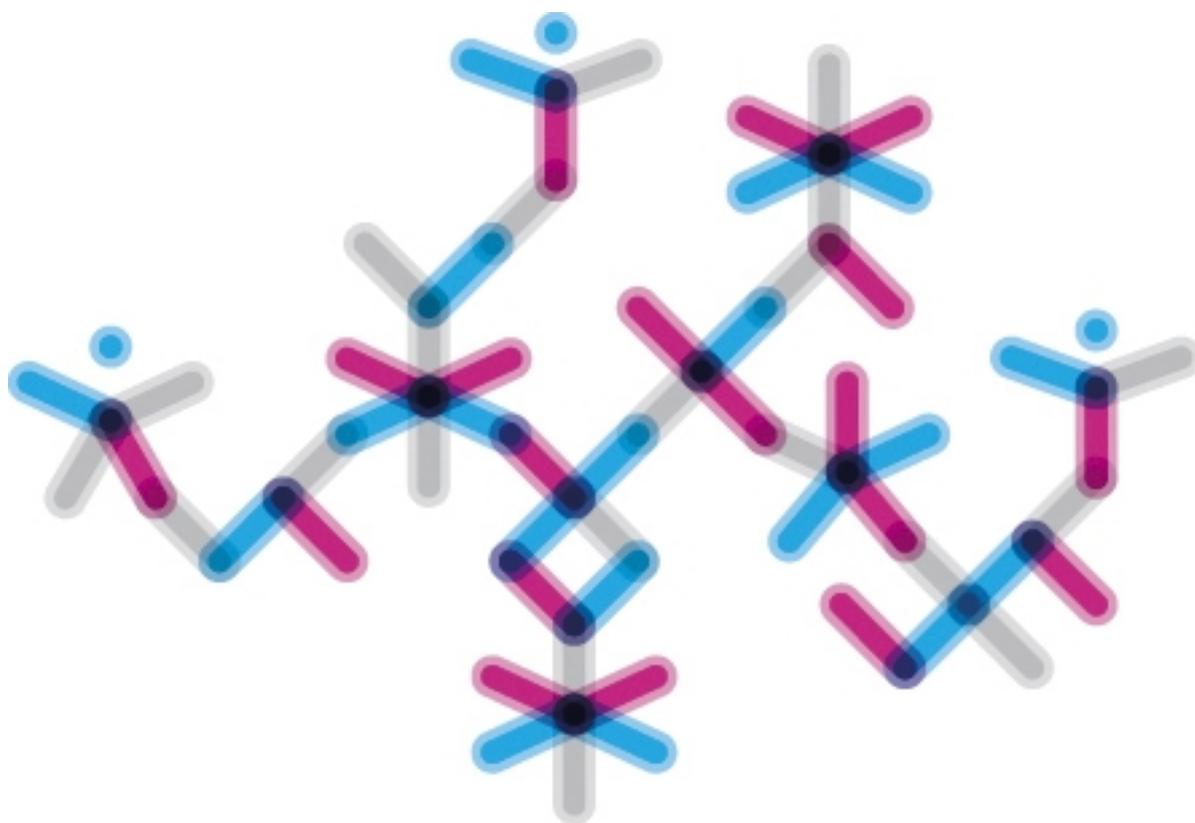




Centri Diurni Alzheimer e Moduli cognitivi comportamentali in RSA: un survey per l'appropriatezza

— — —
Report preliminare

Agenzia Regionale di Sanità



1 ottobre 2012

Indice

I	Materiali e metodi	5
1	Il protocollo di studio	7
1.1	Premessa	7
1.2	Razionale	9
2	Strumenti e metodi per la raccolta dati, creazione database	11
2.1	Il censimento delle strutture	11
2.2	La scheda conoscitiva di struttura	11
2.3	La scheda utente: cenni metodologici	12
2.3.1	La scheda RUG	12
2.3.2	Terapie dei disturbi del comportamento e mezzi di contenzione	15
2.3.3	I codici identificativi universali regionali (IdUni) degli utenti valutati	16
2.4	Creazione database e interfaccia web	17
II	Risultati preliminari	19
3	Descrittiva strutture	21
3.1	Le strutture partecipanti al progetto	21
3.2	Organizzazione e Gestione	21
3.3	Organizzazione dell'assistenza	24
4	Descrittiva utenti	27
4.1	Gli ospiti dei CDA	28
4.1.1	Il profilo funzionale, cognitivo e comportamentale e i disturbi dell'umore: indici e approfondimenti	28
4.2	Gli ospiti dei moduli cognitivo comportamentali	32
4.2.1	Il profilo funzionale, cognitivo e comportamentale e i disturbi dell'umore: indici e approfondimenti	32
5	Il case-mix e il bisogno di assistenza infermieristica e di base	37
5.1	La distribuzione dei pazienti nelle macro-categorie assistenziali	37
5.2	Il case mix delle strutture - 30 RUGs	38
III	Riflessioni e possibili spunti per l'organizzazione dei servizi	41
6	Case-mix osservato e case mix atteso: proposte per l'appropriatezza	43
6.1	La normativa di riferimento	43
6.2	Definizione di case mix atteso	45
	Appendici	51
A	Questionario strutture	51
B	Questionario utenti	61

Parte I

Materiali e metodi

Capitolo 1

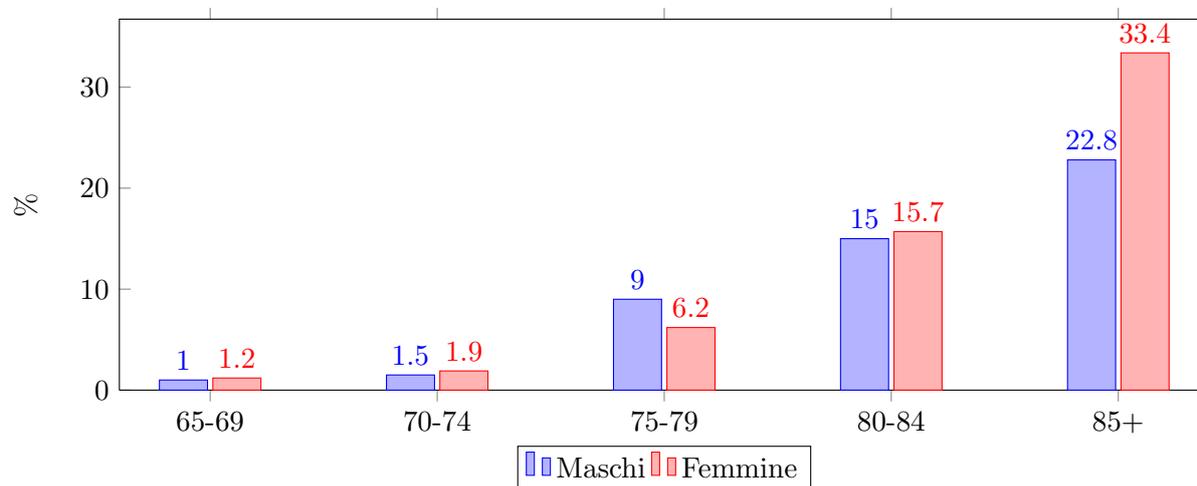
Il protocollo di studio

1.1 Premessa

L'assistenza alla persona demente costituisce attualmente un importante problema di sanità pubblica. Ciò a causa dell'effetto combinato tra impatto della malattia sulla qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia, dimensione epidemiologica del fenomeno e carico sui servizi socio-sanitari.

Nell'ultima relazione sanitaria si stimava fossero residenti in Toscana, al primo gennaio 2009, circa 77 mila anziani affetti da demenza, dei quali due terzi rappresentati da donne e quasi la metà da anziani ultra85enni. La prevalenza della malattia aumenta con l'età e arriva ad interessare più del 20% degli anziani tra gli ultra ottantacinquenni (vedi figura 1.1).

Figura 1.1: Tassi percentuali di prevalenza della demenza ottenuti con il modello di Poisson ad effetti casuali per genere e classe d'età (Studio ICare, campione N=725 - Studio ILSA, campione N=563 - Studio INChianti, campione=1.138 - Studio Vecchiano, campione N=1.601), Fonte: relazione sanitaria 2009



Le stime prodotte nel contesto dell'ultima relazione sanitaria hanno inoltre fornito dati di prevalenza relativi alle persone dementi, stratificandole in 3 classi in base al livello di autonomia funzionale: la condizione iniziale, *lieve*, riguarda i soggetti con diagnosi di demenza ma ancora autosufficienti nelle BADL; il grado successivo, *moderato*, comprende le persone che hanno perso l'autosufficienza in alcune BADL; nell'ultima fase, *grave*, l'individuo ormai è completamente dipendente nelle BADL e richiede assistenza continua e totale per mantenersi in vita.

Tabella 1.1: *Numero stimato di persone con demenza classificate per i tre livelli di funzionamento, popolazione Toscana ultrasessantacinquenne al 01.01.2009, suddivisi per classe d'età.*

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale
Lievi	2.154	2.725	9.843	11.655	16.177	42.553
Moderati	281	556	2.244	7.526	14.108	24.715
Gravi	0	270	831	2.466	6.730	10.296
Totale	2.435	3.551	12.917	21.646	37.016	77.564

Nella relazione sanitaria sono state presentate anche stime sulla prevalenza di disturbi del comportamento in anziani con deficit cognitivo, dai quali non possiamo prescindere dato l'impatto che questi hanno sul carico assistenziale e sulle richieste di istituzionalizzazione o ricovero da parte delle famiglie. Si stima che, tra le persone che dichiarano di non essere autonome in almeno una BADL e che presentano un deficit cognitivo moderato o grave (secondo i criteri usati dal fondo per la non autosufficienza), il 26,1% dei casi presenti disturbi del comportamento (9.654 persone). Nel 8,4% dei casi (3.123 persone) i disturbi presentati sono da considerarsi gravi.

Ad oggi il sistema per la presa in carico e l'assistenza dei non autosufficienti, ivi compresi i soggetti che hanno perso la loro autonomia contestualmente all'evolversi di un deficit cognitivo, è stato notevolmente migliorato grazie al progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente. Diviene adesso prioritaria la ridefinizione del percorso diagnostico assistenziale della persona con demenza in modo da rendere tale percorso omogeneo e coerente su tutto il territorio, anche in un'ottica di ottimizzazione delle le risorse disponibili.

Il progetto qui descritto costituisce una delle azioni del "PROGETTO SPERIMENTALE AI SENSI DELL'ARTICOLO 3, COMMA 1, DEL DECRETO INTERMINISTERIALE IN DATA 4 OTTOBRE 2010", di cui quello di seguito illustrato rappresenta una delle azioni.

In particolare questa azione ha come obiettivo quello di tracciare un quadro della situazione regionale dei centri diurni Alzheimer e dei Moduli Alzheimer nelle RSA, con particolare riferimento al loro numero e distribuzione sul territorio, caratteristiche organizzative, case mix trattati e tipologia di servizi offerti.

Questo lavoro è propedeutico alla definizione del sistema governo dei Centri Diurni (normativa di riferimento che ne definisca in modo omogeneo i contenuti e i criteri di appropriatezza, non essendo questi precisamente previsti né nella LR 41/2005, né nel Regolamento per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-sanitari, né nel ventaglio delle risposte assistenziali definite nell'articolo 7 della LR 66/2008) collocato all'interno di un percorso coerente di diagnosi, cura e assistenza dei pazienti con demenza (UVC, UVM, ospedale, nuclei riservati nelle RSA, servizi di ADI, e Centri Diurni).

Nell'ambito del progetto di ricerca finalizzata "I Servizi di Assistenza Socio-Sanitaria per gli Anziani in Italia" (Progetto ASSI), è stata condotta una ricerca (Progetto ASSI-RSA in Toscana) che aveva l'obiettivo di individuare e testare una metodologia per la definizione del case mix delle strutture residenziali per anziani, a valenza sanitaria e non, quale presupposto per la messa a punto di criteri di accreditamento e monitoraggio della qualità della assistenza .

Il sistema di valutazione usato è quello dei RUG (Resource Utilization Groups - RUGs): tale sistema permette di classificare gli ospiti delle Residenze in 44 gruppi omogenei per tipologia del bisogno assistenziale ed assorbimento di risorse in termini di minuti giornalieri di assistenza attesi. Ciò che proponiamo qui di seguito è basato sul presupposto che questo sistema, sebbene nato per la residenzialità in senso stretto, potrebbe essere utilmente applicato per la valutazione del case mix assistenziale anche dei centri diurni Alzheimer e dei moduli Alzheimer in RSA in modo da fornire una base oggettiva per la definizione di criteri minimi di governo di tali strutture, soprattutto in merito agli standard minimi di personale e servizi.

1.2 Razionale

Il Centro Diurno Alzheimer è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di cura e riattivazione di anziani con deficit cognitivo e disturbi del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di custodia temporanea e di sollievo per la famiglia. Il CDA è una realtà assistenziale che si è delineata e innestata nel panorama dei servizi in assenza di criteri specifici di governo: ciò fa sì che vi siano notevoli diversità nella conduzione di tali strutture in relazione, ad esempio, al personale, alla tipologia e gravità dei pazienti ammessi, ai periodi di permanenza, alle attività riabilitative proposte, alle attività di affiancamento ai caregiver abituali durante il ricovero e in fase di reinserimento al domicilio.

Il modulo cognitivo comportamentale o modulo Alzheimer presente all'interno di alcune RSA della Regione Toscana, è nato allo scopo di offrire una presa in carico residenziale alle persone con demenza e gravi disturbi del comportamento (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). Anche se il ricovero nel modulo dovrebbe essere temporaneo, al fine di fornire un sostegno alla famiglia e attivare una circolarità degli interventi tra domicilio e struttura, in molte RSA, la permanenza dei pazienti si è trasformata in lungodegenza (i 1 anno), determinando un blocco delle risposte assistenziali.

Obiettivo

Il presente lavoro si propone come obiettivo prioritario quello realizzare una panoramica sull'organizzazione funzionale delle strutture e sui progetti di cura e riattivazione ivi condotti. Questo studio potrà essere successivamente completato con un lavoro longitudinale che tragga indicazioni sui processi terapeutici che sembrano maggiormente correlati ad esiti positivi.

Tale obiettivo generale può essere suddiviso in due **Obiettivi specifici**:

- Rilevazione delle caratteristiche e della distribuzione dei CDA e dei Moduli Residenziali Alzheimer sul territorio: censimento delle strutture, personale (tipologia e monte ore annuale), servizi disponibili (quali e quanti), numero di assistiti in carico (questionario ad-hoc ai coordinatori delle strutture);
- Rilevazione delle caratteristiche dell'utenza: quadro funzionale, cognitivo, comportamentale e risposte erogate a fronte del bisogno, case mix delle strutture (questionario RUG-RSA integrato);

Popolazione in studio

Lo studio coinvolgerà, se possibile, tutti i Centri Diurni Alzheimer e dei Moduli Alzheimer RSA presenti sul territorio regionale e i relativi ospiti presenti in ogni centro nel corso di una settimana stabilita a priori.

Materiali e metodi

Lo studio prevede la raccolta di dati, tramite applicativo web.

I dati raccolti riguarderanno:

- **le strutture** ed in particolare
 - Numero e tipologia di servizi e terapie erogate dalla struttura
 - Periodo medio di permanenza degli utenti nel servizio
 - Esito della frequenza/ricovero (rientro a casa, ricovero in modulo base, morte...)

- dotazioni organiche per funzione (assistenza medica e/o specialistica, assistenza infermieristica, assistenza di base alla persona, assistenza riabilitativa, animazione socio-educativa, attività occupazionale e/o formative, ecc.)
- monte orario annuale per funzione

- **gli utenti**

- Utenti CDA prevalenti in una settimana; Utenti Moduli Alzheimer prevalenti in un giorno (18 gennaio 2012)
- valutazione tramite Item per il calcolo dei RUGs
- informazioni sul piano assistenziale personalizzato
- trattamento farmacologico e non dei disturbi del comportamento (cosa e quanto);
- contenzione fisica (cosa e quanto);
- rischio di cadute e numero cadute nell'ultimo mese

La valutazione RUG degli ospiti permetterà di ricostruire il case mix settimanale medio della struttura (Algoritmi RUG), utile sia per una comparazione delle strutture in termini di casistica trattata.

Capitolo 2

Strumenti e metodi per la raccolta dati, creazione database

Questo studio è stato realizzato grazie alla fattiva collaborazione del settore competente della regione Toscana (“Residenzialità Territoriale, Cure Intermedie e Protezione Sociale”), di un referente organizzativo per ciascuna Zona Distretto partecipante e delle strutture oggetto di studio stesse.

