

La documentazione sanitaria e sociale in RSA

in collaborazione con



QUADERNO N° 5

Materiali dell'Osservatorio Sociale
Provincia di Mantova

LA DOCUMENTAZIONE sanitaria e sociale in RSA

a cura di

Rosalina Roffia, Annarita Taddei, Michele Zani

Il testo è frutto del lavoro comune
dei tre docenti formatori del corso
"La documentazione sanitaria e sociale in RSA".

Rosalina Roffia è infermiera abilitata a funzioni direttive
e lavora presso la RSA "Villa Aurelia"
di San Michele in Bosco di Marcaria (MN)

Annarita Taddei è assistente sociale presso l'ASL di Mantova
Dipartimento P.A.C. - Area ASSI

Michele Zani è infermiere del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia
e lavora presso la Fondazione "Le Rondini-città di Lumezzane"
di Lumezzane (BS)

Mantova, un territorio che accoglie

PROVINCIA DI MANTOVA

Settore Turistico e Culturale, Servizi alla Persona e alla Comunità
Politiche Sociali e del Lavoro, Sport e Tempo Libero

Dirigente: Gianni Petterlini

Collana a cura del

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

QUADERNO N° 5, *cura editoriale di*

Marisa Sissa, Paolo Poletti

Indice

5	<i>Presentazione</i>
9	<i>Introduzione</i>
11	<i>Il corso di formazione</i>
13	1. Normativa
13	<i>1.1 Autorizzazione al funzionamento, esercizio dell'attività e D.I.A.</i>
17	<i>1.2 L'accreditamento</i>
19	<i>1.3 Il contratto</i>
20	<i>1.4 La vigilanza</i>
20	<i>1.4.1. La vigilanza routinaria</i>
21	<i>1.4.2. I controlli di appropriatezza</i>
23	2. Il fascicolo sociosanitario secondo la normativa
23	<i>2.1 Il diario clinico</i>
24	<i>2.2 Le scale di valutazione</i>
24	<i>2.3 Il progetto assistenziale individualizzato</i>
25	<i>2.4 Il contratto d'ingresso</i>
26	<i>2.5 S.OS.I.A.</i>
31	3. La gestione del fascicolo sanitario e sociale: costruire un progetto personalizzato per l'anziano
31	<i>3.1 Contenuto del fascicolo, compilazione e competenze</i>
34	<i>3.2 Il Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI)</i>
35	<i>3.2.1. Raccolta dei dati</i>
37	<i>3.2.2. Definizione degli obiettivi</i>
38	<i>3.2.3. Pianificazione degli interventi</i>
39	<i>3.2.4. Valutazione dei risultati</i>
41	<i>3.2.5. PAI e S.OS.I.A.: creare coerenza</i>

43	4. La valutazione multidimensionale: cos'è, a cosa serve, come utilizzarla
47	5. Elaborare un progetto in RSA: normativa della remunerazione della qualità aggiunta
53	6. Progetto di struttura
53	<i>6.1 Come si organizza uno schema di progetto</i>
58	<i>6.2 Come redigere un progetto</i>
61	<i>Allegati:</i>
61	1. Scale di valutazione
96	2. La popolazione e le RSA della provincia di Mantova
98	3. Esempio di un progetto di struttura
100	4. Proposte schemi PAI elaborati durante il corso
101	<i>4.1 PAI provvisori</i>
105	<i>4.2 PAI definitivi</i>
115	<i>4.3 Considerazioni dei partecipanti</i>
119	5. Documento del Tavolo Tecnico ASL sul PAI provvisorio
123	6. Partecipanti ai corsi suddivisi per strutture di provenienza

Abbiamo pensato di realizzare questa pubblicazione, frutto di un percorso formativo, che abbiamo condiviso con l'ASL, rivolto al personale delle RSA della nostra provincia. Questa pubblicazione può essere utilizzata come un manuale operativo contenendo schemi di PAI, e altri documenti da utilizzare nel lavoro quotidiano delle strutture socio sanitarie oltre a tutta la normativa di riferimento per le autorizzazioni al funzionamento, per l'accreditamento, contratti, vigilanza e altro.

Pensiamo di aver fatto cosa gradita a tutti coloro che quotidianamente devono svolgere al meglio le loro funzioni in quanto l'iter formativo utilizzato ha coniugato la teoria alle situazioni concrete, con scambi di esperienze in lavori di gruppo, dando a chi ha partecipato la possibilità di crescere dal punto di vista professionale e con più certezze nello svolgimento delle proprie mansioni, spesso lasciate in balia di interpretazioni che non coincidono con le intenzioni o le modalità operative previste dagli organi competenti.

Se non si comprende appieno le motivazioni che spingono gli enti decisori a richiedere alcune prestazioni o tipi di documentazione, il rischio è di un approccio parziale che può inficiare il raggiungimento di un obiettivo. Il lavoro che abbiamo proposto cerca quindi di colmare un disagio che ci viene manifestato ogni qualvolta si introducono novità che comportano modifiche importanti nel modo di lavorare, spesso assoggettato a controlli da parte dell'ASL e che può avere ricadute anche di carattere economico.

Tra il 2009 e i primi mesi del 2010 abbiamo svolto sette edizioni del corso decentrandolo sul territorio provinciale per agevolare la partecipazione degli operatori con l'obiettivo di aiutare le strutture nel loro rapporto con i cittadini e con l'ente deputato al controllo della qualità delle prestazioni e della loro appropriatezza.

FAUSTO BANZI

*Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie
della Provincia di Mantova*

“Presenza di un fascicolo sanitario e sociale per ogni ospite, compilato all’ingresso e aggiornato almeno ogni due mesi...” così recita la DGR n. 7435/2001 della Regione Lombardia, con riferimento ai requisiti di accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.). Ma l’importanza del tenere in ordine la documentazione che riguarda ciascun Ospite non è tale soltanto perché costituisce un preciso obbligo per il Gestore della R.S.A., è soprattutto un elemento di qualità del servizio e una garanzia per l’Ospite stesso. Questo vale tanto per il fascicolo sanitario e sociale quanto per i progetti collegati alla Scheda Struttura. Ma vi è anche un altro aspetto che va evidenziato se si vuole sottolineare l’importanza del contributo fornito dal Corso alla elaborazione del fascicolo. In presenza della inevitabile turnazione del personale di assistenza, o anche della possibilità che l’ospite stesso transiti da una struttura all’altra, il fascicolo accompagna l’Ospite, consente di conoscerne la storia, gli elementi significativi della vita, quelli che lo rendono persona unica e irripetibile. Quindi non soltanto dati sanitari, ma anche informazioni sulle abitudini, sulle preferenze alimentari, sugli aspetti psicologici, sulle possibilità motorie, relative al mantenimento dell’autonomia o delle capacità residue...

Dunque, un vero e proprio documento di programmazione dell’intervento complessivo, personalizzato, globale, analogamente a quanto già avviene in campo educativo, in ambiente psichiatrico o nelle azioni di recupero dei soggetti disabili.

Determinante, a questi fini, è anche l’uso del linguaggio, che deve essere comprensibile a tutti, non solo ai tecnici, ma anche allo stesso assistito, ai suoi familiari, a chi si prende cura di lui. Documento vivo, dunque, da accudire come un oggetto pulsante, da aggiornare, da seguire con costanza e dedizione per conservargli e migliorarne l’importanza. Da ultimo, un buon fascicolo dell’Ospite è anche una forma di garanzia e di tutela per gli stessi Operatori, perché, grazie alla presenza di un documento puntuale e aggiornato, è possibile in ogni circostanza rendere evidenza del loro operato.

CARLO PREZZI

Direttore Sociale ASL Mantova

Introduzione

Durante alcuni corsi di formazione permanente organizzati dalla Provincia di Mantova per le RSA, gli operatori socio-sanitari hanno evidenziato la necessità di affrontare la tematica "spinosa" della documentazione sanitaria, per la quale vi sono linee di indirizzo fornite dalla Regione Lombardia, ma che poi è affrontata in modo autonomo in ogni struttura.

Nei mesi che hanno preceduto il corso di formazione "La documentazione sanitaria e sociale in RSA" gli organizzatori hanno voluto dare un taglio diverso a questo corso, coinvolgendo gli operatori dell'area P.A.C. Socio-Sanitario e Socio-Assistenziale/Direzione Sociale dell'ASL di Mantova e il Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

Il merito di tale novità va attribuito non solo alla rilevanza del tema trattato e all'approccio multidimensionale individuato per affrontarlo, ma anche alla modalità di lavoro adottata, incentrata sulla condivisione e integrazione dei punti di vista di tutte le professionalità che, a vario titolo e ruolo, intervengono nei processi di compilazione, gestione e controllo della documentazione sanitaria, con lo scopo di assicurare assistenza di qualità all'ospite.

Gli obiettivi prefissati erano i seguenti:

- Far conoscere agli operatori le nozioni legislative che stanno alla base della gestione della documentazione sociale e sanitaria
- Coinvolgere gli operatori nel processo di raccolta e registrazione dei dati
- Favorire il confronto tra RSA e organismi deputati al controllo.

I lavori e le riflessioni prodotte durante il corso sono stati utili anche per la formulazione di un documento elaborato nel settembre 2009 dal Tavolo Tecnico organizzato dall'ASL di Mantova sulla condivisione del PAI con ospite e famigliari.

Il corso di formazione

Il corso di formazione "La documentazione sanitaria e sociale in RSA" si è ripetuto per sette edizioni tra marzo 2009 e febbraio 2010 coinvolgendo la maggior parte delle RSA della provincia di Mantova.

Requisito fondamentale per la partecipazione è stata la presenza di équipe multi professionali; ciò ha consentito la ricchezza nello scambio di opinioni e la possibilità di affrontare i problemi da più punti di vista. Ognuno dei sette gruppi ha evidenziato più problematiche e ha indirizzato la formazione verso approfondimenti diversi.

Gli argomenti di volta in volta trattati sono stati: la condivisione del PAI con l'ospite e i familiari, le problematiche di comunicazione interna alla struttura, le scale di valutazione multidimensionale, la necessità di definire una "filosofia" geriatrica nel gruppo di lavoro, la possibilità di rendere operativo un progetto di assistenza individualizzato, la gestione del diario unico. Gli spunti di riflessione sono stati numerosi e abbiamo cercato di riassumerli in questa pubblicazione riportando problemi comunque rimasti aperti e proposte organizzative, che potranno essere di aiuto nell'operatività quotidiana. Sensazione comune degli operatori incontrati è stata quella di "eccesso di burocrazia" e di "difficoltà di relazione e confronto con gli organismi di controllo", che si è via via rivista durante lo svolgimento del corso.

Sono stati individuati anche altri livelli di difficoltà:

ORGANIZZATIVI:

- difficoltà ad avere l'équipe completa contemporaneamente presente al PAI
- difficoltà ad accedere al fascicolo socio sanitario
- fascicolo socio sanitario diviso
- riscrivere le stesse informazioni più volte per renderle accessibili
- organizzazione delle riunioni di équipe
- tempi brevi per la valutazione d'ingresso
- eccesso di tempo da dedicare alla documentazione
- trovare spazi e tempi per il confronto tra professionisti

DI CONOSCENZA:

- chi deve leggere il fascicolo? Implicazioni della legge sulla privacy
- compilazione delle scale di valutazione (per scarsa conoscenza e difficoltà di interpretazione)
- uso della terminologia (non uniforme e a volte non corretta)
- incongruenza tra i dati
- difficoltà di valutazione degli aspetti motori e cognitivo-comportamentali (valutazione soggettiva dell'operatore)
- discrepanza tra S.OS.I.A., indice di Barthel e PAI

FORMULAZIONE E GESTIONE DELLA MODULISTICA:

- mancanza di un diario unico; dispersione delle notizie
- mole delle cartelle
- ridondanza dei dati (più consegne che riportano gli stessi dati)
- compilazione delle S.OS.I.A. nelle situazioni evolutive
- scelta delle scale di valutazione

PROGETTAZIONE/ATTUAZIONE:

- condivisione del PAI con ospite e famigliari; problematiche di ordine giuridico quando sono presenti più famigliari e contenuto della condivisione
- difficoltà a formulare il PAI per le persone clinicamente stabili
- cosa scrivere sul PAI
- difficoltà di diffusione del PAI a tutti gli operatori
- difficoltà a proseguire il progetto
- valutazione del progetto.

1. Normativa

1.1 Autorizzazione al funzionamento, esercizio dell'attività e D.I.A.

La Regione Lombardia con la L.R. n. 1 del 7.01.1986 "Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio assistenziali della Regione Lombardia" fissa per la prima volta la necessità e l'obbligo per i gestori dei servizi socio-assistenziali di operare all'interno della rete dei servizi solo se in possesso di autorizzazione al funzionamento.

L'art. 50 della L.R. n. 1/86 "Autorizzazione al funzionamento di strutture socio-assistenziali" cita testualmente: ..."È soggetta ad autorizzazione al funzionamento la gestione, anche a scopo di lucro, delle strutture residenziali, comprese anche quelle diurne...", organizzate al fine di offrire ospitalità a minori, anziani o a soggetti parzialmente/totalmente non autosufficienti.

Tale istituto si caratterizza come un'autorizzazione tipicamente amministrativa, che viene rilasciata per i rispettivi ambiti territoriali dalle Province, per delega regionale, nei confronti dei soggetti gestori pubblici o privati di strutture socio-assistenziali ed il cui possesso è condizione indispensabile per poter legalmente avviare e continuare la gestione delle strutture medesime.

L'autorizzazione al funzionamento si propone di garantire agli enti pubblici e privati la libertà di svolgere attività assistenziali, recependo in tal senso i diritti costituzionalmente assicurati, nel rispetto delle norme e dei requisiti minimi previsti ed al tempo stesso di garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori, nonché in particolare, le capacità del servizio di applicare le relative funzioni.

Il P.S.A. (Piano Socio Assistenziale) 1988 – 1990 del 16.03.1988 della Regione Lombardia ha individuato in concreto i requisiti minimi per ottenere, a domanda, il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, l'elenco delle strutture soggette ad autorizzazione al funzionamento ed ha disciplinato per ogni tipologia d'unità d'offerta le caratteristiche strutturali (gli spazi necessari), gestionali (le figure professionali ed i minuti/ospite di assistenza necessari per ogni singolo professionista), le finalità e gli obiettivi da raggiungere e i relativi standard programmatori tecnico edilizi e gestionali da perseguire.

Tra i requisiti necessari fissati dalla normativa sono inseriti sia quelli soggettivi, che riguardano cioè il soggetto gestore in quanto tale, sia quelli oggettivi, in riferimento alla natura ed alle caratteristiche strutturali e gestionali del servizio.

Le unità d'offerta sono state raggruppate per area d'intervento: area minori, area anziani ed area handicap; in modo particolare nell'area anziani vengono individuate come unità d'offerta le case albergo e case di soggiorno (per anziani autosufficienti), le case di riposo (per anziani parzialmente autosufficienti), le strutture e reparti protetti (per anziani non totalmente autosufficienti) ed i centri diurni per anziani (individuati prevalentemente come luogo di socializzazione).

L'obbligo del possesso dell'autorizzazione al funzionamento per le tipologie di servizio individuate viene costantemente ribadito dalle successive circolari e normative; in modo particolare per i servizi afferenti all'area anziani il primo cambiamento significativo viene segnato dal P.O. (Piano Obiettivo) Anziani per il triennio 1995/1997 del 13 maggio 1995. Lo stesso, fissa nuovi standard strutturali e gestionali per la nuova unità d'offerta denominata "Centro diurno integrato" (tipo d'unità d'offerta che si pone tra il centro diurno anziani a carattere assistenziale e l'unità d'offerta residenziale) e modifica la tipologia dei servizi residenziali. Le "Case albergo" e "Case di soggiorno" vengono considerate come soluzione puramente alloggiative, con caratteristiche di temporaneità nel soggiorno e rivolte esclusivamente ad ospiti totalmente autosufficienti, che la scelgono come alternativa al proprio alloggio.

Vengono superate le vecchie unità d'offerta "Casa di riposo" e "Struttura protetta", con l'introduzione di una unica tipologia "RSA" (Residenze Sanitarie Assistenziali), definita come servizio territoriale di primo livello che rientra nell'area dei servizi socio-assistenziali a rilievo sanitario. Di conseguenza il P.O. Anziani fissa un unico standard strutturale per tutte le unità d'offerta per anziani che il P.S.A. aveva normato in maniera diversificata ed in modo analogo definisce nuovi standard gestionali a garanzia dell'erogazione dell'assistenza necessaria agli ospiti anziani non autosufficienti.

Per le unità d'offerta rivolte agli anziani viene successivamente modificata la normativa riferita all'autorizzazione al funzionamento, in modo particolare per le RSA con la DGR n. 7435 del 14 dicembre 2001 "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997 n. 31 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA)" viene superato il precedente sistema di autorizzazione al funzionamento, che prevedeva tre livelli possibili: permanente, pluriennale e provvisorio con piano programma e viene stabilito l'obiettivo di un completo adeguamento ai requisiti così detti "programmatori" entro i successivi 5 anni dall'approvazione dell'atto.

Vengono modificati in parte gli standard strutturali, introdotti altri requisiti di qualità aggiuntiva ed inseriti nuovi requisiti di processo:

- l'adozione della carta dei servizi
- l'educazione dell'assistito e della sua famiglia

- la valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali degli ospiti
- la presenza di un fascicolo socio sanitario
- il Piano di Assistenza Individualizzato, il fascicolo sanitario e sociale
- la definizione di protocolli che stabiliscano le procedure
- l'introduzione S.OS.I.A.
- il debito informativo

e nuovi requisiti di esito:

- la customer satisfaction
- il passaggio di classe in S.OS.I.A.

Il 7 Aprile 2003 la Regione Lombardia pubblica la DGR n. 12618 "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della DGR n. 7435 del 14.12.2001)" che apporta notevoli modifiche agli standard gestionali: viene superato il sistema del minutaggio legato alle figure professionali, con la definizione di standard complessivo di assistenza, differenziato per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento della struttura. Lo standard minimo di personale, espresso come tempo di assistenza dedicato ad ogni ospite è fissato in 750 minuti settimanali (complessivi per tutte le figure professionali) per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento ed in 901 minuti di assistenza settimanali per ospite (complessivi per tutte le figure professionali) per l'ottenimento dell'accreditamento della struttura. Inoltre vengono fissati nuovi parametri necessari sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento: assistenza infermieristica continuativa o in alternativa assistenza infermieristica per 12 ore giornaliere con la presenza della reperibilità medica collegata alla presenza in struttura della nuova figura professionale OSS (operatore socio sanitario), utilizzo di personale volontario purché in possesso dei requisiti professionali richiesti e iscritti ad una associazione di volontariato riconosciuta, assistenza medica generica per l'intera giornata, fornita anche tramite un servizio di reperibilità, presenza di ulteriore personale qualificato, quale lo psicologo, etc..

La DGR n. 1648 del 29 dicembre 2005, avente ad oggetto: "Disposizioni attuative delle leggi regionali 1 febbraio 2005 n. 1 e 8 febbraio 2005 n. 6 in ordine al trasferimento alle ASL delle funzioni di vigilanza e controllo in ambito socio sanitario e socio assistenziale" ha trasferito alle Aziende Sanitarie Locali a partire dal 1 gennaio 2006 le funzioni amministrative di controllo di cui agli artt. 23 e 25 del Libro Primo, Titolo II del c.c., nonché le funzioni di autorizzazione, sospensione e revoca dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture socio sanitarie.

Il DDG 20 gennaio 2006, n. 514: "Trasferimento delle funzioni alle ASL, ai Comuni e

alle Province in attuazione delle DDGRR nn. 1648 e 1692 del 29.12.2005" ha stabilito l'efficacia del trasferimento delle funzioni sopracitate dalla data del 1° gennaio 2006; in particolare viene riconosciuto:

- alle ASL l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta e sulle persone giuridiche operanti in ambito sociale, socio-sanitario e delle funzioni di autorizzazione, sospensione e revoca dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie
- ai Comuni l'esercizio delle funzioni di autorizzazione, sospensione e revoca e accreditamento delle strutture socio-assistenziali
- alle Province l'esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambiti diversi dal socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario.

Nel 2007, con l'emanazione della Legge Regionale n. 8 del 2 aprile "Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie", viene segnato un importante passaggio per l'ottenimento della autorizzazione al funzionamento: l'art. 4 prevede infatti che "...Nel territorio della Regione l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie e le unità d'offerta socio-sanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, devono presentare una denuncia di inizio attività all'ASL competente per territorio. Entro sessanta giorni dal ricevimento della denuncia, l'ASL provvede alle verifiche di competenza."

Nel 2008 la Legge Regionale n. 8/2007 viene integrata dalla Legge Regionale 12 marzo 2008 n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario"; tale normativa, infatti all'art. 15, comma 2 cita testualmente: "...L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività".

La D.I.A. (dichiarazione di inizio attività) è una dichiarazione di avvio di attività, corredata da atti probanti il pieno possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa e sostituisce la precedente autorizzazione al funzionamento. Essa comporta altresì una responsabilità diretta ed esclusiva del gestore. La presentazione della D.I.A. abilita il gestore a porre in esercizio l'attività, trascorsi trenta giorni dalla data di inoltro, tempo lasciato dal legislatore per la verifica da parte dell'ASL competente per territorio della sussistenza dei requisiti di funzionamento autocertificati dal gestore.

Tali contenuti vengono ripresi dalla DGR del 26 novembre 2008 n. 8496 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità d'offerta socio-sanitarie".

1.2 L'accreditamento

L'istituto dell'accreditamento è l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche o private acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale.

L'accreditamento è un atto successivo rispetto all'autorizzazione al funzionamento, infatti quest'ultimo atto autorizza i soggetti, che ne facciano richiesta, se dotati dei requisiti minimi, a svolgere la propria attività. L'atto dell'accreditamento fa rientrare questi soggetti tra i fornitori di servizi per il Sistema Sanitario Nazionale. L'individuazione degli standard per l'accreditamento è stato delegato alle Regioni (D.L.gs 502/1992). L'accreditamento istituzionale è riconosciuto per effetto di un provvedimento regionale amministrativo, a seguito di domanda e compatibilmente con la programmazione regionale.

Valutati i contenuti del decreto legge, la Regione Lombardia si è posta come obiettivo quello di predisporre un metodo per collegare la qualità del servizio nelle RSA lombarde alle reali condizioni dell'ospite. La situazione in origine, ovvero quella legata alla L.R. n. 1/86, al PSA '88/90 e al Progetto Obiettivo Anziani del '95, prevedeva per l'autorizzazione al funzionamento ed il convenzionamento esclusivamente dei requisiti di tipo strutturale intesi come requisiti dell'ambiente fisico. Si partiva quindi con il considerare e regolare in modo minuzioso gli spazi delle strutture. Inoltre si prevedevano dei requisiti organizzativi, ma limitatamente alla tipologia e numerosità del personale operante.

