

CARMEN SFERRAZZA

**Direttore Sanitario, Residenza Casamia Asti,
Gruppo Orpea**





Scelte di qualità sanitaria e assistenziale nelle RSA

I nuclei Alzheimer

Dott. ssa Carmen Sferrazza
Direttore Sanitario
RSA CASAMIA ASTI

Dott. Marina Di MARCO
Direttore medico ORPEA Italia

GENOVA 23 OTTOBRE
2012

Chi era ...Alzheimer?



La malattia di Alzheimer prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco che per la prima volta nel 1907 ne descrisse i sintomi e gli aspetti neuropatologici, dopo aver analizzato il caso di una paziente 51 enne con una forma di demenza progressiva non ancora caratterizzata. La malattia causava perdita di memoria, disorientamento ed allucinazioni per arrivare infine alla morte. L'alzheimer è anche detta AD "Alzheimer disease".

Non esiste ad oggi una prova certa che vi siano persone più a rischio di contrarre la malattia.

Razza, professione, posizione geografica, livello socio-economico non sono fattori determinanti.

SEMBRA che persone ad alto livello di istruzione siano meno a rischio di ammalarsi.

Malattia multifattoriale

Età: Alzheimer **una persona su venti** tra quelle che hanno superato i 65 anni di età.

Meno di 1 su 1000 al di sotto di tale età.

La probabilità di contrarre la malattia di Alzheimer aumenta con gli anni.

Dati recenti sembrano comunque suggerire che problemi legati all'età come l'aterosclerosi possano essere fattori di rischio importanti (*Roepke et al., 2011*).

Oggi si vive più a lungo che in passato, il numero di persone affette da malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza è destinato ad aumentare.

Fattori genetici: in un numero estremamente limitato di famiglie, la malattia di Alzheimer si presenta col carattere di malattia genetica dominante.

Mediamente, la metà dei figli di un genitore malato erediterà la malattia, con **esordio** ad un'età relativamente bassa: di norma, tra i 35 e i 60 anni.

Sesso: da alcuni studi risulta che il numero di donne affette da tale malattia è superiore al numero degli uomini. Tale dato può essere tuttavia ingannevole, perché le donne vivono mediamente più a lungo degli uomini.

Nell'ambito della stessa famiglia, l'età d'inizio è discretamente costante.

Un gene può influenzare il rischio di contrarre la malattia. Questo gene si trova sul **cromosoma 19**, ed è responsabile della **produzione di una proteina chiamata apolipoproteina E (ApoE)**.

Tre isoforme proteina, delle quali, **ApoE4**, rende più probabile il verificarsi della malattia a causa della sua capacità di interagire con la proteina β -Amiloide (*Corder et al., 1993*).

Collegamento tra **cromosoma 21** e malattia di Alzheimer. **Sindrome di Down** (anomalia cromosoma 21): i soggetti Down hanno maggiori probabilità di ammalarsi, anche se non appaiono tutti i sintomi della malattia (*Levine et al., 2009*).

Sintomi e Segni

Inizialmente: difficoltà a ricordare e perdita delle capacità intellettive possono essere così lievi da passare inosservati. Ma, col progredire della malattia, diventano sempre più evidenti, e cominciano a interferire con le **attività quotidiane** e con le **relazioni sociali**.

Difficoltà pratiche nelle più comuni attività quotidiane: vestirsi, lavarsi, diventano a poco a poco così gravi da determinare, col tempo, la completa dipendenza dagli altri.

La malattia si manifesta inizialmente come demenza: amnesia progressiva ed altri deficit cognitivi. Il deficit della memoria riguarda inizialmente sporadici episodi nella vita quotidiana, ovvero disturbi di quella che viene chiamata **on-going memory** (ricordarsi cosa si è mangiato a pranzo, cosa si è fatto durante il giorno).

Memoria prospettica (che riguarda l'organizzazione del futuro prossimo, come ricordarsi di andare a un appuntamento);

Il **deficit aumenta** e la perdita della memoria arriva a colpire anche la **memoria episodica retrograda** (riguardante fatti della propria vita o eventi pubblici del passato).

