

ROMA, 20 Maggio 2014

SALUTE DEL MEDITERRANEO

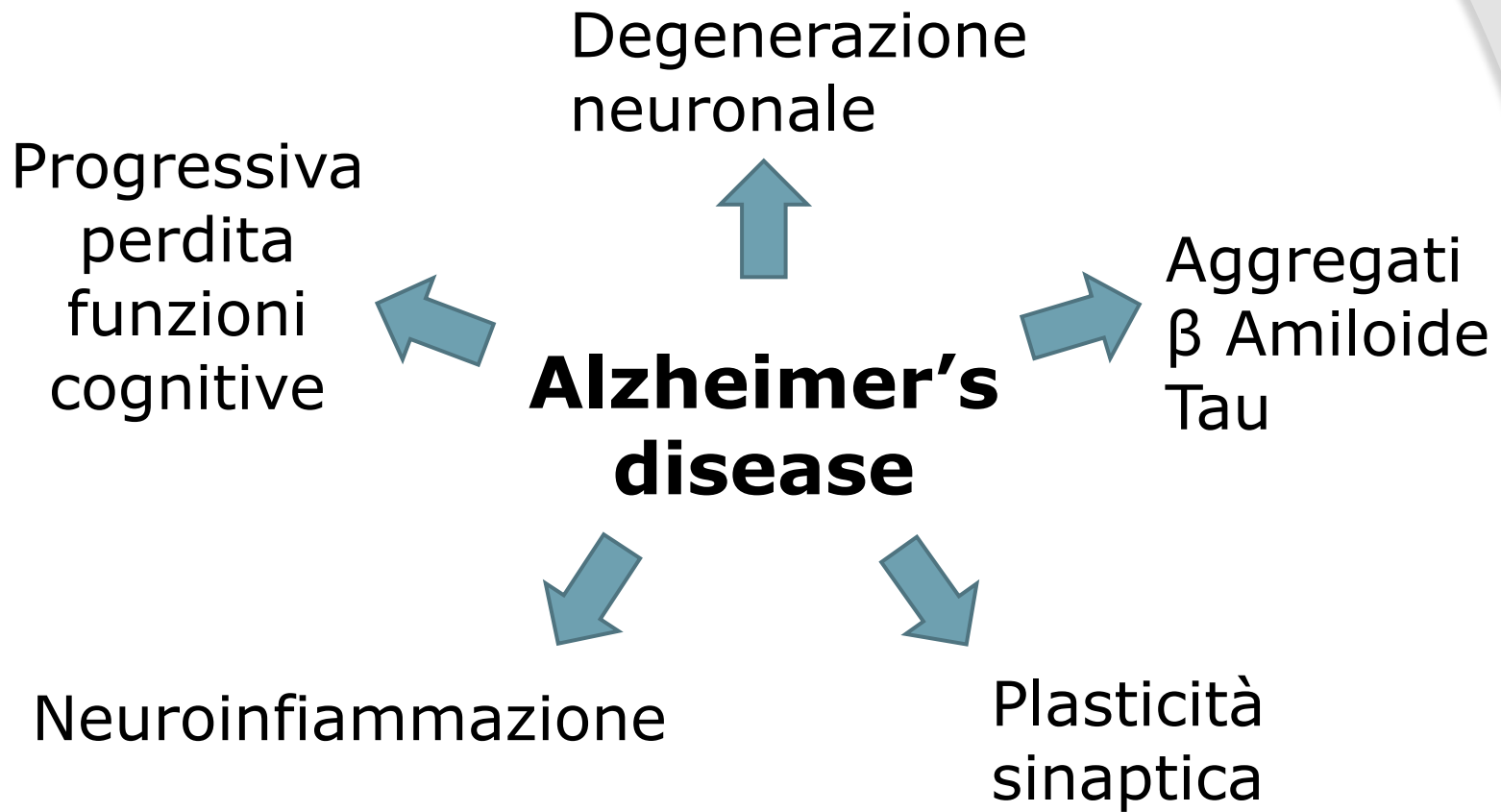
Demenze e malattia di Alzheimer nei paesi del Mediterraneo (ALZMED)

Prof. Giovanni Ricevuti



Malattia di Alzheimer

La malattia di Alzheimer (AD), causa più comune di demenza, è una progressiva malattia neurodegenerativa del cervello ad eziologia sconosciuta che colpisce principalmente gli anziani.