Il sistema in atto di accreditamento, il monitoraggio (ed il finanziamento) delle RSA era basato su di un solo indicatore strutturale: la dotazione organica misurata in minuti di presenza attesa rispetto al numero di posti letto NAP (Non Autosufficienti Parziali), NAT (Non Autosufficienti Totali) e Alzheimer. Questo sistema di classificazione degli ospiti delle RSA in tre categorie descriveva il tipo di posto-letto occupato e la quantità di assistenza teorica corrispondente. Descriveva quindi il contesto cercando di dargli un'organizzazione ma senza tenere conto del contenuto e cioè delle caratteristiche effettive delle persone che in queste strutture avrebbero dovuto vivere.

La DGR n. 7435 del 14 dicembre 2001 ha introdotto il passaggio dal convenzionamento all'accreditamento: ad un certo punto la Regione Lombardia ha ritenuto necessario, per poter continuare a remunerare le prestazioni, attivare un percorso di verifica della qualità del servizio erogato, così come peraltro veniva richiesto anche dalla normativa quadro nazionale.

La stessa è stata ispirata dai principi contenuti nel primo PSSR (Piano Socio Sanitario Regionale): libertà di scelta del cittadino, centralità della persona, valutazione dell'appropriatezza e della qualità dei servizi. Sono stati definiti requisiti tesi a dare alla qualità strutturale un po' di modernità, a quella procedurale meno procedure e più relazione ed è stata introdotta per la prima volta la valutazione della qualità legata all'esito. La Regione Lombardia con la DGR n. 7435/2001 ha individuato i requisiti per l'accreditamento delle RSA.

In sintesi i requisiti sono riconducibili alle seguenti aree:

- Gestione delle risorse umane e tecnologie
- Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'organizzazione
- Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza
- Sistema informativo
- Caratteristiche costruttive
- Area destinata alla residenzialità
- Area destinata alla valutazione e alle terapie
- Area di socializzazione
- Aree generali e di supporto.

Per ciascuna area sono definiti gli indicatori ed i tempi massimi da rispettare per l'adeguamento. Con la DGR del 7 Aprile 2003 n. 12618 sono stati introdotti ulteriori criteri necessari all'ottenimento dell'accreditamento:

- Flessibilità nella definizione dell'équipe professionale, con superamento del minutaggio legato alle figure professionali, e definizione di standard complessivo di assistenza
- Superamento della classificazione NAT e NAP ed introduzione a partire dal 1 maggio 2003 della classificazione S.OS.I.A. sulla base della quale gli utenti sono classificati in otto classi
- Introduzione premio qualità aggiunta legato alla progettazione assistenziale
- Definizione di accordi contrattuali (contratto)

I contenuti relativi all'accreditamento vengono ripresi dalla DGR del 26 novembre 2008 n. 8496 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità d'offerta socio-sanitarie". La stessa DGR ribadisce i principi enunciati con la precedente legislazione regionale, riconfermando che l'accreditamento implica un innalzamento dei livelli qualitativi del servizio rispetto all'autorizzazione al funzionamento o alla D.I.A. e l'assunzione di una serie di obblighi nei confronti del Servizio Socio Sanitario Regionale. Schematicamente i requisiti di accreditamento delle diverse unità d'offerta, aggiuntivi o migliorativi, rispetto a quelli richiesti per l'esercizio dell'attività/autorizzazione, riguardano i seguenti aspetti:

- Strutturali: dimensioni/articolazione degli spazi individuali e comuni
- Gestionali: standard assistenziali differenti specifici e coerenti con corretta applicazione del contratto collettivo al personale
- Tecnologici: impianti, arredi, attrezzature
- Organizzativi: carta dei servizi, customer satisfaction, PAI, fascicolo socio sanitario, linee guida, protocolli, attività progettuali, debito informativo, scheda struttura

L'accreditamento può essere revocato solo con delibera della Giunta Regionale, su proposta motivata dell'ASL, a causa della perdita, esperite inutilmente le procedure di ripristinabilità, di un requisito soggettivo od oggettivo, strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo o a causa di cessazione dell'attività.

1.3 Il contratto

Il contratto di accreditamento, introdotto dal D.Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, consente di porre a carico del Fondo Sanitario Regionale le prestazioni erogate dalle unità d'offerta socio-sanitarie, nei limiti previsti dalla normativa vigente. Il contratto è possibile solo se l'unità d'offerta è in possesso dei requisiti di esercizio (attestati con DIA o autorizzazione al funzionamento) e di quelli di accreditamento ed è stata accreditata con provvedimento della Giunta Regionale.

La prima normativa regionale ad introdurre l'obbligo del contratto è la DGR del 7 Aprile 2003 n. 12618. Vengono individuate due tipologie distinte di contratto tipo:

- di regole e non per volumi (R.S.A / R.S.D. – Hospice) nel quale vengono definiti: ammissione ospiti, sistema dei pagamenti, registrazione delle prestazioni, debito informativo, risoluzione del contratto
- per volumi (Riabilitazione – C.D.D. / C.D.I. e voucher socio sanitari)

Il contratto è stipulato tra il legale rappresentante del soggetto gestore ed il Direttore Generale dell'ASL e definisce i rapporti giuridici ed economici tra le parti.

La DGR del 26 novembre 2008 n. 8496 ha approvato un nuovo testo di contratto tipo a valere per tutte le unità d'offerta socio-sanitarie a cui i soggetti sottoscrittori dovranno attenersi; la modifica del testo base potrà essere effettuata solo con l'autorizzazione della Regione.

Gli elementi essenziali del contratto di accreditamento sono:

- l'oggetto, che si identifica con la messa a disposizione nei confronti dell'ASL di una determinata quantità, tipologia e qualità di prestazioni socio-sanitarie;
- la garanzia del mantenimento dei requisiti di accreditamento, dell'appropriatezza delle prestazioni, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni;
- l'identificazione degli obblighi discendenti dal pagamento delle prestazioni;

- l'identificazione del sistema tariffario, di rendicontazione e di pagamento delle prestazioni;
- l'identificazione della retta assistenziale, laddove è prevista la compartecipazione da parte dell'utenza;
- la durata del contratto, che può essere massima triennale e non può essere tacitamente rinnovato né avere valenza retroattiva;
- la previsione di adeguamento automatico in relazione alla variazione della normativa regionale;
- le cause di risoluzione del contratto, nonché di soluzione di eventuali controversie.

1.4 La vigilanza

1.4.1. La vigilanza routinaria

Contestualmente all'obbligo per gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali di poter esercitare la propria attività in presenza di autorizzazione al funzionamento, la L.R. n.1/86 prevede obbligo per le ASL di esercitare, su delega della Regione, funzioni amministrative regionali in materia di vigilanza. L'art. 54 della normativa cita testualmente: "...fatto salvo quanto disposto dal successivo art. 55, sono delegate agli E.R. le seguenti funzioni amministrative:

- a) la vigilanza sulle istituzioni pubbliche per l'assistenza di cui alla L. 17 luglio 1890 n. 6972;
- b) la vigilanza sulle strutture socio assistenziali soggette all'autorizzazione al funzionamento di cui al precedente art. 50;
- c) la vigilanza su tutte le istituzioni pubbliche e private per la protezione della maternità e infanzia di cui alla L. 23 dicembre 1975 n. 698;
- d) la vigilanza sulle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro di cui al precedente art. 8, anche ai fini della verifica delle condizioni di permanenza dei requisiti che hanno dato luogo all'iscrizione."

Tale funzione viene ribadita in tutte le normative successive: dal PSA, alla DGR n. 7435/2001, alla DGR n. 12618/2003, in tutte le delibere di accreditamento o di conferma di accreditamento di nuovi servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Per ultima, ma non per importanza, va citata la DGR n. 8496/2008. La stessa ribadisce che l'attività di vigilanza esercitata dalle ASL è finalizzata a tutelare i cittadini fruitori delle unità d'offerta, soprattutto quelli in condizioni di maggior fragilità, a tutelare l'uso appropriato delle risorse del sistema ed a tutelare la corretta competizione tra gli erogatori. La funzione di vigilanza viene esercitata sulle unità d'offerta e sulle prestazioni erogate al cittadino nei sistemi sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.

L'attività di vigilanza viene programmata annualmente ed è estesa a tutte le unità d'offerta.

La vigilanza viene effettuata:

- Sugli aspetti amministrativi (completezza della domanda, adeguatezza della documentazione, requisiti soggettivi del legale rappresentante, godimento immobile, esistenza procedure fallimentari...)
- Sugli aspetti tecnici (verifica presenza e permanenza dei requisiti di autorizzazione, accreditamento – standard strutturali, gestionali, tecnologici, organizzativi...)
- Sugli aspetti organizzativi (carta dei servizi, contratto d'ingresso, piano di assistenza individualizzato e fascicolo socio-sanitario, linee guida e protocolli, debito informativo, customer satisfaction, scheda struttura.

1.4.2. I controlli di appropriatezza

Con la Circolare n. 22 del 22.06.2004 la Regione Lombardia ha introdotto una nuova forma di vigilanza: il controllo di appropriatezza sulle prestazioni rese dai servizi socio sanitari accreditati: residenze sanitarie assistenziali (RSA), residenze sanitarie disabili (RSD) e Consultori Familiari.

La stessa Circolare prevede che la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni deve essere fatta sul 10% delle cartelle dei nuovi utenti presi in carico nell'anno che abbiano usufruito di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (per i consultori familiari), la coerenza della classificazione SIDI o S.OS.I.A. con i contenuti del fascicolo sociosanitario e del programma individualizzato per le RSA e per le RSD sul 10% dei nuovi ospiti che hanno effettuato l'ingresso nelle strutture nell'arco dell'anno. La DGR n. 8496/2008 ha esteso i controlli di appropriatezza su tutte le unità d'offerta sociosanitarie accreditate: RSA, RSD, CDD, CSS, Consultori familiari pubblici e privati, Sert, Servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, IDR, Hospice, CDI e voucher sociosanitari.

In modo specifico il controllo di appropriatezza si riferisce all'utenza, alle prestazioni, al processo operativo, al funzionamento organizzativo.

GLI OBIETTIVI QUINDI SONO

LA VERIFICA DEL LIVELLO
DI ADEGUATEZZA
E DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI
EROGATE

RISPOSTE APPROPRIATE
ALLE DOMANDE
DI ASSISTENZA ESPRESSE

La DGR prevede che i controlli di appropriatezza potranno avere una percentuale superiore od inferiore dei fascicoli – cartelle da sottoporre a controllo qualora si individuino indicatori di rischio.

I controlli di appropriatezza saranno tesi a verificare:

- RSA, RSD, CSS, CDD: che i livelli di fragilità dei parametri descritti in S.OS.I.A. o in SIDI siano sostenuti in modo congruente nella documentazione raccolta nel fascicolo socio-sanitario e nel PAI
- HOSPICE e CDI: fino a quando non sarà obbligatoria la compilazione di S.OS.I.A. e/o SIDI, il fascicolo socio sanitario e i relativi piani individuali di trattamento
- IDR: la cartella clinica e i relativi progetti/programmi individuali riabilitativi
- Consultori Familiari: la congruità tra le prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria riportate in cartella e quelle registrate nel flusso 13 FAM
- SERD: la congruità tra le prestazioni riportate in cartella ed il flusso dipendenze
- Servizi residenziali e semiresidenziali dipendenze: tipologia di servizio indicata dai SERD e quella dove è inserito il cittadino, fascicolo socio sanitario, PAI.

LEGENDA

RSD: Residenza Sanitaria Disabili

CSS: Comunità Socio Sanitaria

CDD: Centro Diurno Disabili

CDI: Centro Diurno Integrato

IDR: Istituto di Riabilitazione

SERD: Servizio Dipendenze

SIDI: Scheda Individuale Disabile

2. Il fascicolo sociosanitario secondo la normativa

La DGR n. 7435/2001 per la prima volta inserisce tra gli standard necessari all'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento la presenza per ogni ospite del fascicolo sociosanitario e sociale che "...deve essere compilato all'ingresso e aggiornato almeno ogni due mesi e comunque ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo della condizione bio-psico-sociale dell'ospite o eventi la cui registrazione sia utile o necessaria alla corretta compilazione della Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (S.OS.I.A.). Inoltre la stessa normativa inserisce tra gli standard la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato, che contenga il piano terapeutico, assistenziale, riabilitativo e le attività animative ed occupazionali proposte e che siano effettuate semestralmente ed ogni volta che vi sia un cambiamento significativo delle condizioni dell'ospite valutazioni funzionali delle capacità di ogni persona accolta. I concetti espressi vengono ripresi dalla DGR n. 8496/2008, che definisce *il fascicolo sociosanitario come un "raccolgitore" che deve contenere tutta la documentazione relativa all'ospite.*

Il fascicolo sociosanitario deve essere compilato all'ingresso, sia per i posti letto accreditati e contrattualizzati, sia per i posti di sollievo, sia per i posti letto solo autorizzati, deve essere aggiornato secondo i tempi già stabiliti dalla DGR n. 7435/2001, conservato nell'archivio di ogni RSA per un periodo non inferiore a cinque anni dalla data di dimissione dell'ospite stesso, avvenuta a qualunque titolo e successivamente trasferito in un archivio storico rispettando le norme di cui alla Legge delega n. 127/2001 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

2.1 Il diario clinico

Il diario clinico è contenuto nel fascicolo sociosanitario. Nello stesso sono documentati gli eventi riguardanti l'evoluzione dello stato di salute dell'ospite e registrati i trattamenti diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi effettuati. Vanno scrupolosa-

mente registrate tutte le variazioni delle condizioni di salute dell'ospite e le eventuali modifiche, motivate, al piano di cura.

Ogni registrazione effettuata sul diario deve essere corredata di data, ora e firma dell'operatore che ha effettuato la prestazione ed il redattore deve essere sempre identificabile.

Gli operatori che hanno titolo a redigere il diario clinico sono:

- I medici
- Gli infermieri
- I tecnici di riabilitazione

ovvero i professionisti che assumono decisioni incidenti sull'ospite e che attuano prestazioni specifiche a favore dello stesso. È possibile che le altre figure professionali, quali l'ASA, l'OSS, l'educatore professionale ed altre figure specifiche, quali lo psicologo, l'assistente sociale, etc.. possano effettuare, con le stesse modalità, registrazioni sul diario clinico (data, ora, firma, ...), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente, a condizione che esistano regolamenti interni ad ogni singola struttura che attribuisce loro tale competenza.

2.2 Le scale di valutazione

Tra i requisiti di gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, necessari per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento, la DGR n. 7435/2001 ha previsto che per ogni ospite debba essere effettuata la valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari, cognitivi e sociali. Tale valutazione deve essere effettuata utilizzando scale di valutazione funzionali all'ingresso, semestralmente ed ogni volta che si modificano i livelli di dipendenza dell'ospite. Ogni valutazione funzionale deve essere datata e firmata dall'operatore che l'ha eseguita.

La normativa tuttora vigente non ha imposto scale di valutazione rigide, ma nel rispetto dell'autonomia delle singole unità d'offerta e dei singoli professionisti, ha lasciato ampia discrezionalità sugli strumenti da utilizzare.

I contenuti della DGR n. 7435/2001 sono stati ripresi anche dalla DGR n. 8496/2008, che ha mantenuto l'autonomia delle singole strutture nella scelta delle scale di valutazione da utilizzare, ma ha imposto l'obbligo, rendendolo parte integrante del contratto, di "... fornire all'assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno...".

2.3 Il progetto assistenziale individualizzato

Sempre tra i requisiti di gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, necessari per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento, la DGR n. 7435/2001 ha inserito la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) cor-

rispondente ai bisogni, problemi e propensioni degli ospiti, comprensivo del piano terapeutico, assistenziale, riabilitativo e delle attività animative ed occupazionali. La normativa non ha fissato tempi rigidi per la stesura, verifica e riformulazione dei PAI, proprio perché, essendo individuali, debbono essere collegati ai singoli bisogni e alle singole capacità, diverse da ospite a ospite. Resta comunque sottinteso che ogni PAI deve contenere dei tempi fissati per il raggiungimento degli obiettivi e che va riformulato ogni qualvolta vengano a modificare le condizioni di fragilità del singolo ospite. La DGR n. 8496/2008 ha ribadito tra gli obblighi delle unità d'offerta la stesura del PAI. per ogni ospite, accentuandone l'importanza. La stessa normativa cita testualmente: "...un primo PAI, anche se provvisorio e recante almeno una registrazione della fase di accoglienza in struttura, deve essere adottato entro una settimana dall'ingresso dell'ospite... Il PAI deve essere predisposto dall'équipe con la partecipazione o, comunque, la condivisione della persona e/o della sua famiglia...". La stesura del PAI ed il coinvolgimento nella formulazione del progetto di assistenza dell'assistito e/o della sua famiglia sono divenuti impegni inseriti nel contratto, tra gli obblighi per l'ente gestore dell'unità d'offerta.

2.4 Il contratto d'ingresso

Il contratto d'ingresso viene introdotto dalla L.R. n. 3/2008 art. 7 (le persone che accedono alle unità d'offerta sociali e socio sanitarie hanno diritto a essere informate sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse... ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano...) e ripreso dalla DGR n. 8496/2008, per dare certezza ai rapporti che intercorrono tra le parti.

I principali contenuti del contratto d'ingresso sono:

1. Individuazione dei soggetti abilitati a firmarlo
2. Le prestazioni a carico dell'ente gestore, il rispetto dei protocolli assunti, il rendere nota la carta dei servizi, la tenuta di tutta la documentazione sanitaria e socio-sanitaria resa obbligo dalla normativa vigente
3. Le prestazioni a carico dell'utente
4. Il rilascio della certificazione delle rette ai fini fiscali
5. Le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto, nonché di dimissioni
6. Clausole in materia di rispetto della privacy e di contenzioso

Il contratto d'ingresso è inserito tra gli obblighi nel contratto stipulato tra l'Ente gestore e l'ASL.

2.5 S.OS.I.A.

La scheda S.OS.I.A. è una rappresentazione sintetica e fedele del fascicolo sanitario e sociale di ogni ospite della Residenza Sanitaria Assistenziale.

È stata introdotta dalla DGR n. 7435/2001, che ha previsto tra i requisiti di gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, necessari per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento la raccolta e trasmissione delle Schede di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (S.OS.I.A.) relative ad ogni ospite. La DGR ha infatti introdotto il debito informativo: S.OS.I.A., scheda struttura e le liste d'attesa per risolvere le criticità già evidenziate dal P.S.S.R., per conoscere le realtà degli ospiti delle RSA, per rendere sistematica la raccolta ed il flusso delle informazioni, per poter fare confronti, interni ed esterni, per capire cosa si può fare di diverso e perché ci sono le differenze tra le stesse unità d'offerta. L'attivazione del sistema S.OS.I.A. è iniziata con la DGR n. 12618/2003, che prevedeva per gli ospiti già inseriti in struttura al 30 aprile 2003 la vecchia classificazione come ospite NAP (non autosufficiente parziale), NAT (non autosufficiente totale) o Alzheimer e per gli ingressi avvenuti dal 1 maggio 2003 il nuovo sistema di classificazione S.OS.I.A..

La DGR n. 3059 del 1.08.2006 ha decretato la "scomparsa ospiti NAP", in quanto dal 1 settembre 2006 vi è stato il superamento della categoria NAP e con il passaggio ad una classificazione adeguata, a quella prevista per le 8 classi S.OS.I.A..

Analoga situazione è avvenuta per gli ospiti ancora presenti nelle RSA classificati come ospiti NAT: la DGR n. 6677 del 27.02.2008: "scomparsa ospiti NAT" a partire dal 1 gennaio 2008: da tale data, infatti tutti gli ospiti inseriti in RSA sono stati classificati in S.OS.I.A. e remunerati a seconda del livello di gravità attribuito.

La nuova classificazione è basata su indicatori di fragilità degli ospiti delle RSA lombarde in otto fasce omogenee per condizione motoria, cognitiva e clinica (classi di isofragilità); compete al medico responsabile della struttura (direttore sanitario) o al medico responsabile del nucleo, individuato dal Legale rappresentante, che la sottoscrive. In un anno vengono fatte (ad oggi) almeno quattro rilevazioni del grado di fragilità degli ospiti inseriti; inoltre all'interno della stessa rilevazione, qualora modifichi il grado di fragilità dell'ospite, deve essere modificata S.OS.I.A. e quindi effettuata una nuova rilevazione.

Si può tranquillamente affermare che S.OS.I.A. è:

I Fase: Fotografia dell'ospite al momento della accettazione e individuazione della classe di appartenenza

II Fase: Valutazione del carico assistenziale per ogni classe

Gli Indicatori di fragilità inclusi in S.OS.I.A. sono:

1. Mobilità
2. Cognitività
3. Severità delle patologie
4. Profili di gravità
5. Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso

Il nuovo meccanismo di classificazione degli utenti prevede l'attribuzione di un grado di fragilità degli ospiti rispetto alle seguenti categorie, sulla base di specifici items:

- Mobilità, valuta l'autonomia nell'utilizzo degli arti (cammino, gestualità, ecc.);
- Cognitività e comportamento, valuta il livello di coscienza e di orientamento mentale;
- Comorbilità, valuta lo stato di salute e le patologie complessive.

Attraverso un algoritmo di calcolo (in cui ad ogni punteggio dei singoli items, viene assegnato un peso e moltiplicato per un coefficiente di conversione) vengono sommati e trasformati i valori emersi nell'indicazione del grado di fragilità dell'ospite, in riferimento a ciascuna categoria (mobilità, cognitività e comportamento, comorbilità). La combinazione del livello di fragilità dell'ospite rispetto a ciascuna categoria, determina l'attribuzione a ciascun ospite di una classe.

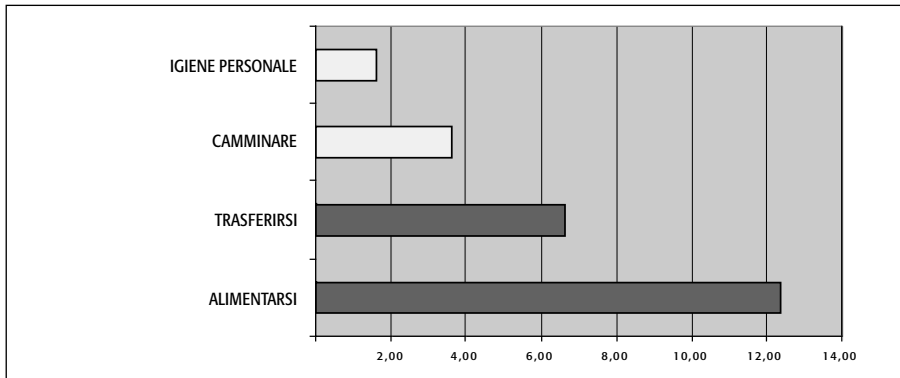
Ogni classe (otto in tutto) esprime la complessità clinica dell'anziano, misurata rispetto all'autonomia dei movimenti, al comportamento e al livello di coscienza, allo stato di salute e alla presenza di patologie.

