FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Anziano"

6° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

15 - 16 Maggio 2015

Auditorium
Via Panconi, 14 - Pistoia

PROGRAMMA

Sigfrido Bartolini - "Visione gli Inferni", vetrata - Chiesa di Bonacolda, Peschiera

Il Medico di Medicina Generale e l'accesso ai servizi per la demenza

Alessandro Bussotti
MMG
Agenzia Continuità Assistenziale, AOUC

MMG e Demenza – perché?

POPOLAZIONE ITALIANA FUTURA E DEMENZA						
Classi età	**Pop. 2010**	**Dem. 2010**	**Pop. 2030**	**Dem. 2030**	**Pop. 2050**	**Dem. 2050**
60-64	3.684.382	22.106	4.823.143	28.939	3.642.751	21.857
65-69	3.155.739	50.492	4.373.703	69.979	3.782.652	60.522
70-74	3.023.563	105.825	3.602.723	126.095	4.073.641	142.577
75-79	2.524.699	186.828	3.012.315	222.911	4.157.191	307.632
80-84	1.889.263	296.614	2.558.545	401.692	3.659.133	574.484
85-89	1.157.855	303.358	1.602.491	419.853	2.601.176	681.508
90-94	324.912	133.214	911.073	373.540	1.373.270	563.041
>95	140.155	64.892	380.223	176.043	707.677	327.654
Tutti	15.900.568	1.163.329	21.264.216	1.819.052	23.997.491	2.679.276
Pop.Gen.	60.224.114		62.128.993		61.716.517	

Dati ISTAT – in: Sindrome Demenza, Diagnosi e Trattamento, Linee Guida Regione Toscana 2011

MMG e Demenza - perché?

- Presa in carico precoce
- Forte personalizzazione degli interventi
- Costante revisione del piano assistenziale

Al fine di:

- contenere il disturbo comportamentale
- favorire l'attività di presa in cura del malato
- consentire la permanenza nel proprio ambiente
- commisurare i servizi assistenziali al grado di disabilità

Sindrome Demenza, Diagnosi e Trattamento, Linee Guida Regione Toscana 2011

MMG e Cure Primarie – perché?

Raccomandazione 1

I/A Il medico di medicina generale conosce il profilo cognitivo/comportamentale dei suoi assistiti e può identificare i segni clinici del decadimento cognitivo al loro insorgere, anche avvalendosi delle segnalazioni dei familiari.

Raccomandazione 2

III/A Quando rileva alterazioni cognitivo-comportamentali, il medico di medicina generale dovrebbe valutare la presenza di sintomi depressivi, eventualmente avvalendosi di strumenti psicometrici e di altre competenze professionali. E' consigliabile l'uso della Geriatric Depression Scale a 15 item.

Raccomandazione 3

III/A Un delirium è sospettabile nei soggetti che presentano un profilo clinico/comportamentale analogo a quello descritto nei criteri diagnostici del DSM-IV-TR.

Raccomandazione 4

I/A La demenza è sospettabile nei soggetti che presentano un profilo clinico analogo a quello descritto nei criteri per la definizione di Demenza del DSM-IV.

Raccomandazione 5

I/A Il medico di medicina generale formula l'ipotesi diagnostica di demenza attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo generale, la ricerca di eventuali fattori causali iatrogeni e un'intervista strutturata, eseguita nell'ambito del team multiprofessionale.

Raccomandazione 6

VI/A Nell'ambito delle attività del medico di medicina generale è buona pratica ricercare tutte le condizioni patologiche che possono essere causa di disturbi cognitivi.

Raccomandazione 7

VI/A Nel formulare l'ipotesi diagnostica di demenza il medico di medicina generale valuta la presenza di comorbilità e identifica elementi di rischio riferibili a isolamento sociale.

Raccomandazione 8

VI/B Nel sospetto di una demenza, il medico di medicina generale propone al paziente esami ematochimici basali.

Raccomandazione 9

VI/A Per una definizione diagnostica di demenza, il medico di medicina generale propone al paziente un esame di visualizzazione cerebrale (TC o RM).