La raccolta dati si è articolata infatti su quattro livelli:

1. il censimento regionale delle strutture;
2. la scheda conoscitiva di struttura;
3. la scheda utente;
4. la raccolta dei codici identificativi universali degli utenti valutati.

Sia i dati di struttura che quelli relativi agli utenti sono stati raccolti, direttamente dalle strutture in seguito alla formazione di area vasta sugli strumenti di rilevazione, e inseriti tramite applicativo web messo a disposizione dalle Tecnologie dell’Informazione di ARS, accessibile tramite autenticazione e che rendeva il dato appena inserito direttamente disponibile sui server ARS.

Descriveremo qui di seguito i quattro punti.

2.1 Il censimento delle strutture

Il censimento delle strutture, attività annualmente svolta da parte del settore Residenzialità Territoriale, Cure Intermedie e Protezione Sociale della regione Toscana, ha l’obiettivo di mantenere un quadro aggiornato sull’offerta residenziale presente sul territorio.

Nell’ambito del nostro progetto il censimento, ampliato in alcune sue parti, è stato utilizzato per individuare le strutture potenzialmente oggetto di studio e per stabilire il denominatore nel calcolo della copertura della survey rispetto alle strutture del territorio.

2.2 La scheda conoscitiva di struttura

La raccolta dati relativa alle strutture è stata realizzata sulla traccia di una scheda conoscitiva, poi implementata su applicativo web, comune a quella del progetto nazionale CCM “Monitoraggio della qualità dell’assistenza in RSA” per non sovraccaricare le strutture partecipanti ad entrambi i progetti.

La scheda di struttura riguardava la struttura nel suo complesso, così come era stata autorizzata, e non solo i moduli cognitivi e i CDA, in modo da poter contestualizzare meglio il dato poi raccolto sui moduli specifici.

La traccia della scheda, visibile in appendice [A](#) a pagina [51](#), è sostanzialmente suddivisa in 4 parti:

- **anagrafica della struttura:** nome, zona di appartenenza, anno di apertura e di autorizzazione, tipo di gestione;
- **informazioni organizzative/gestionali:** informatizzazione, modello organizzativo dell'assistenza infermieristica, pianificazione assistenziale, personale afferente alla struttura;
- **descrittiva dei posti disponibili:** numero di posti disponibili in struttura suddivisi per tipologia di paziente (autosufficiente o non autosufficiente), tipologia di ricovero (temporaneo e non), modulo (base, cognitivo comportamentale, motorio, vegetativo, CD, CDA);
- **descrittiva dei moduli/CD:** per ciascun modulo veniva richiesto il numero di pazienti presenti al momento della rilevazione, l'esito dei ricoveri dell'ultimo anno solare e, solo per quanto riguarda i moduli cognitivi e comportamentali, le attività previste per il controllo dei disturbi del comportamento e il monte orario annuale per funzione del personale afferente al modulo.

2.3 La scheda utente: cenni metodologici

Allo scopo di definire il case mix delle strutture oggetto di studio, sono stati valutati tutti gli ospiti dei moduli cognitivi comportamentali presenti nelle strutture aderenti il giorno 18 gennaio 2012 e tutti gli ospiti che hanno transitato nei CDA nel corso della settimana compresa tra il 16 e il 21 gennaio. Il protocollo valutativo degli utenti, visibile in appendice [B](#) a pagina [61](#), comprendeva:

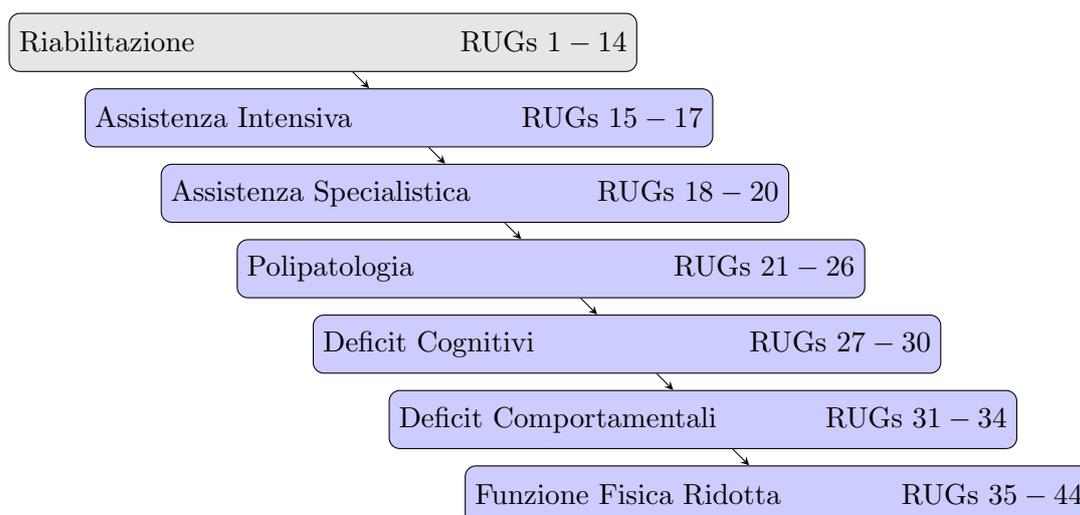
- una sezione dedicata a dati anagrafici anonimi (codice paziente, età, sesso), diagnosi di demenza, periodo di ricovero programmato;
- i 109 item necessari per il calcolo dei RUGs (Resource Utilization Groups),
- una sezione dedicata alla registrazione delle terapie farmacologiche dei disturbi comportamentali
- una sezione sulle terapie non farmacologiche
- una sezione sull'utilizzo dei mezzi di contenimento.

2.3.1 La scheda RUG

Il sistema di classificazione RUG (Resource Utilization Groups - RUGs) consente di classificare, sulla base della compilazione di una scheda a 109 items, estratti dal protocollo di valutazione multidimensionale VAOR (Valutazione dell'anziano Ospite di Residenza), gli ospiti delle residenze in 44 gruppi omogenei (RUGs) per tipologia del bisogno assistenziale ed assorbimento di risorse in termini di minuti giornalieri di assistenza attesi.

La scheda RUG III è costruita su indicatori che descrivono i livelli di autonomia, le problematiche psico-affettive e comportamentali, la presenza di deficit cognitivo, la stabilità della

Figura 2.1: Le 7 macrocategorie del RUG



condizione clinica, l'erogazione di cure e terapie complesse e ad alto contenuto sanitario, i programmi riabilitativi erogati. In base a queste variabili, l'ospite viene assegnato a una tra 7 classi principali, all'interno di ciascuna delle quali i residenti vengono ulteriormente suddivisi in diversi 44 sottogruppi di assorbimento omogeneo di risorse assistenziali (RUGs), in rapporto al grado di autonomia basato sulle ADL (Activities of Daily Living), alla presenza di problematiche psico-affettive, e all'inserimento o meno in programmi di nursing riabilitativo.

La logica di attribuzione ai raggruppamenti principali procede a partire dai gruppi con la maggiore complessità assistenziale, in senso decrescente. L'ospite che non presenta le caratteristiche minime per essere inserito nel raggruppamento dei più gravi e/o complessi (Riabilitazione) passa a quello successivo (Assistenza Intensiva); se non presenta neanche i requisiti previsti dal secondo, scatta al successivo e così via fino all'ultimo, ove sono inseriti gli ospiti che presentano solo problemi di non autosufficienza e limitazione delle funzioni motorie. Il carico assistenziale caratteristico di ciascun RUG si traduce in "pesi relativi" per l'assistenza infermieristica, di base (OSS) e riabilitativa, nonché un peso complessivo dell'assistenza, in modo analogo a quanto avviene nel sistema DRG, sulla base del quale è possibile calcolare un *indice di case mix* o indice di complessità assistenziale degli ospiti di ciascuna struttura.

Nel nostro lavoro abbiamo inizialmente classificato i pazienti delle strutture partecipanti nei 44 RUGs previsti dalla metodologia, per poi passare ad una classificazione a 30 RUGs, che esclude le prime 14 categorie. Questa scelta è motivata dal fatto che i pazienti vengono attribuiti ai primi 14 RUGs non in solo in base al loro bisogno di riabilitazione, ma in conseguenza della quantità di riabilitazione che ricevono, di fatto limitando la possibilità di classificare i soggetti in base al bisogno. Classificando i pazienti in 30 RUGs quindi restano esclusi i profili riabilitativi.

Oltre alla classificazione dei pazienti in gruppi omogenei di assorbimento di risorse, alcuni degli items sui quali si basa il Sistema RUG-III possono essere utilizzati per il calcolo di indicatori compositi relativi al grado di abilità nello svolgimento delle attività di vita quotidiane, allo stato cognitivo, alla presenza di depressione ed alla presenza di disturbi del comportamento che descriviamo brevemente.

Activity of Daily Living Index: considera 4 ADL (mobilità a letto, trasferimenti, mangiare/sondino nasogastrico o nutrizione ev, evacuazione di feci e urine) sia relativamente al grado di autonomia nello svolgimento delle singole attività (da indipendente a dipendenza totale, parte A degli indicatori) sia (ad esclusione dell'attività "mangiare") all'intensità dell'aiuto necessario in caso di non autonomia (da nessun aiuto a aiuto fisico di due o

più persone, parte B degli indicatori). Mediante specifici algoritmi, si ottiene l'indicatore composito delle ADL che va da un minimo di 4 (totale autosufficienza) ad un massimo di 18 (totale dipendenza).

Behavioral Problems Summary Score: considera i punteggi relativi alla frequenza negli ultimi 7 gg di 5 disturbi del comportamento (vagare, usare linguaggio offensivo, essere fisicamente aggressivo, comportamento socialmente inadeguato, rifiutare l'assistenza), nonché la presenza di episodi psicotici e allucinazioni, ottenendo un punteggio da 0 (assenza di disturbi del comportamento, di episodi psicotici e di allucinazioni) a 19 (presenza quotidiana di tutti e 5 i disturbi del comportamento considerati, di episodi psicotici, allucinazioni e disturbi con il sonno)

Cognitive Performance Scale: considera gli item relativi allo stato di coma, memoria, capacità di prendere le decisioni quotidiane, capacità di farsi comprendere e autonomia nell'attività "mangiare" producendo un punteggio che varia da 0 (soggetto cognitivamente integro) a 6 (compromissione severa). È stata dimostrata una buona correlazione tra i punteggi CPS ed i punteggi medi al Mini Mental State Examination (MMSE) sintetizzata in tabella 2.1 ^{1, 2}.

Tabella 2.1: *Corrispondenza tra MMSE e CPS*

Descrizione	CPS	MMSE
compromissione molto severa	6	0.4
compromissione severa	5	5.1
compromissione moderatamente severa	4	6.9
compromissione moderata	3	15.4
compromissione leggera	2	19.2
borderline	1	21.9
integro	0	24.9

Depression Rating Scale: valuta la presenza di depressione considerando la frequenza (0 = mai, 1 = fino a 5 giorni alla settimana, 2 = quotidianamente) di 7 indicatori - esprimere affermazioni negative, rabbia persistente, esprimere paure non reali, lamentele ripetitive sul proprio stato di salute, manifestazioni ripetute di ansia, espressione della faccia triste, facilità al pianto - ottenendo un punteggio da 0 (assenza di depressione) a 14 (depressione grave). Questa scala è stata validata confrontandone i risultati con quelli ottenuti dalla Hamilton Depression Rating Scale e dalla Cornell Scale for Depression. Questa scala è stata validata confrontandone i risultati con quelli ottenuti dalla Hamilton Depression Rating Scale e dalla Cornell Scale for Depression ³.

Tali indici sono utili per tracciare un profilo funzionale, cognitivo e comportamentale dei pazienti dei moduli e dei Centri Diurni Alzheimer che fungerà da base per il lavoro successivo di confronto tra casemix degli ospiti osservato e target ideale delle strutture oggetto di studio.

¹Wellens NI, Flamaing J, Tournoy J, Hanon T, Moons P, Verbeke G, Boonen S, Milisen K. Convergent Validity of the Cognitive Performance Scale of the interRAI Acute Care and the Mini-Mental State Examination. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Apr 17.

²Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell CM, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: agreement with the Mini-Mental State Examination. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995 Mar;50(2):M128-33.

³Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing*. 2000 Mar;29(2):165-72.

Per un'analisi più accurata dei disturbi del comportamento, soprattutto per la loro lettura alla luce delle terapie farmacologiche e non e dei mezzi di contenzione con cui vengono trattati, il gruppo di lavoro propone un ulteriore indice di lettura dei disturbi del comportamento che, a partire dal dato sulla presenza e controllabilità dei 5 disturbi indagati nella sezione E.4 della scheda RUG, classifica i soggetti come segue

1. soggetto con occasionali disturbi del comportamento (punteggio 0-1 nella col A e 0 nella colonna B in tutti i disturbi)
2. soggetto con disturbi del comportamento frequenti controllabili (in almeno uno dei disturbi si presenta un punteggio 2,3 nella col A, punteggio 0 nella colonna B)
3. soggetto con disturbi del comportamento non controllabili (in almeno uno dei disturbi si presenta un punteggio 2,3 nella col A, punteggio 1 nella colonna B o manifesta deliri o allucinazioni negli ultimi 7 gg)

2.3.2 Terapie dei disturbi del comportamento e mezzi di contenzione

I disturbi del comportamento pongono una serie di problematiche gestionali sia in termini di disagio del paziente, che di incolumità del paziente e di chi gli vive accanto. Tale ordine di problemi cresce ovviamente in una comunità chiusa, come nel caso delle RSA dove l'assistenza e sorveglianza del paziente compete ad estranei e dove i disturbi comportamentali di pazienti diversi si trovano a coesistere in spazi ristretti.

Il trattamento di una parte di questi disturbi è, almeno parzialmente, farmacologica e ciò pone una serie di problematiche inerenti la sicurezza, l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci utilizzati, la loro reciproca interazione e la loro interferenza con le residue autonomie del paziente e con la sua personalità. I disturbi del comportamento possono rispondere anche a tutta una serie di interventi ambientali e psico-sociali, soprattutto nel caso di situazioni cliniche più severe, quando i farmaci possono diventare dannosi.

Si tratta di interventi che agiscono sulla sfera cognitiva, cognitivo-comportamentale, relazionale ed emotiva, in pazienti con demenza di grado lieve-moderato, quando la memoria remota è ancora sostanzialmente conservata e le funzioni sensoriali non sono significativamente compromesse. La loro efficacia si basa sui risultati di numerosi studi anche se sono necessarie ulteriori conferme su più ampie popolazioni di pazienti trattati.

L'obiettivo è quello di ridurre il livello di disabilità del paziente, migliorare la qualità della sua vita ed, auspicabilmente, rallentare anche il decorso della malattia, potenziando le residue funzioni intellettive, fisiche e affettive.

L'approccio culturale più recente sulla contenzione fisica (Strumenti di Protezione e Tutela Fisica SPTF) è quella di considerarla un trattamento terapeutico all'interno di un progetto di salute di cui occorre valutare: limiti di adozione, controindicazione, effetti collaterali, interazione con altri trattamenti infermieristici, assistenziali e farmacologici già in atto.

Con il termine "contenzione" si definisce la limitazione delle possibilità di movimento di un soggetto attuata con mezzi fisici e farmacologici (Casale G., Guaita A. et al. 2003). Se idonea, deve rispondere all'obiettivo di tutela dell'integrità fisica del soggetto, quando il comportamento dello stesso o la sua malattia costituiscano imminente pericolo per tale integrità. Il mezzo di contenzione viene quindi ad essere definito "strumento di protezione", come sottolineato in d.g.r. n. 8496 del 26/11/2008 della Regione Lombardia. La prevalenza della contenzione fisica (SPTF) riportata in letteratura varia tra il 3% e 83% nelle RSA (Zanetti E. 2001); il dato si differenzia in base ai mezzi di contenzione considerati, ovvero se sono incluse o meno le doppie spondine ai letti; laddove sono incluse, rappresentano il tipo di contenzione più usato.