Le classi risultano essere:

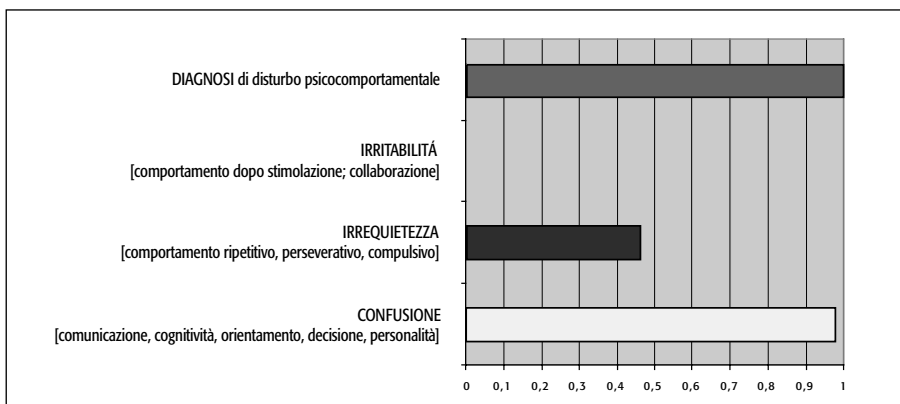
CLASSE	Mobilità		Cognitività e comportamento		Comorbilità	
	M	S	C	S	M	S
1	M1	GRAVE	C1	GRAVE	S1	GRAVE
2	M1	GRAVE	C1	GRAVE	S2	MODERATA
3	M1	GRAVE	C2	MODERATA	S1	GRAVE
4	M1	GRAVE	C2	MODERATA	S2	MODERATA
5	M2	MODERATA	C1	GRAVE	S1	GRAVE
6	M2	MODERATA	C1	GRAVE	S2	MODERATA
7	M2	MODERATA	C2	MODERATA	S1	GRAVE
8	M2	MODERATA	C2	MODERATA	S2	MODERATA

All'interno di ogni indicatore (mobilità – cognitività – severità) esistono una struttura e pesi diversi che vanno a determinare la gravità o meno per ognuno di essi.

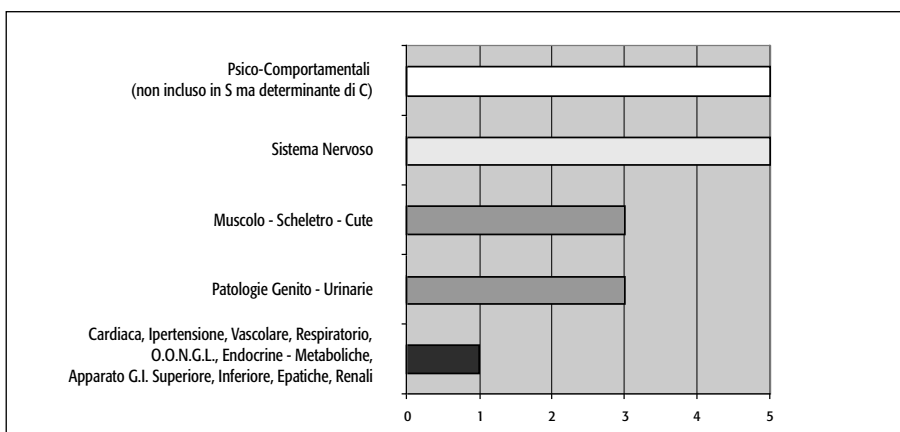
Indicatore M mobilità (struttura e pesi)



Indicatore C cognitivà (struttura e pesi)



Indicatore S severità (struttura e pesi)



3. La gestione del fascicolo sanitario e sociale: costruire un progetto personalizzato per l'anziano

3.1 Contenuto del fascicolo, compilazione e competenze

In questo breve capitolo sono proposte alcune indispensabili indicazioni circa la corretta compilazione del fascicolo sanitario e sociale.

Non si dispone di normative regionali che regolano la compilazione del fascicolo (fatta eccezione per la DGR n. 7/7435 del 14.12.2001, la DGR n. 7/12618 del 7.04.2003 e la DGR n. 8/8496 del 26.11.2008), pertanto, il riferimento principale è il "Manuale della cartella clinica" pubblicato dalla Direzione Generale Sanità, Unità organizzativa qualità e integrazione dei servizi sanitari della Regione Lombardia (edizione 2001 successivamente rivista nel 2007).

Ulteriori indicazioni circa la compilazione del Fascicolo Sanitario e Sociale sono contenute nelle normative che regolano il funzionamento delle RSA. In particolare, la DGR n. 7/7435 del 14.12.2001 al punto 3 "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza" sottolinea:

1. l'obbligatorietà della "presenza di un fascicolo sanitario e sociale per ogni ospite, compilato all'ingresso e aggiornato almeno ogni 2 mesi, e comunque ogni qual volta vi sia un cambiamento significativo della condizione biopsicosociale dell'ospite, o eventi la cui registrazione sia utile o necessaria alla corretta compilazione della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza (S.OS.I.A.) in cui siano esplicitate anamnesi medica, infermieristica e funzionale, esame obiettivo di organi e apparati"
2. l'attenzione alla valutazione e alla registrazione dei fatti importanti "... in cui sia compilata una scala di valutazione funzionale dell'ospite all'ingresso, semestralmente, ed ogni volta che vi sia un cambiamento dei livelli di dipendenza"; "...in cui siano rilevate eventuali cadute o incidenti, il posizionamento dei vari tipi di catetere o mezzi di contenimento, la presenza di lesioni da decubito e la loro eventuale risoluzione"

3. l'attenzione all'archiviazione "...che venga conservato insieme con la scheda S.OS.I.A. ed il piano di assistenza"
4. la necessità della stesura di un piano terapeutico, assistenziale

Pur non corrispondendo in modo preciso la cartella clinica e il fascicolo sanitario e sociale cercheremo di trovare i punti di incontro fondamentali per una precisa registrazione delle informazioni.

Come riportato dal manuale, la cartella clinica è un bene culturale sottratto alla libera disponibilità connessa al diritto di proprietà.

Tra le varie definizioni presenti nel Manuale della Cartella Clinica si ricorda quella di Monza et al. del 2005: "un insieme di documenti in cui è registrato da medici e infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali e giuridiche) su un paziente per rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico o terapeutico, anche in tempi successivi, per predisporre interventi sanitari, poterne fruire per indagini di natura scientifica, statistica, medico legale e per l'insegnamento".

I requisiti fondamentali della cartella clinica sono:

1. *tracciabilità e rintracciabilità*: la prima consiste nel tener traccia dei dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate e fatti riscontrati, mentre per rintracciabilità si intende la possibilità di conoscere quanto accaduto, anche a distanza di tempo, ricostruendo le attività svolte e risalendo agli esecutori. Le informazioni vanno datate (indicando preferibilmente ora e minuti), scritte con mezzi di registrazione indelebile e deve essere possibile l'identificazione degli autori tramite la loro denominazione, firma o sigla. Qualora si commettano errori di scrittura si deve tracciare una riga sulla scritta errata, in modo che essa risulti leggibile e procedere con la scritta corretta (è vietato l'utilizzo di gomme o correttori): alla base di tale indicazione sta il principio secondo il quale la cartella acquisisce il carattere di definitività ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento in cui viene completata;
2. *chiarezza*: la chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione. Il testo deve essere facilmente leggibile dagli operatori che utilizzano la cartella senza ingenerare incertezze e non deve dare adito a diverse interpretazioni;
3. *accuratezza e appropriatezza*: le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente e ogni struttura dovrebbe definire delle procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni;
4. *veridicità e attualità*: i dati devono riguardare elementi oggettivi e devono essere riportati secondo verità. I dati devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito (è necessario quindi segnare la data, l'ora e i minuti);

5. *pertinenza*: le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative e devono essere pertinenti, complete e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolte o successivamente trattate;
6. *completezza*: la cartella clinica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri. Ogni struttura dovrebbe adottare procedure per controllare la completezza della cartella sia durante il ricovero che alla dimissione. In cartella clinica va allegato un elenco di tutti i moduli ed allegati presenti.

Sulla cartella clinica possono scrivere tutti i professionisti sanitari, che nel rispetto delle competenze loro proprie, sono chiamati ad assumere decisioni riguardanti la cura e l'assistenza o attuare prestazioni a favore dell'assistito e le figure di supporto (assistenti sociali, personale amministrativo, operatori) compatibilmente con le attribuzioni loro conferite.

La cartella clinica, poichè contiene dati sensibili, deve essere consultata (per consultazione si intende la presa di coscienza di elementi di contenuto della cartella al fine di tutelare la salute dell'assistito, di formarsi, di dirigere verifiche interne o esterne), nel rigoroso rispetto del principio di indispensabilità.

Anche la custodia merita attenzione particolare: infatti la cartella clinica quale bene culturale sottratto alla libera disponibilità, è rimessa alla struttura sanitaria presso la quale il ricovero è avvenuto, che ha l'onere di conservarla per un tempo illimitato. Ogni cartella dovrebbe essere costituita da una parte generale comune e parti specifiche funzionali ai vari ambiti di intervento.

Su ogni frontespizio di ciascuna parte che costituisce la cartella clinica dovrebbe essere apposto il logo della struttura sanitaria e su ogni facciata si dovrebbe predisporre la numerazione riproponendo il codice identificativo della cartella e i dati di identificazione del paziente e del titolo del documento.

Pur essendo possibile il formato digitale (come per altri atti pubblici) la maggior parte degli Enti utilizza ancora la forma cartacea.

Le molte similitudini fra l'approccio multidimensionale ai problemi dell'anziano sviluppato dalla geriatria e l'approccio olistico proprio dell'assistenza infermieristica e l'utilizzo di comuni strumenti di valutazione hanno permesso in molte realtà operative, in particolare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, l'adozione di uno strumento unico che sostituisce la cartella clinica e la cartella infermieristica e dove sono raccolte tutte le annotazioni dell'équipe curante, descritti gli obiettivi, pianificata l'assistenza e la terapia e documentati i risultati e le verifiche. L'adozione di questi strumenti ha aumentato la collaborazione fra i componenti dell'équipe, ulteriormente migliorato la comunicazione e aumentata la conoscenza dei problemi e delle potenzialità dell'anziano da parte di tutti i curanti con una maggiore efficienza sui risultati.

In particolare l'approccio integrato si rivela quanto mai utile e indispensabile per la definizione del Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI) previsto anche dalla normativa nazionale come uno dei requisiti minimi organizzativi delle RSA (DPR 14 genna-

io 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private").

3.2 Il Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI) è l'elaborazione di un progetto costruito intorno ai bisogni della persona, considerata nella sua globalità e si basa su un approccio assistenziale di tipo olistico.

Il PAI è uno strumento base all'interno del nucleo di RSA perché favorisce il passaggio da un'organizzazione del lavoro che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni (per compiti) a un'organizzazione in cui tutti coloro che operano nel nucleo vengono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi. È uno strumento di comunicazione organizzata fra tutti i membri dell'équipe assistenziale necessario all'attuazione di un'assistenza globale e individualizzata. Attraverso una raccolta dati, vengono identificati i bisogni/problemi dell'ospite, ed erogate prestazioni assistenziali – sanitarie rispondenti alle esigenze del singolo. Gli obiettivi del PAI sono:

- focalizzare l'attenzione sull'ospite;
- progettare la successione e le modalità degli interventi in modo razionale;
- definire le funzioni e i tempi di azione di ogni membro dell'équipe;
- tenere in considerazione problemi prioritari attuali e potenziali;
- sviluppare un piano di cure che possa essere seguito da tutti;
- assicurare continuità, coerenza e completezza delle prestazioni assistenziali/sanitarie.

Il PAI consente di dare non solo una personale risposta ai bisogni delle persone, ma di "prendersi cura" dell'altro in modo empatico.

Concretamente il PAI è la formalizzazione del processo di Nursing, cioè un approccio ponderato, orientato all'identificazione e soluzione del problema per soddisfare i bisogni di assistenza del paziente.

È composto di una serie di fasi pianificate, di azioni dirette ad individuare e risolvere i problemi assistenziali dell'anziano insieme alla sua famiglia e si articola in 5 fasi:

1. raccolta dati;
2. identificazione del problema;
3. formulazione di obiettivi;
4. pianificazione ed attuazione degli interventi;
5. valutazione finale.

3.2.1. Raccolta dei dati

Qualsiasi attività assistenziale, curativa o preventiva, non può prescindere che da una sistematica raccolta di informazioni e dal confronto di queste con standard e/o valori soglia.

La raccolta dei dati comporta la valutazione sistematica dello stato di salute funzionale, cognitivo e affettivo dell'ospite, l'analisi dei dati raccolti per stabilire le sue necessità effettive o potenziali e l'uso dei dati per identificare i problemi assistenziali/sanitari, cioè stabilire quali bisogni l'individuo non è più in grado di soddisfare autonomamente e individuare le priorità. La Raccolta Dati non conosce momenti di apertura e chiusura perché viene svolta in continuazione, richiede capacità di osservazione, ragionamento impostato su basi scientifiche, capacità di cogliere gli aspetti meno evidenti, tralasciando le informazioni inutili che porterebbero fuori strada o che non hanno rilevanza ai fini assistenziali.

I dati da raccogliere sono:

- dati anagrafici: cognome, nome, stato civile, età e residenza
- dati relativi al grado di autonomia nel soddisfare i bisogni di base: alimentazione, igiene, eliminazione, movimento, stato cutaneo, vestirsi e svestirsi
- dati relativi alla storia della salute dell'ospite: malattie pregresse, allergie, positività a malattie infettive
- dati relativi alla sfera sociale (abitudini di vita, hobbies)
- dati relativi agli aspetti cognitivi e affettivi

Le fonti dei dati sono:

- il paziente stesso (ove è possibile)
- la famiglia o altri caregiver
- gli operatori delle cure
- assistenti sociali
- documentazione clinica e infermieristica

Gli strumenti che possono essere utilizzati per un'efficace raccolta dati sono il colloquio, l'intervista, l'osservazione, gli strumenti di valutazione e la consultazione della documentazione clinica.

Il colloquio/intervista è utile per raccogliere informazioni sullo stato generale del paziente e permette, inoltre, di entrare in relazione con l'ospite instaurando un rapporto di fiducia, di fornire informazioni e di osservare gli atteggiamenti dell'ospite. Esistono due tipi di intervista che possono essere scelti a seconda della finalità del colloquio:

1. l'intervista direttiva: condotta da una guida con una serie di schede con domande utili per raccogliere informazioni precise. Queste schede sono progettate per guidare il colloquio, ma vanno adattate alle risposte, ai problemi e alle necessità individuali dell'ospite;

2. l'intervista non direttiva: si basa su un dialogo in cui l'ospite ha un ruolo attivo e la possibilità di esprimere pareri e sentimenti.

Per condurre un colloquio/intervista efficaci bisogna preparare non solo le domande, ma anche l'ambiente, che deve essere tranquillo e adatto a favorire familiarità e attenzione. Deve essere predisposta una stanza apposita lontana dalle fonti di disturbo.

La conduzione dell'intervista richiede la capacità di:

- ascoltare e porre domande
- osservare e interpretare
- operare una sintesi
- inserire in un PAI le informazioni ottenute

Un altro importante strumento è l'**osservazione**, che deve essere continua e finalizzata ad individuare eventuali problemi assistenziali.

Osservare significa "esaminare al fine di ottenere una visione completa e dettagliata" (Devoto-Oli).

I dati che vengono raccolti con l'osservazione possono riferirsi a:

- aspetto generale (igiene personale, modo di vestirsi, stato nutrizionale);
- sistema cardio-circolatorio (cianosi, presenza di edemi);
- apparato gastro-enterico (masticazione, deglutizione, presenza di protesi, incontinenza);
- sistema tegumentario (presenza di alterazioni, lesioni da trattamento, da decubito, colorito);
- vista, udito (presenza di protesi);
- stato di coscienza (orientamento temporale/spaziale);
- attività motoria (postura, deambulazione, mobilizzazione);
- linguaggio verbale e non verbale (mimica facciale, es. ansia, dolore).

Per la valutazione dello stato funzionale (dove per funzione intendiamo la capacità di portare a termine compiti e/o la funzione sociale) dell'anziano possono essere utilizzate gli strumenti della **valutazione multidimensionale** che permettono di misurare le abilità del soggetto e di dare un quadro il più oggettivo possibile delle prestazioni. Si ricorda l'importanza della documentazione clinica, medica, infermieristica, fisioterapica e animativa/educativa che porta all'attenzione aspetti pregressi che possono essere rilevanti per la pianificazione delle cure.

Un'analisi continua e dinamica dei dati e la costante valutazione dei dati raccolti sono fondamentali se si vuole essere sempre consapevoli dei bisogni del paziente e dell'efficacia dell'assistenza a lui erogata.

Terminata la raccolta dati l'ospite e/o la famiglia sono, quando è possibile, informati sul modo in cui i dati saranno utilizzati, sulle conclusioni che verranno tratte e sul fatto che l'ospite e la sua famiglia saranno coinvolti nell'elaborazione del suo piano di assistenza.

3.2.2. Definizione degli obiettivi

Compito dell'équipe è di organizzare, analizzare e sintetizzare i dati raccolti, identificare i problemi emersi e stabilire quale sia la necessità di assistenza.

Per **problema** si intende qualsiasi situazione riguardante il paziente che metta in pericolo la sua salute e la sua autonomia richiedendo considerazione e interesse da qualsiasi membro dell'équipe assistenziale.

I problemi reali sono quelli già presenti, i problemi potenziali non sono ancora presenti, ma sono a rischio di insorgenza, e devono quindi essere pianificati interventi di prevenzione. È molto importante, quando è possibile, enunciare le cause o i fattori di rischio; infatti, più sono chiare le cause o i fattori di rischio, più sono chiari gli obiettivi.

Identificati i problemi vengono assegnate le **priorità di intervento**. La priorità viene stabilita dall'équipe assieme all'ospite e alla famiglia, prestando attenzione all'urgenza dei problemi: quelli critici hanno la più alta priorità (se consideriamo la scala dei bisogni di Maslow quelli prioritari si riferiscono al soddisfacimento dei bisogni fisiologici).

Fissate le priorità si passa alla **formulazione degli obiettivi**. Possiamo definire obiettivo assistenziale un risultato a cui deve pervenire l'ospite attraverso le cure e gli interventi assistenziali.

Gli obiettivi devono essere espressi in termini misurabili e osservabili esplicitando gli indicatori di verifica, in questo modo se ne può valutare il raggiungimento (es. l'ospite deve ottenere un calo di peso corporeo di 5 kg entro un mese).

Gli obiettivi devono essere realistici, cioè raggiungibili dall'ospite. Gli obiettivi servono per guidare gli interventi al fine di ottenere i cambiamenti sperati e per misurare l'efficacia degli interventi prestati.

Altro elemento da prendere in considerazione per la stesura del piano è il tempo necessario stimato; partendo da questa variabile possiamo distinguere gli obiettivi identificati in: a breve termine, a medio o a lungo termine.

Gli obiettivi a breve termine sono quelli che possono essere conseguiti in un breve periodo di tempo, gli obiettivi a medio e a lungo termine richiedono tempi di realizzazione più lunghi e di solito riguardano la prevenzione di complicazioni, il recupero dell'autonomia. Fissare i tempi di attuazione richiede un'attenta valutazione delle seguenti variabili:

- potenzialità del paziente
- gravità della patologia

- organizzazione del lavoro
- risorse presenti
- eventi improvvisi

È fondamentale che le scadenze siano realistiche per rispettare il piano di assistenza e per motivare le persone al raggiungimento degli obiettivi.

In questa fase diventa necessario e indispensabile misurarsi con le risorse a disposizione:

- risorse umane, cioè il numero di personale presente
- preparazione, aggiornamento, consapevolezza riguardo ad alcune tecniche
- risorse materiali, cioè il tipo di struttura, i presidi a disposizione, la funzionalità degli stessi
- potenzialità residue dell'ospite
- presenza della famiglia, la disponibilità della stessa affinché gli obiettivi formulati siano effettivamente realistici

3.2.3. Pianificazione degli interventi

La pianificazione degli interventi è la fase in cui vengono programmati interventi adeguati, tenendo conto delle priorità e delle risorse, alla quale segue l'attuazione degli interventi pianificati. Possiamo definire **interventi assistenziali** quelle azioni che gli operatori attuano per aiutare l'ospite ad affrontare i suoi problemi e a raggiungere i risultati stabiliti. Si possono considerare non solo interventi puramente tecnici, ma anche attività di informazione, educazione e prevenzione. Nella scelta degli interventi occorre tenere conto di più variabili, quali le conoscenze professionali dei membri dell'équipe, il criterio maggiore efficacia/minor rischio, le risorse disponibili per evitare che il piano di assistenza rimanga sulla carta e, non ultimo, i desideri dell'ospite.

Una delle risorse fondamentali sono gli operatori del nucleo. Al momento dell'attuazione degli interventi è necessario che ciascun membro dell'équipe abbia ben chiaro il suo ruolo e la sua funzione e disponga di un'adeguata formazione. Momenti di formazione interni al nucleo potrebbero essere riunioni di reparto, l'affiancamento iniziale e, ogni qual volta lo si reputi necessario, incontri allargati a specialisti esterni al nucleo.

Gli interventi devono rimanere fedeli alle indicazioni, a meno che non sopraggiungano fatti nuovi, oppure non siano corretti in termini di efficacia. Ogni intervento deve essere completato di data, ora e firma di chi lo esegue. Gli interventi devono essere scritti in modo conciso e sistematico che ne faciliti la comprensione da parte di tutto il personale. In base al grado di responsabilità decisionale si possono considerare gli interventi assistenziali azioni a più dimensioni: dipendenti, interdipendenti e autonome.

Per uniformare le modalità di intervento sono utili i **protocolli**, cioè documenti scritti basati sulle evidenze scientifiche che richiamano ad operare in modo uniforme. I protocolli contengono le **procedure** che descrivono le tecniche che devono essere impiegate e/o gli aspetti da osservare in certe situazioni assistenziali. Sono utili in quanto consentono di adeguare i comportamenti alle conoscenze più aggiornate in materia, perché riducono la variabilità dei comportamenti, sono una garanzia per l'ospite in caso di turn over e danno indicazioni su particolari punti critici.

Il PAI, una volta elaborato, viene messo in un luogo accessibile a tutti gli operatori, come ad esempio nel fascicolo sanitario e sociale dell'ospite.

La fase applicativa del PAI si conclude dopo che gli interventi assistenziali sono stati completati e le risposte dell'ospite sono state registrate. Le registrazioni devono essere concise, precise ed espresse in modo oggettivo. Solo disponendo di un'accurata registrazione è possibile effettuare la valutazione.

3.2.4. Valutazione dei risultati

La valutazione è la componente finale del PAI; essa mira a stabilire la risposta dell'ospite agli interventi e la misura in cui gli obiettivi sono stati raggiunti. La valutazione consente di verificare il livello di raggiungimento dell'obiettivo che, qualora non venga raggiunto, se ne dovranno indagare le cause.

La valutazione comprende i seguenti punti:

- verifica funzionale
- valutazione finale

La verifica funzionale è orientata agli interventi, permette di valutare il processo man mano che si realizza, è utile per:

- valutare se gli interventi sono stati applicati
- valutare la qualità degli interventi in termini di efficacia
- valutare le risorse utilizzate
- valutare il carico di lavoro necessario alla risoluzione dei problemi

La valutazione finale è l'ultima tappa: vengono stimati i progressi dell'ospite, comparate le reazioni/risultato con i criteri definiti negli obiettivi, e identificati i motivi di un eventuale fallimento. Si provvederà allora alla correzione o alla ridefinizione degli obiettivi, degli strumenti e delle tecniche o delle risorse da attivare.

