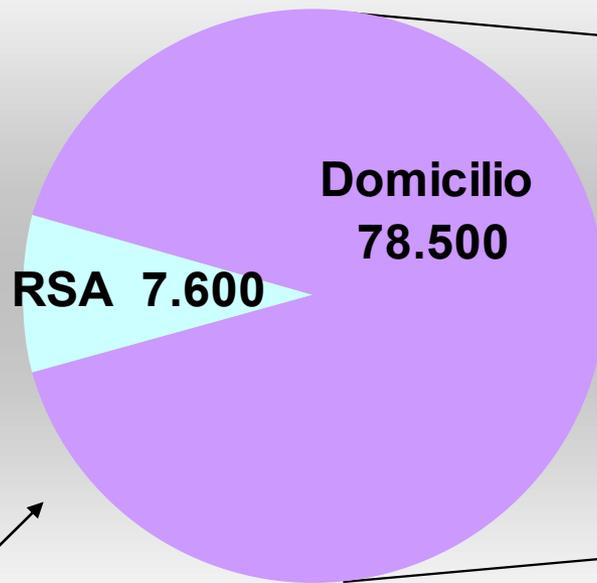
paolo.francesconi@ars.toscana.it



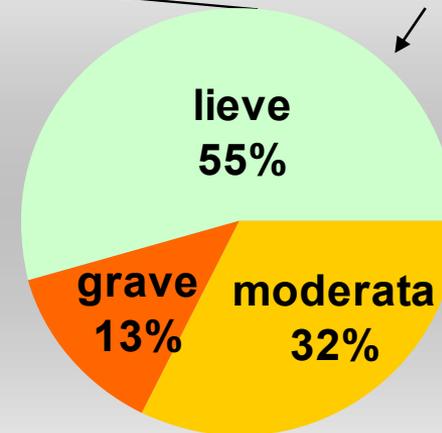
ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Stime di prevalenza demenza *

Persone con demenza in Toscana Stime 2011



Prevalenti per
luogo di residenza



Compromissione
funzionale

86.200 malati 2011
10.600 nuovi casi nel 2011

Fonti:

* Stime ARS su dati di 4 studi epidemiologici Toscani (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/> sezione Anziani>Demenza)

Offerta residenziale e semiresidenziale

Semiresidenziale 2010

1.611 *** posti semiresidenziali di cui

1.210 *** posti in CD

317 *** posti in Centro Diurno
Alzheimer

Residenziale 2012

16.333 ** posti residenziali di cui

12.280 ** posti per non autosufficienti

732 ** posti in modulo
cognitivo-comportamentale

4.4* posti ogni 1.000 malati
in Centro Diurno Alzheimer
(prevalenti e posti in 26 distretti agg. 2010)

8.5 posti ogni 1.000 malati
in modulo cognitivo-comportamentale

**Ma per chi sono appropriati i servizi specialistici
residenziali e semiresidenziali?**

Fonti:

* Stime ARS su dati di 4 studi epidemiologici Toscani (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/> sezione Anziani>Demenza)

** Censimento Regionale Strutture Residenziali 2012

*** Censimento Regionale Centri Diurni 2010 (hanno risposto 26 distretti, per 7 distretti sono stati usati dati 2005, per un distretto non ci sono dati)