I mezzi di contenzione meccanica sono maggiormente applicati nelle RSA, nei nuclei a degenza ordinaria rispetto ai nuclei Alzheimer. Tra i motivi ricorrenti di prescrizione i più frequenti sono la prevenzione delle cadute e la gestione/controllo dell'agitazione. I fattori che predicano un maggior ricorso alla contenzione sono: l'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza nelle ADL, la presenza di deficit cognitivi, il rischio di cadute, il basso numero di operatori dedicati alle cure assistenziali. In realtà la prevenzione delle cadute attuata con la contenzione non trova riscontro in letteratura (Zanetti E.2001). Infatti l'uso della contenzione non si associa ad un numero significativamente più basso di cadute e infortuni; l'utilizzo delle spondine non si associa ad una riduzione delle cadute dal letto e per contro la loro rimozione non si associa ad un aumento di cadute tra gli anziani in RSA (Zanetti E.33). Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti una caduta.

Nella scheda di valutazione degli utenti, come premesso, è stata inserita una sezione riguardante le terapie farmacologiche e non e i mezzi di contenzione utilizzati per i disturbi del comportamento.

Relativamente alle terapie farmacologiche veniva richiesto se il paziente era o meno in terapia farmacologica per i disturbi del comportamento, e in caso affermativo, quale principio attivo veniva usato, con dettaglio del dosaggio in ingresso in struttura e attuale. Nella presente analisi sono stati considerati solamente gli antiepilettici, gli antipsicotici tipici e atipici, le benzodiazepine e il trazodone.

Relativamente alle terapie non farmacologiche veniva invece chiesto se il paziente è coinvolto e con quale frequenza settimanale nei seguenti tipi di terapia/attività:

- terapia di ri-orientamento nella realtà (ROT)
- musicoterapia
- pet therapy
- bambola terapia
- aroma terapia
- danza-movimento terapia
- terapia occupazionale
- arte terapia plastico pittorica
- validation therapy
- gentle care
- stimolazione multisensoriale snoezelen
- time slip

Veniva infine richiesto se venivano utilizzati mezzi di contenzione tra i quali:

- fascia per carrozzina o poltrona,
- fascia pelvica,
- corsetto con bretelle,
- bracciali di immobilizzazione,
- tavolino per carrozzina o spondine per il letto per di impedire al paziente di alzarsi)

Queste informazioni supplementari richieste hanno lo scopo di chiarire le condizioni del paziente relativamente ai disturbi del comportamento, nonché fornire un quadro di come la struttura specifica per pazienti con disturbi del comportamento fa fronte a questo problema.

2.3.3 I codici identificativi universali regionali (IdUni) degli utenti valutati

I dati degli utenti sono stati raccolti in modo individuale e identificati tramite un numero progressivo che diviene univoco nel data base se associato al codice univo di struttura.

Oltre alla raccolta dati utente, è stato chiesto alle strutture di compilare anche un file excell dove comparissero contemporaneamente i codici numerici progressivi e i codici fiscali dei pazienti.

I file excell sono stati poi inviati da ciascuna struttura al proprio referente di zona che ha provveduto, prima di girarli ad ARS, a sostituire i codici fiscali con gli IdUni, cioè con il codice identificativo univoco che viene utilizzato in Toscana per l'anonimizzazione dei dati dei flussi sanitari amministrativi, e l'unico utilizzabile da parte di enti terzi per la navigazione e l'elaborazione di tali dati.

La disponibilità delle tabelle di decodifica numero progressivo paziente/IdUni per ciascuna struttura consentirà, in un secondo momento, di identificare la coorte studiata anche nei dati sanitari amministrativi e fare alcune valutazioni longitudinali sulle condizioni dei pazienti in ingresso in struttura e durante il percorso di ricovero/frequenza nel modulo/CDA, e su terapia farmacologica, numero e motivi dei ricoveri precedenti e concomitanti al periodo di ricovero.

2.4 Creazione database e interfaccia web

L'applicativo di inserimento dati delle RSA è stato realizzato con PHP (Hypertext Preprocessor).

PHP è un prodotto open source e gratuito, comprensibile dalla maggior parte delle macchine host, è un linguaggio server-side nel senso che viene eseguito sul server (computer remoto) non sul client (computer dell'utente). PHP è un linguaggio di programmazione che permette di creare pagine dinamiche, tramite l'aiuto di database esterni o il passaggio dati fra le stesse pagine. Importante è il coinvolgimento dei database (nel nostro caso abbiamo utilizzato MySQL) dove possiamo inserire dati da richiamare quando vogliamo.

MySQL è un Relational database management system (RDBMS), composto da un client con interfaccia a caratteri e un server, entrambi disponibili sia per sistemi Unix come GNU/Linux che per Windows, anche se prevale un suo utilizzo in ambito Unix.

Da ricordare che in informatica, open source (termine inglese che significa sorgente aperta) indica un software i cui autori (più precisamente i detentori dei diritti) ne permettono, anzi ne favoriscono il libero studio e l'apporto di modifiche da parte di altri programmatori indipendenti. Questo è realizzato mediante l'applicazione di apposite licenze d'uso.

L'open source ha tratto grande beneficio da Internet, perché esso permette a programmatori geograficamente distanti di coordinarsi e lavorare allo stesso progetto.

Parte II

Risultati preliminari

Capitolo 3

I moduli Cognitivo-comportamentali e i Centri diurni Alzheimer: una descrittiva

3.1 Le strutture partecipanti al progetto

La survey è stata proposta a tutte le strutture del territorio. Nelle tabelle 3.1 e ?? vediamo la copertura della survey, in termini di adesione al progetto, rispetto alle strutture di interesse presenti sul territorio.

Tabella 3.1: *Centri diurni Alzheimer aderenti al progetto rispetto al censimento 2010, per ASL*

ASL	cda_survey	cda_cens	cda_pz_survey	cda_pz_cens
Asl 101 Massa Carrara	5	5	62	43
Asl 102 Lucca	2	2	50	36
Asl 103 Pistoia	1	1	10	10
Asl 104 Prato	1	2	10	12
Asl 105 Pisa	2	2	30	30
Asl 106 Livorno	1	3	10	21
Asl 107 Siena	1	0	15	0
Asl 108 Arezzo	3	5	31	37
Asl 109 Grosseto	1	1	12	12
Asl 110 Firenze	3	3	30	75
Asl 111 Empoli	3	3	19	19
Totale	23	27	279	295

Nel complesso le strutture coinvolte sono 63, alcune di esse hanno sia il modulo che il CDA, mentre altre partecipano come singolo modulo o CDA. Alcune strutture non compaiono in queste tabelle perché non hanno inviato i dati di struttura o lo hanno fatto solo parzialmente, in particolare non compaiono le strutture che non hanno completato la seconda pagina di inserimento on-line di struttura nei campi relativi al numero di posti disponibili per modulo.

3.2 Organizzazione e Gestione

Nelle tabelle 3.3 e 3.4 è riportata la distribuzione delle strutture coinvolte nel progetto per titolarità, sia nel complesso che con dettaglio di ASL. I totali non sono congrui alla prima

Tabella 3.2: Moduli cognitivi aderenti al progetto rispetto al censimento 2010, per ASL

ASL	mod3_survey	mod3_cens	mod3_pz_survey	mod3_pz_cens
Asl 101 Massa Carrara	1	1	16	16
Asl 102 Lucca	2	3	24	34
Asl 103 Pistoia	2	2	18	16
Asl 104 Prato	0	2	0	16
Asl 105 Pisa	7	13	54	105
Asl 106 Livorno	2	4	17	40
Asl 107 Siena	2	2	18	14
Asl 108 Arezzo	6	8	56	62
Asl 109 Grosseto	2	3	22	30
Asl 110 Firenze	13	32	211	644
Asl 111 Empoli	4	4	60	56
Asl 112 Viareggio	4	4	36	36
Totale	45	78	532	1069

tabella in quanto non tutte le strutture hanno compilato le tabelle specifiche di modulo (terza pagina on-line di inserimento dati strutture)

Tabella 3.3: Centri diurni partecipanti al progetto per titolarità: dato regionale (a), dato per ASL (b)

(a) Regione			(b) per ASL		
gestione	N	percent	ASL	gestione	N
Pubblica-ASL	8	40	Asl 101 Massa Carrara	pubblica	5
Pubblica-Comune	3	15	Asl 102 Lucca	privata	1
Pubblica-sds	6	30	Asl 102 Lucca	pubblica	1
Pubblica-ASP	2	10	Asl 103 Pistoia	privata	1
Onlus-Privato sociale	3	15	Asl 103 Pistoia	pubblica	1
Privata	1	5	Asl 104 Prato	pubblica	1
Totale	23	115	Asl 105 Pisa	pubblica	1
			Asl 106 Livorno	privata	1
			Asl 107 Siena	pubblica	1
			Asl 108 Arezzo	privata	1
			Asl 108 Arezzo	pubblica	2
			Asl 109 Grosseto	pubblica	1
			Asl 110 Firenze	pubblica	3
			Asl 111 Empoli	pubblica	3
			Totale		23

In Toscana coesistono attualmente strutture autorizzate in riferimento a normative diverse in base all'anno in cui hanno richiesto l'autorizzazione. In particolare la normativa di riferimento ha seguito le seguenti modifiche:

- strutture autorizzate ai sensi del DPCM del 22 dicembre 1989 ¹.
- Delibera CRT 311 del 13 ottobre 1998 e poi la Delibera GRT 402 del 26 aprile 2004 ²

¹**DPCM del 22/12/1989** "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" che nell'Allegato A definisce la fruibilità degli spazi, la concezione architettonica, l'organizzazioni "per nuclei", le tipologie e dimensioni delle residenze e la loro organizzazione e gli standard dimensionali. La Delibera C.R.T. n. 228 del 15 luglio 1998 – PISR 1998-2000 – nell'allegato B approva la Scheda modello organizzativo presidi residenziali per adulti e anziani e lo Schema modello organizzativo Centro Diurno definendone i requisiti di idoneità da possedere per l'Autorizzazione al funzionamento (art. 59 LR 72/97).

²**DGRT n. 402 del 26 aprile 2004** definisce i principi generali per la identificazione e l'attivazione di 4 "moduli" ad attività assistenziale differenziata all'interno delle RSA precisando i requisiti organizzativi e professionali di ciascun modulo determinandone la quota a carico del SSR.

Tabella 3.4: *Moduli cognitivi partecipanti al progetto per titolarità: dato regionale (a), dato per ASL (b)*

(a) Regione			(b) per ASL		
gestione	N	percent	ASL	gestione	N
Pubblica-ASL	9	21.95	Asl 101 Massa Carrara	privata	1
Pubblica-Comune	4	9.76	Asl 102 Lucca	pubblica	2
Pubblica-sds	3	7.32	Asl 103 Pistoia	pubblica	1
Pubblica-ASP	7	17.07	Asl 105 Pisa	privata	1
Onlus-Privato sociale	9	21.95	Asl 105 Pisa	pubblica	6
Privata	9	21.95	Asl 106 Livorno	privata	2
Totale	41	100.00	Asl 107 Siena	pubblica	2
			Asl 108 Arezzo	privata	2
			Asl 108 Arezzo	pubblica	4
			Asl 109 Grosseto	pubblica	2
			Asl 110 Firenze	privata	8
			Asl 110 Firenze	pubblica	2
			Asl 111 Empoli	privata	1
			Asl 111 Empoli	pubblica	3
			Asl 112 Viareggio	privata	3
			Asl 112 Viareggio	pubblica	1
			Totale		41

- Regolamento 15/R nel 2008 del 26 marzo 2008 ³

Le strutture che hanno partecipato al progetto sono state autorizzate in periodi molto diversi tra loro, come illustrato in tabella 3.5.

Tabella 3.5: *Strutture partecipanti per normativa di riferimento nell'anno di autorizzazione*

periodo	N	percent
prima del 22/12/1989	3	4.7
22/12/1989 - 13/10/1998	7	10.9
13/10/1998 - 26/03/2008	43	67.2
dopo il 26/03/2008	11	17.2
Totale	64	100.0

Il livello di informatizzazione delle strutture è tuttora abbastanza basso. Mentre l'informatizzazione della documentazione amministrativa è in genere più avanzata, la gestione della documentazione sanitaria (cartella infermieristica, cartella clinica) è ancora per la maggior parte cartacea (vedi tabella 3.6). Le strutture pubbliche in questo sono leggermente più indietro delle private.

Tabella 3.6: *Informatizzazione delle strutture, documentazione amministrativa e sanitaria*

documentazione	doc_san_clinica	doc_san_inferm	doc_san_altro	doc_amm_cont	doc_amm_altro
cartaceo	81.3	79.7	75.0	23.4	32.8
informatizzato o misto	12.5	15.6	14.1	68.8	57.8
NR	6.3	4.7	10.9	7.8	9.4

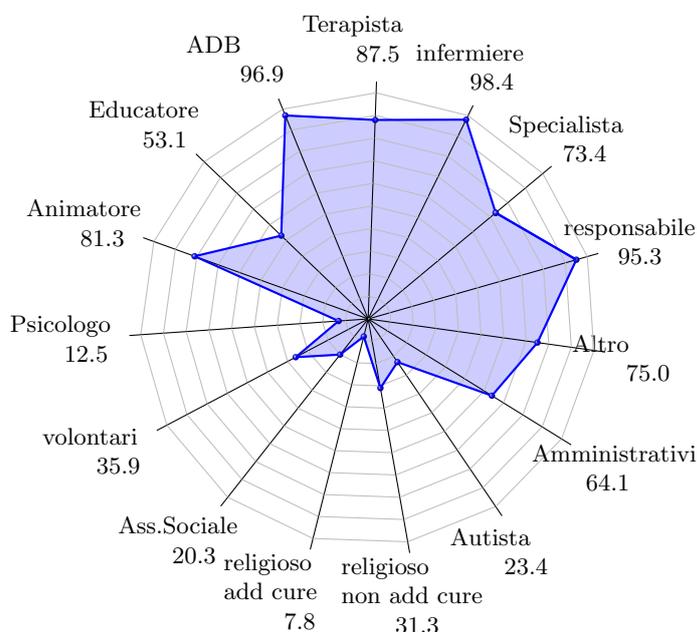
Tra gli obiettivi della survey CDA e moduli cognitivi comportamentali c'era quello di condurre una ricognizione sul personale impiegato nelle strutture di interesse. Il fatto che molte

³**Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della L.R. n. 41 del 24/02/2005** approvato con DPGR n. 15/R del 26/03/2008 disciplina i requisiti per le strutture soggette ad autorizzazione e a comunicazione di avvio attività e definisce le modalità di presentazione della domanda per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento.

delle strutture coinvolte nello studio sino organizzate in più moduli o in moduli e Centri Diurni articolati all'interno di un'unica struttura ha reso difficoltosa la rilevazione del dato sul personale che gravita specificamente sul singolo modulo/CDA.

In figura 3.1 vediamo quindi la tipologia di personale maggiormente rappresentata tra le strutture partecipanti.

Figura 3.1: *Figure professionali, percentuale di presenza nelle strutture partecipanti*



I rapporti di lavoro dei dipendenti delle strutture coinvolte nel progetto sono rappresentati in tabella 3.7

Tabella 3.7: *Rapporti di lavoro del personale delle strutture partecipanti, divisione percentuale per titolarità*

Titolarità	indet_asl	det_asl	indet_strutt	det_strutt	dip-coop	lib_prof
pubblica	13.4	0.1	18.6	4.8	59.6	3.5
privata	0.1	0.0	59.0	6.2	28.2	6.5

La maggior parte delle strutture prevede occasioni formative annuali per il proprio personale (tabella 3.8).

Tabella 3.8: *Frequenza dell'aggiornamento professionale del personale*

frequenza	n	percent
NR	1	1.6
ogni anno	55	85.9
ogni 2 anni	5	7.8
ogni 3 anni	3	4.7

3.3 Organizzazione dell'assistenza

Rispetto ai modelli organizzativi dell'assistenza, con particolare riferimento all'assistenza infermieristica, abbiamo chiesto alle strutture quale dei modelli di riferimento usassero, tra i seguenti:

Funzionale : Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica che prevede l'assegnazione di specifici compiti al personale di assistenza in ogni turno

Piccola equipe : sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica ad un gruppo di pazienti da parte di un team composto in genere da infermieri e personale collaborante sotto la direzione e supervisione di un infermiere responsabile durante uno specifico turno

Primary nurse : Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere assume la responsabilità dell'erogazione di tutta l'assistenza richiesta da un determinato gruppo di pazienti per tutta la durata del ricovero

Case management : Sistema in cui un professionista (case manager) assume il ruolo di gestore del singolo caso diventando la figura di riferimento per il paziente, i famigliari e altri operatori sanitari con la funzione di spiegare il percorso, garantirne e coordinarne l'applicazione, aiutare a superare i punti critici

Modello a rete : sistema di interconnessione fra equipe multiprofessionali in cui la gestione delle relazioni è l'elemento programmatico più rilevante affinché il bisogno di salute sia soddisfatto.