È necessario che ci sia sempre un continuo ed accurato esame dell'assistenza erogata; in tal modo vengono effettuate variazioni, i piani vengono cambiati e si avvia una linea d'azione che sarà di massimo aiuto all'ospite.

La valutazione risponderà alle seguenti domande:

- sono stati raggiunti gli obiettivi?
- sono stati raggiunti nei tempi previsti?

- i problemi dell'ospite sono stati risolti?
- i bisogni dell'ospite sono stati soddisfatti?
- gli interventi devono essere mantenuti o cambiati?
- sono insorti nuovi problemi e nuovi bisogni?
- quali fattori hanno influenzato il non raggiungimento degli obiettivi?
- è necessario riassegnare le priorità?
- è opportuno apportare cambiamenti agli obiettivi?

Segue una nuova ed accurata raccolta dati.

In ultima analisi il PAI deve essere chiaro, flessibile, ben definito, sottoposto a continua verifica o, se necessario, rielaborato in base al modificarsi delle situazioni. Per ogni ospite occorre individuare e definire campi di intervento specifici e circoscritti.

Il piano è suscettibile di variazioni quando i problemi dell'ospite cambiano, quando si rende necessaria la ridefinizione delle priorità, quando vi è una soluzione dei problemi oppure quando si raccolgono ulteriori informazioni sullo stato di salute dell'ospite. È quindi estremamente importante una valutazione continua dell'ospite, dei suoi problemi e della sua evoluzione che consente un continuo feed-back sull'identificazione del problema e sull'efficacia del PAI. Se tutti gli operatori effettuano le loro registrazioni verificando progressivamente gli interventi, si ha una maggiore possibilità di erogare un'assistenza continuativa ed efficace.

La realizzazione di tutte le fasi del PAI è un lavoro d'équipe. Le figure sanitario-assistenziali collaborano tra di loro e con l'ospite e i familiari. Poiché il piano è centrato sull'ospite, egli deve prendervi parte; il fine ultimo è quello di aiutare l'ospite ad aiutare se stesso, ciò significa che egli viene accettato come individuo e che il suo diritto all'auto determinazione viene rispettato. Siccome il piano si orienta in termini di obiettivi e di capacità dell'ospite, egli ha il pieno diritto di esprimere i propri sentimenti e le proprie opinioni riguardo all'assistenza. Deve (quando possibile) essere sempre informato sul suo stato di salute, su qualsiasi mutamento di programma, sul ruolo del personale sanitario e sulle risorse a sua disposizione. Il PAI è uno degli strumento utile e funzionale al lavoro di équipe; favorisce il passaggio da un'organizzazione del lavoro che affida agli operatori la semplice esecuzione di mansioni ad una in cui tutti coloro che operano nel nucleo vengono responsabilizzati in vista di determinati obbiettivi.

Il PAI è basato su un approccio assistenziale che consente l'erogazione di un'assistenza globale ed individualizzata; ciò è in contraddizione con un'organizzazione del lavoro centrata sulla scrupolosa esecuzione di attività tra loro separate. Anche se le varie figure professionali lavorano concentrate sulle mansioni ciò non significa che agli ospiti siano erogate prestazioni improprie, ma queste saranno scollegate tra loro e non misurabili in maniera complessiva; un'organizzazione di questo tipo determina un'eccessiva frammentazione delle attività.

Si creano così nella persona assistita, e nei familiari, insicurezze circa i risultati ottenibili dalle cure erogate, dovendo ciascun operatore rispondere solamente della buona esecuzione della piccola porzione di prestazioni da lui eseguite.

In un'organizzazione per obiettivi l'ospite viene considerato non solo da un particolare punto di vista, ma nella sua globalità; i bisogni analizzati non saranno solo quelli fisici più urgenti, ma tutti i bisogni fisici, psicologici e sociali. L'operatore non è solo un esecutore, gode di autonomia e capacità decisionale, collabora con le diverse figure professionali.

3.2.5 PAI e S.OS.I.A.: creare coerenza

È fondamentale creare coerenza tra il PAI inteso come strumento di programmazione e erogazione delle cure e dell'assistenza e la S.OS.I.A. intesa come strumento che fornisce una fotografia della condizione degli ospiti e, nel tempo, una indicazione dell'andamento dello stato di salute degli ospiti (come dimostrato dallo studio di seguito riportato) e della qualità delle cure e dell'assistenza erogata. Lo studio condotto in una RSA del Bresciano tra il 2005 e il 2007 conclude sottolineando:

- che gli ospiti in RSA nel 2007 sono più fragili rispetto a quelli ricoverati nel 2005 (maggiore presenza dei soggetti nelle prime 4 classi S.OS.I.A.) con necessità di maggiore assistenza non solo socio assistenziale ma anche sanitaria
- che gli ospiti in RSA continuano a presentare un alto indice di comorbidità con un aumento percentuale di alcune patologie croniche pesantemente debilitanti e invalidanti, quali la malattia di Alzheimer
- un aumento degli eventi acuti agli ospiti in RSA

La **S.OS.I.A.** è quindi intesa come una rappresentazione sintetica e fedele del fascicolo Sanitario e Sociale di ogni ospite delle RSA.

È necessario che i dati per la compilazione della scheda S.OS.I.A., e di conseguenza il suo contenuto, traggano origine da ciò che è stato rilevato e valutato nel PAI.

Nella scheda S.OS.I.A. sono infatti richiamati, nella sezione dedicata, items riguardanti strumenti di valutazione (Barthel Index, CIRS, GBS) indispensabili per programmare cura e assistenza efficaci agli ospiti delle RSA e notizie riguardanti altri dati incidenti la salute e l'autosufficienza dell'ospite (lesioni da decubito, catetere urinario, cadute, contenzione permanente, ausili per il movimento, gestione dell'incontinenza, gestione del diabete, alimentazione artificiale, insufficienza respiratoria, dialisi).

Viene naturale quindi sottolineare che creare coerenza tra il PAI e la scheda S.OS.I.A. passa principalmente per una attenta e specifica valutazione multidimensionale e per una accurata registrazione di fatti accaduti al soggetto ricoverato.

4. La valutazione multidimensionale: cos'è, a cosa serve, come utilizzarla

Nel tentativo di identificare un corretto approccio all'anziano ammalato la ricerca gerontologica ha sviluppato modalità specifiche di studio della salute che prendono in esame i vari aspetti che concorrono a determinarla. Nell'individuo anziano, infatti, la valutazione della condizione clinica non può essere disgiunta da una più ampia valutazione finalizzata a considerare, insieme ai diversi problemi clinici, cognitivi e psico-emozionali, anche le capacità funzionali. Tale valutazione, integrata da informazioni di natura sociale ed economica, permette di definire la necessità di servizi assistenziali con l'obiettivo di sviluppare un piano di trattamento e cure.

Questa metodologia viene definita assessment geriatrico ed ha dimostrato tutta la sua validità nel miglioramento delle cure dei pazienti anziani e nella possibilità di comprendere e trattare gli elementi che possono contribuire allo sviluppo della "fragilità" in età avanzata, intesa come sindrome biologica di ridotta resistenza agli eventi "stressanti" che deriva da un declino simultaneo di diversi apparati e che determina un aumentato rischio di disabilità e morte.

La pratica dell'assessment geriatrico è nata in Inghilterra negli scorsi anni trenta e successivamente si è diffusa negli USA e negli altri Paesi. Negli anni ottanta questa modalità di approccio all'anziano è stata oggetto di indagini cliniche che hanno consentito di definirla di rilevante efficacia nel migliorare l'assistenza all'anziano.

La valutazione funzionale, laddove per funzione si intenda la capacità di portare a termine attività concrete (lavarsi, vestirsi, gestire la casa...) e ricoprire ruoli sociali, è il fulcro dell'assessment multidimensionale poiché costituisce una misura più adeguata dello stato di benessere degli anziani rispetto alla valutazione biomedica basata sulla nosologia e la fisiopatologia dei singoli quadri clinici.

Grande attenzione è stata dedicata a definire l'appropriatezza della valutazione multidimensionale geriatrica e dell'intervento multidisciplinare che si sono rivelati come maggiori risorse cliniche sistematicamente capaci di ridurre la disabilità, l'istituzionalizzazione e la mortalità.

Gli strumenti utilizzati nella valutazione multidimensionale definiscono quantitativamente l'entità del deterioramento dei diversi domini considerati permettendo la schematizzazione dei dati clinici e il controllo delle modificazioni nel tempo.

La specificità delle scale di valutazione negli ultimi anni si è sempre più raffinata ma nonostante ciò la maggior parte degli strumenti di valutazione devono essere considerati strumenti di screening e non strettamente diagnostici. Il raggiungimento di un punteggio considerato patologico, infatti, non rappresenta l'equivalente di una diagnosi, ma semplicemente individua con grande affidabilità coloro che sono potenzialmente affetti.

La valutazione multidimensionale utilizza sia strumenti di valutazione soggettiva sia oggettiva.

Strumenti di valutazione soggettiva sono ad esempio l'Indice di Barthel, L'Activities of Daily Living di Katz, l'Instrumental Activities of Daily Living di Lawton e Brody e si fondano principalmente sull'autovalutazione o sul riferimento dei caregiver: la validità può risultare compromessa per inesattezza o ambiguità delle domande e delle categorie di risposte. Inoltre, può essere problematico giudicare se il soggetto ha una difficoltà lieve, media o severa. D'altra parte non è sempre chiaro se si fa riferimento ad attività che la persona svolge in quel periodo o alla capacità teorica di svolgere quell'attività basata su un giudizio soggettivo e può essere difficile valutare accuratamente la capacità fisico funzionale di una persona anziana se esistono problemi cognitivi.

Inoltre, anche l'ambiente di vita della persona può fortemente limitare l'utilità di questi strumenti: l'anziano in casa di riposo o allettato non ha infatti l'opportunità (non necessariamente le capacità) di confrontarsi con alcune funzioni esplorate dalla scala delle attività strumentali della vita quotidiana quali usare il telefono, maneggiare il denaro.

Una possibile alternativa per il superamento di questi limiti è fornita dagli strumenti di misura oggettiva o di performance. Questi consistono nel chiedere all'individuo di eseguire un compito preciso rilevando, secondo criteri prestabiliti, alcuni parametri oggettivi (es.: quante volte o quanto tempo impiega un soggetto a compiere un'azione). Ne sono un esempio la Scala di Tinetti, il Mini Mental State Examination di Folstein, il Physical Performance Test di Reuben.

Le prove di performance maggiormente studiate sono relative alla performance fisica e permettono di oggettivare le capacità di esecuzione delle funzioni di base e di definire la celerità con cui possono essere svolte.

Questo approccio presenta interessanti vantaggi: essendo la prova oggettiva, non ci sono ambiguità sul tipo di attività a cui si sta facendo riferimento. La misura del tempo necessario per compiere una certa attività fornisce un punto di riferimento per valutare il grado di difficoltà incontrato dal soggetto; inoltre, le misure di performance sono verosimilmente poco influenzate da fattori culturali, linguistici ed educativi.

Poichè è possibile una rigorosa standardizzazione nella somministrazione dei test, la riproducibilità è molto alta e l'influenza del livello mentale è limitata alla sola capacità di comprendere le istruzioni per l'esecuzione di compiti semplici.

Questo approccio può essere inoltre d'aiuto per identificare il fattore che determina l'incapacità a svolgere una certa attività in ogni singolo soggetto, suggerendo il tipo di intervento necessario. Per esempio, per quanto riguarda il vestirsi, la valutazione delle componenti necessarie per portare a termine questo compito può permettere di identificare più precisamente la sorgente della disabilità.

Se le ADL differenziano il funzionamento all'estremo più negativo dello spettro della disabilità, ma non considerano la maggior parte degli anziani che sono in grado di compiere una funzione, sebbene siano a rischio, i test di "performance" soprattutto quando contengono informazioni quantitative (es. tempo impiegato a svolgere un compito), dimostrano una buona sensibilità nella rilevazione anche di modesti cambiamenti.

Tuttavia la scelta tra valutazione oggettiva e valutazione soggettiva non dovrebbe essere vista come alternativa, bensì come momento diverso di un iter valutativo. La scelta dello strumento di valutazione più adeguato dipende dall'uso specifico che ci si propone, dal tipo di popolazione che si vuole valutare e dall'ambito in cui la valutazione deve essere effettuata. In ambito clinico è importante utilizzare strumenti altamente sensibili, quali i test di performance, e specifici, che riducano cioè al minimo la possibilità di falsi positivi e di falsi negativi anche a scapito della complessità della valutazione stessa, del tempo necessario ad effettuarla e dalla necessità di utilizzare personale esperto. Al contrario, in ambito epidemiologico, quando si voglia cioè valutare il livello funzionale in una popolazione, è opportuno utilizzare strumenti semplici e di rapida somministrazione, che riducano al minimo la necessità di giudizio personale e quindi forniscano risultati altamente ripetibili anche quando siano utilizzati da personale non specializzato.

Scopo dell'assistenza infermieristica in geriatria, secondo la commissione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (De Ridder, 1994), è la promozione dell'autosufficienza, attraverso lo sviluppo di tutte le funzionalità e capacità individuali. All'interno dell'équipe multidisciplinare la competenza dell'infermiere è rivolta essenzialmente a promuovere e sostenere l'anziano nell'esecuzione di tutte quelle funzioni che gli consentono una vita autonoma e nel sostituirsi a lui qualora non sia in grado di esercitare una o più specifiche funzioni. Per garantire il raggiungimento di quest'obiettivo l'infermiere esercita anche le sue competenze, in maniera autonoma o su delega, di prevenzione delle malattie e dei problemi specifici e partecipa al trattamento terapeutico e riabilitativo.

L'équipe nell'esecuzione delle sue attività si avvale di una metodologia specifica (come già descritto) che solitamente fa riferimento al problem solving: valutazione, pianificazione, esecuzione e verifica. La valutazione è guidata e fa riferimento in partico-

lare alle attività di vita e alle modalità di soddisfazione dei bisogni fondamentali, con alcune differenze, non sostanziali, in riferimento al modello teorico adottato dal professionista o dal gruppo.

L'adozione da parte dell'infermiere di strumenti propri dell'assessment geriatrico per valutare l'autosufficienza e la presenza e/o gravità di problemi quali l'incontinenza, le lesioni da decubito, il rischio di cadute, è fortemente consigliata e nelle realtà, residenziali per acuti e cronici e domiciliari, dove già questa scelta è stata compiuta i risultati incoraggiano a proseguire in tal senso. In particolare l'adozione da parte dell'équipe infermieristica di questi strumenti ha reso possibile:

- una maggiore rapidità e precisione nell'individuare i problemi;
- la stima delle capacità perse e delle capacità residue indispensabile per la definizione del successivo piano assistenziale; in particolare gli strumenti oggettivi o di performance, che definiscono gli ambiti in cui il soggetto necessita di assistenza e definiscono l'autosufficienza sia in termini qualitativi sia quantitativi, consentono una più adeguata formulazione degli obiettivi assistenziali;
- il monitoraggio nel tempo delle variazioni dello stato funzionale;
- la verifica dei risultati attesi;
- un più accurato passaggio di informazioni con i colleghi e con tutta l'équipe.

Non si tratta pertanto di somministrare dei test per conto di altre figure, ma di considerare l'utilizzo degli strumenti di valutazione, opportunamente scelti fra quelli validati per il target considerato e quindi altamente specifici e sensibili, ai fini di una più accurata rilevazione dei problemi e una più precisa ed efficace definizione degli obiettivi assistenziali.

Come per i medici anche per gli infermieri questi strumenti integrano l'osservazione clinica che ne modula anche l'interpretazione.

Riferimenti bibliografici

S. Domenighini, J.P. Ramponi, G. Trizio, U. Gelati, *Evoluzione dell'utenza in un Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda*, G. Gerontol 2008; 56; 597-604.

De Ridder C., *Linee direttrici per l'insegnamento dell'assistenza infermieristica rivolta agli anziani*. Documento OMS-CEE, 1994.

Zanetti E. (a cura di) *La valutazione in geriatria. Metodi e Strumenti*, Carocci Editore, 2003.

5. Elaborare un progetto in RSA: normativa della remunerazione della qualità aggiunta

La DGR n. 12618/2003 “Definizione degli standard di personale per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della DGR n. 7435 del 14.12.2001” introduce per la prima volta l’erogazione alle strutture di un *premio di qualità aggiunta*, che prevede, fra le sue determinanti, la realizzazione di progetti tesi a migliorare la qualità dell’assistenza erogata.

Questa remunerazione aggiuntiva è sostenuta da risorse che vengono definite annualmente dalla Giunta Regionale, in proporzione ai posti letto accreditati in ogni A.S.L., ed è fortemente connessa alla retta che viene fatta pagare agli ospiti, per premiare le R.S.A. nelle quali, a fronte di rette moderate, sono garantiti determinati livelli di qualità.

La remunerazione aggiuntiva di qualità non è quindi una integrazione o un conguaglio tariffario, ma deve essere vista come un *investimento per il futuro, destinato agli ospiti e non al gestore*.

Nei primi anni di applicazione della norma sono stati inizialmente considerati i parametri relativi alla capacità progettuale, alla presenza degli infermieri di notte, al miglioramento nelle condizioni di salute degli ospiti, letti attraverso le possibili riclassificazioni nelle categorie S.OS.I.A., alla diffusione della customer satisfaction.

La penultima DGR emanata in merito è la DGR n. 30 del dicembre 2008 n. 8800 “Determinazioni in merito alla remunerazione della qualità aggiunta per l’anno 2008 offerta alle RSA accreditate”. In modo particolare la stessa prevede che possano accedere al premio qualità la realizzazione di progetti assistenziali per gli ospiti affetti da malattia di Alzheimer, la valutazione della qualità e continuità dell’assistenza diretta all’ospite (presenza dell’infermiere nelle ore notturne), la realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali.

Le risorse destinate dalla Regione Lombardia per l’anno 2008 per la remunerazione della qualità aggiunta sono pari a € 13.000.000,00; tali risorse sono ripartite tra le

ASL in proporzione al numero di posti letto RSA accreditati al 31.12.2007; in modo particolare all'ASL di Mantova sono stati assegnati € 718.000.

I criteri di selezione delle RSA previsti nella DGR n. 8800 risultano essere:

- Possesso dell'accreditamento e del contratto per almeno due mesi del 2007
- Aver assolto al debito informativo entro i tempi previsti

Dichiarazione di retta media ponderata inferiore alla retta media calcolata tenendo conto del nuovo parametro:

indicatore tra standard di assistenza erogato e standard di assistenza richiesto

$$\text{retta media ponderata} = \frac{\text{totale rette giornaliere} + \text{totale extra rette}}{\text{nn. Gg. Di presenza ospiti nell'anno}}$$

La DGR ha previsto l'accesso al premio qualità anche di RSA che abbiano presentato una retta media ponderata superiore a quella dell'ASL, purchè in possesso di autorizzazione definitiva al 31.12.2007, ed in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

- Presenza dell'infermiere di notte
- Rapporto standard di personale erogato e standard di personale richiesto pari o superiore a 1,10
- Indice di saturazione superiore alla media ASL.

La DGR ha fissato i seguenti parametri ai fini della definizione della complessità dell'entità del premio:

- Rapporto tra standard di personale erogato e standard di personale richiesto per l'accreditamento per le giornate erogate
- Presenza dell'infermiere di notte
- Comparazione tempo medio di degenza per il passaggio da una classe di fragilità all'altra
- Comparazione del livello di qualità percepita dall'utenza
- Comparazione tra strutture in possesso di autorizzazione definitiva

Ulteriormente la DGR succitata ha previsto che le ASL possano decidere di riservare una quota massima del 20% del budget a disposizione per il finanziamento di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali che migliorino:

- L'assistenza alle persone dementi, agli S.V. (Stati Vegetativi), SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e quadri clinici simili
- L'accompagnamento alla morte/sostegno al lutto
- Percorsi di continuità assistenziale e di sostegno ai care giver.

L'ASL di Mantova, tenendo conto di questa variabile, ha deciso di adottarla, premiando le strutture che, indipendentemente dalla retta ponderata, hanno realizzato progetti (scheda struttura 2007) finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali tesi a migliorare:

- L'assistenza alle persone dementi alle strutture che non hanno nuclei Alzheimer riconosciuti
- I progetti per i ricoveri temporanei a condizione che le rette richieste siano uguali a quelle in vigore per i ricoveri ordinari
- Percorsi di continuità assistenziale e di sostegno ai care giver, che abbiano avuto come obiettivo l'alternanza di periodi di ricovero e periodi di assistenza a domicilio
- Accompagnamento alla morte/sostegno al lutto.

I criteri fissati dall'ASL, in linea con le indicazioni regionali, per accedere alla remunerazione dei progetti sono:

- La descrizione del progetto deve risultare nella scheda struttura 2007

Inoltre, deve:

- esistere il progetto
- esistere evidenza dell'attuazione dello stesso
- la progettazione deve prevedere il coinvolgimento di una pluralità di attori (ospiti, varie figure professionali, familiari, volontari...)
- la progettazione ed i risultati devono essere stati divulgati e deve esistere evidenza della divulgazione degli stessi.

In data 30.12.2009 la Regione Lombardia ha emanato la DGR n. 10942 "Determinazioni in merito alla remunerazione della qualità aggiunta per l'anno 2009 offerta dalle RSA accreditate nel 2008" che riprende in parte i concetti espressi nelle antecedenti delibere relative al premio qualità, fissando però nuove metodologie. La stessa prevede di riconoscere la remunerazione della qualità aggiunta alle RSA che siano in possesso dell'accreditamento e del contratto per almeno due mesi del 2008 e che abbiano assolto al debito informativo entro i tempi previsti. Inoltre vengono introdotti 4 distinti premi, per ognuno dei quali le ASL dovranno stanziare un minimo del 20% dell'assegnazione 2009, mentre il rimanente 20% sarà ripartito su uno o più premi su decisione delle singole ASL.

I premi sono destinati ai seguenti ambiti:

1. Qualità della struttura
2. Qualità della gestione
3. Qualità dell'amministrazione
4. Qualità di progetti per modalità assistenziali innovative e verranno assegnati sulla base di indicatori e di criteri descritti nella delibera in oggetto.

1. *Qualità della struttura:* possono partecipare le RSA in possesso di autorizzazione al funzionamento definitiva alla data del 2.01.2009 e le RSA che hanno concluso i lavori di adeguamento entro il 2.01.2009. Il premio potrà essere ripartito tra le RSA che possiedono almeno 4 tra i 6 indicatori di seguito riportati:
 - Presenza esclusiva di camere a 1 o 2 posti letto
 - Tutti i nuclei di dimensioni massime di 20 posti letto
 - Impianto di ossigeno centralizzato
 - Possesso dell'autorizzazione definitiva al funzionamento alla data del 1.01.2007, ex DGR n. 7435/2001
 - Numero dei bagni assistiti pari o superiore al numero dei nuclei.