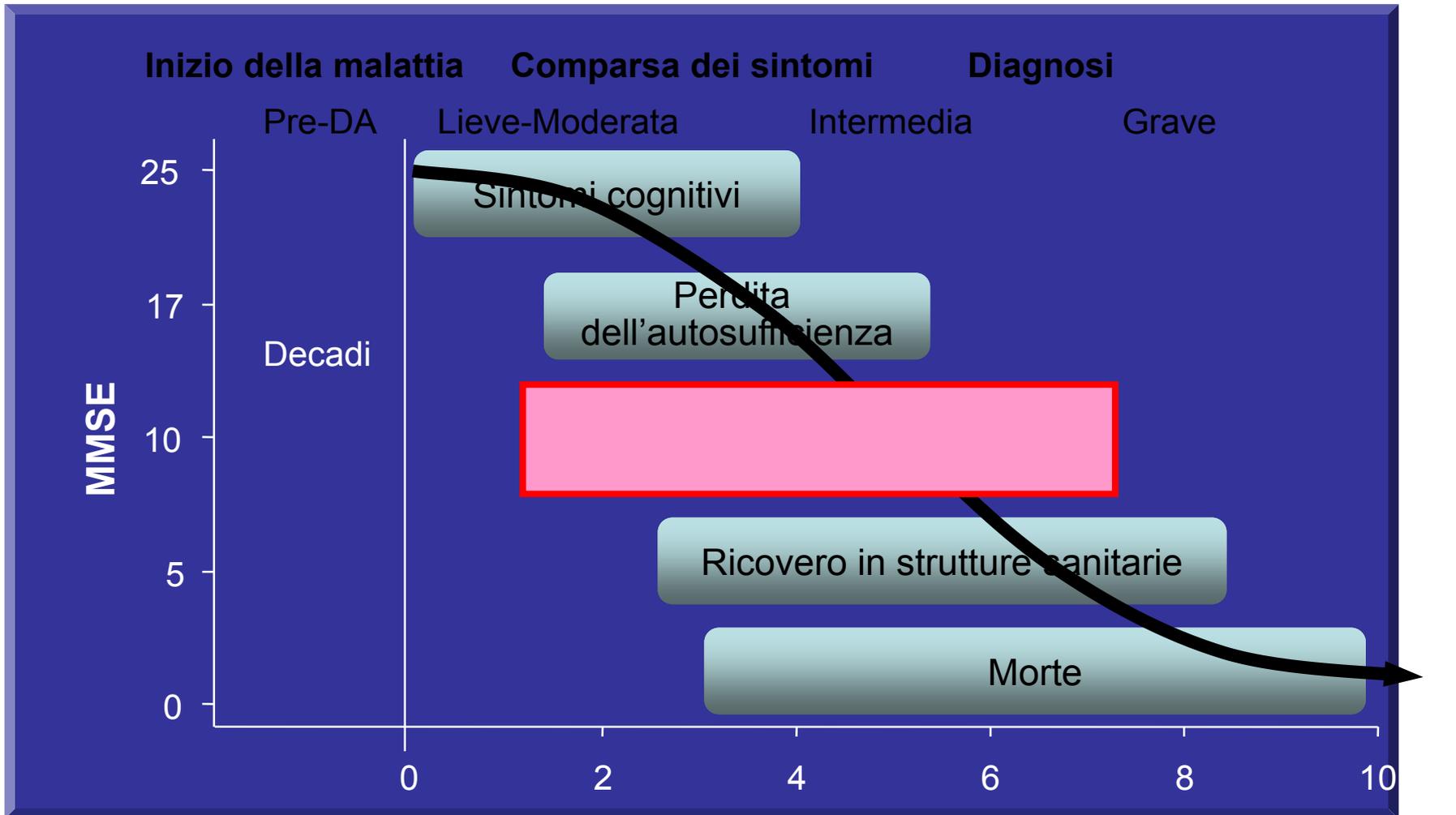
Tipologia: Le indicazioni della 402/04

Struttura	Tipologia dell'utenza
Modulo 3	“[...]soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering. Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza [...]
CDA	[...] persone anziane affette da sindromi demenziali con elevato decadimento, accompagnato anche da disturbi comportamentali, per le quali sia possibile definire e attivare un programma di “cura” con l’obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell’assistito e dei suoi familiari [...]

Nella normativa regionale si parla per entrambe le tipologie assistenziali di:

- Indicazione per soggetti con decadimento cognitivo e disturbi comportamentali
- Finalità terapeutica e riabilitativa
- Temporaneità del ricovero

Storia naturale della Malattia di Alzheimer



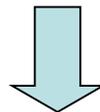
Adattata da Gauthier S. ed. Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. 1996.