Come risulta in tabella 3.9, la maggior parte delle strutture pubbliche adotta modelli ad equipe, mentre tra le strutture private è maggiormente diffuso il modello funzionale.

Tabella 3.9: *Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, per tipo di gestione*

gestione	N	mod.funz	mod.equipe	mod.nurse	mod.manag	mod.rete
privata	26	57.7	26.9	0.0	11.5	26.9
pubblica	38	34.2	57.9	5.3	13.2	5.3

Il gruppo di lavoro fisso è presente nella maggior parte delle strutture: nel totale delle strutture pubbliche e nell'80% delle strutture private.

Rispetto alla frequenza di riunione del gruppo di lavoro per la redazione e l'aggiornamento dei Piani assistenziali Individualizzati c'è molta variabilità tra strutture nei tempi previsti. La maggior parte di queste optano comunque per una pianificazione o mensile o semestrale, come illustrato in tabella 3.10. Nel 90,5% i MMG non partecipano alla pianificazione individualizzata, in modo analogo tra strutture pubbliche a private.

Tabella 3.10: *Frequenza incontri di aggiornamento dei PAI*

frequenza	n	percent
settimanale	8	12.5
mensile	21	32.8
trimestrale	14	21.9
semestrale	18	28.1
altro	3	4.7

Stesso discorso vale per la frequenza di somministrazione delle schede previste dalla 311/98 e ancora utilizzate nella maggior parte delle strutture (vedi tabella 3.11).

Tabella 3.11: *Frequenza somministrazione test Valutativi DCR 311/98*

tempo_valutazione	n	percent
15 giorni	5	7.8
30 giorni	6	9.4
60 giorni	7	10.9
90 giorni	19	29.7
oltre 90 giorni	26	40.6
	1	1.6

Nelle schede di rilevazione relative ai singoli moduli è stato chiesto quali attività vengono realizzate nell’ottica della riduzione non farmacologica dei disturbi del comportamento. Considerando che in ogni struttura possono essere disponibili più di un tipo di terapia o attività, in tabella 3.12 illustriamo le tipologie di terapie non farmacologiche erogate dai CDA e dai Moduli del comportamento partecipanti alla survey.

Tabella 3.12: *Percentuale di disponibilità dei diversi tipi di terapia non farmacologica, per modulo*

tipo_terapia	cda	mod3
ROT therapy	80	56.4
aff. CG in inserimento str.	85	66.7
aff. CG rientro a domicilio	35	23.1
altro	45	28.2
aroma terapia	35	17.9
arte terapia	70	74.4
bambola terapia	55	59.0
danza terapia	65	38.5
gentle therapy	55	33.3
musicoterapia	55	61.5
pet therapy	50	41.0
stimolazione snoezelen	20	7.7
terapia occupazionale	85	84.6
time sleep	25	17.9
validation therapy	40	15.4

E’ stato richiesto a ciascuna struttura l’esito dei ricoveri nei vari moduli presenti nelle strutture, nell’ottica di ricavare alcune informazioni su come ciascun modulo si colloca nell’ambito di un percorso assistenziale. I dati riportati in tabella 3.13 illustrano gli esiti dei ricoveri del 2010.

Tabella 3.13: *Distribuzione percentuale degli esiti di ricovero, per modulo*

flag_moduli	tot_dimessi	casa	semiresid	domic	rico_mbase	decessi	altro
modulo_cd	233	24.0	2.6	3.9	36.9	12.0	20.6
modulo_cda	157	34.4	5.7	12.7	10.8	11.5	24.8
modulo_cognitivo	498	5.0	3.2	3.8	49.8	32.7	5.4
modulo_base	1049	8.3	3.3	3.8	36.0	44.1	4.4
modulo_vegetativo	6	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
modulo_motorio	261	53.3	18.8	18.4	5.0	1.9	2.7
Totale	2204	16.4	5.2	6.2	33.7	31.0	7.6

Capitolo 4

Gli utenti

Sono stati valutati in totale 688 pazienti, di cui 396 nei moduli cognitivi e 292 nei CDA (vedi tabella 4.1).

Tabella 4.1: Ospiti valutati nelle strutture partecipanti vs ospiti attuali e posti disponibili, per zona e modulo

zona	N	Modulo cognitivo			CDA		
		posti	pz.presenti	pz.valutati	posti	pz.presenti	pz.valutati
Alta val d'Elsa	1	10	10	0	0	0	0
Apuane	2	0	0	0	32	28	24
Aretina	1	8	0	8	11	0	21
Bassa val di cecina	1	10	4	3	10	19	19
Casentino	1	0	0	0	10	23	21
Colline Metallifere	1	16	16	15	0	0	0
Elba	2	7	7	7	0	0	2
Empolese	5	60	58	53	19	15	8
Fiorentina	9	99	22	94	15	4	31
Fiorentina Nord-Ovest	4	53	71	14	12	10	10
Fiorentina Sud-Est	4	41	20	50	3	3	0
Grossetana	1	6	6	6	12	8	7
Livornese	1	0	0	13	0	0	0
Lunigiana	4	16	16	16	30	30	29
Piana di Lucca	1	9	9	10	16	16	17
Pisana	5	40	30	24	30	20	13
Pistoiese	2	14	0	3	0	0	23
Pratese	1	0	0	0	10	10	8
Senese	2	8	8	8	15	19	19
Val d'Era	2	14	9	10	0	0	0
Val di Chiana Aretina	1	4	4	4	10	23	20
Val di Chiana Senese	1	0	0	0	0	0	0
Val di Nievole	1	4	3	1	10	10	9
Val Tiberina	2	20	18	8	0	0	4
Valdarno	2	24	21	17	0	0	0
Valle del Serchio	2	15	15	0	34	0	6
Versilia	4	36	33	32	0	0	1
Totale	63	514	380	396	279	238	292

In tabella 4.2 si riporta la distribuzione per età e sesso degli ospiti delle strutture aderenti al progetto. I pazienti qui indicati come residenti in modulo base sono quei pazienti che erano prima residenti in modulo 3 e per i quali è stata sospesa la quota sanitaria nella ASL di Firenze.

Tali pazienti sono esclusi dalle successive analisi riportate nel report, anche se in linea generale il gruppo di questi pazienti, oltre a essere più anziano degli altri, ha mediane degli indici sintetici più alte (7 nel DRS, 5 nel BPSS, e 15,5 nell' ADLI) tranne che nei profilo cognitivo, dove la mediana è analoga a quella riportata dagli altri gruppi.

Tabella 4.2: *Ospiti valutati nelle strutture partecipanti, per sesso ed età e modulo*

flag_moduli	N	sex	Media	Std_dev	Mediana	P5	P95
modulo_base	6	M	83.8	8.8	85.0	70	94
	29	F	87.3	7.8	87.0	76	97
modulo_cda	105	M	79.4	8.1	81.0	65	89
	187	F	82.7	7.3	84.0	69	93
modulo_cognitivo	128	M	77.2	10.4	79.5	60	90
	268	F	82.7	9.0	84.0	66	93

4.1 Gli ospiti dei CDA

La tabella 4.3 riporta una descrittiva rispetto alla frequenza dei vari tipi di demenza tra gli ospiti di CDA valutati. La categoria “altro” raggruppa tutti gli ospiti non classificabili negli altri gruppi.

Tabella 4.3: *Ospiti valutati nei CDA, tipo di diagnosi*

Tipo_demenza	n	percent
Altro	46	15.8
Demenza fronto-temporale	9	3.1
Demenza tipo Alzheimer	172	58.9
Demenza vascolare	53	18.2
NR	12	4.1
Totale	292	100.0

4.1.1 Il profilo funzionale, cognitivo e comportamentale e i disturbi dell'umore: indici e approfondimenti

Per tutti i pazienti valutati sono stati calcolati gli indicatori sintetici descritti nel paragrafo 2.3.1 a pagina 12 e relativamente ai profili funzionale e comportamentale sono state realizzate anche delle analisi più dettagliate relativamente alle aree specifiche di deficit presentate.

Nella tabella 6.1 vengono riportati i valori medi e mediani della distribuzione degli indici sintetici del RUG per tutti i pazienti dei Centri Diurni Alzheimer valutati. Come si vede dai valori mediani ed estremi della distribuzione, cioè i valori del punteggio nelle scale che dividono in due la distribuzione dei pazienti (mediana) e che ne contegono il 90% (pr5 e pr95), c'è una fortissima aspecificità tra i pazienti valutati, riportando essi punteggi nell'arco dell'intero range nella maggior parte delle scale.

Fanno eccezione a questo i disturbi del comportamento e dell'umore: per questi indici i valori estremi della distribuzione non raggiungono mai il massimo, attestandosi invece su valori più bassi.

E' necessario quindi un approfondimento dei punteggi riportati dagli utenti valutati che tenga conto anche di altri fattori, tra cui:

- i tempi di permanenza in struttura,
- le terapie farmacologiche e non cui sono soggetti i pazienti

Tabella 4.4: *Indici sintetici RUG nei pazienti di CDA, media, mediana, deviazione standard e valori estremi della distribuzione*

Indice Sintetico	media	sd	mediana	pr5	pr95
Activity of Daily Living Index (4-18)	8.92466	4.05306	8.0	4	18
Depression Rating Scale (0-14)	3.75685	3.34589	3.0	0	10
Cognitive Performance Scale (0-6)	4.11301	1.46350	5.0	1	6
Behavioral Problems Summary Score (0-19)	2.73973	3.42129	1.5	0	10

Dato che le modalità di gestione dei posti residenziali e semiresidenziali nelle strutture dovrebbe essere gestito a livello di zona distretto, illustriamo in tabella 4.5 i tempi mediani di permanenza per zona, affiancati alle mediane dei punteggi degli indici sintetici, in tabella 4.6 riportiamo i tempi mediani di permanenza e gli intervalli di confidenza al 90%.

Nella lettura di questo dato è da tenere conto che i pazienti valutati sono i prevalenti in un periodo determinato e quindi i punteggi delle scale risentono anche delle cure erogate nelle strutture stesse. Nondimeno questi dati potrebbero essere utili per caratterizzare meglio, in termini di range di punteggi negli indici, il paziente che può beneficiare di un intervento specialistico in CDA.

Tabella 4.5: *Mediane dei tempi, in mesi, di permanenza nei CDA e dei punteggi degli indici sintetici, per zona distretto*

ZONA	flag_moduli	N	adlsum	mood	cps	BPSS	time_perm.Median
Apuane	modulo_cda	24	7.0	6.0	5.0	3.0	10.3500
Aretina	modulo_cda	21	10.0	2.0	5.0	0.0	17.5333
Bassa val di cecina	modulo_cda	19	8.0	0.0	3.0	0.0	6.9000
Casentino	modulo_cda	21	6.0	0.0	4.0	0.0	18.5667
Elba	modulo_cda	2	8.0	7.5	3.5	0.5	34.1500
Empolese	modulo_cda	8	7.0	8.0	5.0	4.0	4.6333
Fiorentina	modulo_cda	31	8.0	1.0	5.0	1.0	19.7667
Fiorentina Nord-Ovest	modulo_cda	10	6.0	3.5	3.0	2.0	19.1500
Grossetana	modulo_cda	7	10.0	5.0	5.0	2.0	25.9000
Lunigiana	modulo_cda	29	4.0	4.0	4.0	2.0	15.7667
Piana di lucca	modulo_cda	17	6.0	2.0	5.0	0.0	24.6667
Pisana	modulo_cda	13	14.0	2.0	5.0	3.0	23.9333
Pistoiese	modulo_cda	23	6.0	4.0	5.0	4.0	10.3333
Pratese	modulo_cda	8	6.0	5.5	4.0	2.5	7.1500
Senese	modulo_cda	19	9.0	7.0	5.0	4.0	8.1000
Val di Chiana aretina	modulo_cda	20	8.5	3.0	5.0	2.0	19.0833
Val di nievole	modulo_cda	9	12.0	2.0	5.0	5.0	4.5333
Val tiberina	modulo_cda	4	9.5	4.5	5.0	3.0	11.4833
Valle del serchio	modulo_cda	6	13.0	3.0	4.0	3.0	18.4000
Versilia	modulo_cda	1	14.0	1.0	5.0	6.0	16.1667

Sulle dimensioni funzionale e comportamentale abbiamo anche realizzato un focus che mettesse in evidenza quali sono, tra gli ospiti dei CDA gli specifici deficit funzionali e disturbi del comportamento maggiormente rappresentati. In figura 4.1 vediamo la percentuale di pazienti di CDA che presentano ogni singolo deficit funzionale indagato e ogni disturbo del comportamento valutato.

Deficit funzionale, disturbi del comportamento, terapie farmacologiche e non e utilizzo dei mezzi di contenzione sono variabili che, in una rilevazione trasversale, quale quella realizzata in questo studio, si influenzano a vicenda. Un tentativo di lettura integrata di tutti questi indici è rappresentato nelle tabelle seguenti, dove si mostra in tabella 4.7 la concomitanza tra disturbo del comportamento assente, controllabile e non controllabile, classificato come descritto a

Tabella 4.6: *Mediana e intervallo di confidenza dei tempi, in mesi, di permanenza nei CDA, per zona*

ZONA	FREQ_	time_perm_Median	time_perm_P5	time_perm_P95
Apuane	24	10.3500	6.3000	27.633
Aretina	21	17.5333	5.3667	53.733
Bassa val di cecina	19	6.9000	1.9667	37.700
Casentino	21	18.5667	3.9333	43.100
Elba	2	34.1500	30.4000	37.900
Empolese	8	4.6333	1.7333	57.500
Fiorentina	31	19.7667	4.5000	42.033
Fiorentina Nord–Ovest	10	19.1500	2.2667	38.167
Grossetana	7	25.9000	2.4000	62.700
Lunigiana	29	15.7667	3.8000	66.900
Piana di lucca	17	24.6667	3.3333	128.100
Pisana	13	23.9333	7.6333	37.300
Pistoiese	23	10.3333	1.8667	40.200
Pratese	8	7.1500	2.4667	13.600
Senese	19	8.1000	2.1000	13.433
Val di Chiana aretina	20	19.0833	4.2167	92.350
Val di nievole	9	4.5333	2.9333	15.733
Val tiberina	4	11.4833	2.0000	21.067
Valle del serchio	6	18.4000	5.2667	39.133
Versilia	1	16.1667	16.1667	16.167

pagina 15, terapia farmacologica in atto al momento della rilevazione e mediana del numero di terapie non farmacologiche e dei mezzi di contenzione; in tabella 4.8 si considerano, in relazione alla presenza attuale di disturbi comportamentali assenti o controllabili o incontrollabili, gli andamenti delle terapie farmacologiche e la mediana delle terapie non farmacologiche e dei mezzi di contenzione utilizzati.