2. *Qualità della gestione:* possono partecipare tutte le RSA, anche quelle con lavori di adeguamento in corso, purchè con standard gestionale superiore del 10% allo standard dovuto in base all'utenza servita nel 2008. Lo standard effettivo dovrà essere calcolato in relazione alla tipologia degli ospiti ed il premio sarà ripartito tra le RSA che possiedono almeno 4 dei 6 indicatori di seguito riportati:
 - Turn over del personale: % di operatori già in servizio nel 2007, ancora in servizio al 31.12.2008
 - Presenza dell'infermiere di notte
 - Standard del medico superiore o uguale alla media ASL
 - Standard dell'area infermieristica/riabilitativa superiore o uguale alla media ASL
 - Standard di personale dell'area educativa/sociale superiore o uguale alla media ASL
 - Assenza di personale in deroga ai fini della determinazione dello standard gestionale.

3. *Qualità dell'amministrazione:* possono partecipare tutte le RSA, anche quelle con lavori in corso, che siano in possesso di almeno 4 tra i 6 indicatori riportati nella DGR:
 - Adozione di contabilità analitica, antecedente alla DGR n. 8496/2008
 - Adesione sistema CRS-SISS
 - Adozione contratto d'ingresso per gli ospiti, con contestuale previsione di cauzione fruttifera e non superiore ad una mensilità
 - Tenuta liste d'attesa dei richiedenti con indicati il codice fiscale del richiedente, la % di invalidità riconosciuta, la classe S.OS.I.A. e aggiornamento della stessa almeno ogni tre mesi. In alternativa alla gestione delle liste d'attesa viene considerata la retta media ponderata inferiore alla retta media ASL

- Retta non diversificata tra classi
- Documento attestante l'adozione di un sistema di monitoraggio, controllo, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

4. *Qualità di progetti per modalità assistenziali innovative*: possono partecipare tutte le RSA, anche quelle con lavori in corso, purchè abbiano attuato nel 2008 un progetto su tematiche di seguito indicate:

- Demenze o altre casistiche specifiche per le RSA che non hanno un nucleo Alzheimer riconosciuto
- Gestione del lutto
- Continuità assistenziale e di sostegno al care giver
- Miglioramento delle relazioni umane e della qualità assistenziale
- Volontariato
- Soggiorni di vacanza

Il progetto dovrà:

- risultare nella scheda struttura 2008
- essere descritto da un testo che contenga l'indicazione dei tempi e delle risorse assegnate
- esistere evidenza dell'attuazione dello stesso
- contenere l'indicazione dei destinatari (tipologia e numero) delle azioni previste, delle modalità di monitoraggio e di valutazione degli esiti
- evidenziare il coinvolgimento di una pluralità di attori istituzionali o meno, quali Regione Lombardia, ASL, Enti Locali, associazioni di volontariato, ecc.. ed essere stato divulgato.

6. Progetto di struttura

Il progetto, definito un *processo*, prevede il susseguirsi di diverse fasi e attività. Nella pratica sono molte, e differenti tra di loro, **le motivazioni e le ragioni** che portano alla nascita di un progetto. Si progetta perché:

- si intende promuovere un cambiamento rispetto ad uno stato di bisogno o ad una situazione problematica (es: organizzare un sistema di prima accoglienza per gli ospiti,...);
- per mantenere lo stato di fatto, laddove si sono attivate delle situazioni che richiedono di essere consolidate, oppure dove gli interventi vengono messi in atto per garantire che determinate condizioni, assistenziali, animative, ecc... non vengano meno;
- per realizzare un'idea o un desiderio (es: organizzare una "festa del volontariato", una manifestazione culturale, ecc.)

Occorre avere chiaro perché si vuole realizzare un progetto, da dove parte l'idea, quali sono le motivazioni che spingono alla realizzazione dello stesso.

6.1 Come si organizza uno schema di progetto

I progetti possono essere sviluppati secondo uno schema semplice, su cui è utile soffermarsi, per comprendere le ragioni di ciascun passaggio.

IDEA DI FONDO = è il *pensiero* al quale vorremmo dare forma concreta attraverso il progetto. Si tratta di immaginare un'idea, senza paura di osare troppo, collegata alla nostra realtà.

OBIETTIVO = è la scelta di un *punto di arrivo*, possibile, concreto, coerente con il pensiero. È il fulcro di tutto il percorso, va descritto con precisione. Più

è preciso l'obiettivo, più facile ne sarà la realizzazione. Si tratta di rendere esplicito quello che si intende cambiare, attraverso la formulazione di affermazioni chiare e precise.

In genere si distingue tra:

Obiettivi o finalità generali: sono per lo più dichiarazioni di intenti, formulate in maniera più generica ed astratta, che rimandano ai principi, ai valori e alle finalità strategiche del progetto (es: promuovere l'integrazione degli ospiti dementi).

Obiettivi specifici: consistono nella declinazione degli obiettivi generali del progetto, attraverso la formulazione di affermazioni chiare, precise e puntuali rispetto a ciò a cui aspiriamo e che è strettamente connesso all'analisi che abbiamo svolto. È importante non confondere gli obiettivi con le azioni che sono, invece, le attività che mettiamo in essere per il raggiungimento degli obiettivi.

A CHE PUNTO SIAMO: ogni progetto parte da una particolare situazione sulla quale si intende operare al fine di migliorarla. Per fare un passo avanti è necessario sapere esattamente "dove appoggiano i nostri piedi": qual è la realtà, di che cosa ha bisogno, quali risorse offre. La conoscenza della realtà da cui si parte è sostanziale. Una volta realizzata questa panoramica del contesto, è necessario focalizzare l'attenzione sulla *situazione specifica* sulla quale il progetto intende intervenire. Tra i molti bisogni di cui si ha la percezione, è necessario che venga chiarito con precisione su quale si intende intervenire.

SVILUPPO: descrivere il *dinamismo* che si vorrebbe attivare attraverso il progetto, ovvero quello che si vorrebbe far accadere realizzandolo, la successione delle fasi della sua attuazione.

INIZIATIVE: sono le *attività*, più o meno strutturate, che si scelgono per dare sviluppo al progetto. La definizione degli interventi che si realizzeranno, cioè l'attuazione concreta del progetto, riguarda l'individuazione delle attività che si ritiene possano produrre i risultati attesi. Nell'individuazione e definizione delle azioni da realizzare si deve valutare la pertinenza che queste hanno con il progetto complessivo in termini di contenuti, metodologie, strumenti, articolazione e tempi, risorse disponibili e necessarie.

PERSONE: è l'elenco delle *persone che vengono coinvolte e dei compiti* che ciascuna di esse ha: più concreti sono i compiti, più facile sarà realizzarli. Nella fase di ideazione di un progetto è importante focalizzare l'attenzione su tutti i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti:

– soggetti promotori (coloro che, fin dall'inizio, dalla fase di ideazione, promuovono la proposta progettuale)

- soggetti responsabili della realizzazione del progetto (possono coincidere o meno con i soggetti promotori)
- altri attori da coinvolgere.

E sarà ancora più facile se saranno previsti momenti collegiali in cui ci si incontra per confrontarsi, per verificare ciò che si è realizzato.

DESTINATARI: un progetto, se concreto ed efficace, non può rivolgersi a tutti: sarebbe riduttivo e generico. Occorre quindi indicare *a chi si rivolge*: dementi, allettati...

TEMPI: si tratta di fare un'agenda, un *calendario*. I progetti efficaci sono quelli che al momento di concludersi hanno realizzato qualcosa.

Per quel che riguarda i tempi, in fase di stesura è importante avere un'idea chiara della durata complessiva di un progetto e, in particolare nei progetti più complessi che permettono la realizzazione di più azioni, è necessario articolare le diverse fasi avendo cura di definire le relazioni temporali e strumentali che legano una fase all'altra.

Per questo è importante soffermarsi sul fattore temporale fin dall'inizio, anzi, prima dell'avvio formale delle attività.

SINERGIE: quando *numerosi soggetti* sono coinvolti, il progetto diventa più importante, più impegnativo. Un'attività di progettazione con altri aiuta ad essere meno autoreferenziali, si impara a confrontarsi e a dialogare.

METODO: se si esce *dalla routine* delle riunioni, quali altri metodi sappiamo usare? In quali altri modi sappiamo dire le cose in cui crediamo?

VALUTAZIONE del progetto: la valutazione è un'attività di ricerca finalizzata ad accertare se sono stati raggiunti i risultati attesi, ma anche a dare un valore alle attività svolte. In questo senso, non è da considerare come un controllo, ma un processo che accompagna tutto il percorso di progettazione allo scopo di coglierne i significati e di ri-orientarne le azioni in modo da renderle più efficaci.

La valutazione si differenzia dalla verifica dei risultati perché pone in relazione i risultati che emergono dalla verifica.

COSTI: occorre essere capaci di prevedere quanto il progetto *peserà sul bilancio*. Le risorse da considerare per la possibilità di un'azione efficace sono:

- risorse umane (chi realizza, nella pratica, il progetto, tiene le fila tra i diversi soggetti coinvolti, ...)

- risorse finanziarie (da considerare sulla base delle azioni individuate)
 - risorse strutturali-infrastrutturali (luoghi di ritrovo e di realizzazione delle azioni, telefono, computer...)
- Occorre saper usufruire di finanziamenti messi a disposizione da vari ENTI pubblici e privati.

SUSSIDI E MATERIALI: individuazione di *ciò che serve* a livello di materiale e di attrezzature.

DOCUMENTAZIONE del progetto: la documentazione è un'attività che consiste nella raccolta sistematica delle informazioni, delle attività e dei prodotti derivanti da progetto.

È un'attività importante che non va intesa solo come costruzione di una memoria storica, ma anche come attività di monitoraggio utile per stimolare la riflessione sulle attività svolte, per informare e comunicare relativamente al progetto. Ecco alcuni esempi di materiali e attività sui quali concentrarsi per costruire una documentazione adeguata:

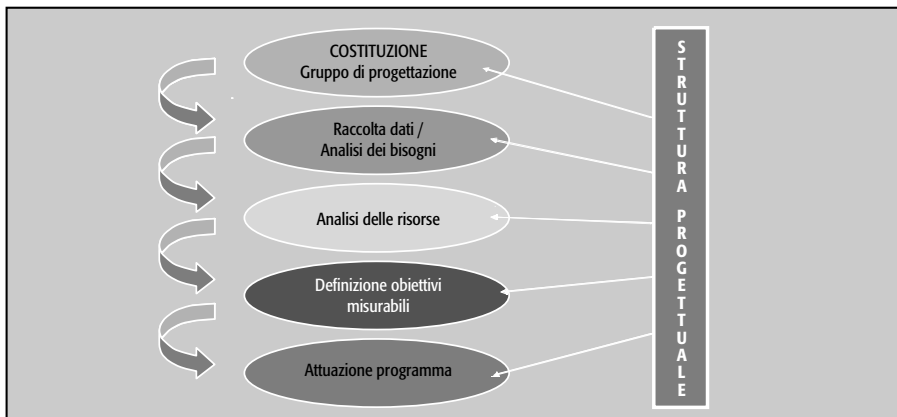
- materiali inerenti l'andamento e l'organizzazione del progetto (verbali di incontri, raccolta firme delle presenze, contatti avuti durante il percorso...)
- materiale prodotto nelle azioni (video, foto, interviste, indagini...)
- materiali o ricerche consultate prima o nella fase di realizzazione della ricerca (articoli, libri, relazioni a convegni, seminari...)

PROMOZIONE E INFORMAZIONE: spesso l'attività di comunicare all'esterno la progettazione delle attività viene sottovalutata rispetto alla sua reale e strategica importanza. È rilevante, in genere, per dare visibilità all'Ente Gestore e alle proprie attività, ma anche per informare, sensibilizzare e coinvolgere la comunità rispetto al progetto stesso e stimolare eventuali nuovi suggerimenti o contributi per il progetto stesso o per lo sviluppo di nuove sinergie.

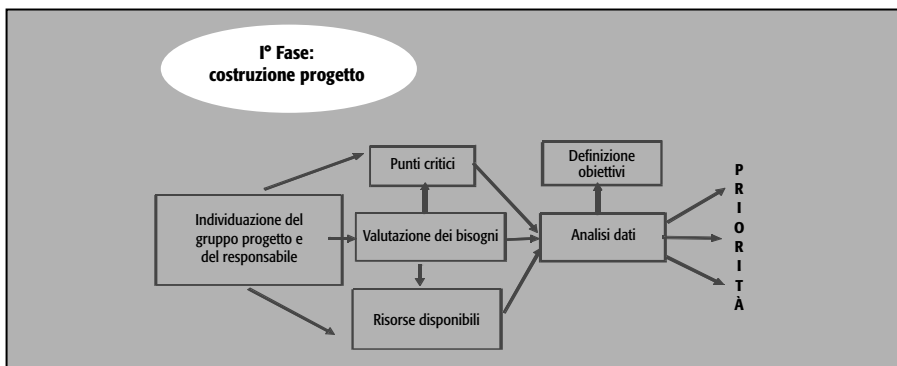
Può a volte essere utile pensare alla comunicazione come ad una delle azioni del progetto da attuare.

RESPONSABILE: *individuazione di una persona* che si incarica della realizzazione del progetto e ne risponde.

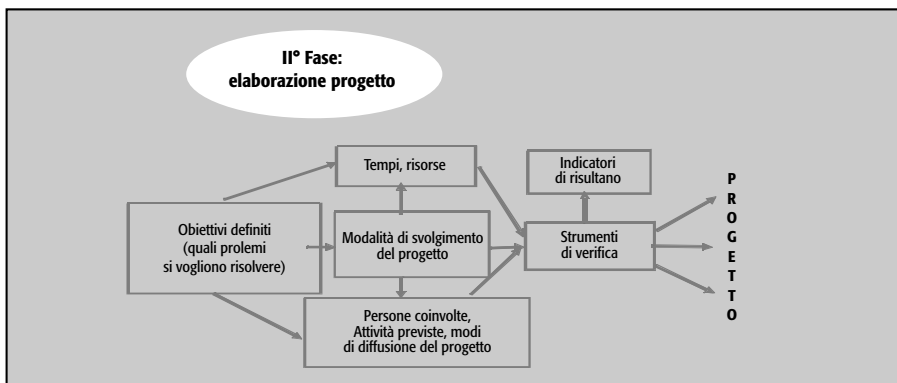
Riassumendo, possiamo quindi dire che lo schema di progetto passa attraverso questo percorso:



I° Fase:



II° Fase:



6.2 Come redigere un progetto

Nella redazione di un progetto è opportuno rispettare almeno quattro criteri fondamentali:

1. *Chiarezza*: la comunicazione del contenuto deve essere effettuata in modo semplice, pratico, sintetico, ma non troppo stringato, senza alcuna possibilità di fraintendimenti, il linguaggio utilizzato deve essere tecnico ma non eccessivamente specialistico e di semplice comprensione
2. *Specificità*: presentazione di un obiettivo finale, con obiettivi intermedi specifici, contraddistinti da caratteristiche concrete e misurabili, che presuppongano attività specifiche, responsabili, chi co-partecipa, date di scadenza
3. *Credibilità*: valorizzazione della realizzazione concreta del piano, mediante attività proposte per lo sviluppo dell'idea che deve essere credibile e realistica
4. *Completezza*: inserimento nel progetto di tutte le informazioni necessarie per lo sviluppo degli obiettivi fissati e descrizione di ogni sua parte con il giusto grado di dettaglio

Per la definizione e la pianificazione di un progetto è possibile seguire uno schema generale:

- Contenuto della proposta di miglioramento
- Situazione attuale
- Situazione auspicata
- Funzioni e competenze coinvolte
- Benefici attesi
- Presupposti culturali per la realizzazione del miglioramento
- Ostacoli previsti
- Modalità per superarli

Nella fase di definizione del Progetto possono risultare utili i seguenti strumenti:

- **l'analisi SWOT** (acronimo per **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats), ovvero:
Punti di forza / Punti di debolezza (situazione attuale/interna)
Opportunità / Minacce (situazione potenziale/esterna)
- **la definizione degli obiettivi** che dovrebbe essere determinata con il test **SMART**, acronimo di:
 - **S**pecifici: gli obiettivi sono dettagliati, chiari e di facile comprensione?
 - **M**isurabili: i risultati prefissati saranno visibili quando il progetto sarà completato? Gli obiettivi sono misurabili quando sono quantificabili i risultati che si vogliono raggiungere.

- **Attuabili:** l'intero compito, anche se stimolante, è realistico e realizzabile?
- **Remunerativi:** in che modo il progetto potrà giovare all'organizzazione, ai clienti, al team?
- **Tempificati:** quali sono i tempi e le scadenze del progetto?

Nella fase di sviluppo del Progetto, in cui vi sono molte informazioni essenziali da raccogliere e mettere insieme per procedere allo sviluppo di un piano efficace, l'azione del gruppo può risultare facilitata da:

– **la considerazione delle opzioni attraverso la tecnica delle "5 C":**

- *Considerare:* chiarire la natura del progetto, il tempo e le altre limitazioni, chiedere a se stessi e agli altri di quali informazioni si ha bisogno, identificare gli obiettivi
- *Consultare:* raccogliete tutte le informazioni disponibili e se necessario procedere a una riunione di brainstorming
- *Chiarire:* riesaminare tutte le opzioni per prendere le decisioni e, successivamente, redigere un piano operativo
- *Comunicare:* redigere dei briefing (aggiornamenti informativi) su quello che accade
- *Controllare:* rivedere l'impatto del progetto adottando tutte le azioni correttive necessarie

– **la tecnica di analisi delle "5 M":**

Difficoltà (problemi, ostacoli)	Machines	Mens	Materials	Methods	Money
1					
2					
3					
4					
5					

Machines: quali strumenti sono necessari, quali mezzi servono alla realizzazione del progetto,...?

Mens: quale programma di formazione deve essere avviato per sviluppare utenti o destinatari del progetto, quali skills sono necessarie,...?

Materials: quali materiali sono necessari, dove si possono reperire questi materiali, i nuovi materiali richiedono cambiamenti ai sistemi in uso,...?

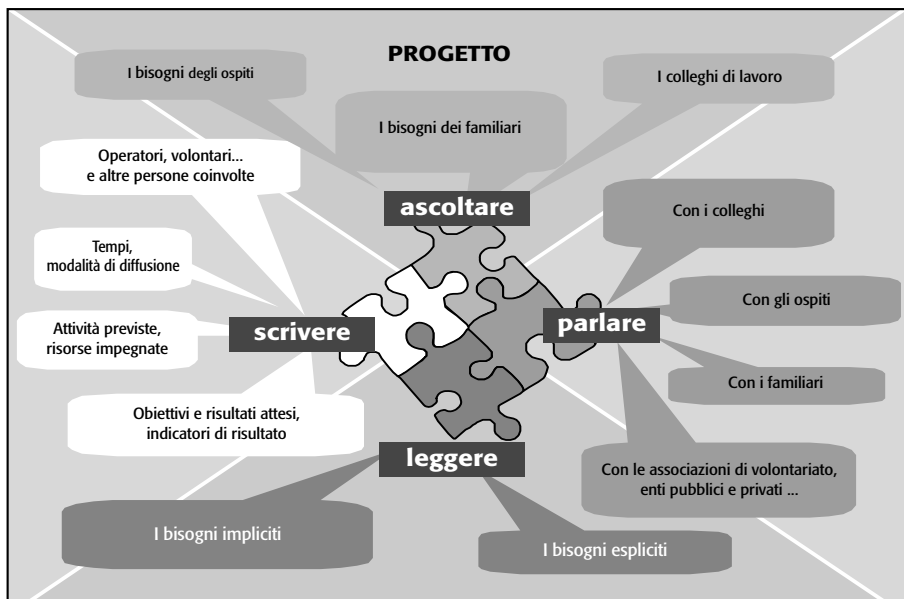
Methods: quali metodi sono richiesti per vendere il concetto del progetto, quali informazioni devono essere pubblicate,...?

Money: quale può essere l'impatto economico del progetto, quali risparmi economici consente il progetto,...?

Sinteticamente si può definire il progetto come la gestione degli obiettivi individuati; in modo particolare la stesura del progetto può essere costituita da tre parti:

- I° parte = introduzione, presentazione dell'idea, degli obiettivi, descrizione ruoli
- II° parte = tecnico-operativa, finalizzata a fornire un quadro chiaro di cosa si vuole fare, dove si vuole fare, come si vuole fare
- III° parte = previsioni di risultato

Di fatto il progetto assomiglia ad un puzzle: ogni tessera è corrispondente ad una fase e se viene meno una delle stesse, verrà a mancare una parte fondamentale della progettazione.



Allegati

ALLEGATO 1: SCALE DI VALUTAZIONE

Principali strumenti di valutazione:
Indice di Barthel e Indice di Barthel Modificato,
Tinetti Balance and Gait Scale,
Mini Mental State Examination (MMSE),
Neuropsychiatric Inventory (NPI-UCLA),
The Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS)

BARTHEL INDEX

Barthel DW, Mahoney FI: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:61-65

Descrizione

È uno dei principali e più utilizzati strumenti di valutazione della attività di base della vita quotidiana. Valuta le reali capacità del paziente di svolgere da solo queste attività. Di facile utilizzo e con buona sensibilità si dimostra particolarmente efficace per la descrizione, la valutazione e il monitoraggio delle abilità che analizza.

Valuta 10 abilità:

1. Mangiare
2. Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare
3. Toilette personale
4. Sedersi e alzarsi dal wc
5. Fare il bagno
6. Camminare in piano o spingere la sedia a rotelle
7. Salire e scendere le scale
8. Vestirsi
9. Controllo delle defecazione
10. Controllo della minzione

Per migliorare la sensibilità dello strumento è stata proposta una versione modificata nella quale sono state aumentate le categorie usate per quantificare il livello di prestazione di ogni funzione (da 3 sono diventate 5). Per un utilizzo più corretto sono state formulate alcune linee-guida per l'applicazione dello strumento (Shah S. et al, 1989).

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Infermiere, Medico, Fisioterapista, Assistente Sociale, Operatore Socio Sanitario adeguatamente preparato.

Punteggio

100 corrisponde all'autosufficienza mentre 0 corrisponde alla totale dipendenza. I valori intermedi indicano un diverso grado di disabilità. Questo strumento permette di assegnare ad ogni funzione punteggi diversi (0, 5, 10, 15) che tengono conto dell'importanza che ha quella funzione nel definire l'autonomia complessiva nelle ADL.

La valutazione avviene in base a informazioni fornite dal soggetto o da un familiare. Può essere anche compilato attraverso l'osservazione diretta del soggetto mentre esegue le attività indagate dall'indice.

Tempo di somministrazione

Mediamente 10 minuti, se compilato mediante osservazione possono essere necessari tempi più lunghi.

Applicazioni

Clinica

Valutazione delle attività di base della vita quotidiana, particolarmente utile in ambito riabilitativo.

Ricerca

Studi di popolazione, studi efficacia di interventi riabilitativi.