Caratteristiche della malattia:

Perdita di 

- memoria
- abilità intellettuali
- capacità funzionali

Progressione 

- perdita della capacità di svolgere le attività più elementari della vita quotidiana (ADL)
- declino nelle funzioni cognitive
- sintomi comportamentali e psichiatrici



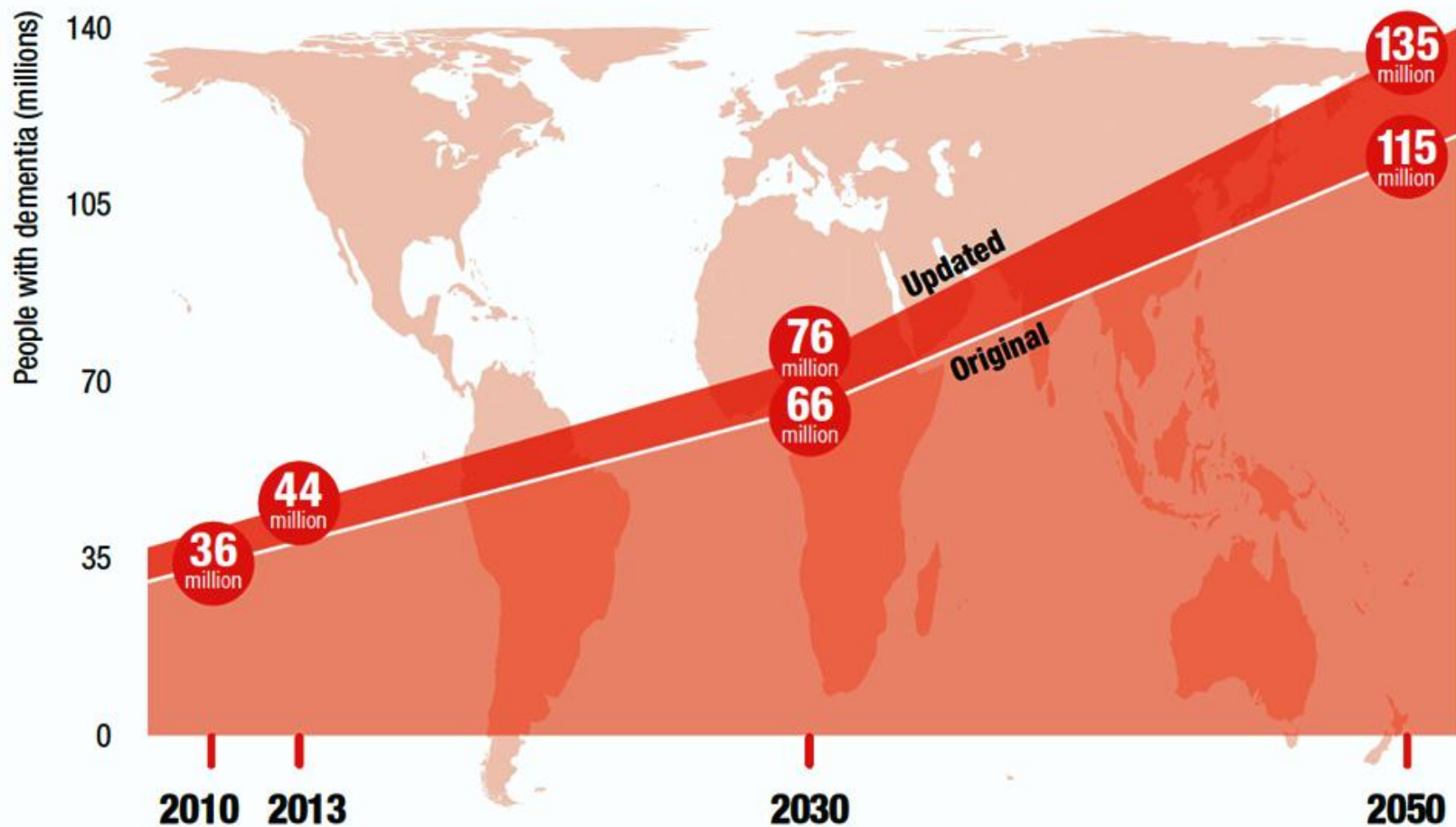
l'enorme sforzo affrontato dagli assistenti e dai *caregiver* è spesso predittivo di collocamento istituzionale



impatto di AD sul costo delle cure

INCIDENZA E PREVALENZA

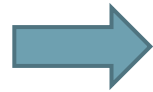
Increase in numbers of people with dementia worldwide (2010-2050), comparing original and updated estimates



