

## Centri Diurni Alzheimer e integrazione socio-sanitaria

G. Sergio\*, G. Carbone\*\*, D. Carratelli\*\*\*, A. M. Falanga\*\*\*, M. T. Pacitti\*\*\*, E. Sodani\*\*, R. Conforti\*

\*Geriatra, A.G.E. Sezione Lazio, Roma - \*\*Neurologo, U.V.A. e Centro Diurno Alzheimer, Italian Hospital Group, Guidonia (RM) - \*\*\*Neurologo, Centro Diurno Alzheimer “Arcobaleno”, U.V.A. Ospedale S. Spirito, AUSL Roma E, Roma.

### Introduzione

In ottemperanza alle linee-guida della Legge 381/2000 sull'integrazione socio-sanitaria nell'assistenza pubblica, gli Enti locali e le Aziende Unità Sanitarie Locali della nostra Repubblica hanno adottato modelli di assistenza integrata per i soggetti disabili di tutte le età. In particolare, in “isole felici” dello “Scarpone”, la terza età (>65 anni) ha visto sorgere a lei dedicati i “Centri Diurni per anziani fragili” (CDAF) e i “Centri Diurni Alzheimer” (CDA) per soggetti affetti da demenza di Alzheimer e demenze “correlate”. Nella Regione Lazio i requisiti gestionali e strutturali generali sono stati definiti dalla L.R. n. 41/03 e quelli integrativi dalla D.G.R. Lazio n. 1305/04 per i CDAF e dalla DGR Lazio n. 94/02 per i CDA (tabella 1). Questi ultimi sono stati ratificati nel Comune di Roma dalla Deliberazione Consiglio Comunale n. 35/04 e hanno una gestione congiunta, mediante protocolli di intesa specifici, da parte dei Servizi Sociali dei Municipi (coordinati dal V Dipartimento – Settore Anziani), delle Cooperative di servizio e delle Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.). Queste sono state deliberate dai Consigli Regionali a livello nazionale nel 2000 per espletare il “progetto CRONOS” (decretato dal Ministero della Sanità, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità) sugli effetti dei farmaci anticolinesterasici (donepezil, rivastigmina, galantamina) nella malattia di Alzheimer in stadio lieve o moderato (MMSE compreso fra 24/30 e 12/30). Le U.V.A. afferiscono alle AUSL, agli Istituti Universitari Statali, alle Aziende Ospedaliere, agli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e hanno assolto il loro compito specifico sperimentale dal 1 ottobre 2000 al 30 marzo 2003. Attualmente i geriatri e i neurologi delle U.V.A. continuano a certificare la diagnosi di malattia di Alzheimer in stadio lieve o medio, ai fini della prescrizione degli anticolinesterasici in regime di concedibilità da parte del S.S.N. (nota 85), e inoltre accedono ai CDA per le valutazioni multidimensionali dei nuovi ospiti e per monitorare gli effetti dell'intervento assistenziale integrato socio-sanitario sui pazienti stessi. Quest'ultimo si concretizza in senso paradigmatico in:

a) interventi sociali:

- valutazione socio-economica effettuata dall'assistente sociale del Centro;
- accompagnamento con pulmino dal domicilio al Centro e viceversa;
- incontri con i familiari e/o caregivers singolarmente o in gruppo (gruppi di sostegno), con la finalità di ridurre l'ansia/depressione dei congiunti, nonché il loro stress (valutabile con la “Relative Stress Scale” - RSS - di Greene; punteggio da 0 a 30 e cut-off a 10 per lo stress lieve, a 20 per quello medio e a 30 per quello elevato); i gruppi sono condotti dall'assistente sociale e dallo psicologo dell'équipe multidisciplinare che gestisce il Centro;
- interventi educativi singoli e/o in gruppo da parte di educatori professionali e/o maestri d'arte, consistenti in attività occupazionali volte al recupero delle attività della vita quotidiana di base (Basic Activities of Daily Living – BADL – di Katz, da 0 a 6 attività conservate) e strumentali (Instrumental Activities of Daily Living – IADL – di Lawton, da 0 a 8 attività conservate);