Memoria semantica (le conoscenze acquisite).

Memoria procedurale (che riguarda l'esecuzione automatica di azioni) viene relativamente risparmiata fino alle fasi intermedio-avanzate della malattia.

Difficoltà di produzione del linguaggio, con incapacità nella definizione di nomi di persone ed oggetti, disorganizzazione nella produzione di frasi ed uso sovente scorretto del linguaggio.

Pianificazione e gestione di compiti complessi (gestione di documenti, attività lavorative di concetto, gestione del denaro, guida dell'automobile, capacità di cucinare) iniziano a diventare progressivamente più impegnative e difficili, fino a

Richiedere assistenza continuativa o divenire impossibili.

Nelle fasi intermedie ed avanzate inoltre, possono manifestarsi **problematiche comportamentali** (vagabondaggio, coazione a ripetere movimenti o azioni, reazioni comportamentali incoerenti) o psichiatriche.

Disorientamento nello spazio, nel tempo o nella persona (ovvero la mancata o confusa consapevolezza di dove si è situati nel tempo, nei luoghi e/o dell'identità personale, propria o di altri) è sintomo frequente a partire dalle fasi intermedie-avanzate.

A queste si aggiungono difficoltà progressive anche nella cura della persona.

L'Alzheimer può essere considerata a tutti gli effetti una **malattia terminale**, che causa un deterioramento generale delle condizioni di salute.

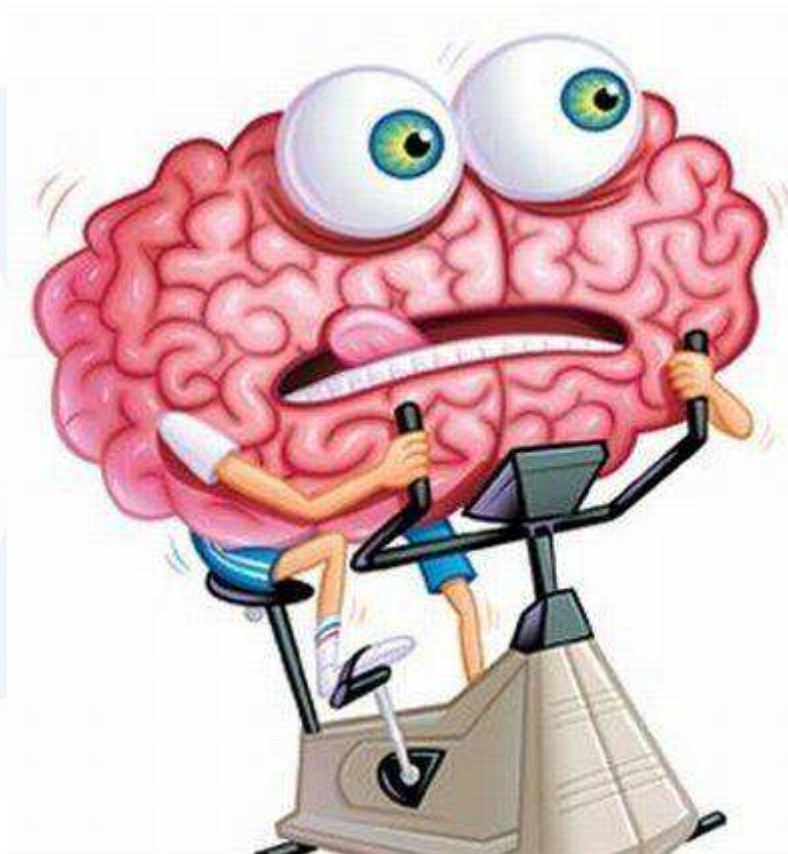
La causa più comune di morte è la polmonite, perché il progredire della malattia porta ad un deterioramento del sistema immunitario e a perdita di peso, accrescendo il pericolo di infezioni a gola e polmoni.

Diagnosi

NON esiste la possibilità di predire se si svilupperà la malattia. È possibile sottoporsi a un *test* per determinare la presenza del gene ApoE4, ma questo *test* non è affidabile in quanto segnala semplicemente un maggiore rischio teorico.