AD → 70% di tutti i casi di demenza

ETA'	INCIDENZA	PREVALENZA
65-69	0,6%	3%
70-74	1,0%	3%
75-79	2,0%	Aumento esponenziale
80-84	3,3%	
> 85	8,4%	Quasi 50%

Fattori di rischio



- storia familiare di demenza
- trauma cranico
- fattori genetici (per esempio, l'apolipoproteina E)
- sesso
- basso livello di istruzione
- malattia vascolare
- fattori ambientali

DIAGNOSI E VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DELLA MALATTIA

Valutazione → più comunemente avvertita da un familiare o un amico osservazione della perdita di una funzione

Diagnosi → i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) e quelli più formali del National Institute of Neurological e disturbi comunicativi e ictus e malattie di Alzheimer e disturbi correlati (Associazione NINCDS-ADRDA)

- perdita di memoria
- deficit cognitivi con evidenza di disturbo
- perdita di valore sociale e professionale

Mini-Mental State
Examination (MMSE)



Valutazione dello stato cognitivo
(memoria, orientamento, linguaggio,
attenzione)

Valutazione
Neuropsicologica



Dubbi interpretativi o comorbidità
che possono offuscare il profilo
cognitivo

Non fanno parte dei criteri diagnostici i sintomi comportamentali e psichiatrici che sono molto comuni in AD e che sono di grande importanza nella gestione della malattia

Insorgenza
insidiosa

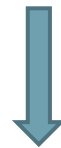


Deficit lieve = mancata diagnosi
Deficit moderato/grave =
sottostimato



sottostima del costo reale della malattia

- invecchiamento della popolazione
- altri cambiamenti demografici
- eventuali carenze di *caregiver* informali



Ulteriore aumento costi della malattia

IMPATTO ECONOMICO

COSTI TOTALI → costi diretti + indiretti

- Costi Diretti** →
- costi di assistenza medica (assistenza domiciliare infermieristica, farmaci, visite mediche, ricoveri)
 - costi di assistenza non medica (assistenti sanitari a domicilio, di presa in carico, asilo nido adulto)

- Costi Indiretti** →
- valori delle risorse perse a causa della malattia
- morti premature
 - perdita di produttività paziente e *caregiver*
 - tempo *caregiving* non retribuito

Prima Fase



costi indiretti > costi diretti la maggior parte dei pazienti AD sono curati da *caregiver* informali. Il 60% -70% del costo complessivo della cura è stato attribuito al *caregiving* informale

Fase Avanzata



i costi passano da indiretti → diretti pazienti istituzionalizzati (tre quarti dei costi totali di AD)



Invecchiamento popolazione



Incidenza e prevalenza



COSTI

Costi immateriali

→ dolore e sofferenza sopportato dai pazienti e famiglie, e quelli relativi al deterioramento del paziente e alla qualità della vita del paziente e del *caregiver* (QoL).

- gravità della malattia
- comorbidità
- problemi comportamentali (BPSD)
- segni extrapiramidali
- impostazioni di *caregiving*

→ influenzano i costi

G8 SUMMIT ON DEMENTIA 2013

- demenza, condizione di base più comune, e, molto spesso, la causa principale dei bisogni per la cura degli anziani
- Le spese correnti e future di assistenza a lungo termine saranno guidate in larga misura dal corso dell'epidemia globale di demenza
- E' inevitabile che il numero di anziani non autosufficienti aumenterà sensibilmente nei prossimi decenni, in particolare nei paesi a medio reddito → indispensabile che i governi di tutto il mondo facciano politiche e piani per il futuro

- progettazione e attuazione di strategie efficaci di prevenzione e individuazione di trattamenti che possano alterare il corso della malattia saranno determinanti e importanti per l'incremento di spese sanitarie e di assistenza sociale future
- le persone con demenza hanno particolari esigenze di cura, hanno bisogno di cure più personali, più ore di assistenza, e più controllo, ognuno dei quali è associato ad un maggiore sforzo del *caregiver*, e a maggiori costi di cura.