Per gentile concessione della Dr.ssa Antonella Notarelli

Quantificazione: Stima del bisogno e della risposta in Toscana

C.a. 10.500 casi incidenti l'anno**

40% dei soggetti arruolati nello studio CHS hanno mostrato sintomi di disturbi comportamentali (agitazione o aggressività) almeno una volta dall'insorgere dei disturbi cognitivi *



C.a. 4.200 casi incidenti stimati di malati con agitazione o aggressività l'anno

Ipotizzando

- un sufficiente approssimazione della stima del bisogno
- una sufficiente completezza del censimento
- una permanenza di 6 mesi

➔ i posti disponibili tra **moduli specialistici e CDA** coprirebbero mediamente **circa il 50%** del bisogno stimato, ma con grosse differenze tra territori

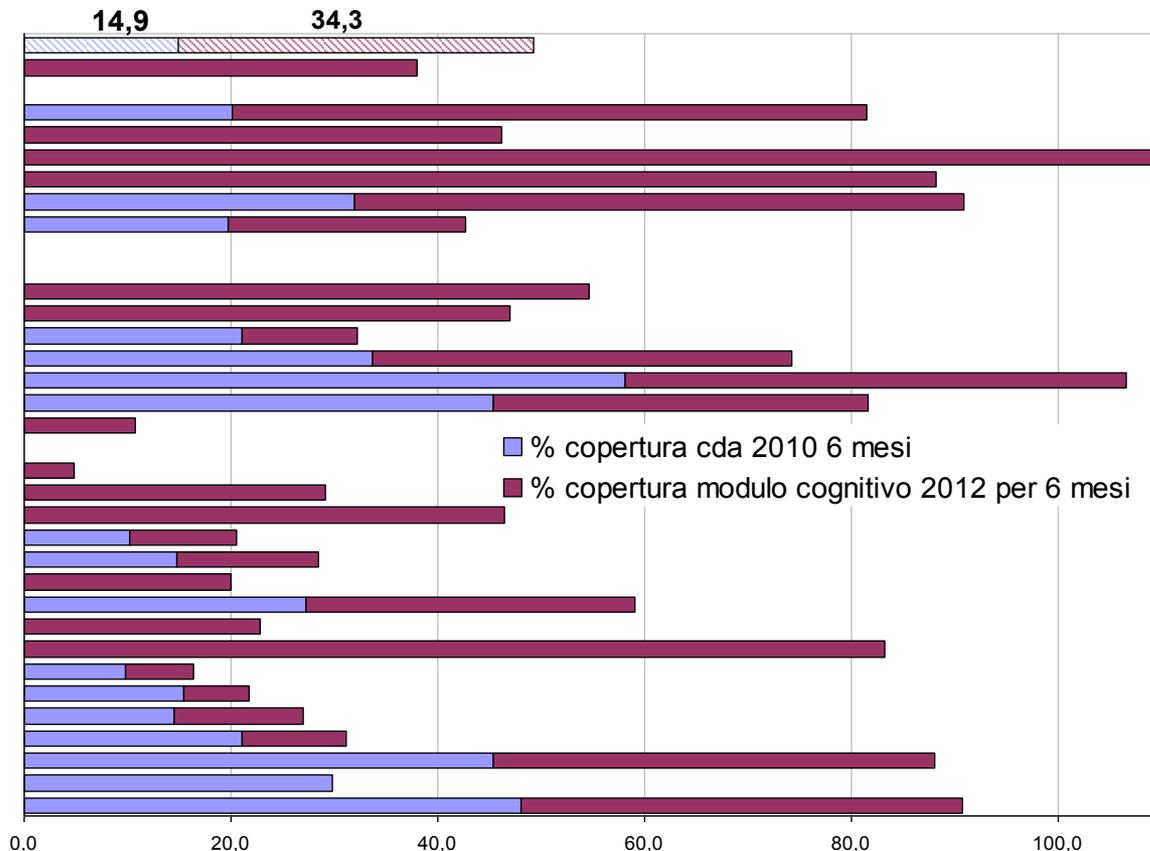
Fonti:

*Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. *Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study*. JAMA. 2002 Sep 25;288(12):1475-83.

