

Corso di Aggiornamento

ABILITÀ DECISIONALI E PROBLEM SOLVING

Il paziente con decadimento cognitivo

Il paziente con demenza

Il paziente con Alzheimer

Esine

I SESSIONE: IL PAZIENTE TRA DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA

Il punto di vista degli specialisti

Paolo Maria Stofler – Geriatra

U.O. Riabilitazione Specialistica-Esine e Generale Geriatrica-Edolo

Sistema Socio Sanitario



ASST Valcamonica



I SESSIONE: IL PAZIENTE TRA DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA



Popolazione totale: 120,289 (ISTAT, 2009)

Prevalenza demenza in Italia circa 1,5%.

Valore atteso circa 1804 persone affette da demenza nel nostro territorio.

I SESSIONE: IL PAZIENTE TRA DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA

Ospiti con MMSE \leq 24/30

	N°/tot.(Alz)	%	
RSA Artogne	25/30	83,3%	
RSA Berzo Inferiore	36/62	58,1%	
RSA Bienno	42/60	70,0%	
RSA Borno	48/71	67,6%	
RSA Breno	61/66	92,4%	
RSA Capo di Ponte	40/47	85,1%	
RSA Darfo B.T.	45/61 (+15)	73,7%	
RSA Edolo	61/77	79,2%	
RSA Esine	62/80	77,5%	
RSA Lozio	42/46	91,3%	
RSA Malonno	71/80 (+20)	88,7%	
RSA Piancogno	32/47 (+20)	68,0%	
RSA Pisogne	71/74 (+20)	95,9%	
RSA Ponte di Legno	54/82	65,8%	
<hr/>			
Media RSA (2015)	690/883 (75)	78,5%	58,1% - 95,9%

I SESSIONE: IL PAZIENTE TRA DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA



Ospedale di Esine

Ambulatorio di Neurologia-Centro UVA
(1325 seguiti dal 2011 di cui 98% > 65 anni)
Ambulatorio di Geriatria
Reparti per acuti-subacuti e riabilitazione specialistica



Ospedale di Edolo

Ambulatorio di Neurologia
Ambulatorio di Geriatria
Reparti per acuti e riabilitazione Geriatrica



Servizi territoriali

RSA
Centri diurni
Assistenza domiciliare integrata

I SESSIONE: IL PAZIENTE TRA DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA

- Demenza prima causa di ricorso a istituzionalizzazione
- Posti dedicati limitati
- Molti casi misconosciuti o non noti (oligosintomatici)

Interrogativi:

- E' possibile curare ed evitare precoce istituzionalizzazione?
- Come e dove è meglio curare questi pazienti?

“..Non appena la competenza individuale diminuisce, l' ambiente assume una crescente importanza nel determinare il benessere.....
Perciò i poco competenti sono sempre più sensibili agli ambienti nocivi.....perciò un piccolo miglioramento ambientale può produrre un grande miglioramento dell' individuo poco competente”

LAWTON, 1977 (Direttore del Polisher Research Institute al Philadelphia Geriatric Center per 30 anni).

Le terapie

TERAPIE farmacologiche e non farmacologiche ma:

I familiari sono i maggiori responsabili dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza con un grande coinvolgimento oggettivo e soggettivo.

Il caregiver

- Abitualmente è un familiare che si fa carico delle “cure”, che diventa la persona di riferimento
- Di solito è di sesso femminile (74%)
- Il tempo libero di queste persone si riduce progressivamente con l’aggravarsi della malattia (da 15 a 4 ore/settimana)
- Sono soggette ad aumento dello stress, isolamento sociale, ansia e depressione -Si crea un’**ALLEANZA TERAPEUTICA** tra medico-paziente-familiare
- Il care-giver è “partner” nelle cure

L'impatto del malato di Alzheimer sul *caregiver*

L'assistenza ad un malato di Alzheimer può provocare nel familiare depressione, ansia e vari problemi di salute fisica e psichica. La frequenza di depressione nei caregiver è di circa tre volte superiore rispetto a persone non coinvolte nell'assistenza o alla popolazione normale.