SFIDA: sostenere il detto “vivere bene con demenza” attraverso il percorso di cura

***PROGETTO SALUTE DEL
MEDITERRANEO***

**Demenze e malattia di
Alzheimer nei paesi del
Mediterraneo (ALZMED)**

OBIETTIVI:

MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE

- Azioni concrete per costruire un percorso di diagnosi, cura e sostegno alle persone affette da demenza ed ai loro *caregiver*
- “*vivere bene con demenza*” è un obiettivo raggiungibile.

Obiettivo finale: mantenimento e/o il
miglioramento della **qualità della vita**

- La **qualità della vita**, e la soddisfazione dei servizi offerti sono indicatori centrati sulla persona che riassumono l'impatto dell'efficacia di cura e trattamento offerto dalle strutture. Esiste una notevole variazione tra case di cura.

- Informazioni accessibili sulla **qualità delle cure** fornite dai servizi, valutata utilizzando i risultati centrati sulla persona, nonché dati di controllo, dovrebbero essere alla base della scelta e incoraggiare la concorrenza basata sulla guida delle norme .

- Necessità di costruire diversi “**pacchetti di cura**” centrati sulla persona, più flessibili e personalizzati possibile.
- La **diagnosi precoce** permette alla persona con demenza di prendere decisioni circa la cura che riceverà, attraverso indirizzi di cura avanzati, ancora sottoutilizzati.
- Budget** di cura personalizzati permetteranno alle persone affette da demenza ed ai loro *caregivers* il controllo dei loro “pacchetti di cura”, che garantiranno il rispetto delle loro preferenze ed esigenze.

•Una miglior **gestione** dei casi faciliterebbe il coordinamento delle cure, aiutando i clienti a utilizzare i servizi in modo più efficiente.

•**Assistenti familiari e badanti** pagate svolgono ruoli difficili, impegnativi e socialmente utili, con una formazione e preparazione minima. Gli assistenti informali non sono pagati ed hanno meno probabilità di avere posti di lavoro pagati. Le badanti vengono pagate con il salario minimo. C'è un turnover elevato con un elevato tasso di posti vacanti. Questo determina una scarsa qualità delle cure e della qualità della vita.