BARTHEL INDEX

FUNZIONI ESAMINATE	<i>NO</i>	<i>CON AIUTO</i>	<i>INDIPENDENTE</i>
1. Mangiare (se c'è bisogno di tagliare il cibo = con aiuto)	0	5	10
2. Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15
3. Toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, farsi la barba, lavarsi i denti)	0	0	5
4. Sedersi e alzarsi dal wc (togliersi e mettersi gli indumenti, pulirsi e tirare l'acqua)	0	5	10
5. Fare il bagno	0	0	5
6. Camminare in piano	0	10	15
Spingere la sedia a rotelle (se il soggetto non deambula)	0	0	5
7. Salire e scendere le scale	0	5	10
8. Vestirsi (incluso infilarsi le scarpe e allacciarsi i lacci)	0	5	10
9. Controllo defecazione	0	5	10
10. Controllo minzione	0	5	10

Tot. _____ / 100

BARTHEL INDEX Modificato

Shah, S., Vanday, F., & Cooper, B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *J Clinical Epidemiol* 1989; 42: 703-709

IGIENE PERSONALE	
0	Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
1	Necessita di aiuto per tutte le operazioni
3	Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene
4	In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni
5	Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata. (Non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli)
BAGNO/DOCCIA (LAVARSI)	
0	Totale dipendenza nel lavarsi
1	Necessita di aiuto per tutte le operazioni
3	Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi
4	Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)
5	Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato
ALIMENTAZIONE	
0	Dipende per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato
2	Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto
5	Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate (versare latte nel tè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata)
8	Indipendente nell'alimentarsi con cibi preparati su vassoi, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona
10	Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di applicarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc
ABBIGLIAMENTO	
0	Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora
2	Capace di collaborare in qualche modo ma dipendente sotto tutti gli aspetti
5	Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
8	Necessita solo di minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci, scarpe

10	Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi
CONTINENZA INTESTINALE	
0	Incontinente
2	Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie
5	Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire tecniche facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.
8	Può necessitare di supervisione con l'uso di supposte o enterocisma, occasionali perdite
10	Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enterocisma se necessario
CONTINENZA URINARIA	
0	Incontinente o catetere a dimora. Dipende per l'applicazione di dispositivi interni o esterni
2	Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo interno o esterno
5	In genere asciutta durante il giorno ma non di notte, necessario uso parziale dei dispositivi
8	Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni
10	Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni
TRASFERIMENTI LETTO O SEDIA	
0	Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire il paziente con o senza un levatore meccanico
3	Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
8	Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
12	Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
15	Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.
TOILET	
0	Completamente dipendente
2	Necessita di aiuto per tutti gli aspetti
5	Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani
8	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla
10	Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o il pappagallo ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla

	SCALE
0	Incapace di salire o scendere le scale
2	Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)
5	Capace di salire/scendere le scale ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza
8	In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza o a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.
10	In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario ed è in grado di portarli con sé durante la salita o la discesa Questo punteggio viene attribuito anche nel caso l'incapacità dipenda dalle condizioni generali del paziente o comunque da qualsiasi patologia
	DEAMBULAZIONE
0	Non in grado di deambulare
3	Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
8	Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
12	Indipendente nella deambulazione ma con autonomia (50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
15	Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione
	USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione) Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "0" nella Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina
0	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
1	Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
3	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
4	Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette
5	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere superiore a 50 metri
TOT.	

TINETTI BALANCE AND GAIT SCALE

Tinetti ME: Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119-126.

Descrizione

È uno strumento clinico quantitativo, che associa un punteggio alle performance motorie valutate, identificando i soggetti a rischio di caduta. Rispetto ad altre valutazioni di tipo qualitativo, e quindi squisitamente descrittive dell'analisi dei movimenti articolari e delle contrazioni muscolari, questo strumento permette un confronto nel tempo delle variazioni dell'equilibrio e dell'andatura del soggetto testato (Boffelli, Franzoni et al. 1992). Per questo motivo è un buon indice predittivo di caduta. La scala mette in evidenza, durante la sua somministrazione, molti dei fattori di rischio di caduta: diminuzione della forza muscolare, dell'altezza e della lunghezza del passo, aumento delle oscillazioni posturali, cambi di postura, riduzione del rapporto di Romberg e dei riflessi di raddrizzamento. Analizzando il punteggio ottenuto nei diversi items che compongono la scala, è possibile prendere in considerazione tali fattori di rischio in modo analitico, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

Questa scala si compone di due parti:

a) sezione dell'equilibrio: si compone di 9 items con un punteggio da 0 a 16.

Il soggetto è seduto su di una sedia rigida senza braccioli e viene invitato ad alzarsi: questa sezione valuta la capacità di risposta del soggetto allo svolgimento delle manovre indicate, in momenti successivi, dall'esaminatore.

Gli ambiti esplorati in questa prima parte della scala riguardano nello specifico:

- la capacità di alzarsi da una sedia; dà informazioni sulla presenza di ipotonia o ipotrofia muscolare agli arti inferiori, sulla eventuale possibilità del soggetto di vicariare tale deficit con gli arti superiori e sulla capacità di normale organizzazione di tale schema motorio.
- l'equilibrio in stazione eretta e le reazioni posturali; viene testata la capacità del soggetto di mantenere la stazione eretta in modo stabile con o senza ausili per il cammino e, attraverso la prova di Romberg, la presenza di reazioni posturali normali in assenza di percezione visiva. Le reazioni posturali vengono, inoltre, stressate attraverso l'ulteriore destabilizzazione dell'equilibrio tramite piccole spinte da parte dell'esaminatore, nelle diverse direzioni dello spazio.
- i cambi di postura; la capacità di girarsi su se stessi e di sedersi senza problemi sono importanti fattori predittivi di caduta: molte di queste, infatti, avvengono proprio durante l'esecuzione di tali manovre.

Le caratteristiche dell'equilibrio rilevate possono guidare alcune valutazioni neurologiche e muscoloscheletriche suggerendo una possibile sede di patologia (l'instabilità nei primi 5 sec. della stazione eretta può avere eziologia nell'ipotensione ortostatica o in disordini cerebellari - Tinetti 1986), oppure ancora possono orientare verso specifici trattamenti riabilitativi o ausili adatti per il cammino.

b) sezione dell'andatura: si compone di 7 items con un punteggio da 0 a 12.

Questa sezione valuta l'abilità del soggetto nello svolgimento del cammino, prima con passo normale, poi con passo più rapido, utilizzando gli abituali ausili per il cammino.

In particolare vengono analizzate:

- Le caratteristiche del passo: altezza, lunghezza e simmetria vengono testate tramite la capacità del soggetto di alzare completamente e superare entrambi i piedi durante il cammino.

- La fluidità del cammino: continuità del passo, deviazioni di traiettoria, aggiustamenti posturali anormali e base d'appoggio vengono testate attraverso l'osservazione attenta dell'esecuzione del cammino del soggetto da parte dell'esaminatore.

In questa sezione, la scala può darci informazioni molto preziose rispetto ad alcuni elementi: è importante ricordare, infatti, che caratteristiche anormali di andatura possono essere il risultato di problemi neurologici o muscoloscheletrici (un'andatura a passi corti e poco sollevati da terra unilateralmente, può indirizzarci diagnosticamente e terapeuticamente verso la probabilità di dolore o debolezza dell'anca o dell'arto inferiore) o rappresentare strategie compensative o adattive dell'individuo per aumentare la propria stabilità (aumento del 20% della larghezza dei piedi e del tempo di doppio appoggio degli stessi durante il cammino o sviluppo di andature particolari – Tinetti, 1986). Si ricorda che un'andatura a piccoli passi accompagnata ad una postura in flessione, può rappresentare, da un lato, un comportamento motorio tipico della malattia di Parkinson, ma anche un adattamento compensatorio a problemi di andatura, definiti o percepiti, sviluppato da un individuo per la paura di cadere. In questo caso, chiedendo al soggetto di camminare più velocemente (come richiesto nella scala), se malato di Parkinson, non sarà in grado di eseguire l'ordine; al contrario se ha sviluppato reazioni adattive adotterà un pattern motorio quasi normale in termini di postura del tronco, altezza e lunghezza del passo (Tinetti, 1986). Infine, le informazioni sulla continuità del passo e sulla traiettoria sono preziose per l'esaminatore nella decisione di addestrare la persona all'utilizzo di ausili per il cammino per aumentarne la stabilità e diminuirne il rischio di caduta.

Popolazione

Soggetti anziani cognitivamente integri.

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Fisioterapista, Infermiere, Medico.

Punteggio

Il punteggio della scala va da 0 (maggior rischio) a 28 (nessun rischio).

Si ottiene sommando rispettivamente i punteggi parziali ottenuti dal soggetto nella sezione dell'equilibrio e in quella dell'andatura.

Il punteggio della sezione dell'equilibrio è 0 – 16.

Il punteggio della sezione dell'andatura è 0 – 12.

- Punteggio 0 – 1: indica un soggetto non deambulante.
- Punteggio 2 – 19: indica un soggetto deambulante a rischio di caduta.
- Punteggio 20 – 28: indica un soggetto deambulante a basso rischio di caduta

Durata

5-10 minuti

Applicazioni

Clinica

Definizione dei soggetti a rischio di caduta. Valutazione dell'efficacia o degli effetti collaterali di terapie e programmi riabilitativi.

Ricerca

Studi di popolazione sui fattori predittivi di caduta.

Limiti

Trattandosi di un test "da camera" non è riproducibile in tutti gli ambienti e le situazioni di vita (Tinetti, 1986). Il rischio di caduta, infatti, per essere attendibile, dovrebbe essere valutato nelle effettive ed abituali condizioni abitative del soggetto.

TINETTI BALANCE AND GAIT SCALE

A) EQUILIBRIO: Il soggetto è seduto su di una sedia rigida, senza braccioli, se il soggetto non sta in equilibrio, il punteggio è 0.

1) equilibrio da seduto:

- (0) si inclina o scivola dalla sedia
- (1) è stabile, sicuro

2) alzarsi dalla sedia

- (0) è incapace senza aiuto
- (1) deve aiutarsi con le braccia
- (2) si alza senza aiutarsi con le braccia

3) tentativo di alzarsi

- (0) è incapace senza aiuto
- (1) capace, ma richiede più di un tentativo
- (2) capace al primo tentativo

4) equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)

- (0) instabile (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco)
- (1) stabile grazie all'uso di bastone o di altri ausili del cammino
- (2) stabile senza ausili per il cammino

5) equilibrio nella stazione eretta prolungata(0,1,2)

- (0) instabile (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco)
- (1) stabile ma a base larga (i malleoli mediali distano più di 10 cm fra loro)
- (2) stabile a base stretta senza supporto

6) Romberg

- (0) instabile
- (1) stabile

7) Romberg sensibilizzato

- (0) incomincia a cadere
- (1) oscilla, ma si ripiglia da solo
- (2) stabile

8) girarsi di 360°

- (0) a passi discontinui
- (1) a passi continui
- (0) instabile
- (1) stabile

9) sedersi

- (0) insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)
- (1) usa le braccia o ha un movimento discontinuo
- (2) sicuro, movimento continuo

punteggio:

(0) non eseguibile

(1/16)_____

B) ANDATURA: il paziente sta in piedi di fronte al valutatore; cammina lungo il corridoio o attraverso la stanza all'inizio con il suo passo usuale, poi con un passo rapido, ma sicuro. Può utilizzare gli abituali ausili per il cammino.

Se il soggetto non deambula, il punteggio è 0.

10) inizio della deambulazione

- (0) una certa esitazione o più tentativi
- (1) nessuna esitazione

11) lunghezza ed altezza del passo

piede destro

- (0) durante il passo il piede destro non supera il sinistro
- (1) durante il passo il piede destro supera il sinistro
- (0) durante il passo il piede destro non si alza completamente dal pavimento
- (1) durante il passo il piede destro si alza completamente dal pavimento

piede sinistro

- (0) durante il passo il piede sinistro non supera il destro
- (1) durante il passo il piede sinistro supera il destro
- (0) durante il passo il piede sinistro non si alza completamente dal pavimento
- (1) durante il passo il piede sinistro si alza completamente dal pavimento

12) simmetria del passo

- (0) il passo destro e quello sinistro non sembrano uguali
- (1) il passo destro e quello sinistro sembrano uguali

13) continuità del passo

- (0) interrotto o discontinuo
- (1) continuo

14) traiettoria

- (0) marcata deviazione
- (1) lieve e moderata o uso di ausili
- (2) assenza di deviazione e uso di ausili

15) tronco

- (0) marcata oscillazione o uso di ausili
- (1) nessuna oscillazione, ma flessione delle ginocchia, della schiena o allargamento delle braccia durante il cammino
- (2) nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili

16) cammino

- (0) i talloni sono separati
- (1) i talloni quasi si toccano

punteggio:

(0) non eseguibile

(1/12)_____

punteggio totale: (A+B) _____

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION, MMSE

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.

Versione italiana

Frisoni GB, Rozzini R, Bianchetti A, Trabucchi M. Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons. J Gerontol Soc Sci 1993; 48: S 310-4;

Measso G, Cavarzeran F, Zappalà C et al. The Mini – Mental State Examination. Normative Study of an Italian Random Sample. Develop Neuropsychol 1993; 9: 77-85.

Descrizione

Il MMSE è uno strumento ideato per valutare in ambito clinico, le capacità cognitive del soggetto. È costituito da 11 item suddivisi in 5 sezioni tramite le quali vengono valutate in modo semplice le varie funzioni cognitive, in particolare l'orientamento temporale e spaziale, la memoria immediata (memoria di fissazione o registrazione), l'attenzione ed il calcolo, la memoria episodica recente, il linguaggio (denominazione, ripetizione, comprensione di messaggi sia orale che scritto, e esecuzione di una frase), nonché la prassia costruttiva. Le prove verbali (sezioni 1-4 e primi due item della sezione 5) hanno un punteggio massimo di 24 punti. Le prove non verbali (ultimi 4 item della sezione 5) hanno un punteggio massimo di 6 punti e implicano l'esecuzione di ordini scritti e orali, la scrittura e la copia di un disegno (poligoni complessi). Parte delle informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio. Il valore massimo del test è 30/30; sono considerati normali punteggi uguali o superiori a 24/30.

Popolazione

Soggetti anziani

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Medico, psicologo, infermiere, altro operatore non specializzato dopo adeguato training.

Punteggio

Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi che il paziente ottiene in ciascun item e va da un minimo di 0 (deficit cognitivo grave) a un massimo di 30 (assenza di deficit cognitivo). Il punteggio soglia è 24 e la maggior parte delle persone anziane non dementi ottiene punteggi raramente al di sotto di tale valore. Tuttavia i valori dei punteggi soglia variano notevolmente in relazione all'età e alla scolarità (si veda la Tabella 1).

Durata

15 minuti

Applicazioni

Clinica

Identificazione e quantificazione del declino cognitivo in soggetti normali oppure con decadimento cognitivo accertato. Valutazione longitudinale di soggetti in osservazione clinica o in trattamento farmacologico e non farmacologico.


Ricerca

Studi longitudinali, sperimentazioni farmacologiche, indagini di popolazioni.

Limiti

Questo test ha nel suo pregio, la brevità, anche il suo limite; non permette infatti una valutazione completa delle funzioni cognitive e non è pertanto sufficientemente sensibile nelle fasi iniziali della demenza. Inoltre, il MMSE è influenzato dal livello di scolarità del soggetto; per questo motivo è raccomandabile l'uso di fattori di correzione, disponibili per l'età e la scolarità, nella popolazione anziana (Magni et al., 1996). Oltre all'età e alla scolarità, altre variabili, sia legate al paziente (livello di coscienza, attenzione, emotività, tono dell'umore, collaborazione, deficit visivi o uditivi) sia al valutatore (capacità di porre il paziente a proprio agio, di far comprendere gli ordini, di osservare e interpretare le risposte) influenzano la risposta al test.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

1 ORIENTAMENTO TEMPORO SPAZIALE						
Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione	0	1	2	3	4	5
Il paziente sa riferire il luogo, il piano, la città, la regione e lo stato in cui si trova	0	1	2	3	4	5
2 MEMORIA						
L'esaminatore pronuncia ad alta voce 3 termini (es. casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente	0	1	2	3		
L'esaminatore deve ripetere i tre termini fino a quando non siano stati appresi (max sei tentativi) e registrare il numero di tentativi						n. di tentativi: ____
3 ATTENZIONE E CALCOLO						
Far sottrarre 7 da 100 per 5 volte. Fermarsi dopo le prime 5 risposte						
Se il paziente avesse difficoltà di calcolo far scandire la parola "mondo" al contrario una lettera alla volta (1 punto per ogni lettera fino al primo errore)	0	1	2	3	4	5
4 RICHIAMO DELLE 3 PAROLE						
Richiamare i tre termini precedentemente imparati	0	1	2	3		
5 LINGUAGGIO E PRASSIA						
Mostrare una matita e un orologio e chiedere di denominarli	0	1	2			
Far ripetere la frase "Tigre contro tigre"				0	1	
Far eseguire il comando: "prenda un foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e lo metta sul tavolo"	0	1	2	3		
Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta "Chiuda gli occhi" e invitare il paziente a eseguire il comando indicato				0	1	
Far scrivere al paziente una frase formata almeno da un soggetto e verbo				0	1	
Far copiare al paziente un disegno (due pentagoni incrociati a un angolo)						
						
Nota: il materiale delle ultime due prove va conservato				0	1	
PUNTEGGIO TOTALE						/30

Coefficienti di aggiustamento del Mini Mental State Examination per classi di età e scolarità nella popolazione italiana (Magni et al., 1996)

Intervallo di età	63-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Livello di educazione					
0-4	+ 0,4	+ 0,7	+ 1,0	+ 1,5	+ 2,2
5-7	- 1,1	- 0,7	- 0,3	+ 0,4	+ 1,4
8-12	- 2,0	- 1,6	- 1,0	- 0,3	+ 0,8
13-17	- 2,8	- 2,3	- 1,7	- 0,9	+ 0,3

Il coefficiente va aggiunto al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato

NEURO PSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

Cummings JL, Mega M., Gray et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44:2308-14.

Versione italiana

Binetti G., Mega M., Magni E et al. Behavioral disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective. Arch Neurol 1998; 55:539-44.

Descrizione

È uno strumento in grado di valutare, sulla base delle informazioni ottenute dal caregiver, la frequenza e la gravità di un'ampia gamma di disturbi comportamentali, quali:

- deliri,
- allucinazioni,
- agitazione-aggressività,
- disforia-depressione,
- ansia,
- euforia,
- apatia,
- disinibizione,
- irritabilità-labilità,
- comportamento motorio aberrante,
- disturbi del sonno
- disturbi del comportamento alimentare.

I singoli disturbi comportamentali vengono esplorati mediante un questionario che permette, oltre a rilevare la presenza del disturbo, di ottenere informazioni più dettagliate sulle modalità di espressione del disturbo. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 4-6 settimane prece-

denti l'intervista. La valutazione viene fatta in base a informazioni fornite da un familiare o da persona che conosce bene il paziente.

Popolazione

Soggetti con demenza di origine diversa.

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Lo strumento può essere utilizzato dal medico, dallo psicologo, dall'infermiere e dall'operatore addestrato.

Punteggio

Dopo che sono state compilate le domande di screening e le domande specifiche per ciascuna sindrome, al caregiver si chiede di valutare, qualora il disturbo analizzato sia presente, la frequenza (su una scala di frequenza crescente da 1 a 4 e la gravità su una scala di gravità crescente da 1 a 3). È prevista per la scala della frequenza e per quella della gravità una legenda per l'assegnazione del punteggio (es. frequenza = meno di una volta alla settimana: assegnare punteggio 1).

Per ciascuna scala individuale, corrispondente a ciascuna delle 12 sindromi neuropsichiatriche, moltiplicando la frequenza e la gravità si ottiene un punteggio totale per sindrome (punteggio massimo pari a 12): essendo ogni scala composta da più domande, bisogna moltiplicare frequenza e gravità per ogni domanda e poi considerare il valore più alto come punteggio della sindrome. Il punteggio globale dell'inventario si ottiene sommando i punteggi totali delle scale individuali (punteggio massimo pari a 144).

La scala di valutazione del disagio psicologico (distress del caregiver) associato ai disturbi comportamentali, da 0 a 5 in ordine di disagio crescente, ha un punteggio massimo di 60.

Durata

La durata media varia da 10 a 20 minuti.

Applicazioni

Clinica

Screening dei disturbi comportamentali nella demenza in soggetti residenti al domicilio o in istituto.

Ricerca

Studi longitudinali, sperimentazioni farmacologiche e non farmacologiche, indagini di popolazione.

UCLA Neuropsychiatric Inventory

	N.A. *	FREQUENZA (F)				GRAVITA' (G)			F X G	DISTRESS DEL CAREGIVER						
Deliri	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Agitazione	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Depress/Disf.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Ansia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Euforia/Esalt.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Apatia/Ind.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Disinibizione	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Irritab./Labil.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Att. Mot. Anom.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Sonno	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Appetito	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	_____	0	1	2	3	4	5
Totale		_____				_____			_____	_____						

* N.A.: non applicabile

Punteggio totale (frequenza per gravità) /144
Punteggio totale del disagio psicologico /60

Deliri	
Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.	SI' NO N.A.
Sintomo	
1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male?	_____
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando?	_____
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca?	_____
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?	_____
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?	_____
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria?	_____
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo?	_____
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?]	_____
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?	_____
Frequenza:	
Raramente – meno di una volta alla settimana	1
Talvolta – circa una volta alla settimana	2
Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni	3
Molto frequentemente – una o più volte al giorno	4
Gravità:	
Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente	1
Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti	2
Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. (Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri)	3
Stress emotivo o psicologico	
Nessuno	0
Minimo	1
Lieve	2
Moderato	3
Severo	4
Grave	5

Allucinazioni

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? _____
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente

1

Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti

2

Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare e allucinazioni

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Agitazione/Aggressività

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o presenta altre forme di agitazione? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni

1

Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare

2

Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Depressione / Disforia

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni

1

Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare

2

Marcata: la depressione è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Ansia

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato?
È impaurito dal rimanere lontano da voi?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione]? _____
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni

1

Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.

2

Marcata: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Esaltazione/Euforia

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? _____
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? _____
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: l'esaltazione è evidente ma non dirompente

1

Moderata: l'esaltazione è evidentemente anormale

2

Marcata: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Apatia/Indifferenza

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. Il paziente è meno entusiata dei suoi interessi? _____
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.

1

Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari.

2

Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Disinibizione

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? _____
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso al solito comportamento? _____
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.

1

Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte di chi lo assiste.