Tabella 4.7: *Associazione tra presenza di disturbi del comportamento controllati e non, terapia farmacologica con psicofarmaci (esclusi antidepressivi), mediana del numero di terapie non farmacologiche e dell'utilizzo dei mezzi di contenzione nei CDA*

T. Farmac	Dist.Comp	N	PERCENT	Mediana Contenz.	Mediana T.nnFarmac.
No	No	111	39.9281	0	5.0
No	Si, controllabile	6	2.1583	0	3.5
No	Si, non controllabile	28	10.0719	0	4.0
Si	No	53	19.0647	0	4.0
Si	Si, controllabile	14	5.0360	0	4.0
Si	Si, non controllabile	66	23.7410	0	4.0

Successivamente abbiamo valutato le variazioni della terapia farmacologica dei disturbi del comportamento durante il periodo di ricovero (vedi tabella 4.8)

Figura 4.1: *Soggetti frequentanti CDA: percentuale di soggetti che presentano il singolo deficit funzionale (a) o lo specifico disturbo del comportamento (b)*

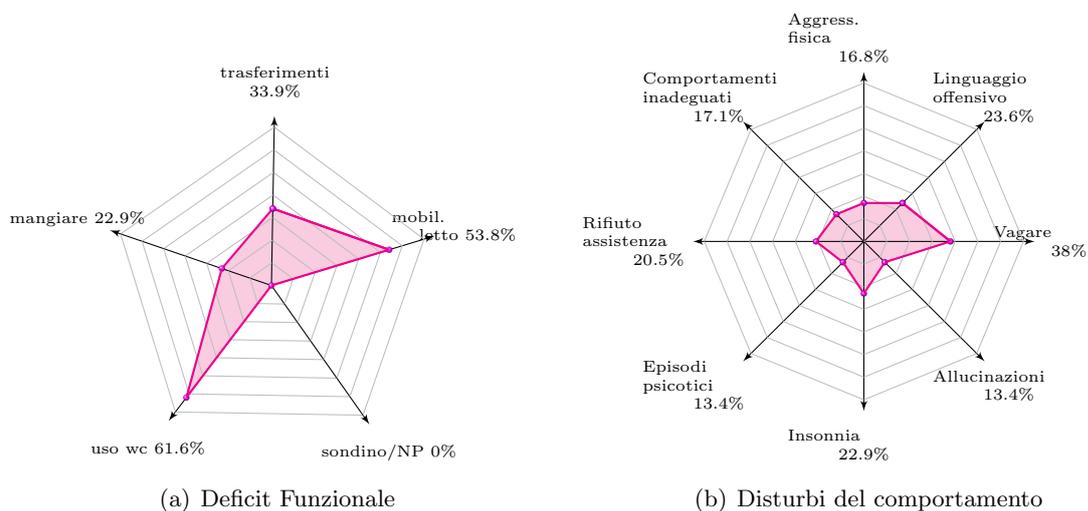


Tabella 4.8: *Associazione tra presenza di disturbi del comportamento e andamento terapia farmacologica, CDA*

Disturbi_comportamento	Terapia_farmacologica	N	PERCENT
No	Diminuita	2	0.7194
No	Invariata	50	17.9856
No	Aumentata	15	5.3957
No	No farmaci	117	42.0863
Si	Diminuita	2	0.7194
Si	Invariata	58	20.8633
Si	Aumentata	6	2.1583
Si	No farmaci	28	10.0719

4.2 Gli ospiti dei moduli cognitivo comportamentali

La tabella 4.9 riporta una descrittiva rispetto alla frequenza dei vari tipi di demenza tra gli ospiti di moduli cognitivi valutati. La categoria “altro” raggruppa tutti gli ospiti non classificabili negli altri gruppi.

Tabella 4.9: *Ospiti valutati nei Moduli Cognitivi, tipo di diagnosi*

Tipo_demenza	n	percent
Altro	82	20.7
Demenza fronto-temporale	8	2.0
Demenza tipo Alzheimer	220	55.6
Demenza vascolare	74	18.7
NR	12	3.0
Totale	396	100.0

4.2.1 Il profilo funzionale, cognitivo e comportamentale e i disturbi dell'umore: indici e approfondimenti

Per tutti i pazienti valutati sono stati calcolati gli indicatori sintetici descritti nel paragrafo 2.3.1 a pagina 12 e relativamente ai profili funzionale e comportamentale sono state realizzate anche delle analisi più dettagliate relativamente alle aree specifiche di deficit presentate.

Nella tabella 6.2 vengono riportati i valori medi e mediani della distribuzione degli indici sintetici del RUG per tutti i pazienti dei moduli cognitivi valutati. Come si vede dai valori mediani ed estremi della distribuzione, cioè i valori del punteggio nelle scale che dividono in due la distribuzione dei pazienti (mediana) e che ne contengono il 90% (pr5 e pr95), c'è una fortissima aspecificità tra i pazienti valutati, riportando essi punteggi nell'arco dell'intero range nella maggior parte delle scale.

Tabella 4.10: *Indici sintetici RUG nei pazienti di modulo cognitivo, media, mediana, deviazione standard e valori estremi della distribuzione*

Indice sintetico	media	sd	mediana	pr5	pr95
Activity of Daily Living Index (4-18)	10.9571	5.14751	11	4	18
Depression Rating Scale (0-14)	5.8687	4.02812	5	0	13
Cognitive Performance Scale (0-6)	4.2399	1.60554	5	1	6
Behavioral Problems Summary Score (0-19)	4.7551	4.26562	4	0	13

Fanno eccezione a questo i disturbi del comportamento e dell'umore: per questi indici i valori estremi della distribuzione non raggiungono mai il massimo, attestandosi invece su valori più bassi.

E' necessario quindi un approfondimento dei punteggi riportati dagli utenti valutati che tenga conto anche di altri fattori, tra cui:

- i tempi di permanenza in struttura,
- le terapie farmacologiche e non cui sono soggetti i pazienti

Dato che le modalità di gestione dei posti residenziali e semiresidenziali nelle strutture dovrebbe essere gestito a livello di zona distretto, illustriamo in tabella 4.11 i tempi mediani di permanenza per zona, affiancati alle mediane dei punteggi degli indici sintetici, in tabella 4.12 riportiamo i tempi mediani di permanenza e gli intervalli di confidenza al 90%.

Nella lettura di questo dato è da tenere conto che i pazienti valutati sono i prevalenti in un periodo determinato e quindi i punteggi delle scale risentono anche delle cure erogate nelle strutture stesse. Nondimeno questi dati potrebbero essere utili per caratterizzare meglio, in termini

di range di punteggi negli indici, il paziente che può beneficiare di un intervento specialistico in modulo cognitivo.

Tabella 4.11: *Mediane dei tempi, in mesi, di permanenza nei moduli cognitivi e dei punteggi degli indici sintetici, per zona distretto*

ZONA	N	adlsum	mood	cps	BPSS	time_perm_Median
Aretina	8	14.0	3.5	3.5	3.5	5.2833
Bassa val di cecina	3	15.0	1.0	6.0	0.0	39.5667
Colline metallifere	15	7.0	5.0	5.0	3.0	13.2000
Elba	7	6.0	6.0	4.0	3.0	29.1000
Empolese	53	8.0	4.0	5.0	4.0	23.2333
Fiorentina	94	13.0	7.0	5.0	6.0	26.1333
Fiorentina Nord–Ovest	14	10.5	10.0	5.0	7.0	27.4333
Fiorentina Sud–Est	50	11.5	7.0	5.0	6.0	23.8500
Grossetana	6	6.0	5.5	5.0	6.5	7.4500
Livornese	13	9.0	4.0	5.0	3.0	13.0000
Lunigiana	16	13.0	6.5	4.5	3.5	10.4500
Piana di lucca	10	13.0	3.5	5.0	2.5	21.9500
Pisana	24	10.0	1.5	5.0	1.0	30.7833
Pistoiese	3	18.0	3.0	6.0	0.0	19.4333
Senese	8	6.0	11.0	5.0	8.5	4.5000
Val d’era	10	12.5	3.5	5.0	3.0	22.1667
Val di Chiana aretina	4	12.5	5.5	4.0	2.5	5.1000
Val di nievole	1	4.0	2.0	1.0	0.0	4.7000
Val tiberina	8	13.5	6.0	4.5	3.0	9.7833
Valdarno	17	12.0	4.0	5.0	3.0	12.7000
Versilia	32	14.5	3.5	3.5	0.5	21.5167

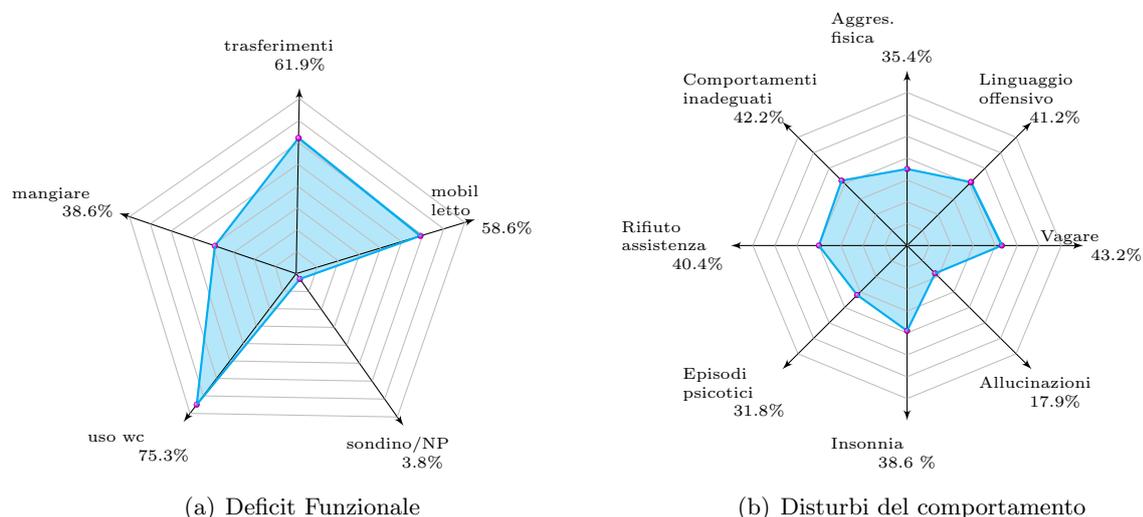
Tabella 4.12: *Mediana e intervallo di confidenza dei tempi, in mesi, di permanenza nei moduli cognitivi, per zona*

ZONA	FREQ_	time_perm_Median	time_perm_P5	time_perm_P95
Aretina	8	5.2833	2.0333	43.900
Bassa val di cecina	3	39.5667	26.9000	62.233
Colline metallifere	15	13.2000	3.1667	36.133
Elba	7	29.1000	6.0000	53.533
Empolese	53	23.2333	1.9667	98.300
Fiorentina	94	26.1333	4.8333	79.867
Fiorentina Nord–Ovest	14	27.4333	2.1000	72.733
Fiorentina Sud–Est	50	23.8500	0.2667	67.033
Grossetana	6	7.4500	3.3667	43.000
Livornese	13	13.0000	2.4333	45.333
Lunigiana	16	10.4500	1.9667	25.333
Piana di lucca	10	21.9500	4.8333	53.667
Pisana	24	30.7833	8.0000	77.633
Pistoiese	3	19.4333	5.0000	66.167
Senese	8	4.5000	2.2333	8.000
Val d’era	10	22.1667	6.3333	56.167
Val di Chiana aretina	4	5.1000	2.8667	11.133
Val di nievole	1	4.7000	4.7000	4.700
Val tiberina	8	9.7833	5.0000	25.567
Valdarno	17	12.7000	2.9667	109.367
Versilia	32	21.5167	2.3000	97.933

Sulle dimensioni funzionale e comportamentale abbiamo anche realizzato un focus che mettesse in evidenza quali sono, tra gli ospiti dei Moduli Cognitivi gli specifici deficit funzionali e

disturbi del comportamento maggiormente rappresentati. In figura 4.2 vediamo la percentuale di pazienti di Modulo Cognitivo che presentano ogni singolo deficit funzionale indagato e ogni disturbo del comportamento valutato.

Figura 4.2: *Soggetti frequentanti Moduli Cognitivi: percentuale di soggetti che presentano il singolo deficit funzionale (a) o lo specifico disturbo del comportamento (b)*



Deficit funzionale, disturbi del comportamento, terapie farmacologiche e non e utilizzo dei mezzi di contenzione sono variabili che, in una rilevazione trasversale, quale quella realizzata in questo studio, si influenzano a vicenda. Un tentativo di lettura integrata di tutti questi indici è rappresentato nelle tabelle seguenti, dove si mostra in tabella 4.13 la concomitanza tra disturbo del comportamento assente o controllabile e disturbo del comportamento non controllabile (vedi pagina 15), e terapia farmacologica in atto al momento della rilevazione; in tabella 4.14 si considerano, in relazione alla presenza attuale di disturbi comportamentali controllabili e non, gli andamenti delle terapie farmacologiche dall'ingresso al momento della rilevazione e la mediana delle terapie non farmacologiche e dei mezzi di contenzione utilizzati per quel gruppo di pazienti.

Tabella 4.13: *Associazione tra presenza di disturbi del comportamento controllati e non, terapia farmacologica con psicofarmaci (esclusi antidepressivi), mediana del numero di terapie non farmacologiche e dell'utilizzo dei mezzi di contenzione nei CDA*

T. Farmac	Dist.Comp	N	PERCENT	Mediana Contenz.	Meidana T.nnFarmac.
No	No	54	13.9175	1	3
No	Si, controllabile	8	2.0619	0	3
No	Si, non controllabile	38	9.7938	1	2
Si	No	95	24.4845	1	3
Si	Si, controllabile	35	9.0206	1	2
Si	Si, non controllabile	158	40.7216	1	2

Successivamente abbiamo valutato le variazioni della terapia farmacologica dei disturbi del comportamento durante il periodo di ricovero (vedi tabella 4.14)

Tabella 4.14: *Associazione tra presenza di disturbi del comportamento non controllati e andamento terapia farmacologica, nei moduli cognitivi*

Disturbi_comportamento	Terapia_farmacologica	N	PERCENT
No	Diminuita	11	2.8351
No	Invariata	90	23.1959
No	Aumentata	29	7.4742
No	No farmaci	62	15.9794
Si	Diminuita	10	2.5773
Si	Invariata	87	22.4227
Si	Aumentata	61	15.7216
Si	No farmaci	38	9.7938

Capitolo 5

Il case-mix e il bisogno di assistenza infermieristica e di base

Tramite la scheda RUG è stato calcolato il case mix complessivo dei moduli cognitivi comportamentali e dei centri diurni Alzheimer coinvolti nella sperimentazione.

Per quanto riguarda la lettura di questi dati all'interno della singola struttura bisogna tenere conto del tipo di struttura stesso: è chiaro che tale dato è esaustivo nei casi in cui i pazienti risiedono insieme all'interno di un nucleo, mentre può risultare fuorviante nei casi in cui sono stati valutati solo i pochi pazienti con quota sanitaria da modulo cognitivo all'interno di un nucleo diversamente organizzato.

5.1 La distribuzione dei pazienti nelle macro-categorie assistenziali

Come abbiamo anticipato nella sezione metodologica del capitolo precedente, prima di individuare il gruppo omogeneo per assorbimento di risorse, la metodologia RUG suddivide i pazienti in macrocategorie assistenziali.

Nelle tabelle 5.1 viene riportata la distribuzione dei pazienti dei moduli cognitivo comportanti e dei CDA nelle 7 macrocategorie del sistema a 44 RUG e nelle 6 del sistema a 30 RUG, in modo da evidenziare come i pazienti classificati tra quelli con necessità di riabilitazione si ridistribuiscono nelle altre categorie usando il sistema a 30 RUGs. Successivamente prenderemo in considerazione solo la classificazione in 30 RUGs, dati i problemi metodologici prima illustrati.