- segretariato sociale per l'assolvimento di pratiche (es. riconoscimento dell'invalidità civile e/o dell'handicap con la Legge 104/92; contatti col medico curante di Medicina generale; appuntamenti per visite ambulatoriali specialistiche etc.)
- b) interventi sanitari:
- valutazione geriatrica multidimensionale (VGM) da parte del geriatra titolare o consulente dell'U.V.A. e di altre figure professionali operanti nel Centro (psicologo, fisioterapista, logopedista, infermiere etc.): la valutazione multidimensionale è composta solitamente dalla valutazione socio-economica (come si è detto, effettuata dall'assistente sociale del Centro), dalla valutazione delle eventuali condizioni morbose associate alla demenza e della loro entità, effettuata dal geriatra (scala CIRS, Carlton etc.), dalla valutazione funzionale motoria effettuata dal fisioterapista (scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura, ovvero il Physical Performance Test – PPT –, ovvero il semplice Physical Performance Score – PPS - di Guralnik) e, non ultima, dalla valutazione neuropsicologica cognitiva e affettiva effettuata dallo psicologo (Mini Mental State Examination – MMSE – di Folstein, e la Geriatric Depression Scale – GDS – di Yesavage nella forma abbreviata a 15 items);
  - fisioterapia individuale (raramente) o di gruppo (ginnastica dolce con tecniche di riequilibrio corpo/psiche)
  - logoterapia per i disturbi della produzione (Lp) e/o comprensione (Lc) del linguaggio (facilmente testabili con la Scala di Valutazione Multidimensionale per l'Adulto e l'Anziano modificata – SVaMA Lp e Lc);
  - terapie non farmacologiche della demenza (1), da pianificare individualmente, condotte da psicologi, che dovrebbero essere previste in tutti i CDA; si distinguono in:
    1. approcci multistrategici:
      - terapia occupazionale, finalizzata alla stimolazione della sensorialità, della propriocettività, della prassi, della lessia, della creatività, dell'ideazione, della critica e del giudizio;
      - terapia di orientamento alla realtà (Reality Orientation Therapy – ROT) di tipo formale, a piccoli gruppi di soggetti, condotti dallo psicologo, per la riattivazione mnemonica, dell'orientamento temporo-spaziale, della gnosi, e come supporto psicologico antidepressivo; maggiormente efficace se associata all'intervento farmacologico con anticolinesterasici (2);
      - terapia della reminiscenza, che si fonda sulla stimolazione delle risorse mnemoniche residue per ripristinare esperienze emotivamente piacevoli;
      - validazione ovvero l'approccio empatico finalizzato a determinare contatti emotivi importanti;
    2. approcci cognitivi (potenziamento della memoria residua, utilizzo della memoria procedurale e di strategie di compensazione) e memory training computerizzati;
    3. interventi comportamentali (musicoterapia, aromaterapia, fototerapia e cromoterapia) e ambientali (ai fini della sicurezza, facilitando anche l'orientamento spaziale dei pazienti);
  - psicoterapia individuale di supporto ai soggetti con depressione del tono dell'umore, frequentemente associata nei primi stadi delle demenze (3);
  - prestazioni infermieristiche, particolarmente per il monitoraggio degli stati morbosi associati.

Attualmente sono attivi nel Lazio 14 CDA, di cui 10 in Roma e provincia.

Scopo del presente studio è stato quello di:

- a) fare il punto sul funzionamento di due CDA a 5 anni di distanza dalla loro attivazione (anno 2002)
- b) valutare gli effetti dell'intervento riabilitativo socio-sanitario sulla cognitiv  e sui disturbi comportamentali degli ospiti.

## Casistica e metodiche

Sono stati interessati allo studio due Centri Diurni Alzheimer:

1. International Hospital Group (IHG) nel Comune di Guidonia (Roma – AUSL RMG) e
2. “Arcobaleno” della AUSL Roma E, che ospita soggetti residenti nei Municipi Roma XVII, XVIII, XIX, XX.

Nella tabella 1 sono riportati alcuni indici di attivit  dei due Centri dal 1 gennaio 2005 al 31 maggio 2007. I giorni di attivit  erano mediamente 5.5, i pazienti in carico 98, l'et  media 78. La prevalenza delle donne era nettamente superiore a quella degli uomini (71% vs. 29%). La durata dell'ospitalit  era sovrapponibile nei due Centri ed era mediamente superiore a un anno; la frequenza settimanale media degli accessi era di 4 giorni, il n  medio degli operatori 22. Il rapporto operatori/utenti era decisamente favorevole nel Centro “Arcobaleno” rispetto all'altro (valore medio 0.45).

Nella tabella 2 sono illustrati alcuni parametri sociali degli ospiti. La convivenza con un solo familiare prevaleva (63%) sulla convivenza con pi  persone e sul viver soli. La tipologia prevalente del caregiver era quella del figlio/a (57%) rispetto a quella del coniuge (32%).

Sono state applicate sugli ospiti le seguenti scale di valutazione all'atto della presa in carico e al termine del periodo di semi-residenzialit :

- Clinical International Rating Scale (CIRS) di Parmelee per la comorbidit  (indice di comorbidit  da 0 a 13);
- Clinical Dementia Rating scale (CDR) di Hughes, da 0 a 5;
- Indice di Barthel da 0 a 100;
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL) di Lawton da 0 a 8;
- Scala di Tinetti da 0 a 28 per l'equilibrio e l'andatura;
- Mini Mental State Examination di Folstein da 0 a 30;
- Neuropsychiatric Inventory di Cummings da 1 a 144 per le turbe comportamentali.

I pazienti hanno ricevuto interventi socio-riabilitativi e hanno seguito un programma di attivit  riabilitativa, comprendente la stimolazione cognitiva (ROT) per 3 volte alla settimana, la terapia occupazionale e le attivit  motorie di gruppo (ginnastica dolce con esercizi di coordinazione dei movimenti degli arti superiori e inferiori) a frequenza giornaliera.