2

Marcata: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte di chi lo assiste ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

Irritabilità/Labilità	
Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.	SI' NO N.A.
Sintomo	
1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose?	_____
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia?	_____
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia?	_____
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato?	_____
5. Il paziente è irritabile e nervoso?	_____
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo?	_____
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità?	_____
Frequenza:	
Raramente – meno di una volta alla settimana	1
Talvolta – circa una volta alla settimana	2
Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni	3
Molto frequentemente – una o più volte al giorno	4
Gravità:	
Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.	1
Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.	2
Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.	3
Stress emotivo o psicologico	
Nessuno	0
Minimo	1
Lieve	2
Moderato	3
Severo	4
Grave	5

Comportamento motorio aberrante

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:

- Raramente – meno di una volta alla settimana 1
- Talvolta – circa una volta alla settimana 2
- Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni 3
- Molto frequentemente – una o più volte al giorno 4

Gravità:

- Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane 1
- Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver 2
- Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali 3

Stress emotivo o psicologico

- Nessuno 0
- Minimo 1
- Lieve 2
- Moderato 3
- Severo 4
- Grave 5

Sonno

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? (non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente)

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesso volte durante la notte? (non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente) _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____
6. Si sveglia molto presto al mattino (rispetto alle sue abitudini)? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. Il paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? _____

Frequenza:

- Raramente – meno di una volta alla settimana 1
- Talvolta – circa una volta alla settimana 2
- Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni 3
- Molto frequentemente – una o più volte al giorno 4

Gravità:

- Lievi: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti 1
- Moderati: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo 2
- Marcati: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti. 3

Stress emotivo o psicologico

- Nessuno 0
- Minimo 1
- Lieve 2
- Moderato 3
- Severo 4
- Grave 5

Disturbi dell'appetito e dell' alimentazione

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? (se è incapace ad alimentarsi rispondere N.A.)

SI'
NO
N.A.

Sintomo

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio mangia voracemente)? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo in particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? _____
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? _____

Frequenza:

Raramente – meno di una volta alla settimana

1

Talvolta – circa una volta alla settimana

2

Frequentemente – diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni

3

Molto frequentemente – una o più volte al giorno

4

Gravità:

Lievi: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente

1

Moderati: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente

2

Marcati: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti

3

Stress emotivo o psicologico

Nessuno

0

Minimo

1

Lieve

2

Moderato

3

Severo

4

Grave

5

THE GOTTFRIES-BRANE-STEEN Scale

Gottfries CG, Brane G, Gullberg B, Steen G: A new rating scale for dementia syndromes. Arch. Gerontol. Geriatric 1982;1:311-330

Descrizione

The Gottfries-Brane-Steen Scale fu costruita nel 1978 e pubblicata nel 1982 prende il nome dalle prime lettere dei cognomi degli inventori.

Strumento di valutazione complessivo per la valutazione dei sintomi della demenza che si basa su una intervista semi-strutturata e l'osservazione.

I suoi obiettivi sono:

- Valutare le funzioni globali del paziente con demenza
- Valutare le disabilità emotive, intellettuali e sulle ADL nei pazienti con demenza
- Monitorare i comportamenti e/o i sintomi neuropsichiatrici comunemente presenti nei pazienti dementi
- Studiare i cambiamenti dei sintomi in pazienti con demenza e monitorare gli effetti del trattamento
- Aiutare gli operatori a supportare e educare i caregiver

È composta da 4 sottoscale e i domini esaminati sono:

1. compromissioni intellettive: orientamento personale, orientamento temporale, orientamento spaziale, memoria recente, memoria remota, vigilanza, concentrazione, ritmo d'attività, assenza, prolissità, distraibilità, disturbi del linguaggio
2. compromissioni emozionali: funzioni emozionali, labilità emozionale, motivazione
3. compromissioni nelle performance nelle ADL: vestirsi e svestirsi, mangiare, attività fisica, attività spontanea, igiene personale, controllo intestinale e della vescica
4. alcuni sintomi comuni della demenza: confusione, irritabilità, ansia, paura-panico, stato d'animo depresso, irrequietezza

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Medici, Psicologi, Infermieri

Punteggio

Lo strumento prevede sette possibilità di punteggio per ogni item dove lo 0 corrisponde all'assenza del sintomo o della compromissione e 6 rappresenta il massimo sintomo o compromissione

I punteggi intermedi si riferiscono a lievemente compromesso (punteggio 1 e 2), moderatamente compromesso (punteggio 3-4), molto compromesso (punteggio 5 e 6)

L'indice totale dello strumento di valutazione include le misure dello stato cognitivo, delle ADL, delle emozioni e dei sintomi comportamentali valutate separatamente.

Tempo di somministrazione

20 minuti

Applicazioni

Clinica

Valutazione degli item descritti nei soggetti ricoverati nei nuclei speciali per soggetti affetti da demenza

GBS

Scala Multidimensionale per la valutazione psico-comportamentale del paziente anziano

Paziente _____ Data _____

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| 1. Funzioni motorie | 1. Deficit motorio nello svestirsi e vestirsi | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Insufficienza motoria nell'assunzione del cibo | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Attività fisica compromessa | <input type="checkbox"/> |
| | 4. Deficit della motilità spontanea | <input type="checkbox"/> |
| | 5. Difficoltà motoria a provvedere all'igiene personale | <input type="checkbox"/> |
| | 6. Compromesso controllo della vescica e dell'intestino | <input type="checkbox"/> |
| 2. Funzioni intellettive | 1. Compromesso orientamento spaziale | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Compromesso orientamento temporale | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Compromesso orientamento personale | <input type="checkbox"/> |
| | 4. Compromessa memoria recente | <input type="checkbox"/> |
| | 5. Compromessa memoria remota | <input type="checkbox"/> |
| | 6. Compromessa vigilanza | <input type="checkbox"/> |
| | 7. Compromessa concentrazione | <input type="checkbox"/> |
| | 8. Incapacità di aumentare la velocità delle azioni | <input type="checkbox"/> |
| | 9. Astrazione | <input type="checkbox"/> |
| | 10. Aumentata frequenza di circonlocuzioni inutili | <input type="checkbox"/> |
| | 11. Distraiabilità | <input type="checkbox"/> |
| 3. Funzioni emotive | 1. Ridotta capacità di avere reazioni emotive appropriate | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Labilità emotiva | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Ridotta motivazione | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sintomi vari
di comune riscontro
nella demenza | 1. Confusione | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Irritabilità | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Ansia | <input type="checkbox"/> |
| | 4. Angoscia | <input type="checkbox"/> |
| | 5. Depressione dell'umore | <input type="checkbox"/> |
| | 6. Irrequietezza | <input type="checkbox"/> |

FUNZIONI MOTORIE

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Deficit motorio | 0) Lo fa senza aiuto |
| | 1) |
| | 2) Richiede aiuto nell'uso di bottoni, cerniere, ecc |
| | 3) |

- 4) Richiede aiuto per svestirsi e vestirsi, ma collabora attivamente
- 5)
- 6) Deve essere completamente vestito dallo staff assistenziale

2. Insufficienza motoria nell'assunzione del cibo

- 0) Riesce a nutrirsi
- 1)
- 2) Necessita di una supervisione e di aiuto nel nutrirsi
- 3)
- 4) Ha bisogno di essere sempre controllato
- 5)
- 6) Deve essere nutrito completamente dal personale

3. Attività fisica compromessa

- 0) Cammina senza aiuto o autonomamente con il bastone
- 1)
- 2) Ha bisogno di un sostegno (es. carrozzella, ecc)
- 3)
- 4) Ha bisogno dell'aiuto di un'altra persona
- 5)
- 6) È costretto su una sedia o allettato

4. Deficit della motilità spontanea

- 0) Ha funzioni motorie e attività spontanee normali; può per es. telefonare e fare acquisti in un negozio o ad una bancarella
- 1)
- 2) Siede inattivo più spesso del normale, ma un semplice stimolo lo porta ad iniziare una attività spontanea
- 3)
- 4) È inerte e si muove solo con forti stimoli, per es. in occasione di visite di parenti
- 5)
- 6) Non mostra alcuna attività motoria spontanea, si muove solo su esortazione diretta; per es. ordine di andare in sala da pranzo, aletto ecc...; o in risposta a necessità fisiologiche (es. andare in bagno ecc...)

5. Difficoltà motoria a provvedere all'igiene personale

- 0) Può attendere all'igiene della propria persona senza aiuto; es. lavarsi, pettinarsi, spazzolarsi i capelli, lavarsi i denti
- 1)
- 2) Necessita di qualche aiuto per fare la doccia o il bagno, ma completa la propria igiene personale senza aiuto
- 3)
- 4) Richiede aiuto ma collabora attivamente
- 5)
- 6) Necessita di completo aiuto

6. Compromesso controllo della vescica e dell'intestino

- 0) Ha il completo controllo degli sfinteri anale e vescicale
- 1)
- 2) Ha occasionali difficoltà con la diuresi ma riesce a mantenere un controllo completo se sollecitato e prontamente accompagnato alla toilette
- 3)
- 4) Ha frequenti episodi di incontinenza urinaria – parecchie volte alla settimana e/o occasionalmente incontinenza di feci
- 5)
- 6) È costantemente incontinente delle urine e/o delle feci

FUNZIONI INTELLETTIVE

1. Compromesso orientamento spaziale

- 0) È completamente orientato nello spazio
- 1)
- 2) Ha qualche problema nell'orientamento spaziale ma orientato nel proprio reparto o nella propria casa
- 3)
- 4) È disorientato, cioè ha dei problemi di orientamento nel reparto o nella propria abitazione
- 5)
- 6) È completamente disorientato nello spazio

2. Compromesso orientamento temporale

- 0) Conosce il giorno della settimana, la data, l'anno
- 1)
- 2) Ricorda l'anno ed il mese ma non il nome del giorno e la data
- 3)
- 4) È soltanto orientato nelle stagioni
- 5)
- 6) È completamente disorientato nel tempo
- 9) Non è testabile

3. Compromesso orientamento personale

- 0) Conosce con precisione il proprio nome, occupazione, data di nascita
- 1)
- 2) Conosce il proprio nome ma potrebbe non sapere i dettagli personali
- 3)
- 4) Ricorda il proprio nome solo se aiutato
- 5)
- 6) È completamente disorientato

4. Compromessa memoria recente

- 0) Non ha disturbi per la memoria recente, conosce ciò che è accaduto durante le ultime 24 ore
- 1)
- 2) Mostra qualche deterioramento della memoria recente; questo si evidenzia solo con test o con una conversazione

- 3)
- 4) Presenta una memoria recente tanto debole che si manifesta anche con un colloquio superficiale
- 5)
- 6) La memoria recente è completamente distrutta; il paziente può non ricordare nulla da un momento all'altro

5. Compromessa memoria remota

- 0) Nessun disturbo della memoria remota, in conversazioni dettagliate il paziente ricorda i nomi delle persone importanti per lui e altri eventi (es. politici, ecc...) accaduti durante gli anni dell'infanzia e della giovinezza
- 1)
- 2) Non riesce a rispondere a domande come quelle sopra dette (vedi n.0), ricorda con difficoltà persone importanti e significativi avvenimenti politici del primo periodo della sua vita
- 3)
- 4) La memoria remota è tanto debole che lo si nota anche in conversazioni semplici; es. il paziente non ricorda nomi, numeri, luoghi, residenza dei componenti della propria famiglia
- 5)
- 6) La memoria remota del paziente è totalmente compromessa

6. Compromessa vigilanza

- 0) Il paziente è vigile
- 1)
- 2) Di tanto in tanto il paziente appare leggermente assopito
- 3)
- 4) Mostra segni di ottundimento ma necessita solo di un incoraggiamento per restare sveglio
- 5)
- 6) È sonnolento: è possibile svegliarlo ma torna subito nello stato di ottundimento

7. Compromessa concentrazione

- 0) Non ha difficoltà a concentrarsi cioè non ha difficoltà a raccogliere i propri pensieri nella situazione del colloquio, nel seguire programmi televisivi, o nella lettura di un testo scritto
- 1)
- 2) Di tanto in tanto il paziente sembra perdere la capacità di concentrazione, cioè si distrae dall'argomento di discussione ripetutamente, presenta qualche difficoltà nella lettura o nel seguire programmi televisivi
- 3)
- 4) Ha chiari disturbi di concentrazione che gli rendono difficile attenersi al filo del discorso o comprendere i programmi televisivi, gli articoli dei giornali, ecc...
- 5)
- 6) Ha gravi difficoltà nella capacità di concentrarsi, non si può eseguire con lui una conversazione sensata

8. Incapacità di aumentare la velocità delle azioni

- 0) Può affrettarsi quando gli viene richiesto
- 1)
- 2) Quando al paziente viene fatta urgenza la sua prestazione peggiora ma riesce a fare ciò che gli viene richiesto
- 3)
- 4) Quando al paziente viene fatta urgenza il suo rendimento si riduce in modo tale che non riesce a completare neppure compiti molto semplici; si irrita, si agita, diventa confuso
- 5)
- 6) Le reazioni del paziente sono bloccate: non reagisce per niente quando si tenta di fargli fretta

9. Astrazione

- 0) È normalmente attento
- 1)
- 2) Di tanto in tanto può apparire distratto
- 3)
- 4) È continuamente, anche se modicamente, distratto
- 5)
- 6) È sempre così assente che è incapace di qualsiasi azione sensata e finalizzata

10. Aumentata frequenza di circonlocuzioni inutili

- 0) Si esprime normalmente
- 1)
- 2) Occasionalmente è troppo loquace ed esagera nei dettagli e non ha comunque alcun problema nell'attenersi al filo del discorso
- 3)
- 4) Parla in continuazione, usa dettagli a non finire; ha difficoltà nell'arrivare al "punto" con molte digressioni dal tema
- 5)
- 6) È incapace di esprimere quello che vuol dire e si perde completamente in dettagli verbali
- 9) Il paziente non è testabile

11. Distraibilità

- 0) L'attenzione è normale
- 1)
- 2) L'attenzione viene ogni tanto attratta da stimoli insignificanti
- 3)
- 4) L'attenzione viene continuamente e notevolmente distolta
- 5)
- 6) Non è capace di prestare alcuna attenzione e non è possibile alcuna attività logica

FUNZIONI EMOTIVE

1. Ridotta capacità di avere reazioni emotive appropriate

- 0) Nessun disturbo relativo a funzioni emotive; il paziente è in grado di reagire appropriatamente in diverse situazioni, cioè è in grado di provare dispiacere, gioia, odio, paura, rabbia, ecc...
- 1)
- 2) Occasionali disturbi alle funzioni emotive, il paziente pur manifestando alcune reazioni emotive, ha perso alcune delicate sfumature che gli erano caratteristiche in età precedenti
- 3)
- 4) Può manifestare gioia, dolore, ecc... ma lo fa in modo grossolano e superficiale
- 5)
- 6) Le funzioni emotive del paziente sono gravemente compromesse, è incapace di mostrare segni di dolore, gioia, odio, rabbia, paura, ecc...

2. Labilità emotiva

- 0) Il paziente riesce a controllare normalmente le proprie reazioni
- 1)
- 2) Con forti stimoli emotivi il paziente piange e ride in modo disinibito ed esagerato
- 3)
- 4) Anche con stimoli emotivi modesti il paziente reagisce senza inibizioni
- 5)
- 6) La capacità di controllare le proprie reazioni emotive è completamente perduta
- 9) Il paziente non è testabile

3. Ridotta motivazione

- 0) La motivazione del paziente, per quanto riguarda le proprie attività ed occupazioni, è normale
- 1)
- 2) Necessita di un considerevole incoraggiamento per iniziare qualsiasi lavoro e mostra di solito solo interesse passivo
- 3)
- 4) Manca chiaramente di motivazione e necessita di continue esortazioni per iniziare e portare a termine qualsiasi lavoro
- 5)
- 6) È completamente demotivato e non intraprende alcun lavoro spontaneamente; anche con stimoli emotivi non viene convinto a collaborare

4. Sintomi vari di comune riscontro nella demenza

- 0) È in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con il proprio ambiente
- 1)
- 2) Appare sconcertato e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 3)

- 4) È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 5)
- 6) È completamente confuso, così che sono impossibili la capacità di comunicare e le attività; la personalità è completamente distrutta

2. Irritabilità

- 0) Non mostra segni di irritabilità ed è calmo
- 1)
- 2) Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 3)
- 4) Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritazione, che non sempre può essere controllata
- 5)
- 6) Il contatto con il paziente produce una irritazione non controllata

3. Ansia

- 0) Non mostra alcun segno di ansia
- 1)
- 2) È di tanto in tanto preoccupato, anche per motivi poco importanti, è in grado di controllare i propri sentimenti
- 3)
- 4) È sempre fortemente ansioso e mostra preoccupazioni per inezie ma è possibile distoglierlo da esse
- 5)
- 6) È talmente ansioso che non riesce a compiere alcuna azione, è preoccupato per inezie ed è impossibile distoglierlo

4. Angoscia

- 0) Non presenta segni fisici né mentali di angoscia
- 1)
- 2) Mostra temporaneamente segni di vago sconforto mentale, ma la condizione può essere controllata
- 3)
- 4) Mostra sempre segni di diffuso sconforto mentale che possono raggiungere il livello di panico, tale condizione è collegata alla posizione del corpo ed alla presenza di sintomi vegetativi come palpitazioni e sudorazione: non si riesce a distrarlo da questi problemi
- 5)
- 6) Mostra segni di marcato e diffuso sconforto mentale con prolungati attacchi di panico: sentimenti di orrore e/o morte si presentano continuamente e non vengono superati

5. Depressione dell'umore

- 0) Il livello del paziente è normale
- 1)
- 2) Di tanto in tanto il paziente appare depresso e in atteggiamento di autocritica ma predominano i periodi di morale più alto

- 3)
- 4) Il paziente è evidentemente depresso e ciò è visibile non solo dalle sue parole ma anche dall'espressione e dall'atteggiamento del suo viso (il paziente può ad esempio sentirsi abbandonato dalla famiglia, dagli amici, si lamenta di dolori, affaticamenti, risvegli precoci, problemi di insonnia, ...)
- 5)
- 6) Il paziente è estremamente depresso e questo lo rende assolutamente incapace di agire nella maggior parte della situazioni

6. Irrequietezza

- 0) Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità
- 1)
- 2) Mostra segni di irrequietezza, cioè cambia molto spesso posizione durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- 3)
- 4) Il paziente appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto e si muove continuamente per alzarsi in piedi durante la conversazione, per es. contorce le mani, manipolando in continuazione oggetti a portata di mano
- 5)
- 6) Il paziente cammina avanti e indietro incessantemente senza fermarsi ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo

ALLEGATO 2: LA POPOLAZIONE E LE RSA DELLA PROVINCIA DI MANTOVA

La popolazione residente

La popolazione residente nella Provincia di Mantova al 31.12.2008 è costituita da 409.799 unità.

	Maschi	Femmine	Totale
	200.559	209.240	409.799
Anziani	35.682	52.081	87.763
% anziani	17,8	24,9	21,4

La popolazione anziana (considerata convenzionalmente quella al di sopra dei 65 anni di età), è distribuita nelle seguenti fasce d'età:

Fasce d'età popolazione anziana al 31.12.2008

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
65 -69 anni	10.394	11.878	22.272
70 -74 anni	9.680	11.604	21.284
75 - 79 anni	7.325	10.459	17.784
80 - 84 anni	4.991	9.163	14.154
85 - 89 anni	2.523	6.156	8.679
90 - 94 anni	590	1.976	2.566
95 - 99 anni	165	750	915
100 e +	14	95	109
TOTALE	35.682	52.081	87.763

L'indice di vecchiaia è:

- pari a circa 160 anziani ogni 100 giovani (fascia 0 - 14)
- risulta decisamente maggiore per le donne rispetto agli uomini (M 125 – F 198)
- dal 1997 mostra una tendenza in diminuzione dovuta alla crescita della componente straniera
- l'indice di dipendenza è pari a 53 persone in età non lavorativa, e quindi ipoteticamente dipendenti, ogni 100 in età lavorativa (15-64).

(I dati sono ricavati dall'Osservatorio della Provincia di Mantova)

RSA - SITUAZIONE POSTI LETTO AL 31/12/2009

DENOMINAZIONE	COMUNE	posti autorizzati totali	posti di sollievo autorizzati	posti solo autorizzati	posti accreditati al 2009	Posti a nucleo alzheimer ricompresi negli accreditati
RSA "A. Ricciardelli"	Acquanegra	45	0	0	45	
RSA di Asola	Asola	108	0	5	103	17
"Villa Azzurra"	Borgoforte	146	0	0	146	
RSA "Alla Pace"	Borgofranco Po	42	0	0	42	
RSA "Domus Pasotelli Romani"	Bozzolo	100	0	28	72	
RSA "Casa Leandra"	Canneto S/O	58	0	0	58	
RSA "Il Gelso"	Castelgoffredo	32	2	0	30	
RSA "Fond. Zanetti e Cominelli"	Castiglione/Stiviere	73	0	0	73	
Residenza "S. Pietro"	Castiglione/Stiviere	60	0	30	30	
RSA "Fondazione San Biagio"	Cavriana	30	0	0	30	
Unità Genetrica Riabilitativa (U.G.R.)	Eremo di Curtatone	40	0	0	40	
RSA "Conte C. Caracci"	Gazzuolo	62	2	0	60	
"Villa Maddalena"	Gonito	120	8	0	120	
RSA "I TULIPANI"	Gonzaga	80	0	30	50	
RSA "Fond. Osp. Civile di Gonzaga"	Gonzaga	22	2	0	22	
Fond. Contessa Rizzini - Onlus	Guidizzolo	60	2	0	60	
RSA Fond. "Mons. Arrigo Mazzali"	Mantova	202	0	0	202	36
"Isabella d'Este"	Mantova	119	0	0	119	13
"Casa Pace"	Mantova	53	0	5	53	
"Luigi Bianchi"	Mantova	55	0	2	53	
Fondazione Benedini Onlus	Marcaria	60	0	17	43	
"Villa Aurelia"	Marcaria	98	0	9	89	10
E.G. Cordioli	Marmirolo	40	0	2	40	
RSA Fondazione "Pietro Sissa"	Moglia	65	0	5	60	
"Casa Rosanna"	Monzambano	40	2	18	20	
RSA "Giovanni Belfanti"	Ostiglia	38	0	3	35	
RSA "Ernesta Bovi"	Pegognaga	56	0	28	28	
Istituto per anziani "Isidoro Cappi"	Poggio Rusco	42	1	1	40	
RSA "Mazzucchini"	Pomponesco	38	3	2	33	
RSA "I Cidamini"	Quistello	54	0	0	54	
Comunale Revere	Revere	45	0	0	45	
RSA "Tosi/Cippelletti"	Rivarolo Mantovano	72	0	4	68	
"Villa Carpaneda" ASP	Rodigo	193	0	0	193	14
Fondazione "Antonio Nuvolari"	Roncoferraro	112	0	0	112	
Bagussi Dassu' ASP	S. Martino d. argine	34	0	3	31	
RSA Comunale	S.Benedetto Po	72	0	0	72	
Fond. "Isabella Gonzaga" Onlus	Sabbioneta	32	0	0	32	
Fond RSA "Scarpari Forattini" Onlus	Schivenoglia	81	6	0	75	
Fond. Solaris	Sermide	61	1	0	60	
Istituto Geriatrico "G. Canossa"	Serravalle Po	71	1	0	70	
Casa F. Madre Colomba Gabriel	Solferino	65	0	5	60	
Fond "Luigi Boni" Onlus	Suzzara	89	4	0	85	
RSA "Carlo Louisa Grassi"	Viadana	88	0	9	79	
Fond U. Sabbadini Onlus	Villastrada Dosolo	25	0	0	25	
I Girasoli srl	Virgilio	120	0	0	120	
"Beata Paola"	Volta Mantovana	118	0	0	118	
RSA "Fondazione Franco Nicolai"	Volta Mantovana	40	0	0	40	
		3356	34	206	3135	90