**Stime ARS su dati di 4 studi epidemiologici Toscani (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/> sezione Anziani>Demenza)

Stima della copertura potenziale per distretto

Copertura potenziale del bisogno stimato per ricoveri di max 6 mesi



2/1 Rapporto tra posti Modulo/CDA
Qual è il giusto rapporto ?

Disparità territoriale nella copertura e nella modalità di copertura del bisogno

Molte zone non hanno CDA: i posti semiresidenziali sono però abbastanza legati al territorio ...

Questi dati di copertura valgono se i posti vengono usati in regime di appropriatezza secondo i criteri stabiliti.

Ma come sono i pazienti dei CDA?

Il case mix dei CDA in Toscana

Survey CDA e Moduli cognitivi comportamentali in RSA 2011

- Rilevazione dei case mix prevalente degli ospiti tramite scheda RUG
- Definizione profilo teorico atteso in entrata (funzionale, cognitivo, comportamentale)
- Confronto tra profilo medio atteso e osservato

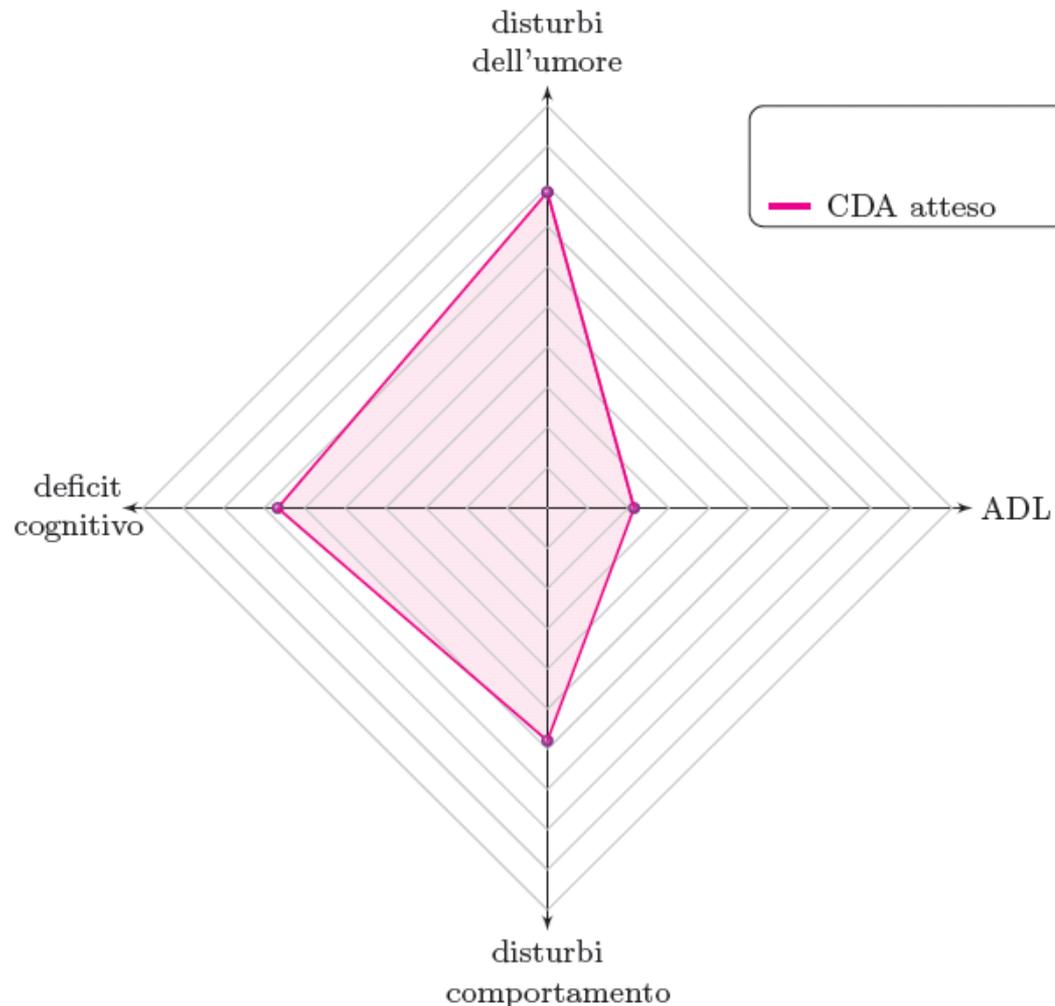
Il **profilo atteso**, cioè il profilo del paziente eligibile alla frequenza in CDA, è stato definito in collaborazione di un gruppo multiprofessionale (geriatri, medici di comunità, infermieri, assistenti sociali).