Persone con gene ApoE4 che sono vissute fino a tarda età senza ammalarsi, come anche altre che non avevano l'ApoE4 e hanno invece manifestato la malattia.

Generalmente la diagnosi avviene post-mortem con il reperimento degli aggregati fibrillari di proteina β -Amiloide direttamente nel tessuto cerebrale del paziente.



Gestione del paziente con AD

Normativa nazionale

D.P.C.M. 22 dicembre 1989

Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali D.P.R. 14 gennaio 1997

Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie

D.M. 21 maggio 2001, n. 308

Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge

8 novembre 2000, n. 328" D.M. 21 maggio 2001, n. 308 -

REGIONE PIEMONTE BU32 09/08/2012

Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248

Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.

Il modello proposto si articola pertanto nei seguenti punti essenziali:

- semplificazione del sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale attraverso l'individuazione di due tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale denominate: "R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale" e "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo" e quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.), Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) e Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura (C.D.A.I.);
- rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale nell'ambito di sei fasce assistenziali in luogo delle tre di cui alla D.G.R. n. 17-15226/2005 e smi, nonché di un livello per le demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità;
- integrazione delle specifiche esigenze correlate a patologie quali Morbo di Alzheimer ed altre demenze senili, di cui alla D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009, nell'ambito del modello di assistenza residenziale socio-sanitaria per anziani;
- definizione dei nuovi parametri assistenziali in grado di permettere una maggiore flessibilità nell'assistenza offerta per garantire risposte maggiormente calibrate sugli effettivi bisogni a cui far fronte.

1. Tipologie strutturali

Si istituisce una tipologia di presidio di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti denominata "R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale", all'interno della quale può essere realizzato il "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo", nonché quattro tipologie di presidio di ricovero semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.), "C.D.A.A. - Centro Diurno Alzheimer Autonomo" e "C.D.A.I. - Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura".

I requisiti strutturali richiesti per il rilascio del provvedimento autorizzativo sono descritti nel successivo Allegato 2.

Il N.A.T. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie.

Tali soggetti possono giovare, presso il suddetto nucleo, di uno specifico ambiente assistenziale con progetti mirati al reinserimento nel precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura, dopo un periodo di ospitalità temporanea. Pertanto il N.A.T. integra il modello R.S.A. quando il livello delle prestazioni non è sufficiente a garantire una corretta assistenza.

I C.D.I./C.D.I.A e i C.D.A.A./C.D.A.I. sono strutture a carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.



Formazione

Motivazione costante

Presa in carico dei casi critici singolarmente

Manualità e ADL

Progetto di tesi specialistica presso la S.U.I.S.M. di Torino

Intervento motorio con esercizi di:

- mobilità,
- coordinazione
- forza delle mani e delle dita.

Valutazione delle correlazioni tra funzionalità della mano e Attività della Vita Quotidiana (ADL).



Ginnastica dolce

Attività motorie di gruppo finalizzate alla socializzazione e al mantenimento delle abilità residue