Analisi problemi correlati alle **demenze** nell'area del
Mediterraneo



Approcci differenti in **diverse realtà** geopolitiche ed
economiche



Processo d'invecchiamento

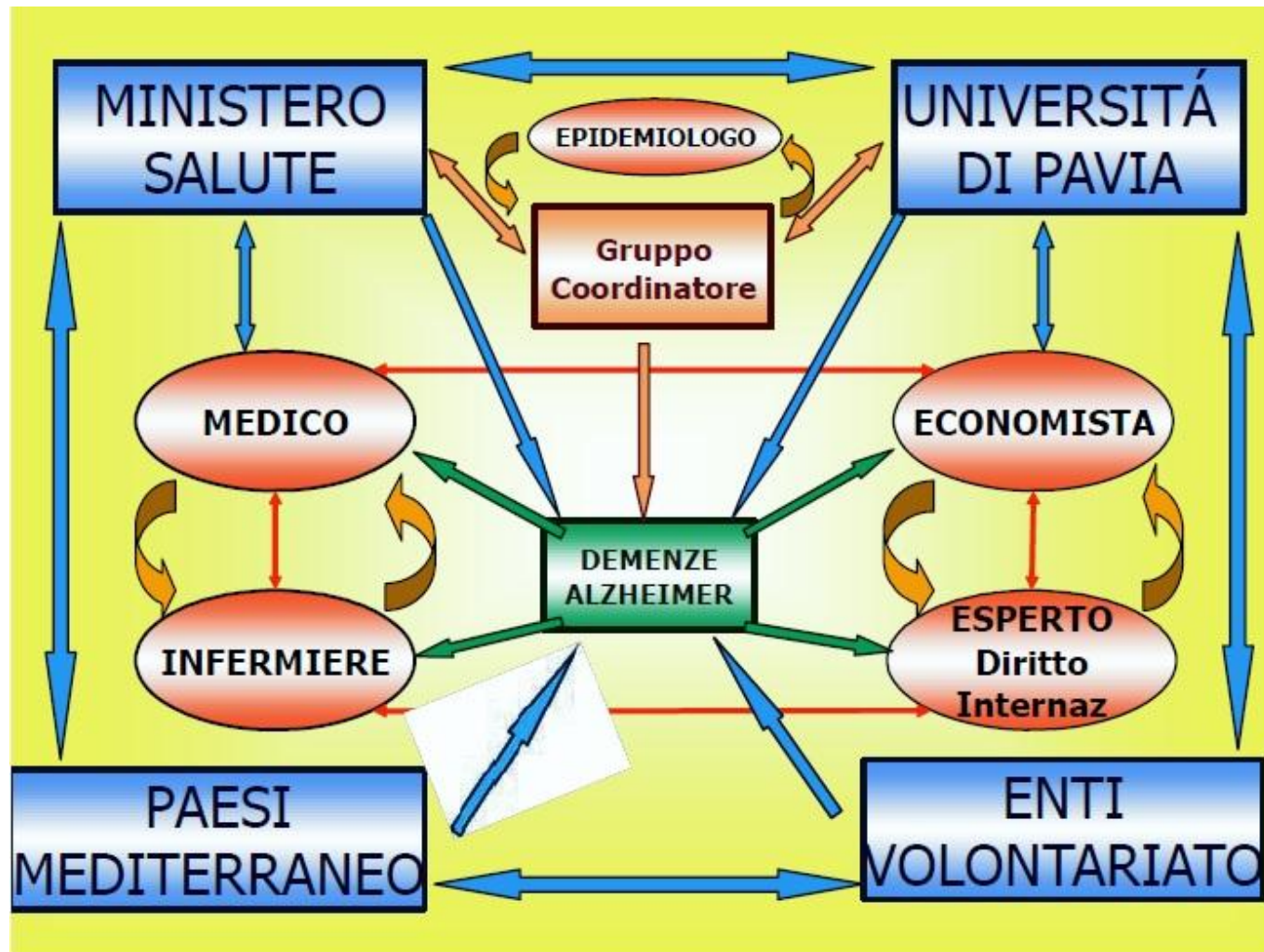


Evoluzione società



Problema
culturale
economico
sanitario

Il progetto verrà realizzato con la collaborazione di vari attori, quali:



SCOPO:

Raccolta di informazioni sulle realtà esistenti per elaborare ipotesi per migliorare il percorso assistenziale, la ricerca e la qualità di vita per pazienti con deficit cognitivi e/o malattia di Alzheimer e i loro familiari.

AZIONI

- 1. Indagine epidemiologica di prevalenza**
- 2. Individuazione e raccolta dei bisogni**
- 3. Identificazione delle problematiche di salute**
- 4. Identificazione dei problemi correlati ai *cargivers***
- 5. Monitoraggio della qualità delle cure**
- 6. Promozione dell'autonomia e della scelta**
- 7. Azioni di coordinamento ed integrazione delle cure**
- 8. Rapporto finale per lo sviluppo e potenziamento della forza lavoro di cura della demenza**

Partner coinvolti:

1. Marocco

Merini Faouzi - Clinique ATFAL, Casablanca – MD esperto di epidemiologia dell'Alzheimer

2. Libano

Mneimneh Mirna – manager esecutivo dell'Alzheimer's Association Lebanon, Bairut

3. Israele

Ravona Ramit - Sheba Medical Center, Tel Aviv University: Professore in Psicogeriatria, esperta di problemi cardiovascolari e fattori di rischio psicologici per il declino cognitivo e la demenza, Direttore della Memory Clinic - Sheba Medical Center

4. Inghilterra

George Christopher Fox - Norwich Medical School, University of East Anglia: Professore di psichiatria geriatrica, direttore del centro di ricerca sulle Demenze e Malattie Neurodegenerative DeNDRoN, presidente del gruppo di ricerca sulla demenza UEA

Claire G Nicholl - Cambridge University Hospitals: Consulente Medico e Dirigente medico, Medicina per gli anziani Ospedale di Addenbrooke

5. Giordania

Eman Al-Khateeb - University of Jordan: Professore di neuropsicologia, Istituzione dell' associazione giordana di Alzheimer, istituzione di un "Centro per gli studi sull'Invecchiamento presso l'università di Philadelphia" per il miglioramento dei servizi sanitari prestati agli anziani, la formazione badanti e per sensibilizzare e rafforzare la capacità dei ricercatori giordani nel campo della demenza e della malattia di Alzheimer

Press release

New dementia campaign launches as research reveals the true cost to business of dementia

Organisation: Public Health England

Page history: Published 7 May 2014

Policy: Improving care for people at the end of their life

Topic: National Health Service

Public Health England (PHE) and Alzheimer's Society join forces in a major new campaign to help create a more dementia friendly society.