## Risultati

Nella tabella 3 sono illustrati i valori medi (all'inizio e al termine del periodo di semi-residenzialit ) dei punteggi delle scale cliniche di valutazione applicate nei due Centri:

Alla fine del periodo di semi-residenzialit  il punteggio medio della CIRS aumentava significativamente (da 1.36 a 1.43;  $p < 0.05$ ), la CDR non variava (da 1.81 a 1.80), il Barthel si riduceva ma non significativamente (da 83.5 a 80.7), il punteggio delle IADL si riduceva significativamente (da 2.0 a 1.3;  $p < 0.001$ ), la Tinetti si riduceva significativamente (da 24.8 a 21.4;  $p < 0.02$ ), il MMSE diminuiva (da 17.4 a 16.3);  $p < 0.05$ ) e il NPI si riduceva ma non significativamente (da 22.0 a 20.5).

## **Discussione**

Le variazioni negative delle scale funzionali, confrontabili con quelle osservate da altri Autori (4) dopo analogo periodo di ospitalità semi-residenziale in Centro Alzheimer, sono in realtà minime. In particolare l'autonomia peggiorava solo nelle attività strumentali della vita quotidiana, ma non in quelle basali, e la cognitività si riduceva mediamente di un'entità molto lieve: calo di un punto circa al MMSE, contro una riduzione media di 5 punti in periodo confrontabile in soggetti non trattati in strutture semi-residenziali (2). Il miglioramento significativo dei disturbi dell'equilibrio e dell'andatura era imputabile al programma di riattivazione motoria condotto in tutto l'arco della permanenza nei due Centri. I disturbi comportamentali presentavano una tendenza al miglioramento, comunque non significativa a causa dell'ampia variabilità dei valori del NPI.

## **Conclusioni**

L'attività integrata socio-sanitaria nei due Centri si è rivelata adeguata ai bisogni assistenziali dell'utenza. I risultati relativamente positivi sostengono l'appropriatezza degli interventi socio-occupazionali e riabilitativi ivi condotti.

## **Bibliografia**

- 1) Calabria M., Zanetti O.: Gli interventi non farmacologici. Ger. ExtraOsp. 2006; Volume IV (3-4): 29-34.
- 2) Sergio G., Tognetti A., Monini P., Capobianco G., Baglio S., Bartorelli L.: Approccio farmacologico e non-farmacologico, isolato e combinato, nella malattia di Alzheimer. Giorn. Geront. 2000; 48, 298.
- 3) Monini P., Tognetti A., Sergio G., Bartorelli L.: Depressive disorders in Alzheimer's disease patients. Different aspects in the early and late stages. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl. 6, 1998, 343-346.
- 4) Fabbo A., Mazzali D., Pradelli J.M., Zucchi P., Baldelli M.V.: Riabilitazione cognitiva e demenza: l'esperienza del centro diurno. Giorn. Geront. 2006, 54, 485.

Tabella 1. Indici di attività dei due Centri Diurni Alzheimer.

	IHG	Arcobaleno	totale	$\bar{x}$	n%
Giorni di attività (gg/sett.)	5	6		5.5	
Pazienti in carico (n)	55	43	98		
Età media (anni)	77	79		78	
Donne (n)	46	24	70		71%
Uomini (n)	9	19	28		29%
Durata media ospitalità (gg)	550	490		520	
Frequenza accessi (gg/sett.)	5	3		4	
Personale (n)	19	25		22	
Rapporto operatori/utenti (n)	0.3	0.6		0.45	

Tabella 2. Parametri sociali degli ospiti nei due Centri Diurni Alzheimer (n = 98).

	IHG	Arcobaleno	totale	n%
Convivenza (n):				
- soli	3	6	9	9%
- 1 familiare	43	19	62	63%
- più familiari	8	8	16	17%
- badante	1	10	11	11%
Tipologia del caregiver (n):				
- coniuge	19	12	31	32%
- figli	33	23	56	57%
- altro	3	8	11	11%
- badante	0	0	0	0%

Tabella 3. Valori medi ( $\bar{x}$ ) delle scale di valutazione (range) con Deviazione Standard (DS), differenze percentuali medie ( $\Delta\%$ ) e significatività delle differenze (Student t-test per dati appaiati, t) fra l'inizio (T0) e la fine (T1) della semi-residenzialità.

	T0	T1	$\Delta\%$	t	p
	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$			
CIRS (0-13)	1.36 $\pm$ 0.19	1.43 $\pm$ 0.18	5.1	-2.556	<0.05
CDR (0-5)	1.81 $\pm$ 0.06	1.80 $\pm$ 0.05	0.6	0.423	n.s.
Indice di Barthel (0-100)	83.5 $\pm$ 16.8	80.7 $\pm$ 19.8	3.3	0.719	n.s.
IADL (0-8)	2.0 $\pm$ 1.6	1.3 $\pm$ 1.5	35.0	3.921	<0.001
Tinetti (0-28)	24.8 $\pm$ 3.1	21.4 $\pm$ 5.1	13.7	3.576	<0.02
MMSE (0-30)	17.4 $\pm$ 5.2	16.3 $\pm$ 6.2	6.3	2.419	<0.05
NPI (1-144)	22.0 $\pm$ 11.9	20.5 $\pm$ 13.3	6.8	0.398	n.s.