- Alcuni studiosi riportano la presenza di depressione clinica nel 30-50% dei familiari.
- Il coinvolgimento del familiare nell'assistenza è importante e muta nel corso dell'intero periodo della malattia: dall'esordio delle responsabilità fino all'istituzionalizzazione o al decesso del proprio caro..



Illness representations in caregivers of people with dementia

Catherine Quinn, Ian Rees Jones & Linda Clare

- The findings raise the question of whether the use of a diagnostic label is important; instead, it may be more important that there is a recognition that there is something wrong and the person is appropriately supported.
- Health care professionals need to understand that the illness representations that people have can influence their processing of the information provided

For instance, in terms of cause, our findings suggest that it is important for caregivers to recognise that dementia has a biological cause, without needing to focus on the specific underlying processes

As illness representations are not static, it would also be useful to explore longitudinal changes in illness representations over time.

- Il risultati di questo studio confermano che i medici non possono dare per assodato che pazienti o caregiver abbiano capito la diagnosi di demenza, anche quando ritengono che le informazioni date siano state chiare.
- E' necessaria studiare ulteriormente quanto i medici ritengono che i pazienti e caregiver comprendono della diagnosi e se questo incide sulla scelta delle parole, del tempo dedicato alla visita, e altre strategie.
- Sarà necessario meglio accertare se la mancanza di accordo è legato alla scarsa comprensione o ad una differenza di opinione. L'ambiguità nella diagnostica, nella comunicazione e nella comprensione, potrebbero impedire la pianificazione futura della cura.
- La comunicazione non deve essere un evento isolato, ma un "processo in corso" con la persistente verifica della comprensione del paziente e del caregiver. Anche quando i pazienti e caregiver sono in grado di comprendere la diagnosi iniziale, non è chiaro quanto siano poi in grado di integrare le ulteriori informazioni sulla futura pianificazione di cura e i servizi di supporto.
- Questi dettagli possono essere meglio affrontati dopo che i pazienti e i caregiver hanno la possibilità di rivedere le informazioni sulla diagnosi, prendere in considerazione le sue implicazioni, e fare ulteriori domande.
- Le visite di follow-up possono garantire: sia che i pazienti e i caregiver ricevano l'accesso appropriato a terapie e servizi di supporto, sia che continuino a prendere coscienza della diagnosi.

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;

CAROLE FOGG^{1,2,3}, PAUL MEREDITH^{2,3}, JACKIE BRIDGES^{3,4}, GILL P GOULD², PETER GRIFFITHS^{3,4}

Abstract

Background: older people with dementia admitted to hospital for acute illness have higher mortality and longer hospital stays compared to those without dementia. Cognitive impairment (CI) is common in older people, and they may also be at increased risk of poor outcomes.

Methods: retrospective observational study of unscheduled admissions aged ≥ 75 years. Admission characteristics, mortality rates and discharge outcomes were compared between three groups: (i) known dementia diagnosis (DD), (ii) CI but no diagnosis of dementia and (iii) no CI.

Results: of 19,269 admissions (13,652 patients), 19.8% had a DD, 11.6% had CI and 68.6% had neither. Admissions with CI or DD were older and had more females than those with no CI, and were more likely to be admitted through the Emergency Department (88.4% and 90.7%, versus 82.0%) and to medical wards (89.4% and 84.4%, versus 76.8%). Acuity levels at admission were similar between the groups. Patients with CI or DD had more admissions at 'high risk' from malnutrition than patients with no CI (28.0% and 33.7% versus 17.5%), and a higher risk of dying in hospital (11.8% [10.5–13.3] and 10.8% [9.8–11.9] versus (6.6% [6.2–7.0])).