Riabilitazione fisioterapica

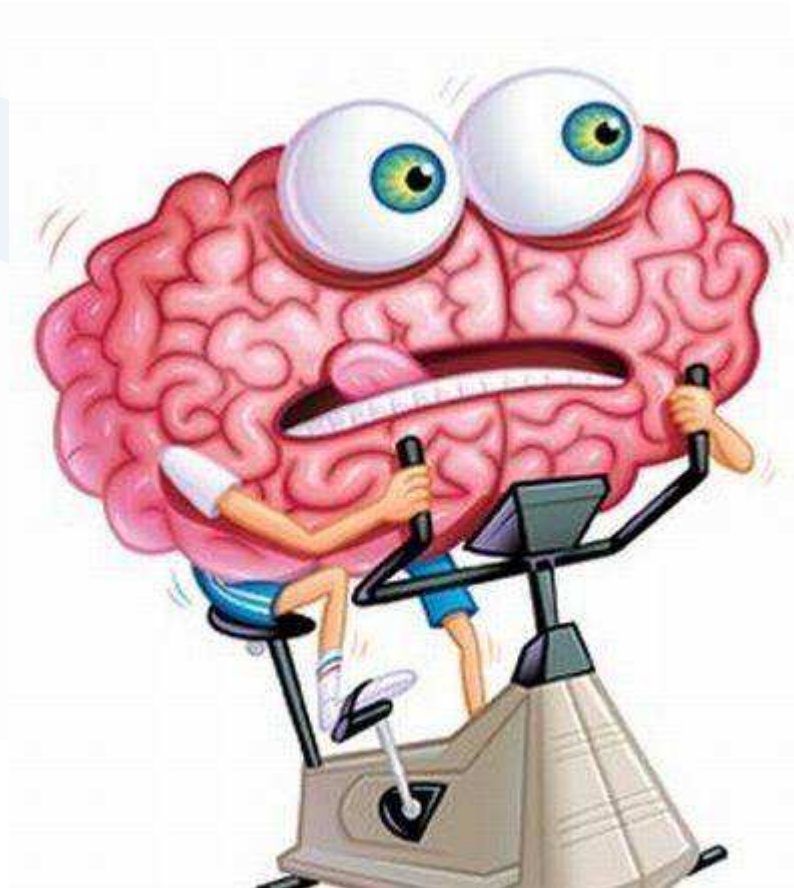
- Mobilizzazione attiva e passiva dei vari distretti articolari
- Autonomia negli spostamenti
- Rieducazione respiratoria

Prevenzione delle complicanze

- Rigidità articolari
- Ulcere da decubito
- Posture viziate

Riabilitazione psicologica

- 3R (ROT, Reminescenza e Rimotivazione)
- Validation Therapy
- Memory Training
- Ascolto empatico



Galleria d'arte

- Esposizione dei manufatti realizzati dagli ospiti durante i laboratori di creatività (origami modulari, pittura e collage)
- Esposizioni di artisti locali



Socializzazione con animali

In collaborazione con il gruppo cinofilo di Settimo Torinese

Mobilizzazione attiva e passiva dei vari distretti articolari attraverso il supporto dei cani, con l'obiettivo di:

- migliorare le funzioni motorie
- migliorare il tono dell'umore



Olimpiadi estive 1/2

Olimpiadi Estive con
differenti discipline:

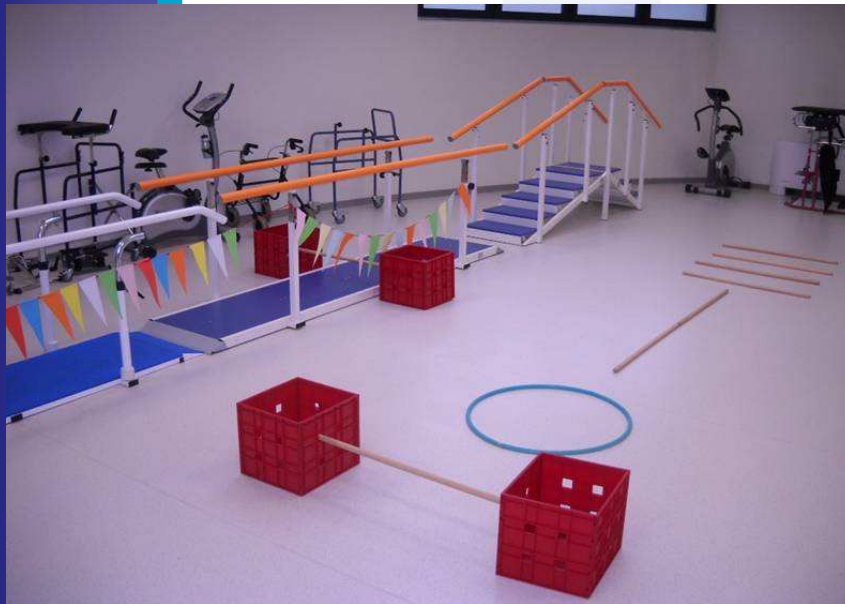
- Tiro a canestro
- Bowling



e...

Olimpiadi estive 2/2

- Bersaglio con bocce
- Percorso ad ostacoli



Laboratorio teatrale

Dopo il successo dello spettacolo de *Il malato immaginario* di Molière nell'estate 2009, sono in corso le prove de *Ditegli sempre di sì* di Eduardo De Filippo a cura di alcuni dipendenti.