Profili osservati:

Hanno partecipato **25 CDA** sui 27 censiti dalla regione (85%)

Sono stati valutati **292 pazienti** di CDA

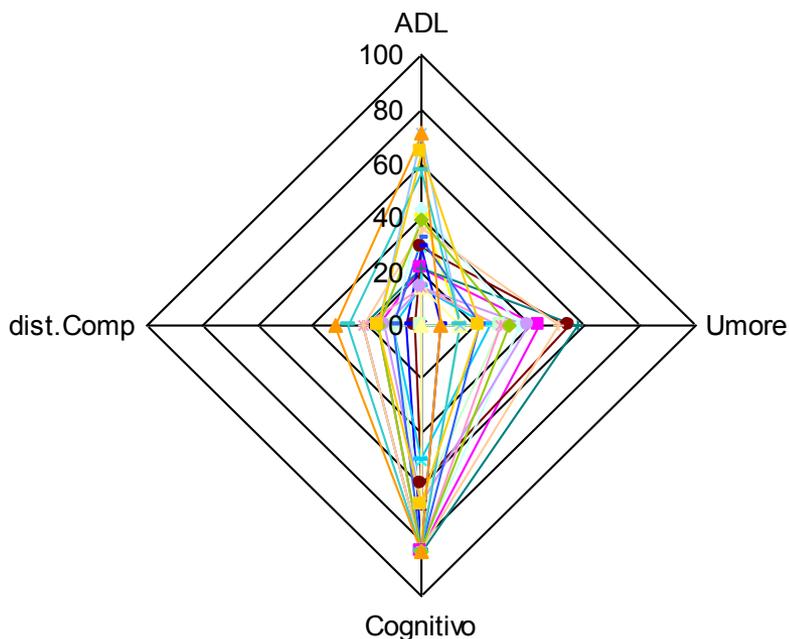
CDA: profilo atteso dell'ospite in ingresso



Il **radar** mostra la **gravità media attesa** dei pazienti sui 4 assi considerati, misurati tramite le sottoscale del RUG riportati in una scala da 0 a 100