Raccomandazione 10

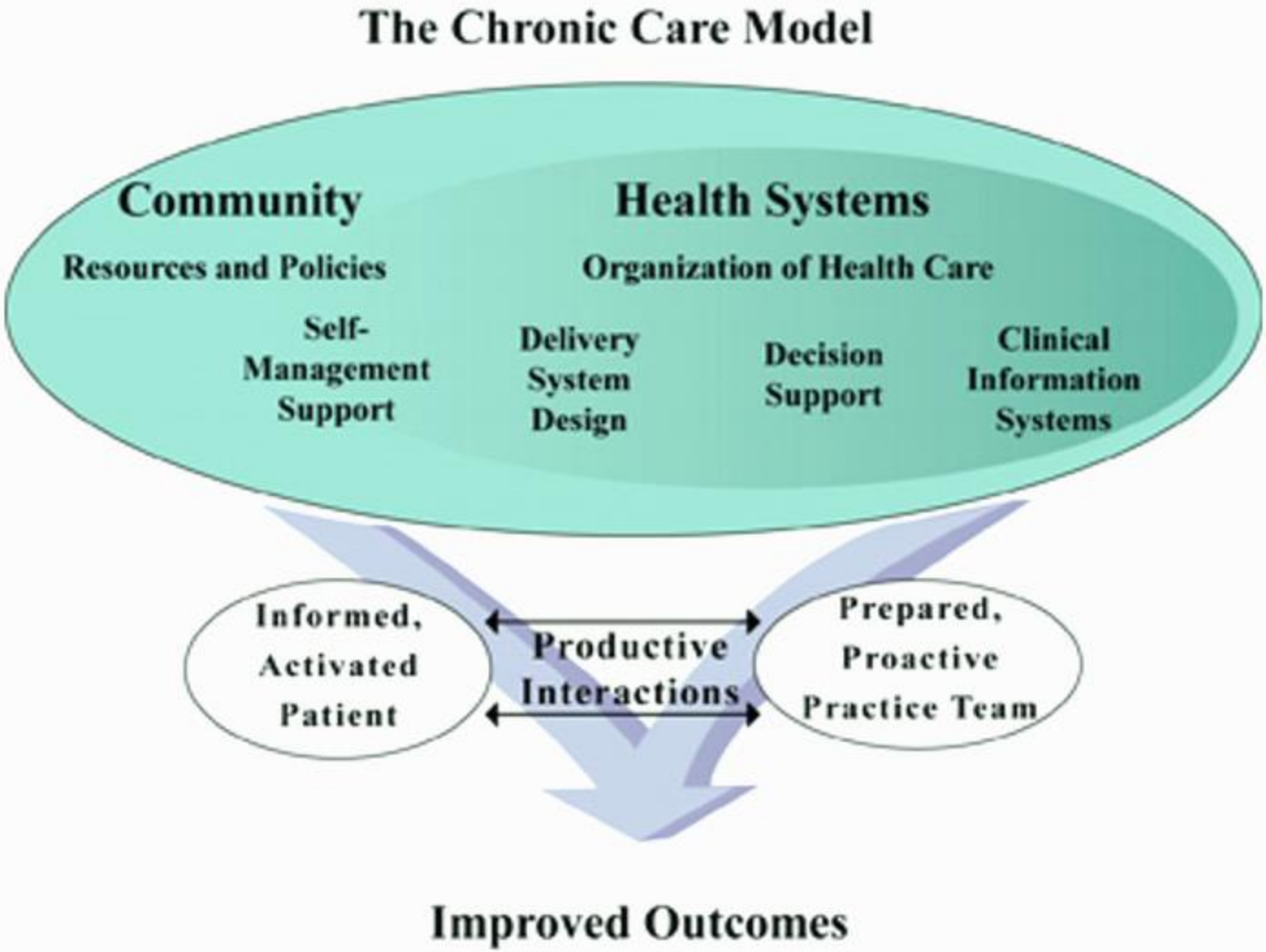
VI/A Per la conferma diagnostica, per la diagnosi differenziale fra le demenze, per l'organizzazione del piano terapeutico e per la stabilizzazione di situazioni complesse, il medico di medicina generale può avvalersi dei servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze.

Raccomandazione 16

V/A Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al trattamento farmacologico.
Al momento della diagnosi di demenza, deve essere valutata la possibilità di un trattamento non farmacologico dei sintomi cognitivi, anche se le prove di letteratura non sono ancora conclusive. E' necessario discutere con paziente e caregiver i benefici realisticamente attesi e prevedere momenti e strumenti di formazione e supporto ai caregiver. Per queste finalità il medico di medicina generale si avvale dei servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze.