Musico-movimento terapia

In collaborazione con
l'area fisioterapica:

- Movimenti a ritmo di musica da seduti
- Deambulazione ritmica senza ausili



Concerti musica classica



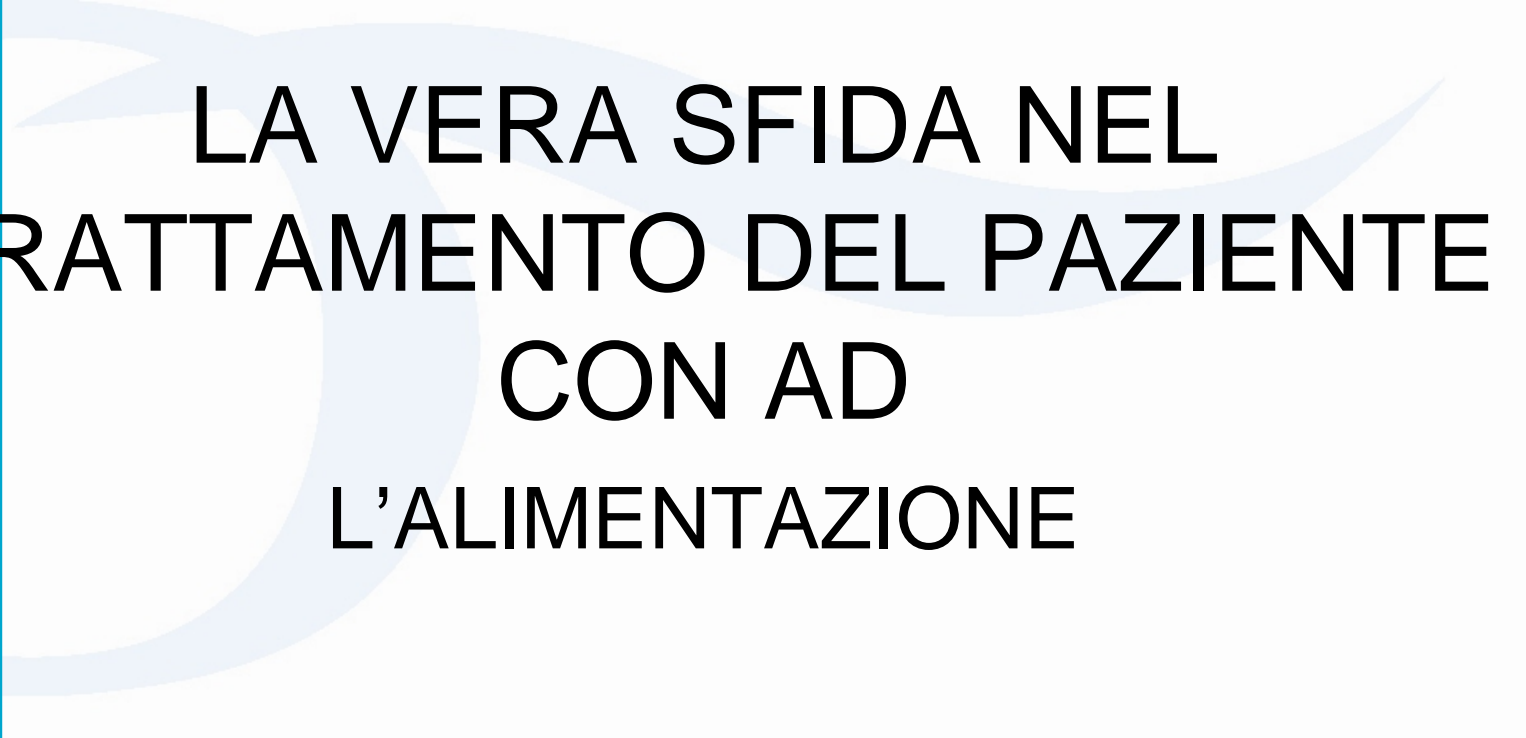

Con la collaborazione del Maestro Giacomo Fuga

Prossime iniziative

Giochi olimpici Invernali

Esposizioni di artisti locali

Giornalino di Casamia



LA VERA SFIDA NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON AD L'ALIMENTAZIONE

La persona anziana è una persona a rischio di denutrizione :

- Alterazione dell'appetito
- Problemi di masticazione e deglutizione
- Diminuzione della mobilità → ipotrofia muscolare
- Turbe cognitive → demenza
- Patologie acute

In caso di denutrizione o o per la prevenzione del rischio di denutrizione, dobbiamo modificare la struttura del pasto(frullato ...) ed arricchire la preparazione.