Conclusions: the admission characteristics, mortality and length of stay of patients with CI resemble those of patients with diagnosed dementia. Whilst attention has been focussed on the need for additional support for people with dementia, patients with CI, which may include those with undiagnosed dementia or delirium, appear to have equally bad outcomes from hospitalisation.

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

CAROLE FOGG^{1,2,3}, PAUL MEREDITH^{2,3}, JACKIE BRIDGES^{3,4}, GILL P GOULD², PETER GRIFFITHS^{3,4}

Conclusions

The significant numbers of cognitively impaired older people without a DD admitted to acute hospitals, and their comparable risk of in-hospital death and length of stay to patients with diagnosed dementia, indicate that there is a need to improve identification of this vulnerable population in primary and secondary care. This needs to be combined with improved management in hospital, including vigilance for deterioration and earlier identification of needs at discharge to enable engagement with the necessary services and shorten hospital stay. Further research characterising longitudinal patterns of risk indicators in these patients may inform effective changes in care.

Rehabilitation of Older Adults with Dementia After Hip Fracture.

Seitz DP, Gill SS, Austin PC, Bell CM, Anderson GM, Gruneir, Rochon.

Abstract

OBJECTIVES:

To evaluate the effects of postoperative rehabilitation on the outcomes of older adults with dementia who experienced hip fracture.

DESIGN:

Retrospective cohort study.

SETTING:

Ontario, Canada.

PARTICIPANTS:

Community-dwelling adults with dementia who underwent hip fracture surgery between 2003 and 2011. Participants were categorized as no rehabilitation, complex continuing care (CCC), home-care based rehabilitation (HCR), and inpatient rehabilitation (IPR).

MEASUREMENTS:

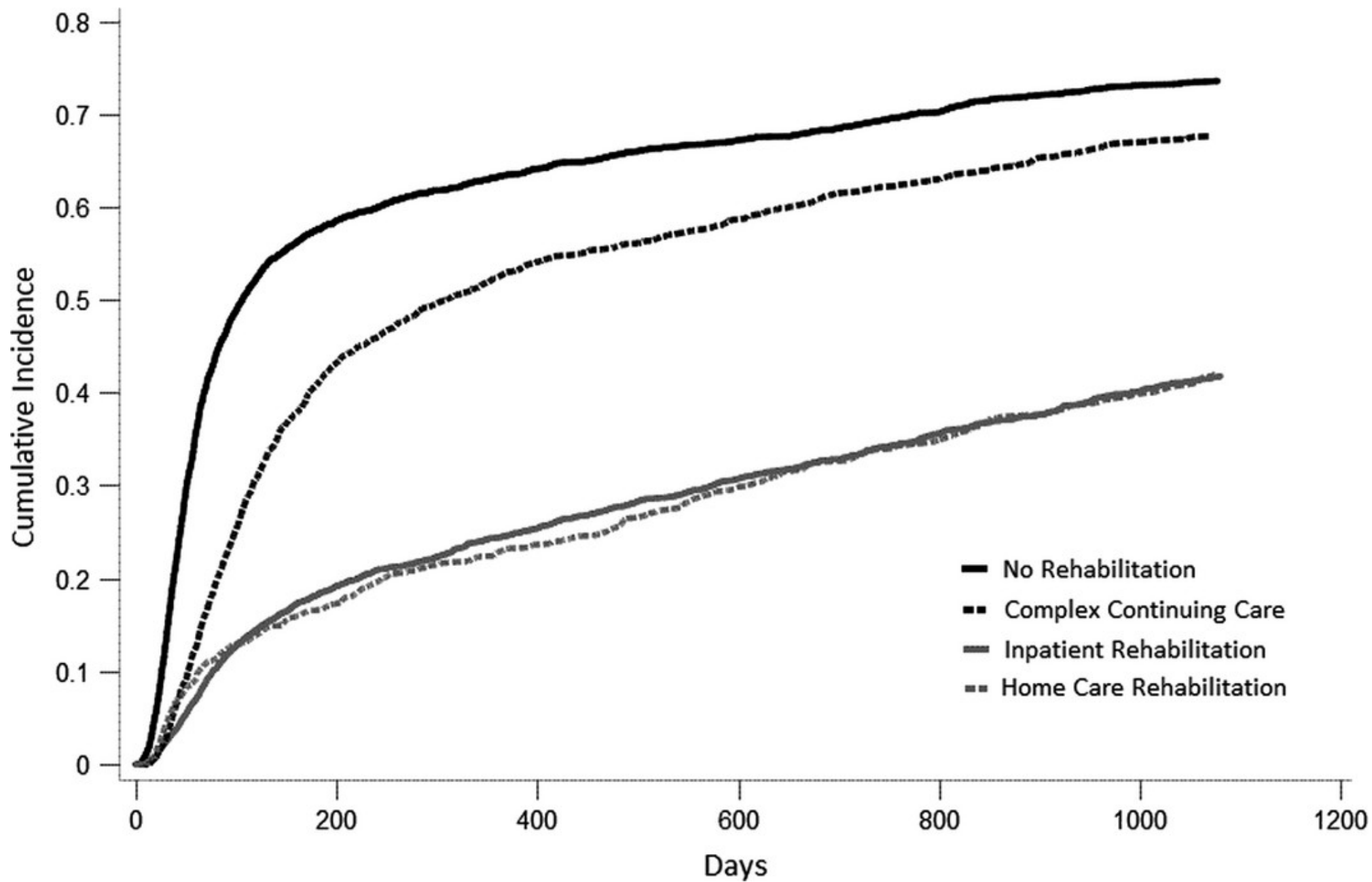
Time to long-term care (LTC) placement, mortality, and risk of repeat hip fracture and falls.