Sindrome Demenza, Diagnosi e Trattamento, Linee Guida Regione Toscana 2011

La Sanità di Iniziativa



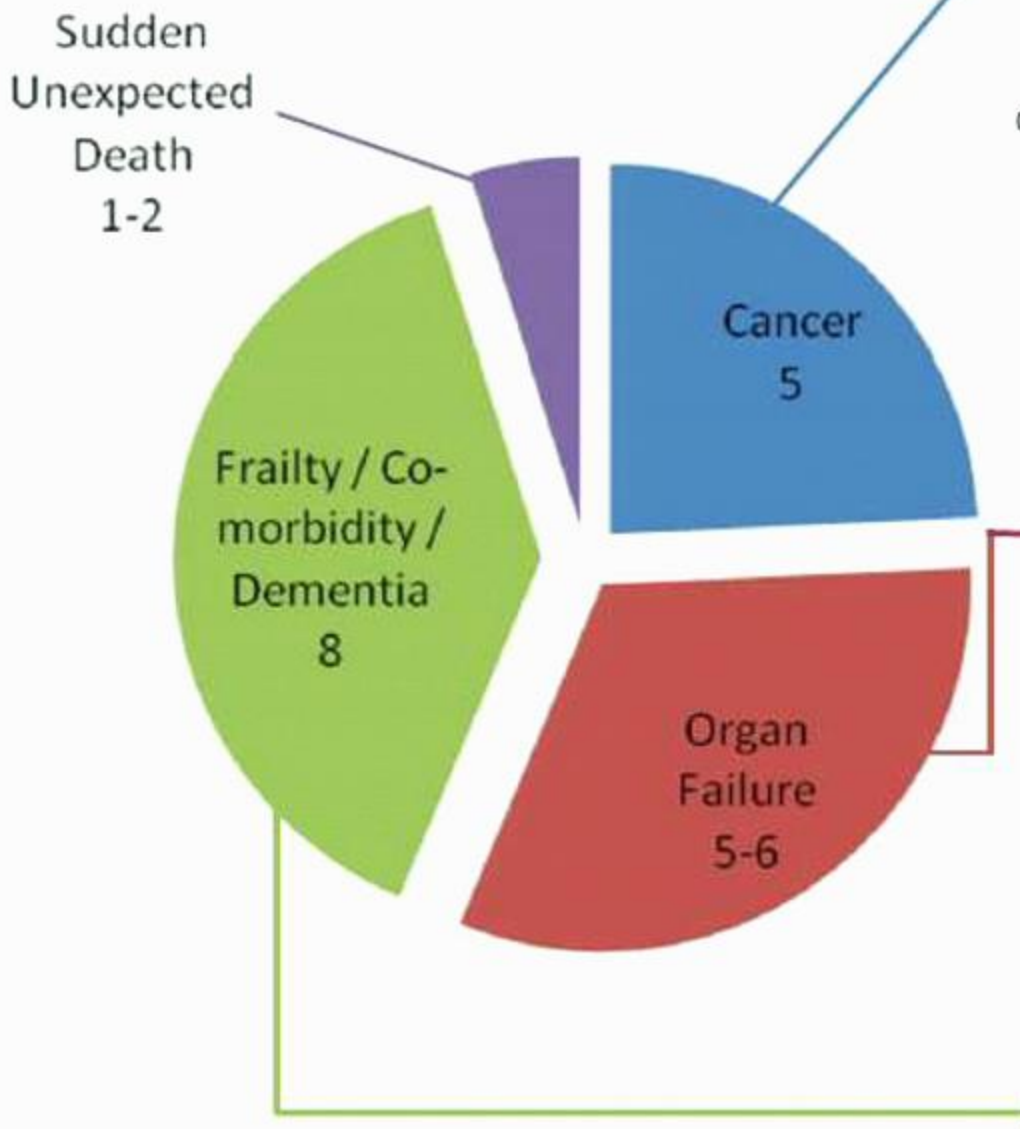
L’organizzazione del team.

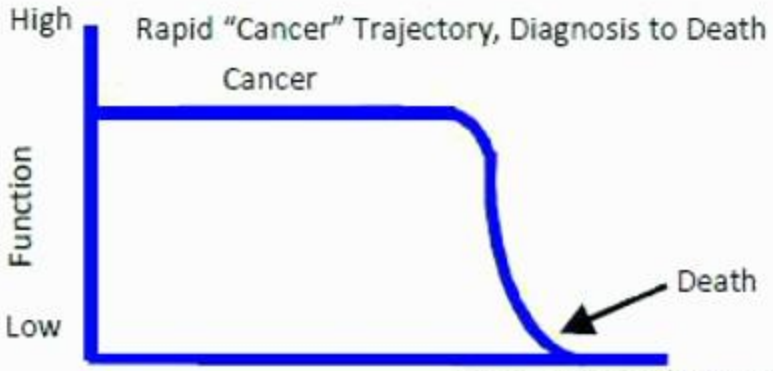
La gi

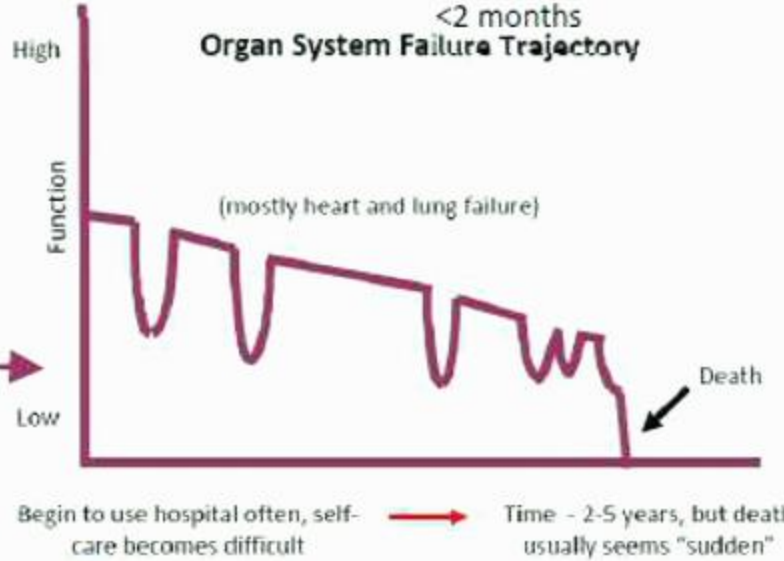
Il Sistema delle Cure Primarie nel delicato equilibrio fra:

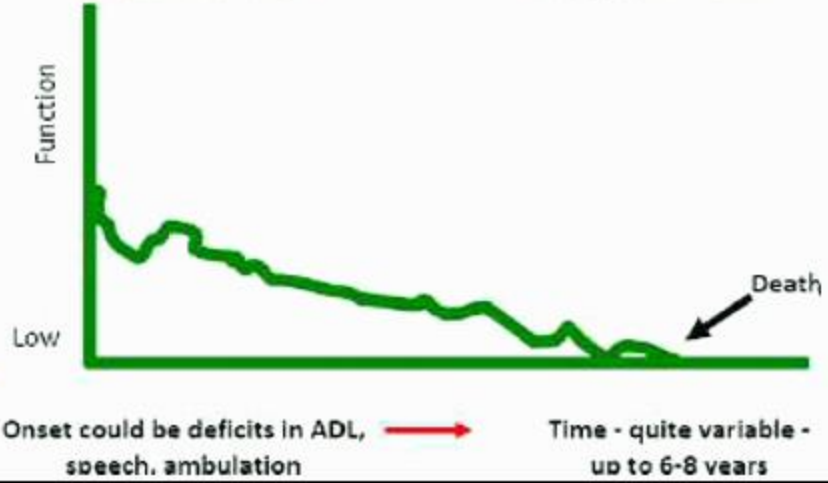
- Discriminazione per età
- Accanimento terapeutico

Average GP's workload – average 20 deaths/GP/year approx. proportions









Studio Senti-Melc: osservazione traiettorie dei pazienti

- 65% dei decessi non è motivato da una causa improvvisa e/o non prevedibile

- Negli ultimi tre mesi la maggior parte dei trasferimenti è diretta da "casa a ospedale", mentre solo un malato su 10 compie il tragitto inverso “da ospedale a casa” e sempre uno su 10 cambia la sua destinazione “da casa a hospice”

Descrizione della popolazione deceduta affetta da demenza:

tra i pazienti deceduti durante lo studio affetti da demenza e non affetti da demenza, in che percentuale la morte era "attesa"?

Tra i pazienti affetti da DECADIMENTO COGNITIVO la morte è stata "attesa":

- nel 75% dei casi in chi aveva demenza GRAVE
- nel 67% dei casi in chi aveva demenza MODERATA

Tra i pazienti SENZA decadimento cognitivo la morte è stata "attesa":

- nel 61% dei casi

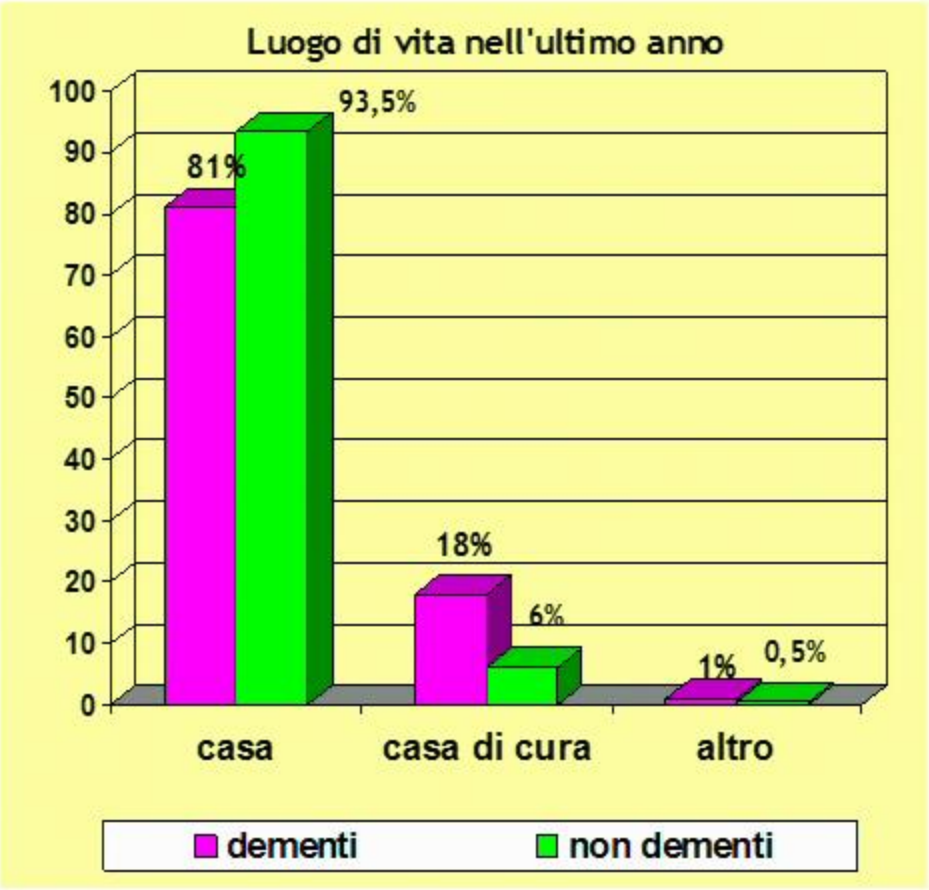
Nella presa in carico di un paziente e della sua famiglia, se la morte è "attesa" le implicazioni dal punto di vista medico e assistenziale possono essere molte e importanti.