Screening e valutazione dei rischi e prescrizioni

Presa in carico della denutrizione PROTEINO-ENERGERGETICA

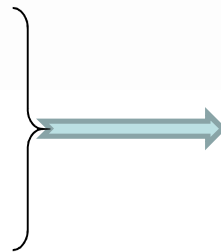
L'equipe di cura individua i soggetti a rischio ,diagnostica una denutrizione ed elabora una strategia. → PAI

Il cuoco mette in atto le strategie decise dall'equipe

situazioni a rischio

screening sistematico

segni di allerta



PRESCRIZIONI

Situazioni a rischio

- ✓ entrata recente in residenza
- ✓ ospedalizzazione recente
- ✓ allettamento cronico, diminuzione della mobilità
- ✓ demenza
- ✓ dépressione
- ✓ terapie farmacologiche prolungate
- ✓ disturbi della masticazione
- ✓ disturbi della deglutizione
- ✓ alterazioni del gusto
- ✓ dieta restrittiva
- ✓ patologie acute
- ✓ faticabilità dovuta all'età
- ✓ dipendenza alimentare

Presca in carico di un ospite senza fattori di rischio e con un'albuminemia e apporti nutrizionale normali

- **Vigilanza degli apporti**
- **Peso /mese**
- **Albuminemia / CRP all'ingresso e ad ogni episodio intercorrente grave.**

Presca carico di un ospite con fattori di rischi e con albuminemia e apporti nutrizionale normali

- **Vigilanza degli apporti**
- **Peso \ mese**
- **Albuminemia / CRP a mese**

Ospiti che presentano un calo ponderale moderato (<5%) : valutare gli apporti su una settimana

- Consegne mirate-
- Scheda degli apporti alimentari
- Scheda di idratazione

Apporto normale	Apporto >50% della razione giornaliera	Apporto <50% della razione giornaliera
<p>Regime arricchito e frazionato(pianificazione murale in infermeria e cucina)</p> <p>Aumentare gli apporti alimentari nella giornata:proporre una merenda alle 10h ed alle 21h con prodotti a base di latte.</p>	<p>Regime arricchito e frazionato(pianificazione murale in infermeria e cucina)</p> <p>Aumentare gli apporti alimentari nella giornata:proporre una merenda alle 10h ed alle 21h con prodotti a base di latte.</p> <p>Sorveglianza alimentare</p>	<p>Régime arricchito e frazionato(pianificazione murale infermeria e cucina)</p> <p>Aumentare gli apporti alimentari nella giornata:proporre una merenda alle 10h ed alle 21h con prodotti a base di latte.</p> <p>Sorveglianza alimentare</p>
<p><u>Valutazione a 1 mese</u></p> <p>Peso</p> <p>Albumina / CRP</p>	<p><u>Valutazione a 15 gg</u></p> <p>Peso</p> <p>Albumina / CRP</p>	<p>Prescrizione di integratori alimentari(2/3 al giorno)</p>
	<p>In caso di esito negativo:prescrizione di integratori alimentari(pallino bianco sulla pianificazione murale)</p>	<p><u>Valuatione a una settimana</u></p> <p>Peso</p> <p>Albumina / CRP</p> <p>In caso di esito negativo discussione di equipe per eventuale ospedalizzazione</p>