RESULTS:

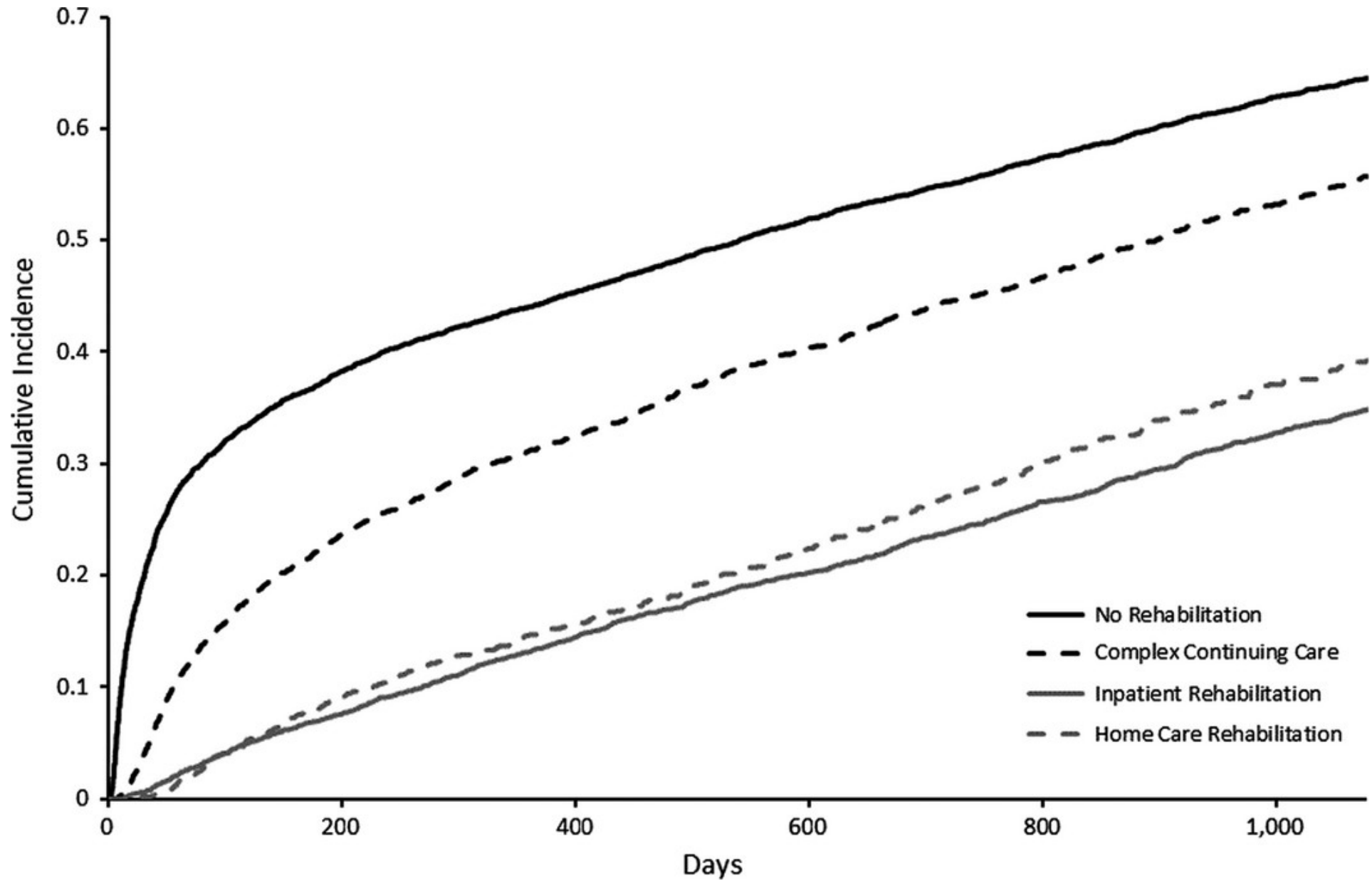
Of 11,200 individuals with dementia who experienced a hip fracture during the study period, 4,494 (40.1%) received no rehabilitation, 2,474 (22.1%) were admitted to CCC, 1,157 (10.3%) received HCR, and 3,075 (27.4%) received IPR. HCR and IPR were associated with less risk of LTC admission after discharge from hospital than no rehabilitation. All three forms of rehabilitation were associated with lower risk of mortality than no rehabilitation, with the greatest effect observed with IPR. HCR was associated with a higher risk of falls than no rehabilitation ($P=.03$); there were no other significant between-group differences in risk of falls or repeat fractures ($P>.05$).

CONCLUSION:

Postfracture rehabilitation for older adults with dementia is associated with lower risk of LTC placement and mortality. Improving access to rehabilitation services for this vulnerable population may improve postfracture outcomes.