Descrizione della popolazione deceduta affetta da demenza:

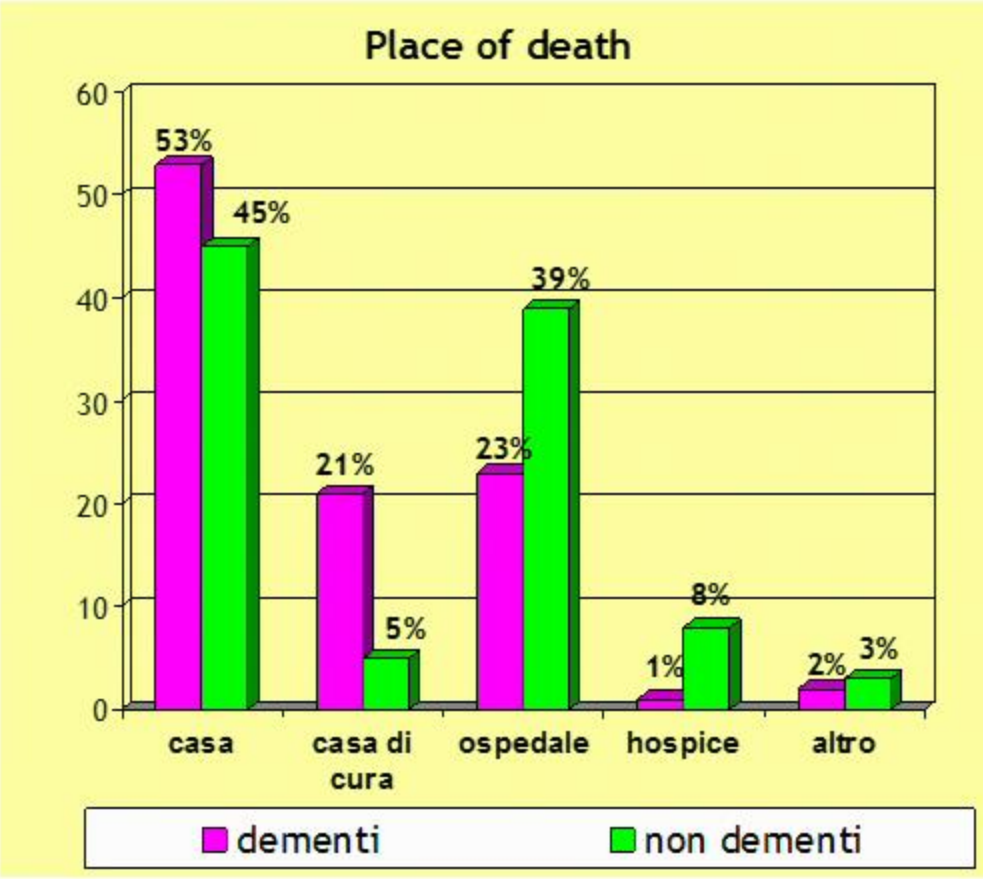
Che cosa è accaduto ai pazienti affetti da demenza (grave+moderata)?

Si confrontano i dati con i pazienti non affetti da demenza.

Dove hanno vissuto nell'ultimo anno
le persone affette da demenza?



Dove sono morte
le persone affette da demenza?