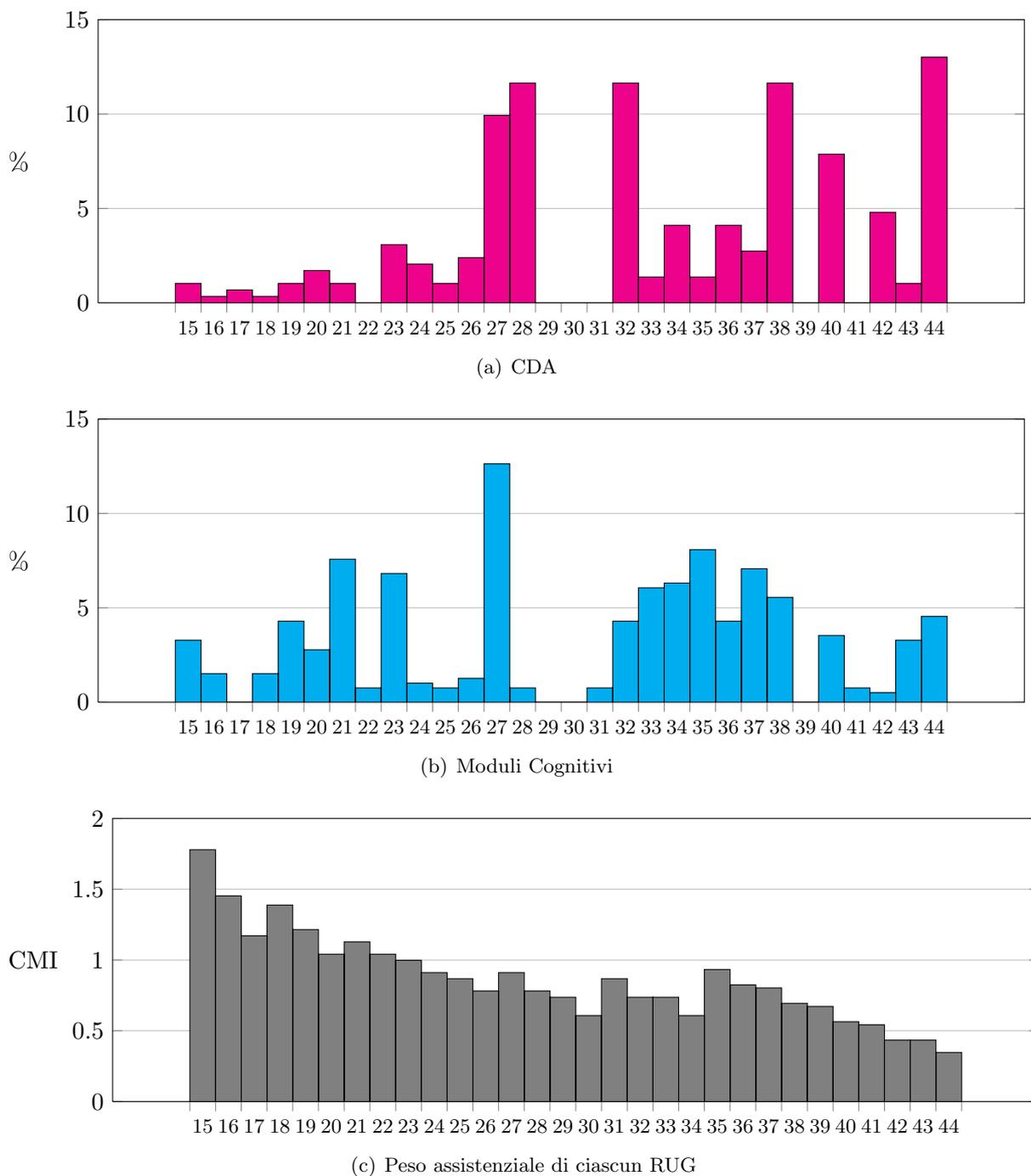
Tabella 5.1: Distribuzione dei pazienti valutati nelle 7 macrocategorie - 44 e 30 RUGs - CDA (a) e Moduli cognitivi comportamentali(b)

tipo	(a) CDA				(b) Modulo cognitivo			
	rug44	% rug44	rug30	% rug30	rug44	% rug44	rug30	% rug30
1.Special Rehabilitation	29	9.9	.	.	68	17.2	.	.
2.Extensive Care	5	1.7	6	2.1	17	4.3	19	4.8
3.Special Care	17	5.8	19	6.5	68	17.2	85	21.5
4.Clinically Complex	34	11.6	36	12.3	49	12.4	58	14.6
5.Impaired Cognition	126	43.1	143	49.0	92	23.2	113	28.5
6.Behaviour Problems	6	2.1	6	2.1	14	3.5	18	4.5
7.Reduced Phys. Function	75	25.7	82	28.1	88	22.2	103	26.0

5.2 Il case mix delle strutture - 30 RUGs

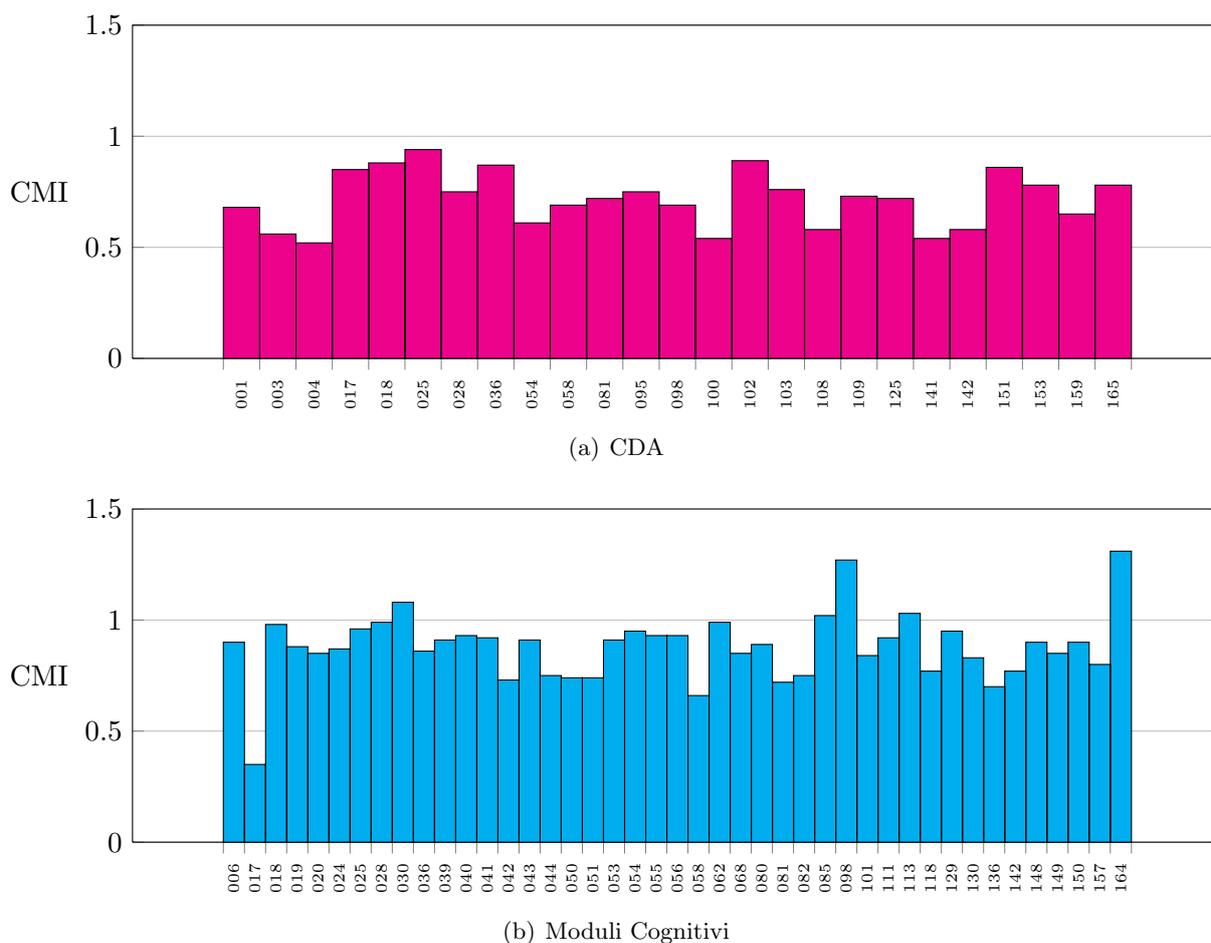
Nella figura 5.1 è riportata la distribuzione dei pazienti di CDA e moduli cognitivi valutati nei 30 RUGs. Ad ogni RUG è associato sia un peso generale di carico assistenziale (Indice di Case MIX) che due pesi specifici, relativi all'assistenza infermieristica e di base.

Figura 5.1: Distribuzione dei pazienti di CDA (a) e Moduli Cognitivi (b) nei 30 RUGs e peso del RUGs (c)



In tabella 5.2 vediamo l'indice di case mix medio regionale sia per i moduli cognitivi che per i centri Diurni Alzheimer. Sempre nella stessa tabella sono stati riportati per confronto i

Figura 5.2: *Indici di case mix dei singoli CDA (a) e Moduli Cognitivi (b)*



gli stessi indici riferiti ai 3821 pazienti ricoverati nei circa 90 strutture partecipanti allo studio Assi-RSA realizzato nel 2005.

Tabella 5.2: *Indice Di Case Mix e pesi dell'assistenza infermieristica e di base dei CDA e dei Moduli Cognitivi Comportamentali partecipanti - RUGs30*

Tipo Struttura	N.	peso Ass. Inf.	peso ADB	Indice di CASE-MIX
CDA	292	0,74	0,82	0,72
Modulo Cognitivo	396	0,98	0,94	0,87
Strutture Assi 2005	3.981	0.85	0.86	0.79

La variabilità di case mix tra le strutture è abbastanza alta, come si vede in figura 5.2.

Parte III

Riflessioni e possibili spunti per l'organizzazione dei servizi

Capitolo 6

Case-mix osservato e case mix atteso: proposte per l'appropriatezza

6.1 La normativa di riferimento

Fino ad oggi in Toscana la normativa di riferimento relativa alle strutture oggetto di studio è costituita essenzialmente da:

- la delibera 402/2004, “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.”, che definisce al punto 3.2 e 3.3 dell’Allegato 1 le modalità di assistenza residenziale e semi-residenziale, tra cui quella dedicata nello specifico alle persone con demenza (vedi tabella 6.1) e nell’Allegato 1.B delinea i principi generali per la identificazione e l’attivazione di “moduli” ad attività assistenziale differenziata all’interno delle RSA andando a specificare i requisiti del Modulo per l’accoglienza di persone con Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale.;

Tabella 6.1: *Caratteristiche dei moduli e dei CDA in base alla 402/2004*

Struttura	Tipologia dell’utenza	durata del ricovero
Modulo 3	“[...]soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering. Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza [...]”	secondo il piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso e comunque non oltre il terzo mese di permanenza in struttura
CDA	[...] persone anziane affette da sindromi demenziali con elevato decadimento, accompagnato anche da disturbi comportamentali, per le quali sia possibile definire e attivare un programma di “cura” con l’obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell’assistito e dei suoi familiari [...]	Piano assistenziale orientato alla temporaneità dell’accesso al Centro Diurno

- il “regolamento attuativo della articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n.41”, approvato col decreto n. 15/r del Presidente della Giunta regionale il 26 marzo 2008, che riporta i requisiti minimi strutturali e di personale delle strutture soggette ad autorizza-

zione, tra cui i moduli cognitivi comportamentali nelle RSA (p. 15) e i centri diurni per anziani ad intensità assistenziale e complessità organizzativa alte** (p 55) (vedi tabella 6.2).

Tabella 6.2: Monte orario annuale per funzione esercitata in riferimento a 40 ospiti per modulo base, modulo cognitivo comportamentale e Centro Diurno ad intensità assistenziale e complessità organizzativa alte

struttura	Assistenza infermieristica	Assistenza riabilitativa	Assistenza di base alla persona	Animazione socio educativa	Assistenza specialistica	Attività occupazionali o formative
m.base	6.536	1.634	32.680	1.634	-	-
m.cognitivo	8.170	2.434	34.314	1.634	624	-
CD **	4.314	1.078	20.490	1.078	-	780

Per quanto riguarda i CDA il riferimento per il personale è quello indicato per i CD per non autosufficienti, maggiorato del 10%, secondo quanto previsto dalla DCR 311/1998. Questi documenti, pur fornendo dei criteri generali di riferimento in relazione al target dei pazienti, non propongono un metodo esplicito per la valutazione dell'assistito in termini di appropriatezza di ricovero in queste tipologie di strutture.

Ciò risulta ancor più evidente oggi, quando con la legge 66/2008, il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente e il decreto 1354/2010 e successive modifiche e integrazioni, la regione Toscana ha avviato un processo di revisione del governo dei servizi per la persona non autosufficiente che cerca di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili perseguendo principi di appropriatezza ed equità.

In questo contesto i servizi residenziali e semiresidenziali a intensità assistenziale e complessità organizzativa alte costituiscono risposte di fondamentale importanza nell'ottica di una presa in carico integrata delle persone con demenza soprattutto in quelle fasi in cui l'evoluzione clinica della patologia, parallelamente a particolari configurazioni ambientali e relazionali, fanno emergere disturbi comportamentali che rendono particolarmente gravosa e complessa l'assistenza sia in ambito domiciliare, sia nel contesto di altre forme di assistenza residenziali o semiresidenziali.

Il riferimento alla temporaneità presente nella delibera GRT 402/2004 necessita probabilmente di essere circostanziato con maggiore dettaglio, magari anche facendo riferimento alle condizioni cliniche dei pazienti, tenendo conto anche della necessità di contenere gli effetti di eventuali cambiamenti di setting assistenziale, soprattutto se di natura residenziale, sul disorientamento e sui disturbi comportamentali stessi.

In realtà la regione Toscana si era già posto il problema della definizione di percorsi specifici per la presa in carico residenziale o semiresidenziale delle persona con demenza, integrando il protocollo valutativo della persona non autosufficiente previsto dalla DCR 214 del 02/07/1991 (abrogata dal Decreto dirigenziale 1354/2010 che introduce le nuove procedure valutative in vigore nell'ambito del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, DGRT 370/2010), con le procedure descritte nella DCR 311/1998, che richiedono, nel caso di persone con demenza e disturbi del comportamento, la somministrazione di scale aggiuntive rispetto a quelle previste dalla 214/1991 per la definizione e le modifiche del piano individualizzato di assistenza, ed in particolare:

B.M.D. – Behavior and Mood Disturbances per la valutazione dei disturbi del comportamento e dell'umore (J.G. Greene e coll., 1982)

E.B.S. - Eating Behavior Scale per la valutazione dei comportamenti alimentari (J. Muir e coll. 1991)

C.M.A.I. – Cohen-Mansfield Agitation Inventory per la valutazione sistematica dello stato di agitazione (Cohen-Mansfield J. e coll., 1989)

R.S.S. - Relatives Stress Scale per la valutazione dello stress dei familiari (J.G. Greene e coll. 1982)

Tali procedure, pur rimanendo patrimonio delle strutture, non sono ad oggi integrate organicamente nell'attuale sistema per la presa in carico della persona non autosufficiente (LR 66/2008, DGRT 370/2010, DD 1354/2010), e non costituiscono, almeno a livello normativo, il riferimento per l'eleggibilità a percorsi assistenziali residenziali e semiresidenziali specialistici.

6.2 Definizione di case mix atteso

Dato che l'accesso alle strutture oggetto di studio, come previsto dalla LR 66/2008, è attualmente regolato dalle UVM a livello zonale, il case mix osservato nelle strutture partecipanti al progetto può essere considerato il modo in cui ciascuna Zona Distretto ha interpretato la normativa vigente e regola la tipologia di pazienti che accedono a tali strutture nonché il periodo di accesso fruibile da ciascun paziente.

Lo studio condotto rileva che non c'è omogeneità tra zone in questo senso e coesistono diverse modalità di gestione dei posti disponibili in CDA e modulo cognitivo in RSA.

Il gruppo di progetto ha lavorato alla definizione di un case mix atteso degli ospiti in ingresso nelle strutture oggetto di studio, coerente alla 402/04, utilizzando le sottoscale calcolabili in base alla scheda RUG. E' chiaro che questo lavoro costituisce solo un primo passo esplorativo: la questione dell'eleggibilità alle prestazioni specialistiche residenziali e semiresidenziali per persone con demenza e disturbi comportamentali non si esaurisce con la proposta di un profilo di utente in ingresso, ma dovrebbe probabilmente arrivare a definire anche il profilo di un utente in uscita, e cioè di quell'utente che, per varie ragioni, non può effettivamente più trarre beneficio da tali prestazioni o della specificità ambientale di questo tipo di strutture.

In ogni caso, la normativa vigente descrive l'utente atteso come una persona con decadimento cognitivo medio grave e disturbi del comportamento, esplicitando per il CDA le finalità riabilitative, laddove per il modulo cognitivo si sottolinea la non autosufficienza accompagnata dalla necessità di sorveglianza e contenimento dei sintomi.

Un'altro elemento da tenere presente nel tracciare il profilo dei pazienti ideali delle sue strutture riguarda il fatto che l'assistenza in CDA fa parte di un piano di assistenza personalizzato di tipo domiciliare mentre il modulo cognitivo fa parte di un PAP residenziale. Questa considerazione, pur non potendo essere approfondita in questo contesto, ha portato il gruppo di lavoro a tracciare un profilo del paziente di modulo leggermente più grave rispetto al paziente di CDA, sia nel profilo funzionale, cognitivo comportamentale che in quello clinico (abbiamo ipotizzato una comorbidità lieve in CDA -es. diabete- e media nel modulo -es. diabete e polmonite): infatti se per la definizione del PAP dovesse essere considerato, come molte voci chiedono, anche il profilo sociale, inteso come capacità assistenziale della famiglia, è possibile che un paziente più grave sia più facilmente indirizzato ad un percorso residenziale, ed in particolare residenziale specialistico, perché le sue condizioni rendono insufficienti la capacità assistenziale della famiglia, che fino a un livello inferiore di complessità era stata in grado di far fronte all'assistenza.

Il profilo atteso per il Centro Diurno Alzheimer è stato messo a confronto con il case mix osservato nelle strutture e con quello di alcune strutture indicate in sede di gruppo regionale come possibile riferimento; procedimento analogo è stato seguito per i moduli cognitivi comportamentali, aggiungendo anche il profilo medio degli utenti di modulo base nello studio Assi 2005.