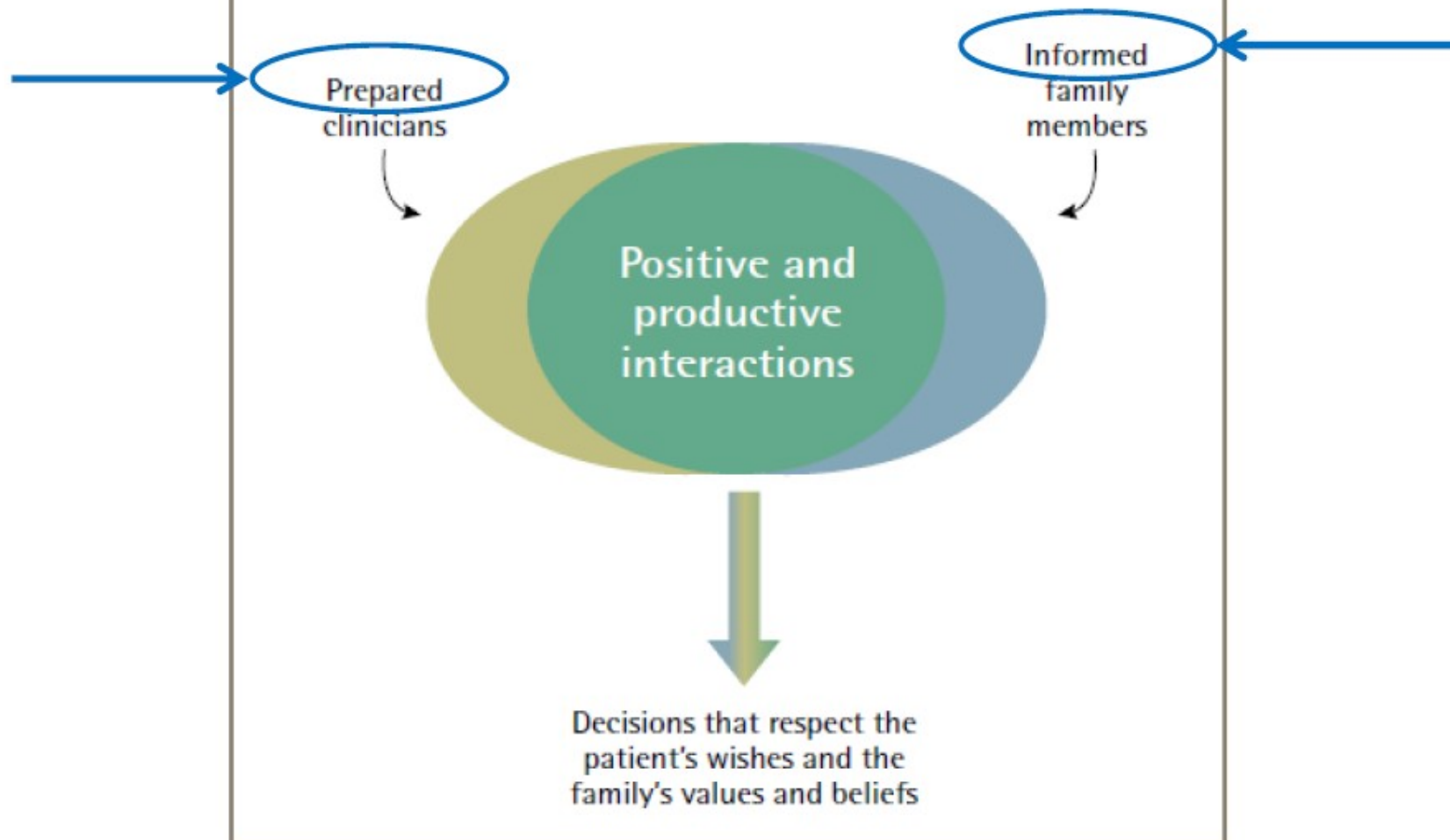


Cumulative incidence function curves of time to long-term care admission associated with setting of postoperative rehabilitation.



Kaplan–Meier survival analysis of cumulative incidence of mortality after hip fracture surgery according to postoperative rehabilitation setting.