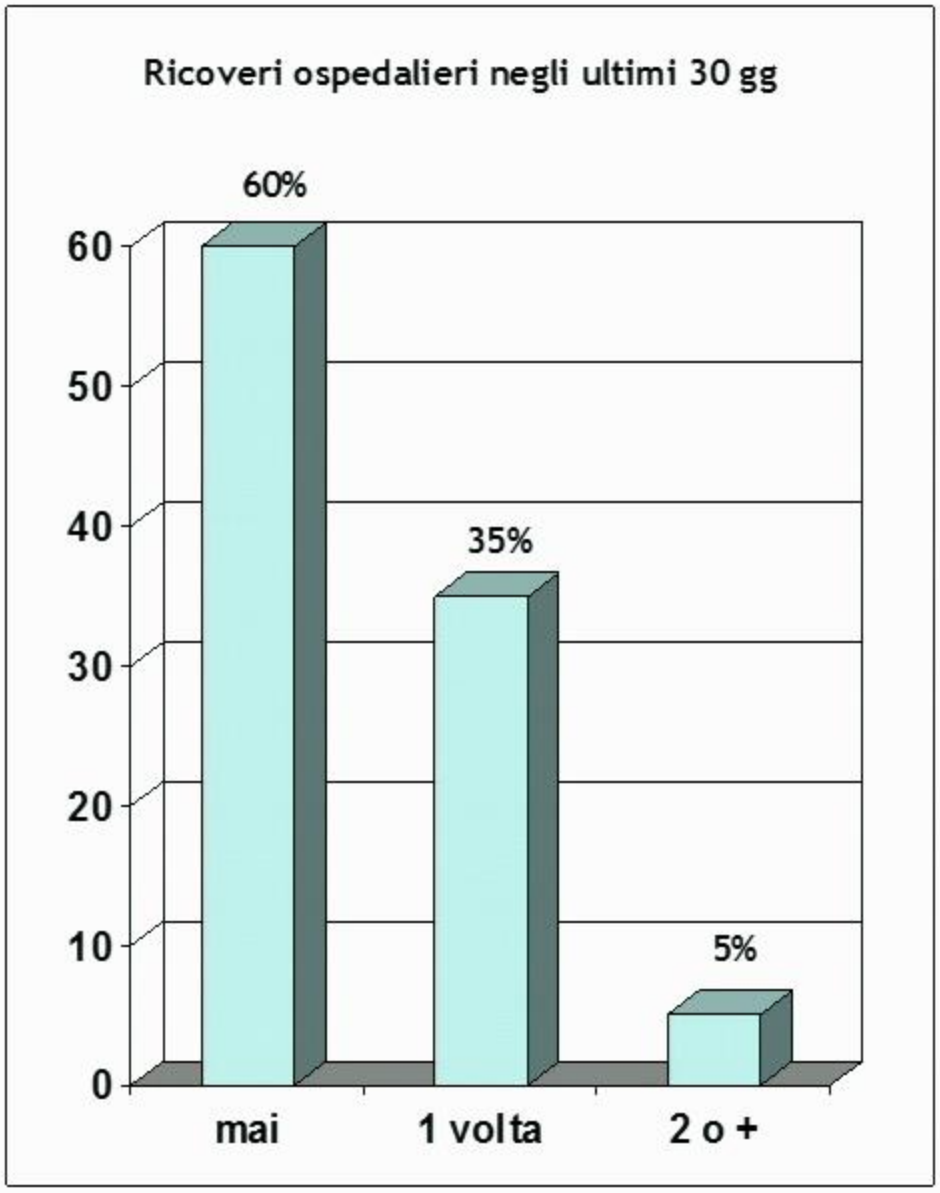


La casa è il luogo principale dove è possibile prendere in carico le persone affette da demenza, in gran parte dei casi fino al decesso.

Descrizione della popolazione deceduta affetta da demenza:

Che cosa è accaduto <u>nell'ultimo mese</u>

ai pazienti affetti da demenza (grave+moderata)?

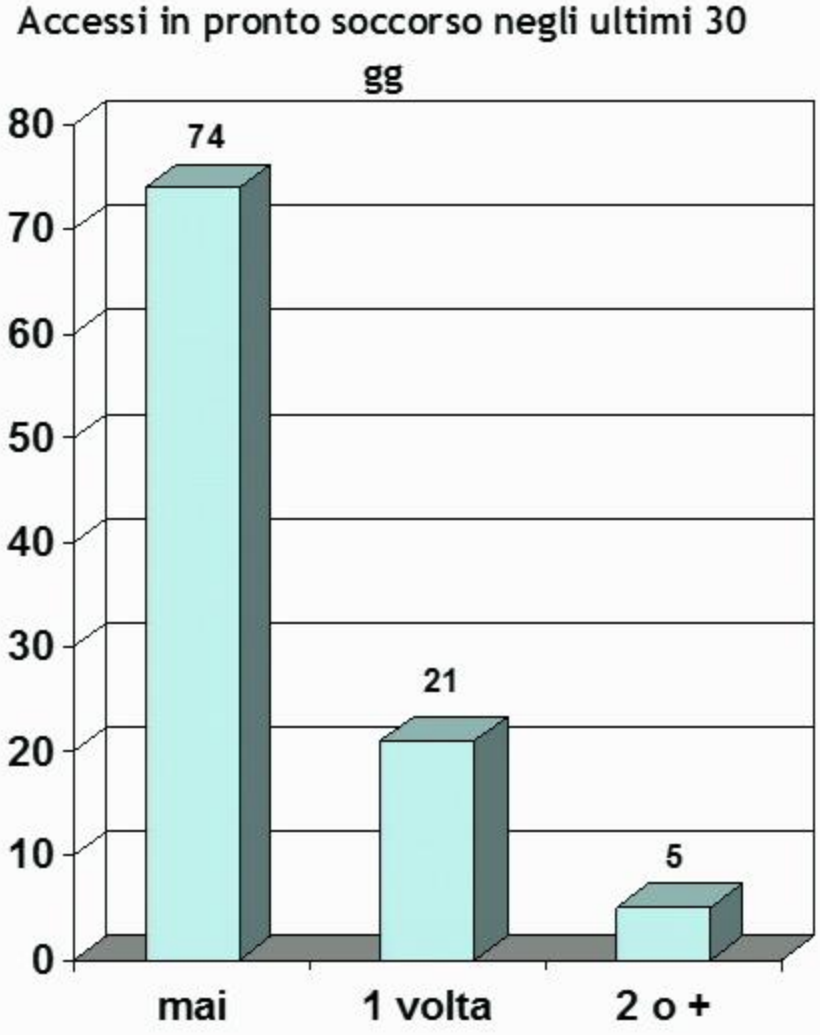


Negli ultimi 30 giorni, il 40% dei pazienti affetti da demenza (grave e moderata) è stato RICOVERATO almeno una volta in ospedale.