Figura 6.1: *Media normalizzata a 100 dei punteggi dei pazienti dei CDA osservati, di riferimento e teorici*

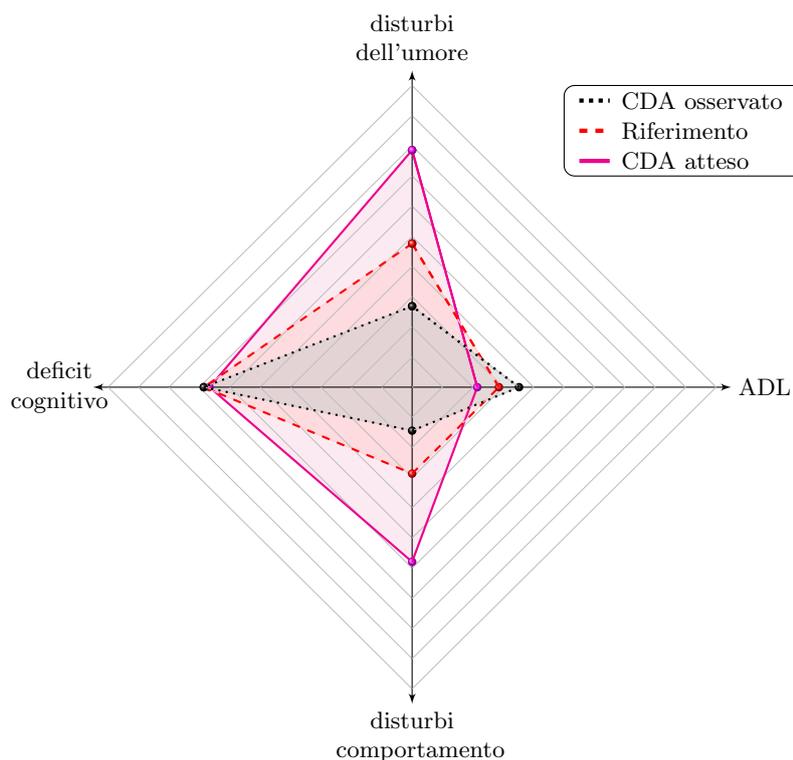


Tabella 6.3: *Punteggi medi indici sintetici CDA, osservati e teorici*

Indice Sintetico	media OSS	atteso
Activity of Daily Living Index (4-18)	8.9	7
Umore (0-14)	3.8	11
Cognitive Performance Scale (0-6)	4.1	4
Behavioral Problems Summary Score (0-19)	2.7	11
Case Mix Index	0.72	0.74

I risultati di tale confronto, sono illustrati nelle figure 6.1 e 6.2, che mostrano i punteggi medi, normalizzati su una scala da 1 a 100, del case mix osservato, di quello atteso proposto dal gruppo di progetto e di quello di alcune strutture che possono essere considerate di riferimento.

Dal confronto operato è emerso che, per quanto riguarda il modulo cognitivo comportamentale (vedi figura 6.2) si verifica un discreto scostamento tra l'osservato e l'atteso relativamente all'asse funzionale, comportamentale e dei disturbi dell'umore a fronte di una sostanziale concordanza sul deficit cognitivo, mentre per il CDA lo scostamento principale è sul fronte dei disturbi dell'umore e del comportamento, mentre è più lieve nelle altre due dimensioni (vedi figura 6.1).

Figura 6.2: Media normalizzata a 100 dei punteggi dei pazienti dei moduli cognitivi osservati, di riferimento, attesi e Modulo basse studio assi 2005

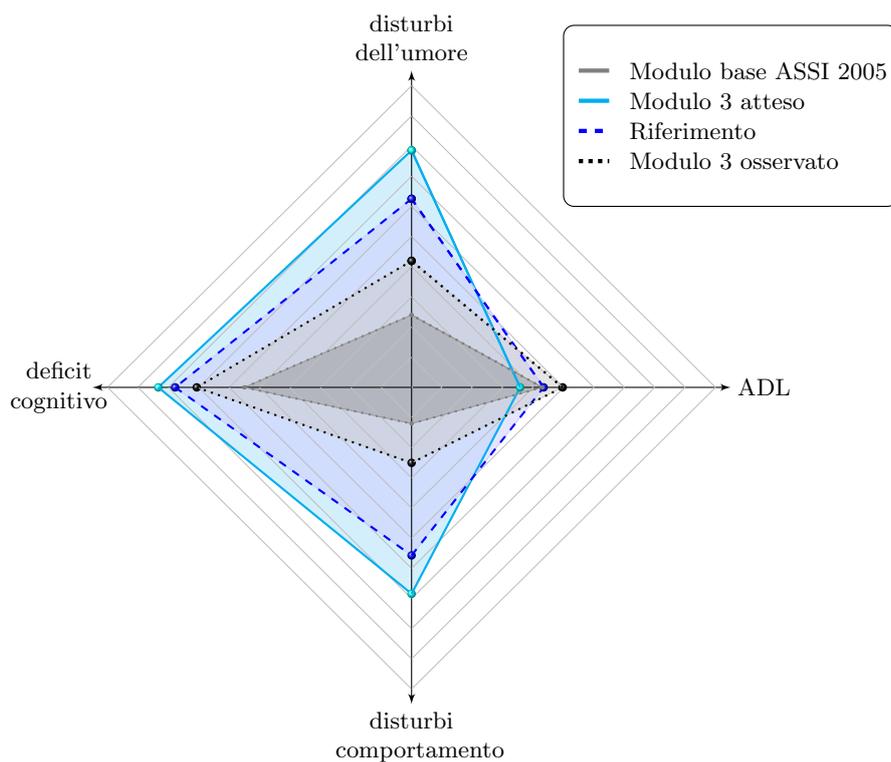


Tabella 6.4: Punteggi medi indici sintetici Moduli cognitivi, osservati, attesi e Modulo basse studio assi 2005

Indice Sintetico	media OSS	atteso	ASSI 2005
Activity of Daily Living Index (4-18)	11	9	10.5
Umore (0-14)	5.9	11	3.3
Cognitive Performance Scale (0-6)	4.2	5	3.3
Behavioral Problems Summary Score (0-19)	4.7	13	2.3
Case Mix Index	0.87	0.91	0.78

Appendici

Appendice A

Questionario strutture

SCHEDA CONOSCITIVA STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

(campo automatico con data del giorno di registrazione) data:...../...../.....

A quali progetti partecipa la struttura? (risposta multipla)

- progetto nazionale CCM “**Il monitoraggio della qualità in RSA**” – ARS OQE
- progetto regionale “**Centri Diurni Alzheimer e Moduli Cognitivo comportamentali in RSA in Toscana: una survey per l’appropriatezza**” – ARS OE
- progetto regionale “**Il sistema delle RSA nella Regione Toscana**” - MeS

Dati struttura

Zona distretto

Nome della struttura

Partita IVA

Indirizzo: Via/Piazzan. Comune.....

e-mail.....

Sito internet

Presidente: Nome e Cognome _____

Responsabile di struttura: Nome e Cognome _____

Associazione di appartenenza: _____

Responsabile della struttura per l’Associazione: Nome e Cognome _____

Anno di apertura |_|_|_|_|_|

Data autorizzazione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- Immobile di proprietà
- pubblica
 - privata
 - onlus o privata sociale

- Gestione (diretta o indiretta)
- pubblica – USL
 - pubblica – comune
 - pubblica – SdS
 - pubblica – comunità montana
 - pubblica – Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
 - onlus o privata sociale
 - privata

Sistema di archiviazione documenti

1. sanitari:

- a. **cartelle cliniche**: cartaceo informatizzato misto no archiviazione

SE informatizzato con quali software? _____ (campo libero)

- b. **cartella infermieristica**: cartaceo informatizzato misto no archiviazione

SE informatizzato con quali software? _____ (campo libero)

- c. **altro**: cartaceo informatizzato misto no archiviazione

SE informatizzato con quali software? _____ (campo libero)

2. amministrativi:

- a. **contabili** : cartaceo informatizzato misto no archiviazione

SE informatizzato con quali software? _____ (campo libero)

- b. **altro**: cartaceo informatizzato misto no archiviazione

SE informatizzato con quali software? _____ (campo libero)

Dotazioni informatiche

Num. di PC

- a disposizione:
- a. del solo personale amministrativo |__|__| , di cui collegati in rete |__|__|.
 - b. del solo personale sanitario |__|__|, di cui collegati in rete |__|__|.
 - c. postazioni miste |__|__|, di cui collegati in rete |__|__|.

Organizzazione del lavoro

Modello assistenziale/gestionale (risposta multipla):

- funzionale**
- piccola equipe**
- primary nurse**
- case management**
- a rete**

Esiste un gruppo di lavoro fisso? si no

I **test di valutazione** (BANSS, EBS, CMAI, NPI) vengono aggiornati mediamente almeno ogni:

- 15 giorni
- 30 giorni
- 60 giorni
- 90 giorni
- oltre

Le riunioni per definire i contenuti del PAI della struttura sono:

- settimanali
- mensili
- trimestrali
- semestrali
- altro

I MMG partecipano solitamente alla riunione sul PAI della struttura? si no

Sono previste occasioni di aggiornamento/formazione per il personale ogni:

- anno
- due anni
- oltre

Personale afferente alla struttura

Personale	N. di personale per funzione	Monte orario annuale per funzione
responsabile		
medico specialista 1 **:		
medico specialista 2 **:		
infermiere (assistenza infermieristica)		
terapista e/o fisioterapista (assistenza riabilitativa)		
AdB - OTA – OSS (assistenza di base alla persona)		
educatore professionale (animazione socio educativa)		
educatore professionale (attività occupazionali e/o formative)		
animatore (animazione socio educativa)		
animatore (attività occupazionali e/o formative)		
psicologo (animazione socio educativa)		
psicologo (attività occupazionali e/o formative)		
volontari e/o obiettori		
assistente sociale		
religiosi addetti alle cure		
religiosi non addetti alle cure		
autista		
amministrativi		
altro (es: ausiliari, cuochi...)		

Tipi di rapporto di lavoro:

- |__|__| numero dipendenti a tempo indeterminato ASL e/o comune
- |__|__| numero dipendenti a tempo determinato ASL e/o comune
- |__|__| numero dipendenti a tempo indeterminato della struttura
- |__|__| numero dipendenti a tempo determinato della struttura
- |__|__| numero dipendenti di cooperativa
- |__|__| numero liberi professionisti

Per gli utenti **AUTOSUFFICIENTI** quanti posti sono previsti? (autorizzati ex 402/2004)

| modulo base
 | modulo motorio
 | altro
 | cd

Per gli utenti **NON AUTOSUFFICIENTI NON CONVENZIONATI** quanti posti sono previsti? (autorizzati ex 402/2004)

| modulo base
 | modulo motorio
 | modulo cognitivo comportamentale
 | modulo vegetativo
 | altro
 | cd
 | cda

Per gli utenti **NON AUTOSUFFICIENTI CONVENZIONATI** quanti posti sono previsti? (autorizzati ex 402/2004)

| modulo base
 | modulo motorio
 | modulo cognitivo comportamentale
 | modulo vegetativo
 | altro
 | cd
 | cda

Per gli utenti **TEMPORANEI** (riservati a ricoveri temporanei) quanti posti sono previsti? (autorizzati ex 402/2004)

| modulo base
 | modulo motorio
 | modulo cognitivo comportamentale
 | modulo vegetativo
 | altro
 | cd
 | cda

Utenti attualmente ospiti: totale: |__|__|

Di cui:

1. Residenti temporanei |__|__| Residenti definitivi |__|__|

2. M |__|__| F |__|__|

3. Utenti con diagnosi di demenza |__|__|

Esito della frequenza/ricovero durante l'ultimo anno concluso di attività :

|__|__| numero rientrati a casa senza attivazione di altri servizi

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi semiresidenziali

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi domiciliari

|__|__| numero ricoverati in modulo base

|__|__| numero deceduti

|__|__| numero altro _____

Totale dimessi |__|__|__|

Attività specifiche previste

Metodi e attività previste	
E' previsto un periodo di affiancamento dei caregiver durante l'inserimento?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
E' previsto un periodo di affiancamento dei caregiver prima del rientro al domicilio?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
terapia di ri-orientamento nella realtà (rot)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
musicoterapia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
pet therapy	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
bambola terapia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
aroma terapia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
danza-movimento terapia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
terapia occupazionale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
arte terapia plastico pittorica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
validation therapy	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
gentle care	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
stimolazione multisensoriale snoezelen	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
time slip	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Altro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

CD autorizzato

Anno di apertura |__|__|__|__|

Data autorizzazione |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

CD indipendente

CD annesso ad RSA

posti diurno autorizzati in RSA

Totale utenti che attualmente frequentano il CD: |__|__|

Di cui:

1. M |__|__| F |__|__|

2. Utenti con diagnosi di demenza |__|__|

Giorni settimanali di apertura: |__|/7 ore settimanali di apertura: |__|__|__|

Numero di utenti che hanno frequentato il centro nell'ultimo anno concluso di attività: |__|__|__|

Numero utenti che nelle due settimane precedenti hanno frequentato

1-2 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

2-4 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

6-7 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

Esito della frequenza/ricovero durante l'ultimo anno concluso di attività :

|__|__| numero rientrati a casa senza attivazione di altri servizi

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi semiresidenziali

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi domiciliari

|__|__| numero ricoverati in modulo base

|__|__| numero ricoverati in modulo cognitivo comportamentale

|__|__| numero deceduti

|__|__| numero altro

Totale dimessi |__|__|__|

Se CDA autorizzato

Anno di apertura |__|__|__|__|

Data autorizzazione |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

CDA indipendente CDA annesso ad RSA posti diurno autorizzati in RSA

Utenti che nelle ultime due settimane hanno frequentato il CDA: totale |__|__|

Di cui:

1. M |__|__| F |__|__|

2. Utenti con diagnosi di demenza |__|__|

Giorni settimanali di apertura: |__|/7 ore settimanali di apertura: |__|__|__|

Numero di utenti che hanno frequentato il centro nell'ultimo anno concluso di attività: |__|__|__|

Numero utenti che nelle due settimane precedenti hanno frequentato

1-2 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

2-4 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

6-7 giorni alla settimana |__|__| di cui per mezza giornata (al 50%) |__|__|

Esito della frequenza/ricovero durante l'ultimo anno concluso di attività :

|__|__| numero rientrati a casa senza attivazione di altri servizi

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi semiresidenziali

|__|__| numero rientrati a casa con attivazione di altri servizi domiciliari

|__|__| numero ricoverati in modulo base

|__|__| numero ricoverati in modulo cognitivo comportamentale

|__|__| numero deceduti

|__|__| numero altro

Totale dimessi |__|__|__|

Personale

**Monte orario annuale per
funzione**

responsabile	_ _ _ _ _ _ _ _ _
medico specialista 1 **: 	_ _ _ _ _ _ _ _ _
medico specialista 2 **: 	_ _ _ _ _ _ _ _ _
infermiere (assistenza infermieristica)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
terapista e/o fisioterapista (assistenza riabilitativa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
AdB - OTA – OSS (assistenza di base alla persona)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
educatore professionale (animazione socio educativa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
educatore professionale (attività occupazionali e/o formative)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
animatore (animazione socio educativa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
animatore (attività occupazionali e/o formative)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
psicologo (animazione socio educativa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
psicologo (attività occupazionali e/o formative)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
volontari e/o obiettori	_ _ _ _ _ _ _ _ _
assistente sociale	_ _ _ _ _ _ _ _ _
religiosi addetti alle cure	_ _ _ _ _ _ _ _ _
religiosi non addetti alle cure	_ _ _ _ _ _ _ _ _
autista	_ _ _ _ _ _ _ _ _
amministrativi	_ _ _ _ _ _ _ _ _
altro (es: ausiliari, cuochi...)	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Appendice B

Questionario utenti



**REGIONE
TOSCANA**



“Centri Diurni Alzheimer in Toscana: una survey per l’appropriatezza”

Rilevazione del casemix nei Centri Diurni Alzheimer e Moduli Alzheimer in RSA

Scheda UTENTE

Codice paziente _____ rilascia informativa |__|

- Il paziente è residente nel modulo 3
 Frequentante CDA
 Ricoverato in modulo 3 a frequenza diurna

Anno di nascita |__|_|_|_|_|

Sesso M F

Zona Distretto di Residenza

Data di inizio del ricovero nel modulo 3 o frequenza nel CDA __/__/____

Che tipo di demenza affligge il paziente?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demenza tipo Alzheimer | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Demenza vascolare | <input type="checkbox"/> Dato non disponibile |
| <input type="checkbox"/> Demenza fronto-temporale | |