Figure 1. Ideal end-of-life decision making when patients cannot participate



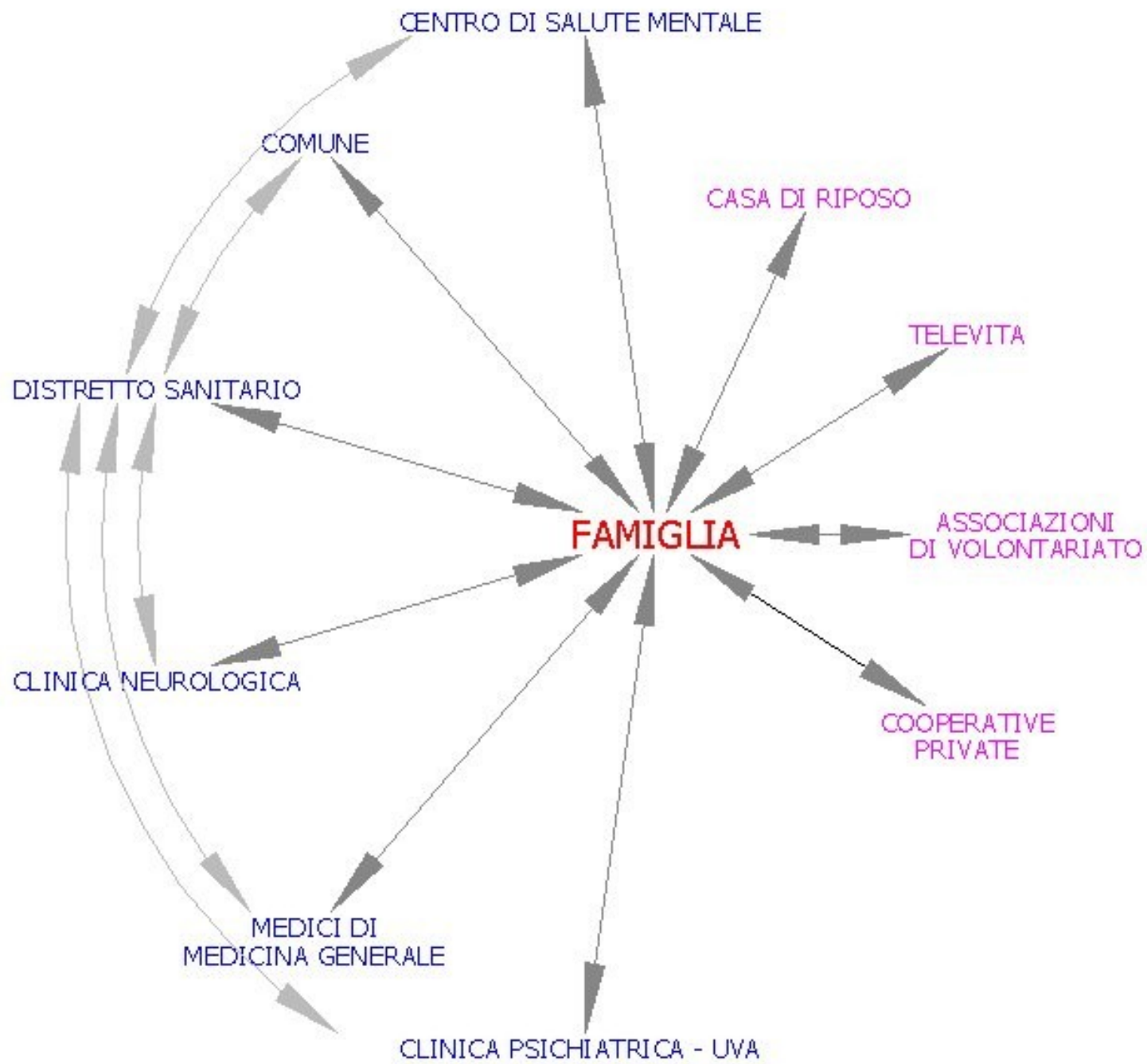


FIGURE DI RIFERIMENTO

- Medico di famiglia
- Specialista (geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo)
- U.V.A.
- Assistente sociale
- Infermiere/fisioterapista/OSS

Dal momento della diagnosi si inizia un percorso con la persona malata e con la FAMIGLIA.

per fornire:

- informazioni e supporto (counseling)
- valutazione dei bisogni (Valutazione Multidimensionale)
- riconoscimento dell'invalidità(o assegno di accompagnamento)
- supporti socio-assistenziali
- rete di servizi
- indicazioni per la nomina di un amministratore di sostegno

CONCLUSIONI

Diagnosi precoce, informazione e cura del caregiver, scelte terapeutiche adeguate

COMPLIANCE FAMILIARE



GRAVITA' MALATTIA

Processo continuo

ADEGUATO SUPPORTO SERVIZI!