CDA: profili multidimensionali dei pazienti ricoverati

Media normalizzata punteggi indici sintetici - per CDA



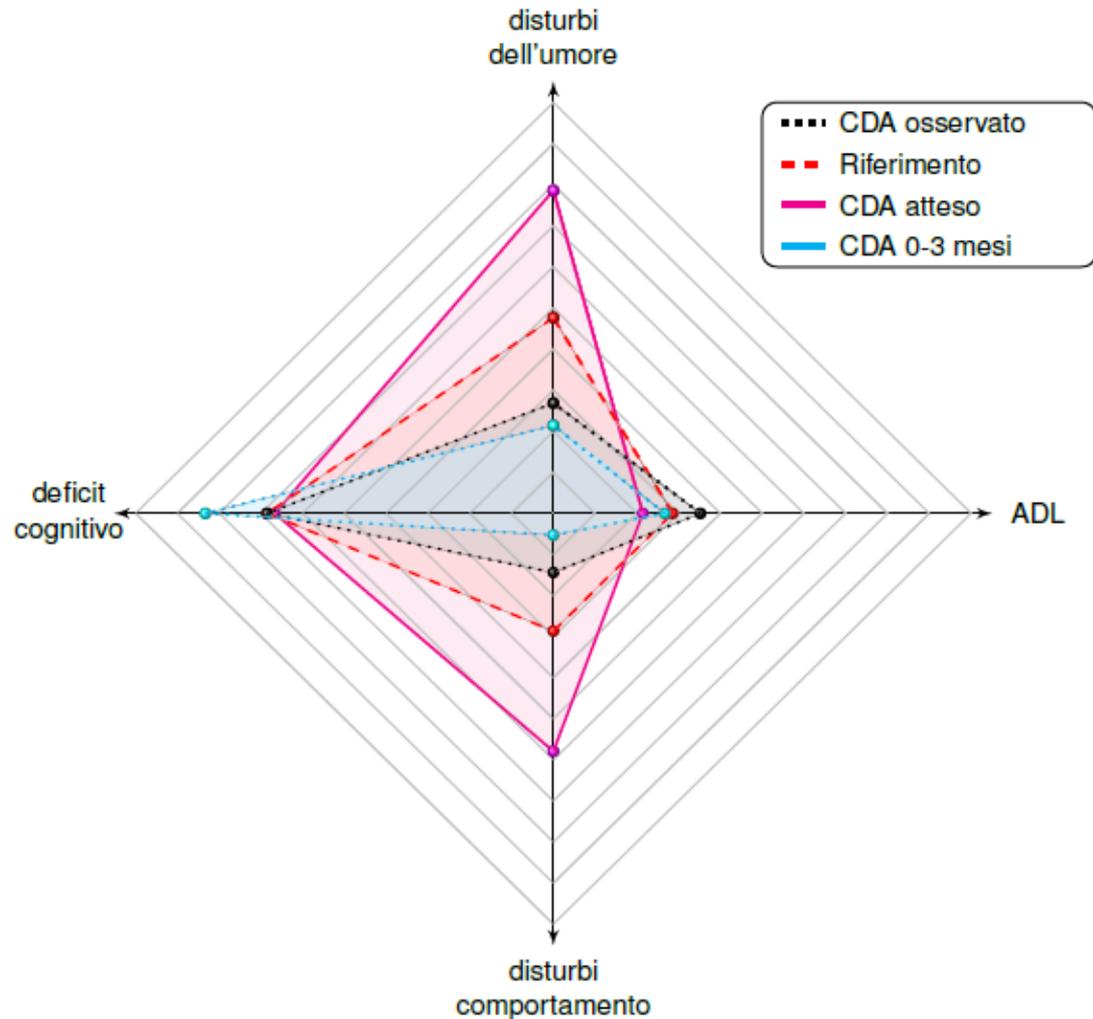
Il **radar** mostra la **gravità media dei pazienti di ciascuna delle 25 strutture** sui 4 assi considerati, misurati tramite le sottoscale del RUG su una scala da 0 a 100

Il **grafico a barre** mostra il CMI dei 25 CDA che hanno valutato i propri pazienti

Riscontriamo:

- Variabilità nel profilo medio di utenza
- Variabilità di case mix

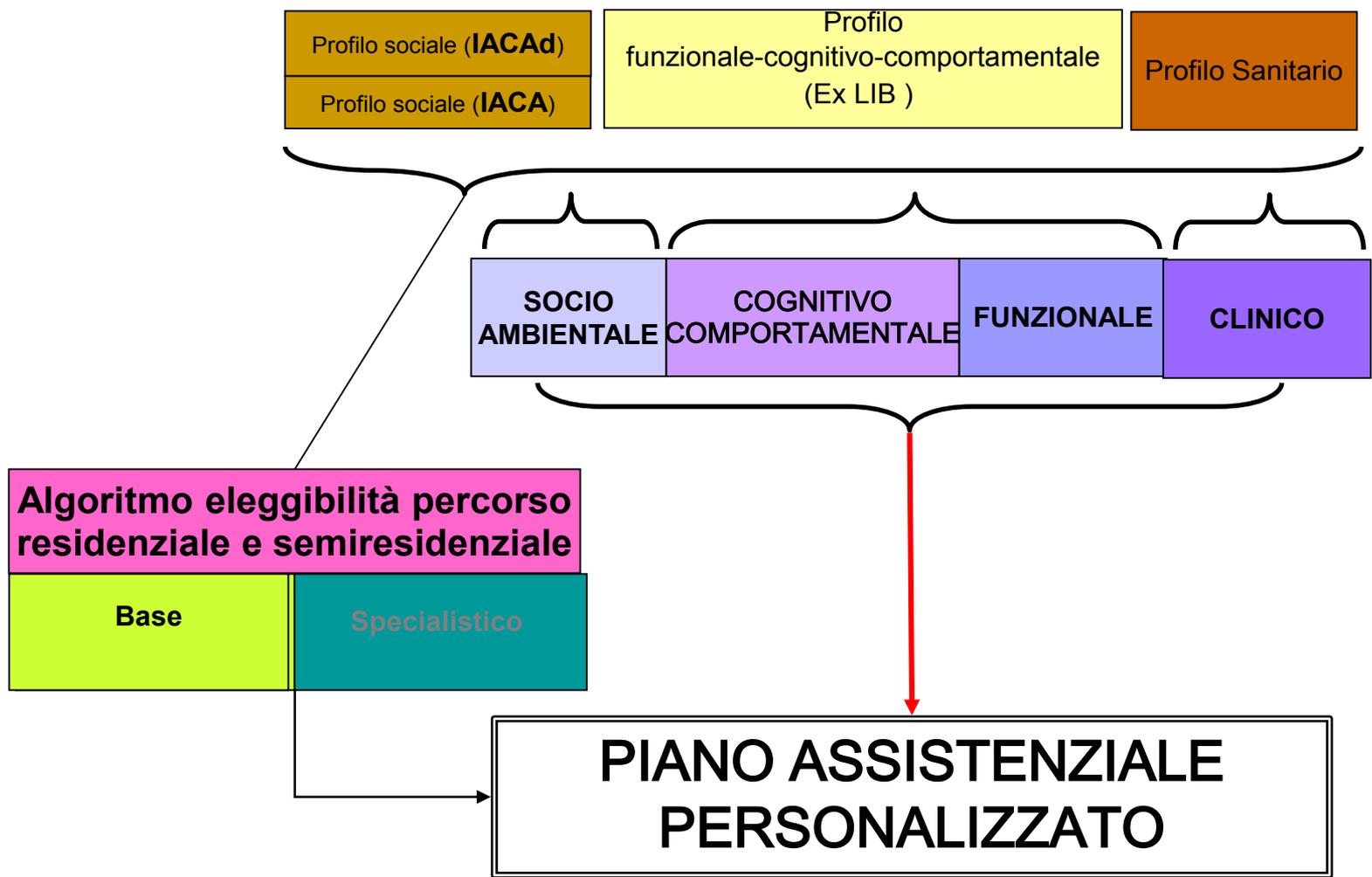
CDA: profilo atteso vs osservato



Il profilo osservato risulta molto più lieve per quanto riguarda i disturbi del comportamento e dell'umore e più grave dal punto di vista funzionale.

Questo è vero anche per gli anziani che frequentano il CDA da meno di 4 mesi

Il profilo medio di una struttura presa come riferimento si avvicina molto di più al profilo atteso



Lavorare sui criteri di eleggibilità ai vari servizi potrebbe migliorarne l'appropriatezza di utilizzo e l'equità della distribuzione a parità di bisogno

Conclusioni

Offerta:

- Il numero di posti nei servizi semiresidenziali e residenziali specialistici appare sottodimensionato rispetto al numero di persone con demenza
- Stimando il fabbisogno in regime di appropriatezza, secondo l'attuale normativa di riferimento, la sproporzione diminuisce notevolmente
- Si registra un'ampia variabilità nella copertura e nella modalità di copertura (residenziale vs semi-residenziale) tra distretto e distretto

Case mix:

- Emerge una notevole variabilità dei profili di case-mix tra struttura e struttura
- Confrontando il case mix atteso (in ingresso) con l'osservato (tra i già assistiti) si evince che il profilo medio di utenza ha meno disturbi del comportamento e dell'umore rispetto all'atteso
- Ciò è vero anche per i pazienti di recente inserimento
- Definire con esattezza finalità terapeutiche e assistenziali di questi servizi e di conseguenza, criteri di eleggibilità per l'accesso, potrebbe aumentare il livello di appropriatezza nel loro utilizzo