Piano Personalizzato di Assistenza

1. data di inizio del periodo di frequenza/permanenza programmato __/__/____ **non obbligatori**
2. data di fine del periodo di frequenza/permanenza programmato __/__/____ |__| **ricovero definitivo**
3. **Se CDA:** Numero di giorni di frequenza settimanale da piano assistenziale __/7

Questionario per la classificazione in RUG

SEZIONE B: STATO COGNITIVO

1	STATO DI COMA	(stato vegetativo persistente) 0. NO 1. SI (passare alla sezione. G)	b1
2	MEMORIA	Memoria a breve termine – sembra ricordare dopo 5 minuti 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria	b2a
4	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	Decisioni prese riguardo ai compiti della vita quotidiana 0. INDIPENDENTE – decisioni sempre indipendenti 1. COMPROMISSIONE LIEVE – qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MODERATA – decisioni scarse richiesti suggerimenti/supervisione 3. COMPROMISSIONE SEVERA – mai/raramente prende decisioni	b4

SEZIONE C: COMUNICAZIONE

4	CAPACITA' DI FARSI COMPRENDERE	Capacità di esprimere comunque il contenuto delle informazioni 0. COMPRESO 1. IN GENERE COMPRESO – difficoltà a trovare o a finire i concetti 2. TALVOLTA COMPRESO – la capacità è limitata a richieste concrete 3. RARAMENTE / MAI COMPRESO	c4
---	---------------------------------------	--	-----------

SEZIONE E: UMORE E COMPORTAMENTO

1	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE	Codifica gli indicatori osservati negli ultimi 30 giorni, a prescindere dalla causa presunta 0. Indicatore non mostrato negli ultimi 30 giorni 1. Indicatore mostrato fino a 5 giorni alla settimana 2. Indicatore mostrato giornalmente (o quasi) 3. NA (per esp verbali)	
		ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE	
		a) L'ospite ha espresso affermazioni negative "nulla è importante; preferirei essere morto; ...lasciatemi morire"	e1a
		b) L'ospite fa domande ripetitive "dove vado; che faccio ?"	e1b

	c) L'ospite verbalizza ripetitivamente: ad es. richieste di aiuto (Dio aiutami)	e1c
	d) L'ospite è persistentemente arrabbiato con sé con gli altri (ad es. si irrita per niente, è arrabbiato per essere in RSA...)	e1d
	e) L'ospite si disistima – ad es. "non valgo niente, non ..."	e1e
	f) L'ospite esprime paure non reali ad - es. paura di essere abbandonato ... stare con gli altri	e1f
	g) L'ospite afferma in modo ricorrente che qualcosa di terribile sta per accadere – ad es. crede di star per morire....	e1g
	h) L'ospite si lamenta in modo ripetitivo della sua salute – ad es. richiede costantemente l'attenzione del personale, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali	e1h
	i) L'ospite ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione – chiede insistentemente attenzione rassicurazione circa orari, pasti ...aspetti relazionali...	e1i
	PROBLEMI CON IL SONNO	
	j) Cattivo umore la mattina	e1j
	k) Insonnia/cambiamenti del normale ciclo del sonno	e1k
	ATTEGGIAMENTO TRISTE, APATICO, ANSIOSO	
	l) Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata – ad esempio fronte accigliata	e1l
	m) Pianto, facilità alle lacrime	e1m
	n) Movimento ripetitivo – ad es. andare in giro, torcersi le mani, irrequietezza, eccitazione	e1n
	PERDITA DI INTERESSE	
	o) Astensione da attività interessanti – ad es. nessun interesse per attività che prima lo interessavano o stare con familiari ed amici	e1o
	p) Ridotte interazioni sociali	e1p

SEZIONE E: UMORE E COMPORTAMENTO

4	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	A) Frequenza dei problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni. 0. Nessun problema negli ultimi sette giorni 1. Problemi di questo tipo si sono manifestati da 1 a 3 degli ultimi 7 giorni. 2. Problemi di questo tipo si sono manifestati da 4 a 6 degli ultimi 7 giorni. 3. Problemi di questo tipo si sono manifestati quotidianamente		
		B) Possibilità di modificare tramite interventi <u>non</u> farmacologici i problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni 0. Problema assente o facilmente modificabile 1. Problema non facilmente modificabile		
			A	B
		a) VAGARE (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)	e4 aA	e4 aB
		b) USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO (ha spaventato, insultato, minacciato, gridato ad altre persone)	e4 bA	e4 bB
		c) ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO (ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone)	e4 cA	e4 cB
		d) COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla; compie gesti di autolesionismo; compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui)	e4 dA	e4 dB
		e) RIFIUTARE L'ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)	e4 eA	e4 eB

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA

1	(A) AUTONOMIA NELLE ADL (codifica per la prestazione media dell'ospite durante gli ultimi 7 giorni e 7 notti – esclusa l'organizzazione) 0 INDIPENDENTE – nessun aiuto o supervisione o aiuto/supervisione prestatati solo 1 o 2 volte durante gli ultimi 7 giorni 1 SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento o suggerimenti prestatati 3 o più volte durante gli ultimi 7 giorni o supervisione (3 o più volte) più assistenza fisica solo 1 o 2 volte negli ultimi 7 giorni 2 ASSISTENZA LIMITATA – ospite molto partecipa alle attività; ha ricevuto aiuto fisico nella manovra guidata degli arti o altra assistenza che non implichi il sollevamento in 3 o più occasioni 3 ASSISTENZA INTENSIVA – sebbene l'ospite abbia svolto parte delle attività durante gli ultimi sette giorni, ha chiesto aiuto del/i seguente/i tipo/i 3 o più volte: - aiuto nel sollevarsi - aiuto completo da parte di un altro durante parte (ma non tutti) gli ultimi 7 giorni 4 DIPENDENZA TOTALE – aiuto completo da parte di un altro negli ultimi 7 giorni 8 ATTIVITA' MAI ESEGUITA negli ultimi 7 giorni (B) AIUTO FORNITO NELLE ADL (codifica il maggior aiuto fornito negli ultimi 7 giorni e 7 notti; codifica indipendentemente dal risultato del settore precedente) 0. Nessuno aiuto o organizzazione dallo staff 1. Solo organizzazione 2. Aiuto fisico di una persona 3. Aiuto fisico di due o più persone 8. Attività mai eseguita negli ultimi 7 giorni		
		A	B
	a) MOBILITA' A LETTO Come l'ospite si solleva e si alza dal letto, si gira da un lato all'altro ed assume posizioni nel letto	g1 aA	g1 aB
	b) TRASFERIMENTI Come l'ospite si sposta tra due punti – dal/al letto, sedia, sedia a rotelle, in piedi. (Nota: escluso da/a bagno/wc)	g1 bA	g1 bB
	h) MANGIARE Come l'ospite mangia e beve (indipendentemente dall'abilità)	g1 hA	g1 hB
	i) EVAQUAZIONE Come l'ospite usa il bagno o la comoda, la padella o il pappagallo come si siede e si alza dal wc, come si pulisce dopo, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali (colostomia o catetere), si sistema i vestiti	g1 iA	g1 iB

SEZIONE H : CONTINENZA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

3	AUSILI E PROGRAMMI	L'ospite viene accompagnato al bagno ad intervalli regolari 0. NO 1. SI	h3a
		Programmi di rieducazione vescicale 0. NO 1. SI	h3b

SEZIONE I: DIAGNOSI DI MALATTIA

Segnare solo le malattie che hanno una relazione con l'attuale livello delle ADL, lo stato cognitivo, l'umore ed il comportamento, le terapie mediche, il monitoraggio infermieristico, il rischio di morte (Non segnare malattie inattive). 0. NO 1. SI

1	MALATTIE	ENDOCRINE /METABOLICHE / NUTRIZIONALI			
		Diabete	i1a		
		NEUROLOGICHE			
		Afasia	i1r		
		Cerebropatia e/o epilessia	i1s		
		Emiplegia/Emiparesi	i1v		
		Sclerosi multipla	i1w		
		Tetraplegia	i1z		
		2	INFEZIONI	Polmonite	i2e
				Sepsi	i2g

SEZIONE J: CONDIZIONI DI SALUTE

1	PROBLEMI	Segnare tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni se non specificato diversamente 0. NO 1. SI	
		INDICATORE DEL LIVELLO DEI FLUIDI CORPOREI	
		Segni di disidratazione; l'escrezione dei liquidi supera l'introduzione	j1c
		ALTRO	
		Episodi psicotici (deliri)	j1e
		Febbre	j1h
		Allucinazioni	j1i
		Emorragia interna	j1j
		Vomito	j1o
		5	STABILITA' DELLO STATO DI SALUTE

SEZIONE K: STATO NUTRIZIONALE

3	CAMBIAMENTI DEL PESO	a) Perdita di peso del 5% o più negli ultimi 30 giorni o del 10% o più negli ultimi 180 giorni 0. NO 1. SI 2. NA	k3a
5	TRATTAMENTI NUTRIZIONALI	a) Parenterale e.v. 0. NO 1. SI	K5a
		b) Sondino naso gastrico o PEG 0. NO 1. SI	K5b
6	ALIMENTAZIONE PARENTERALE / ENTERALE	a) Riporta la percentuale di calorie, rispetto al totale, che l'ospite ha ricevuto attraverso nutrizione parenterale o sondino 0. Nessuna 1. 1% - 25% 2. 26% - 50% 3. 51% - 75% 4. 76% - 100%	k6a
		b) Riporta la quantità media giornaliera di fluidi assunti per e.v. o per sondino negli ultimi 7 giorni 0. Nessuna 1. 1 - 500 cc. 2. 501 - 1000 cc 3. 1001 - 1500 4. 1501 - 2000 cc 5. 2001 - o più	k6b

SEZIONE M: CONDIZIONI DELLA CUTE

1	ULCERE (qualsiasi causa)	Riporta il numero di ulcere per ciascuno stadio a prescindere dalla causa. Se ad uno stadio non vi sono ulcere codifica "0". Riporta la condizione riferita agli ultimi 7 giorni. E' necessario un esame di tutto il corpo	
		a. Stadio 1. Area di pelle persistentemente arrossata (senza soluzione di continuità della pelle)	m1a
		b. Stadio 2. Perdita cutanea superficiale che clinicamente si presenta come un'abrasione, una bolla o un cratere poco profondo	m1b
		c. Stadio 3. Perdita della cute a tutto spessore con esposizione del sottocutaneo - si presenta come un cratere profondo con o senza bordi sottominati	m1c
		d. Stadio 4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso	m1d
2	TIPO DI ULCERA (solo ulcera da pressione)	a) Riporta lo stadio più alto raggiunto negli ultimi 7 giorni utilizzando la scala m1 0. nessuna ulcera 1. stadio 1 2. stadio 2 3. stadio 3 4. stadio 4	m2a
4	ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE O PRESENZA DI LESIONI	Segnala tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni 0. NO 1. SI	m4b
		b) Ustioni (secondo e terzo grado)	
		c) Lesioni aperte diverse da ulcere, rash, tagli (ad es. lesioni cancerose)	m4c
		g) Ferite chirurgiche	m4g

5	TRATTAMENTI DELLA PELLE	Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni 0. NO 1. SI	
		Sedie attrezzate con dispositivo antidecubito	m5a
		Letti attrezzati con dispositivo antidecubito	m5b
		Programmi di rotazione/riposizionamento dell'ospite	m5c
		Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute	m5d
		Cura dell'ulcera	m5e
		Cura della ferita chirurgica	m5f
		Medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)	m5g
		Applicazione di unguenti /farmaci	m5h
6	PROBLEMI E CURA DEL PIEDE	Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni 0. NO 1. SI	
		Infezioni – ad es. cellulite, drenaggi purulenti	m6b
		Lesione aperta	m6c
		Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici	m6f

SEZIONE N: ATTIVITA'

1	TEMPO IN CUI L'OSPITE E' SVEGLIO	Negli ultimi 7 giorni , in ciascuna parte della giornata l'ospite è sveglio per tutto o la maggior parte del tempo (sonnecchia per non più di un'ora per ogni periodo). 0. NO 1. SI	
		Mattino (7-12)	n1a
		Pomeriggio (12-18)	n1b
		Sera (18-22)	n1c

SEZIONE O: FARMACI

3	INIEZIONI	Segna il numero di giorni in cui l'ospite ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo negli ultimi 7 giorni : "0"= No iniezioni	o3
---	-----------	---	----

SEZIONE P: TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI (erogati all'interno della struttura)

1	TRATTAMENTI, PROCEDURE E PROGRAMMI SPECIALI	A) TRATTAMENTI SPECIALI – Trattamenti o programmi ricevuti negli ultimi 14 giorni 0. NO 1. SI	
		Chemioterapia oncologica	p1aa
		Dialisi	p1ab
		Infusione e.v.	p1ac
		Ossigenoterapia	p1ag
		Radioterapia	p1ah

	ASSISTENZA RIABILITATIVA / REINTEGRATIVA erogata anche da personale non specializzato	Aspirazione	p1ai				
		Cura della tracheotomia	p1aj				
		Trasfusioni	p1ak				
		Respiratore/ventilazione assistita	p1al				
		B) TERAPIE SPECIALI – Segna il num. di giorni ((A)= n° giorni di terapia per 15 min. o più) ed il tot. dei minuti ((B)= totale di minuti di terapia forniti negli ultimi 7 giorni) in cui una delle seguenti terapie è stata praticata (almeno 15 min. al giorno negli ultimi 7 giorni) (segna "0" se la terapia non è stata praticata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno) (NB: conta solo le terapie iniziate dopo l'ammissione in RSA e derivate da personale specializzato).					
			A giorni	B minuti			
		a. Logopedista	p1baA	p1baB			
		b. Terapia occupazionale o di reinserimento lavorativo	p1bbA	p1bbB			
		c. Terapia neuromotoria	p1bcA	p1bcB			
		d. Terapia respiratoria	p1bdA	p1bdB			
3	ASSISTENZA RIABILITATIVA / REINTEGRATIVA erogata anche da personale non specializzato	Segna il numero di giorni in cui ognuna delle seguenti tecniche o pratiche riabilitative / reintegrative è stata fornita all'ospite per almeno 15 min. al giorno negli ultimi 7 giorni . (segna "0" se non sono state fornite o lo sono state per meno di 15 minuti)					
		a. Movimento (passivo)					p3a
		b. Movimento (attivo)					p3b
		c. Stecche o rinforzi					p3c
		EDUCAZIONE E PRATICA IN:					
		d. Mobilità a letto					p3d
		f. Camminare					p3f
		g. Vestirsi o agghindarsi					p3g
		h. Mangiare o inghiottire					p3h
		i. Cura della protesi (amputazione)					p3i
j. comunicare					p3j		
e trasferimenti					p3e		

7	VISITE MEDICHE	Quante volte (da 1 a 14) il medico ha visitato l'ospite negli ultimi 30 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 30 giorni .(segna "0" se non visitato)	p7
8	PRESCRIZIONI MEDICHE	Quante volte il medico ha cambiato la prescrizione negli ultimi 30 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 30 giorni)	p8

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Sono utilizzati farmaci per il controllo dei disturbi del comportamento? SI NO

Principio attivo Farmaco	DOSAGGIO INGRESSO mg/die	DOSAGGIO ATTUALE mg/die

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Trattamenti erogati da PAI	SEDUTE SETTIMANALI						
terapia di ri-orientamento nella realtà (rot)	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
musicoterapia	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
pet therapy	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
bambola terapia	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
aroma terapia	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
danza-movimento terapia	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
terapia occupazionale	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
arte terapia plastico pittorica	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
validation therapy	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
gentle care	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
stimolazione multisensoriale snoezelen	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute
time slip	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 seduta	<input type="checkbox"/> 2 sedute	<input type="checkbox"/> 3 sedute	<input type="checkbox"/> 4 sedute	<input type="checkbox"/> 5 sedute	<input type="checkbox"/> 6 o più sedute

UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE

	Frequenza di utilizzo			
Fascia per carrozzina o poltrona	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni
Fascia pelvica	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni
Corsetto con bretelle	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni
Tavolino per carrozzina (per impedire al paziente di alzarsi)	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni
Spondine per il letto (da entrambi i lati, per impedire al paziente di alzarsi)	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni
Bracciali di immobilizzazione	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni

RISCHIO CADUTE

Il paziente è mai caduto nell'ultimo mese, sia all'interno che all'esterno della struttura? SI NO