Descrizione della popolazione deceduta affetta da demenza:

Che cosa è accaduto <u>nell'ultimo mese</u>

ai pazienti affetti da demenza (grave+moderata)?



Il 25% circa sono stati in DEA almeno 1 volta negli ultimi 30 giorni.

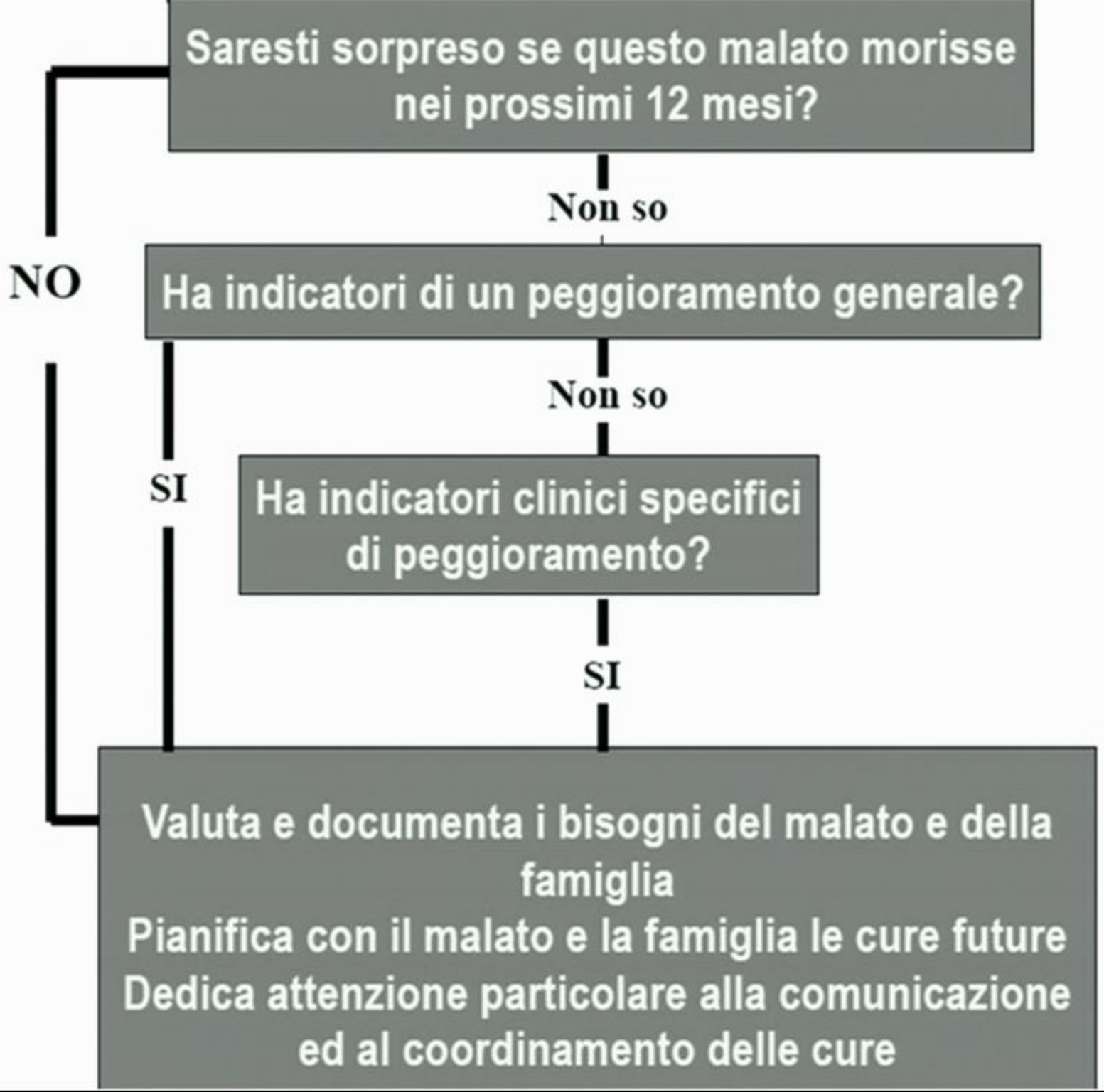
Ruolo MMG nella palliazione non oncologica:

Identificazione del paziente nella fase di avvicinamento al fine vita

“surprise question”: tempo per programmare e vagliare la consapevolezza del malato sulla prognosi, le sue preferenze e desideri(fisici, psicologici, spirituali) il livello di condivisione delle scelte al fine di rimodulare la terapia in atto.