Ospite che presenta una denutrizione severa: valutare gli apporti nelle 24 ore

Apporto normale	Apporto >50% della razione giornaliera	Apporto <50% della razione giornaliera
<p>Regime arricchito IP: .Aumentare gli apporti alimentari nella giornata:proporre una merenda alle 10h e alle 21h. Sorveglianza alimentare</p> <p>Prescrizione di integratori alimentari(pallino bianco sulla pianificazione murale) due al giorno.</p> <p><u>Valuatione a 15 giorni</u> Peso Albumina / CRP</p>	<p>Regime arricchito IP: Aumentare gli apporti alimentari nella giornata:proporre una merenda alle 10h ed alle 21hcon prodotti a base di latte.Sorveglianza alimentare</p> <p>Prescrizione di integratori(pallino bianco sulla pianificazione murale) 3 al giorno.</p> <p><u>Valuatione a una settimana</u> -Peso -Albumina / CRP</p>	<p>Analisi della texture del pasto,pasti arricchiti e frazionati,lavoro sui gusti alimentari,scheda di sorveglianza alimentare</p> <p>.</p> <p>Discussione dell'equipe per eventuale ospedalizzazione</p>
<p>In caso di esito negativo:discussione in equipe per eventuale ospedalizzazione</p>	<p>In caso di esito negativo:discussione in equipe per eventuale ospedalizzazione</p>	

Criteria diagnostici della denutrizione

Denutrizione moderata

IMC < 21 indice di massa corporea

- **Perdita di peso $\geq 5\%$ in 1 mese o 10% in 6 mesi**
- **Albumina < 35g/l**
- **MNA < 17 mini nutritional assessment**

Denutrizione severa

- **Perdita di peso $\geq 10\%$ in 1 mese o 15% in 6 mesi**
- **IMC < 18**
- **Albumina < 30g/l**

Obiettivi del regime iperproteico

Arricchire in proteine alcuni piatti del menù per aumentare di circa 20gr al giorno l'apporto di proteine

IP 20

Unicamente su prescrizione medica

In certi casi, nella denutrizione documentata, è sufficiente

Prescrizione di integratori alimentari

Bisogni nutrizionali quotidiani

Persona anziana(60 kg)

- 2000 Kcal
- 60 g di proteine
cioè 1g / kg / giorno

Adulto(60 kg)

- 2000 à 2500 Kcal
- 60 g di proteine
cioè 1g / kg / giorno

Persone anziane,adulte,stessa combattività

**Persone denutrite fabbisogno in proteine 1,2 à 1,5
g/kg/g**

+ 20 g di proteine protocollo IP20

Principi

L'equipe medica deve correttamente informare l'equipe di cucina sui bisogni dell'ospite, con la compilazione della scheda alimentare e la compilazione della pianificazione murale.

Le informazioni riguardano :

- il nome dell'ospite interessato
- l'integrazione IP
- l'eventuale frazionamento dei pasti

Obiettivi e tecniche del regime IP

Obiettivo del regime :

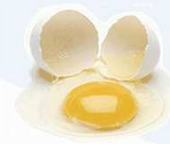
20 g di proteine in più al giorno

Realizzazione dell'arricchimento

I prodotti



Latte in polvere



Uovo o polvere d'uovo



Proteine di soja



Formaggino



Formaggio bianco

Si possono utilizzare tutti i prodotti insieme.

Rivalutazione

- ❖ **Giornaliera**
- ❖ **Settimanale**
- ❖ **Mensuile**
- ❖ **Sorveglianza dell'apporto alimentare**
- ❖ **Peso**
- ❖ **Sorveglianza alimentare**
- ❖ **Integratori alimentari**

Un lavoro d'equipe

- ✓ Una sorveglianza rigorosa di quanto l'ospite realmente mangia
- ✓ Un adattamento del regime dopo valutazione personale da parte dell'equipe medica
- ✓ Una comunicazione immediata ed attiva

Equipe di cura / OSS / Equipe di ristorazione

Conclusioni

Questa politica nutrizionale, applicata secondo i protocolli ORPEA, permette:

- 1. Di mantenere la qualità di vita dell'ospite**
- 2. Di mantenere un livello di autonomia**
- 3. E a lungo termine, una diminuzione del carico di lavoro di :**
 - ⇒ **infermieri** (meno lesioni da decubito)
 - ⇒ **OSS** (minor allettamento)