Palliative care beyond cancer

BMJ 2010;341:c4860


Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?
Non so
NO
Ha indicatori di un peggioramento generale?
Non so
SI
Ha indicatori clinici specifici di peggioramento?
SI
Valuta e documenta i bisogni del malato e della famiglia
Pianifica con il malato e la famiglia le cure future
Dedica attenzione particolare alla comunicazione ed al coordinamento delle cure

PAI => **P**iano **A**ssistenziale **I**ndividuale

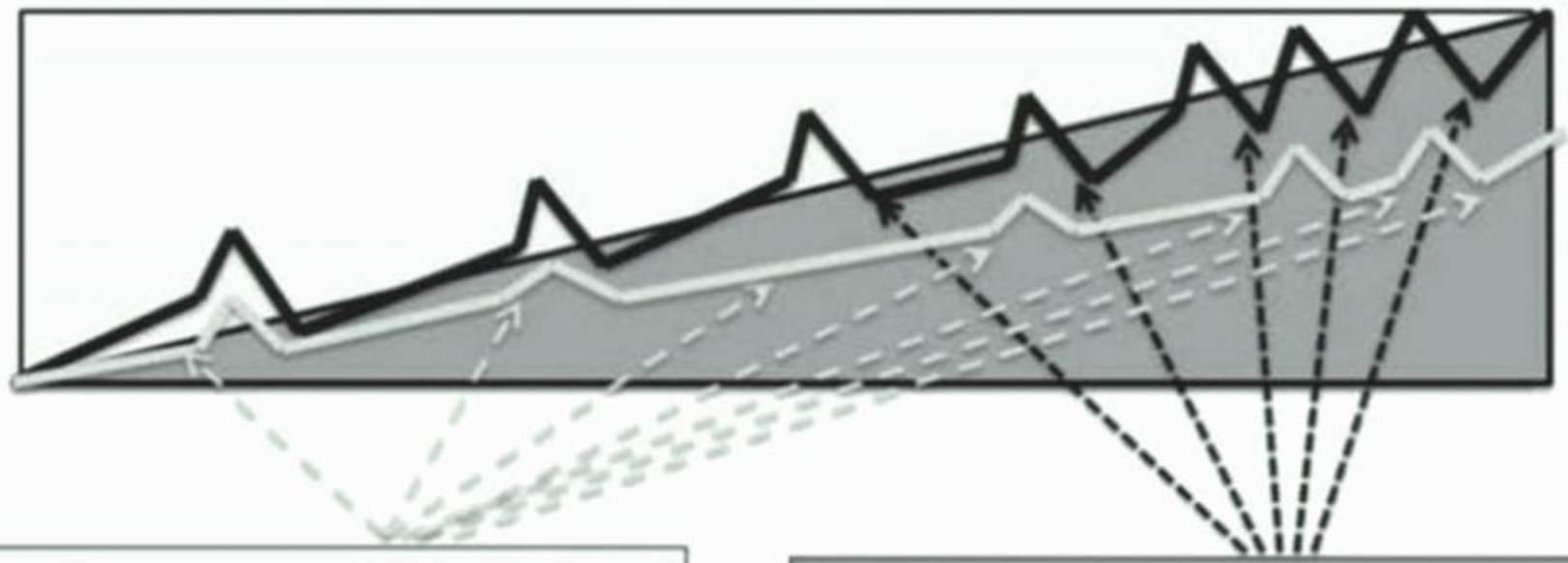
Il PAI è **un progetto assistenziale** che viene redatto in modo condiviso da un'équipe **multidisciplinare e multiprofessionale**, a seguito di un'attenta analisi dei bisogni della persona.

Il PAI è un progetto **dinamico**, aggiornato in funzione delle necessità che possono di volta in volta emergere, formulato in collaborazione con la famiglia e l'équipe curante. La **presa in carico** è **globale e continuativa** nel tempo, con la **partecipazione** del malato e delle sue persone di riferimento nelle scelte terapeutiche

Per ciascun paziente affetto da **patologie croniche evolutive** deve essere predisposto un PAI in cui dovranno essere determinati:

- **obiettivi clinico-assistenziali**;
- **interventi diagnostico-terapeutici**, da intraprendere oppure non intraprendere;
- **indicatori di monitoraggio del percorso**.

L'elaborazione del Piano Individuale di Assistenza e la condivisione del percorso di cura fa parte dei **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA) ai fini della **gestione della cronicità** e della prevenzione della disabilità



- Mostly non-cancer 85 / 15%
- Mostly community services
- Early
- Survival time 12–14 months
- Preventive/programmed
- Community identification tool
- Advance care planning
- Case management
- Integrated care

'Planned'

- Mostly non-cancer 85 70 / 30%
- Mostly in palliative care services
- Late
- Survival time 2–3 months
- Identification in PC services
- Reactive/after crisis
- Post acute
- Emergencies
- Fragmented care

'Reactive'

© Gómez-Batiste *et al.*