ALLEGATO 3: ESEMPIO DI UN PROGETTO DI STRUTTURA

Progetto eseguito nell'anno 2007 dalla RSA "VILLA AURELIA" di San Michele in Bosco, Marcaria

- A) Analisi della situazione: nell'anno _ sono presenti n. 2 posti dedicati ad ospiti ricoverati in regime temporaneo. Nell'anno precedente le domande di ricovero su posto temporaneo sono state _ e le famiglie hanno richiesto ricoveri della durata media di _ giorni. Le richieste sono pervenute per far fronte a dimissioni ospedaliere, per tamponare periodi di attesa per l'inserimento presso altre strutture residenziali o riabilitative, per sollievo alla famiglia. Questa pluralità di richieste e la diversità dei bisogni evidenziati porta alla necessità di gestire i ricoveri temporanei in modo diverso rispetto ai ricoveri definitivi. Per tale motivo la direzione della RSA decide di affrontare la problematica attraverso un progetto che avrà durata dal _ al _.
- B) Titolo del progetto: PROGETTO INDIVIDUALE RIFERITO AD OSPITI INSERITI TEMPORANEAMENTE IN STRUTTURA
- C) Responsabile del progetto: direttore sanitario, direttore della struttura, caposala
- D) Ambito di intervento: RSA
- E) Destinatari del progetto: tutti gli ospiti ricoverati temporaneamente dal _ al _ sui posti letto individuati per i temporanei.
- F) Soggetti coinvolti: tutti gli operatori dell'équipe, i famigliari, le impiegate amministrative, i medici di medicina generale, l'ASL di distretto, l'ufficio protesì, la farmacia, il comune.
- G) Obiettivi e risultati attesi:
- elaborare un protocollo di accoglienza-presa in carico dell'ospite – dimissione anche per gli ospiti temporanei
 - favorire il processo di inserimento, socializzazione, mantenimento e/o potenziamento delle capacità dell'ospite, mantenimento degli hobbies e degli interessi personali
 - attivare tutte le funzioni di case-management per garantire la continuità assistenziale sia in previsione di rientro al domicilio che di dimissione presso altra struttura
 - fornire sostegno al care-giver durante il periodo del ricovero e della dimissione.
- H) indicatori di risultato:
- valutazione dei bisogni presentati dall'ospite ricoverato e impostazione di un case-management nel 100% dei casi
 - elaborazione di PAI specifici nel 100% dei casi
 - dimissione protetta nel 100% dei casi
 - elaborazione di un nuovo protocollo di accoglienza entro il _
 - confronto con i care-giver nel 100% dei casi.
- I) Modalità di svolgimento del progetto:
- un momento formativo per tutto il personale della struttura coinvolto (a cura di...)
 - lettera per i medici di medicina generale interessati (a cura di...)
 - elaborazione di un nuovo protocollo per l'accettazione, presa in carico e dimissione entro il__ (a cura di...)
 - modifica della carta dei servizi (a cura di...)
 - definizione dell'équipe assistenziale
 - lettera ai care-giver
 - revisione della modulistica PAI per gli ospiti temporanei con (individuare gli operatori)

- elaborazione di progetti di animazione per ospiti temporanei
- individuazione degli interventi di case management e attribuzioni alle figure professionali (es: cambio medico, richiesta di ausili, sostegno alla famiglia, preparazione del domicilio per il rientro, ecc)

L) Strumenti di verifica:

- PAI
- valutazione multidisciplinare
- fascicolo amministrativo
- fascicolo socio-sanitario
- documenti clinici personali dell'ospite
- protocollo di accoglienza, presa in carico e dimissioni dell'ospite.

M) modalità di diffusione del progetto:

- si renderà noto il progetto in una riunione per tutto il personale in data _ e gli stadi di avanzamento del progetto in data _
- lettera all'ASL
- segnalazione sulla scheda struttura
- lettera ai medici di medicina generale
- diffusione alla popolazione di una brochure
- pubblicazione del progetto sulla Gazzetta di Mantova

Considerazioni dei partecipanti al corso

I progetti di struttura hanno un elevato grado di difficoltà in quanto in essi intervengono sia compiti di diagnosi, di valutazione e di decisione.

Inoltre non si tratta di prendere una decisione, ma molte decisioni, legate tra loro da connessioni causali (una decisione condiziona un'altra) e da priorità temporali. Solo un gruppo che ha raggiunto uno stadio di sviluppo elevato può eseguire un compito di progetto, che richiede interscambi multi professionali e multidisciplinari. Se nella fase progettuale è utile la condivisione degli obiettivi tra vertici e gruppo operativo, nella fase di sviluppo diventa indispensabile una figura di coordinamento per la conduzione e "manutenzione" del gruppo.

Tutte le fasi del progetto vanno documentate (es attraverso raccolta firme di partecipazioni a riunioni o corsi di formazione, compilazione dei fascicoli socio sanitari con le fasi di avanzamento degli aspetti individuali del progetto, ecc) e riassunte in una relazione finale, che in genere viene richiesta dall'ASL nell'anno successivo a quello di realizzazione.

Tale relazione deve toccare tutti i punti previsti in fase di progettazione e deve riportare tutte le attività svolte e i risultati conseguiti, oltre al livello di raggiungimento degli indicatori.

ALLEGATO 4: PROPOSTE SCHEMI PAI ELABORATI DURANTE IL CORSO

In ognuno dei sette corsi sono stati istituiti tre gruppi di lavoro che, attraverso lo strumento del lavoro di équipe, hanno orientato la discussione sulla necessità di formulare un PAI provvisorio oppure di stilare un PAI completo già dal momento dell'ingresso dell'ospite; quali scale o notizie si rendevano utili in entrambi i casi e proposta di una modulistica da utilizzare.

La discussione doveva tenere in considerazione le modalità operative già esistenti nelle strutture e proporre un nuovo modello di PAI condiviso tra le varie figure professionali afferenti ad ogni gruppo: ASA/OSS, medico, infermiere, fisioterapista ed animatore/educatore.

Cinque gruppi hanno espresso la necessità di elaborare un protocollo d'ingresso che preveda la suddivisione dei compiti dei vari operatori che accolgono l'ospite e i famigliari in struttura, il colloquio con l'ospite e i famigliari per avere informazioni sulle caratteristiche fisiche, le patologie e il livello di autonomia, le aspettative, le propensioni dell'ospite e le motivazioni al ricovero. Per tale motivo ritengono necessario formulare una scheda d'ingresso strutturata alla quale aggiungere la compilazione delle scale di valutazione CIRS, Barthel modificato, MMSE. In seguito l'équipe formula un PAI provvisorio che tiene in considerazione i problemi rilevanti rispetto all'autonomia, alla clinica e all'adattamento in struttura. A distanza di un mese propongono l'elaborazione di un PAI più complesso che si basa su una conoscenza maggiore dell'ospite.

I rimanenti gruppi hanno ritenuto utile fare una raccolta accurata dei dati all'ingresso e formulare il PAI "definitivo" entro la prima settimana di ricovero del nuovo ospite per non andare a gravare ulteriormente sull'organizzazione (limitare il numero di riunioni di équipe).

Tra tutti i PAI elaborati durante il corso abbiamo selezionato i più significativi e corretti dal punto di vista metodologico.

Ringraziamo tutti i partecipanti per l'impegno e il proficuo lavoro svolto.

4.1 PAI PROVVISORI

PRIMO PAI PROVVISORIO

NOME E COGNOME _____

(COMPILAZIONE DI SCHEDA D'INGRESSO ALLEGATA AL PAI PROVVISORIO)

CIRS punteggio:

BARTHEL punteggio:

TINETTI punteggio:

MMSE punteggio:

PROBLEMI PRINCIPALI ED IMMINENTI

PROBLEMI FUNZIONALI

PROBLEMI ASSISTENZIALI

ASPETTATIVE E PROPENSIONI

OBIETTIVI

INTERVENTI OPERATORI

VALUTAZIONE

DATA _____ ÉQUIPE _____

SECONDO PAI PROVVISORIO

NOME E COGNOME _____

DATA _____ ÉQUIPE _____

ANAMNESI (INQUADRAMENTO CLINICO E ANALISI MULTIDISCIPLINARE)

INDICE DI BARTHEL punteggio

Alimentazione	t.d	p.d	a.
Ritmo sonno-veglia	regolare		alterazioni _____
Contenzione	tipologia		
Deambulazione	t.d	p.d	a.
Passaggi posturali	t.d.	p.d.	a.
Uso di ausili	t.d.	p.d.	a.
Igiene	t.d.	p.d.	a.
Vestizione	t.d.	p.d.	a.
Uso del wc	t.d.	p.d.	a.

t.d.: totalmente dipendente - p.d.: parzialmente dipendente - a.: autonomo

COGNITIVITA'

Orientamento nel tempo _____

Orientamento nello spazio _____

Prassie _____

Collaborazione _____

Eloquio _____

Memoria _____

Tono dell'umore _____

INTERESSI

ASPETTATIVE (dell'ospite e dei famigliari)

OBIETTIVI

INTERVENTI (chi fa che cosa)

TEMPI

VERIFICA

TERZO PAI PROVVISORIO

NOME E COGNOME _____

DATA _____ OPERATORI _____

BISOGNI ASSISTENZIALI

STATO COGNITIVO _____

PROBLEMI/PATOLOGIE

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE IN ÉQUIPE

DESCIZIONE DEGLI INTERVENTI

Medico

Infermiere

Fisioterapista

Educatore

ASA-OSS

VALUTAZIONE PERIODICA (da farsi entro un mese)

STATO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

ÉQUIPE DI VALUTAZIONE

QUARTO PAI PROVVISORIO

PIANO	P.A.I. PROVVISORIO (da compilare entro 7gg dall' ingresso)			Nominativo..... data / /
	PROBLEMI dell'OSPITE	OGGETTIVO degli interventi	DESCRIZIONE interventi	
SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Pertensione..... • Cardiaci..... • Vascolari..... • Respiratori..... • Digestivi..... • Epatici..... • Urogenitali..... • Neurologici..... • Psichiatrici..... • Endocrino-metabolici..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Comperso funzioni vitali..... • Gestione CV..... • Evitare complicanze..... • Calo ponderale..... • Alimentazione adeguata..... • Limitare il dolore..... • Ridurre lo stato depressivo e l'ansia..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo periodo di..... • Adeguamento alla terapia..... • Accertamenti strumentali..... 	<ul style="list-style-type: none"> • DATA..... • Obiettivi raggiunti • In parte raggiunti • Non raggiunti <p>Note</p>
ASSISTENZIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Cura di sé..... • Alimentazione..... • Mobilità..... • Comportamento..... • Incontinenza..... • Rischio decubiti..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare/Mantenere autonomia igiene..... • Migliorare cura della persona..... • Limitare/Aumentare assunzione cibi..... • Aumentare autonomia mobilità..... • Limitare l'irritabilità..... • Gestire l'incontinenza..... • Prevenire decubiti..... • Prevenire e limitare le cadute..... • Migliorare/Aumentare stima di sé..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo posture/mobilizzazione..... • Portare in bagno ogni..... • Cure igieniche..... • Monitoraggio assunzione alimenti..... • Cura decubiti..... • Controllo alvo..... • Utilizzo strumenti di protezione a tutela dell'ospite..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi raggiunti • In parte raggiunti • Non raggiunti <p>Note</p>
RIABILITATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Deficit funzionali..... • Postura..... • Deambulazione..... • Equilibrio/ coordinazione..... • Dolore..... • Tono..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare correttamente ausili e protesi..... • Migliorare autonomia cammino..... • Migliorare equilibrio/ ridurre cadute..... • Ridurre il dolore..... • Evitare retrazioni/ aumento ROM..... • Migliorare la funzionalità..... • Mantenere capacità residue..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulazione..... • Scale..... • Cyclette/ Pedalo..... • Mobilizzazione passiva..... • Rinforzo muscolare..... • Ginnastica attiva di gruppo..... • Terapia fisica..... • Non in trattamento..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi raggiunti • In parte raggiunti • Non raggiunti <p>Note</p>
ANIMATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Deficit sensoriali..... • Comunicazione disturbata..... • Disorientato / Irritabile..... • Assenza di linguaggio..... • Apatia..... • Memoria/Orientamento S-T..... • Isolamento..... • Difficoltà di attenzione..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire la socializzazione..... • Mantenimento benessere psicofisico/emotivo..... • Stimolare funzioni cognitive..... • Favorire l'autostima..... • Adattamento alla struttura..... • Altro..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione potenzialità occupazionali..... • Partecipazione animazione..... • Partecipazione funzioni liturgiche..... • Attività grafico-pittoriche..... • Progetto individuale..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi raggiunti • In parte raggiunti • Non raggiunti <p>Note</p>

4.2 PAI DEFINITIVI

PRIMO PAI DEFINITIVO

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

COGNOME.....

NOME:

NATO a:il

Motivo dell'ingresso nella struttura:

.....
.....

Data di ingresso:Data inizio PAI definitivo:

NOMINATIVO E QUALIFICA DEI REDATTORI DEL PAI

1)..... 2)

3)..... 4)

Firma del Responsabile

Data..... Qualifica Firma

Per conoscenza/partecipazione da parte dell' Ospite:

Data..... Firma

Per conoscenza/partecipazione da parte dei Familiari/Tutore:

Data..... Firma familiareGrado parentela.....

Data..... Firma familiareGrado parentela.....

Aspettative espresse dall'Ospite/Familiari di difficile realizzazione:

.....
.....

Motivazione della struttura

Suggerimenti/osservazioni/critiche dei familiari:

.....
.....

VALUTAZIONE FUNZIONALE /OBIETTIVA

		CIRS	MMSE	GDS	Tinetti	Braden	Barthel	
PAI preliminare	Data							
	Risultato							
Inizio PAI	Data							
	Risultato							
2° step	Data							
	Risultato							

AREA N° 1 - CLINICA

Rilevazione dei bisogni espressi dall'ospite:

.....

Valutazione:

.....

Obiettivo specifico:

- Mantenimento
- Cambiamento:

.....

Azioni/Attività:

.....

Prima compilazione o preliminare in data..... termina.....

Progetto definitivo di assistenza inizia in data.....

Firma referente area..... Qualifica..... Firma respon. Prog.

Verifiche successive: (possibilmente ogni 6 mesi o tutte le volte che una situazione richieda una modifica delle necessità assistenziali)

Data verifica	Rag. Obiettivo Precedente		Obiettivo		Firma referente Area	Ruolo Referente Area	Firma Resp.
	Si	No	Mant.	Camb.			

AREA N° 2 - ASSISTENZIALE

Rilevazione dei bisogni espressi dall'ospite:

.....
.....
.....

Valutazione:

.....
.....
.....

Obiettivo specifico:

- Mantenimento
- Cambiamento:

.....
.....
.....
.....

Azioni/Attività:

.....
.....
.....
.....

- Prima compilazione o preliminare in data..... termina.....
 Progetto definitivo di assistenza inizia in data.....

Firma referente area..... Qualifica..... Firma respon. Prog.

Verifiche successive: (possibilmente ogni 6 mesi o tutte le volte che una situazione richieda una modifica delle necessità assistenziali)

Data verifica	Rag. Obiettivo Precedente		Obiettivo		Firma referente Area	Ruolo Referente Area	Firma Resp.
	Si	No	Mant.	Camb.			

AREA N° 3 - RIABILITATIVA

Rilevazione dei bisogni espressi dall'ospite:

.....

Valutazione:

.....

Obiettivo specifico:

- Mantenimento
- Cambiamento:

.....

Azioni/Attività:

.....

- Prima compilazione o preliminare in data..... termina.....
 Progetto definitivo di assistenza inizia in data.....

Firma referente area..... Qualifica..... Firma respon. Prog.

Verifiche successive: (possibilmente ogni 6 mesi o tutte le volte che una situazione richieda una modifica delle necessità assistenziali)

Data verifica	Rag. Obiettivo Precedente		Obiettivo		Firma referente Area	Ruolo Referente Area	Firma Resp.
	Si	No	Mant.	Camb.			

AREA N° 4 - ANIMAZIONE/OCCUPAZIONALE

Rilevazione dei bisogni espressi dall'ospite:

.....

Valutazione:

.....

Obiettivo specifico:

- Mantenimento
- Cambiamento:

.....

Azioni/Attività:

.....

- Prima compilazione o preliminare in data..... termina.....
 Progetto definitivo di assistenza inizia in data.....

Firma referente area..... Qualifica..... Firma respon. Prog.

Verifiche successive: (possibilmente ogni 6 mesi o tutte le volte che una situazione richieda una modifica delle necessità assistenziali)

Data verifica	Rag. Obiettivo Precedente		Obiettivo		Firma referente Area	Ruolo Referente Area	Firma Resp.
	Si	No	Mant.	Camb.			

Diario giornaliero/attività PAI

Qualifica Operatore	Data	Ora	Descrizione dell'attività applicata/somministrata	Sigla

Criticità:

.....

Termine del PAI il

Firma del Responsabile del PAI.....**Qualifica**.....

SECONDO PAI DEFINITIVO

NOME E COGNOME				
DATA				
N° PAI				
Piano clinico				
PROBLEMA	OBIETTIVO E INDICATORI	INTERVENTO OPERATORI	TEMPI	VERIFICA
Piano assistenziale				
PROBLEMA	OBIETTIVI E INDICATORI	INTERVENTI OPERATORI	TEMPI	VERIFICA
Piano riabilitativo				
PROBLEMA	OBIETTIVI E INDICATORI	INTERVENTI OPERATORI	TEMPI	VERIFICA
Piano di animazione				
PROBLEMA	OBIETTIVI E INDICATORI	INTERVENTI OPERATORI	TEMPI	VERIFICA
ÉQUIPE				
IL FAMILIARE PER PRESA VISIONE				

TERZO PAI DEFINITIVO

NOM E COGNOME	DATA	PAI N.	PROSSIMA VALUTAZIONE
PROBLEMI E CAUSE	MEDICO (PIANO CLINICO) INFERMIERE		TEMPI
OGGETTIVI E CRITERI (INDICATORI)	OSS (PIANO ASSISTENZIALE)		TEMPI
<p>Lesioni da decubito Sede e grado</p> <p>Cadute</p> <p>Strumenti a tutela e protezione dell'ospite</p> <p>Incontinenza Ausili per il movimento Gestione diabete Sistemi di movimentazione O2 Alimentazione artificiale Dialisi</p>	FISIOTERAPISTA (PIANO RIABILITATIVO)		TEMPI
Informazioni per compilazione S.O.S.I.A	ANIMATORE (PIANO OCCUPAZIONALE)		TEMPI
FIRMA PRESENTI IN ÉQUIPE _____			

FIRMA PER PRESA VISIONE DEGLI OPERATORI _____		
NOME E COGNOME	DATA	FIRMA
RISULTATI SCALE DI VALUTAZIONE		DATA _____
VERIFICA OBIETTIVI (VEDI INDICATORI)		
DATA		
IL FAMILIARE SIG		
<input type="checkbox"/> HA PRESO VISIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA		
<input type="checkbox"/> APPROVA <input type="checkbox"/> NON APPROVA IL PAI DEL FAMILIARE		
FIRMA		
CONSIGLI		
.....		
.....		

4.3 Considerazioni dei partecipanti

Tra gli interventi dei partecipanti si segnala:

- Importanza dell'accoglienza dell'ospite in struttura, che deve essere formalizzata in un protocollo e che deve coinvolgere tutte le figure professionali. Devono essere individuate dall'équipe le scale di valutazione e le informazioni necessarie da raccogliere con intervista strutturata, inoltre deve essere implementata la raccolta dati relativa alle propensioni, aspettative e conoscenza della struttura.
- Il PAI configura l'équipe: è necessario che l'équipe, prima di adottare uno schema PAI si confronti sulla filosofia di assistenza geriatrica e decida su quali problematiche è in grado di intervenire; il PAI è l'espressione della maturità di un gruppo di lavoro.
- Il gruppo deve confrontarsi sulla terminologia da utilizzare.
- Partecipazione del familiare al PAI: le esperienze in cui il familiare partecipa sono veramente poche, anche se hanno dimostrato buoni risultati sia sul livello di raggiungimento degli obiettivi, che di miglioramento delle relazioni. La maggior parte delle équipe preferisce fare la condivisione/restituzione del PAI in un secondo momento. Per alcuni non si può parlare di vera e propria condivisione ma di informazione, poiché l'utente e il familiare devono accettare ciò che l'équipe ha deciso. Tutti concordano sull'apposizione della firma del familiare sul PAI
- Conoscenza del PAI da parte di tutti gli operatori: sono state formulate diverse ipotesi. In una struttura è stato individuata la figura del tutor che si occupa di trasmettere le informazioni relative al PAI a tutto il personale interessato e raccogliere i dati che servono alla sua valutazione. Alcuni propongono di lasciare in visione il PAI per una settimana insieme alle consegne, altri propongono la firma sul PAI da parte di tutti gli operatori per presa visione, altri propongono schede specifiche per figura professionale da compilare durante la stesura del PAI e da tenere per facile consultazione, come l'esempio proposto in seguito (scheda 1, pag. 116)
- Difficoltà ad eseguire la valutazione del PAI: questa fase spesso non è contemplata nelle schede attualmente in uso. Si è ravvisata la necessità di individuare indicatori di risultato nel momento in cui si individuano gli obiettivi, per renderli misurabili. Gli indicatori di risultato indicano il livello di performance che l'ospite deve raggiungere per poter confermare il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Es: obiettivo-ripristinare l'integrità della cute. Indicatore-cute integra entro tre mesi. Le valutazioni intermedie o gli aggiornamenti del progetto potrebbero essere riportati sul diario unico.
- In caso di dimissione presso altra struttura alcuni gruppi propongono di allegare l'ultimo PAI alla lettera di dimissione.
- Indispensabile la figura del coordinatore per la calendarizzazione del PAI, il controllo della coerenza dei dati tra diario unico, PAI e S.OS.I.A.
- È fondamentale il passaggio delle consegne tra operatori di turno diverso e di professionalità diversa. Inoltre è utile studiare una modulistica che permetta di scrivere gli avvenimenti in tempo reale, agevoli il passaggio delle consegne e non renda ridondanti le informazioni. Alcuni gruppi hanno proposto la modulistica esposta di seguito e attualmente in uso. (scheda 2, pag. 117 e 3, pag. 118).

Scheda 1 – Riassunto PAI (ad uso personale di assistenza)

PROGRAMMA DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA

COGNOME E NOME _____ PAI NUMERO _____

DATA _____

OBIETTIVI _____

⇒ **UTILIZZO AUSILII** (Carrozza – Tripode – Bastone – Roller – Altro : _____)

⇒ **Fisioterapia:** non partecipa – partecipa – FKT di gruppo – FKT individuale

⇒ **Animazione:** non partecipa – partecipa – terapia individuale – terapia di gruppo

⇒ **Funzione cognitiva:** nessun deficit – deficit lieve – deficit grave

⇒ **ASA / OSS:**

- Bagno (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Vestizione (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Alimentazione (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Igiene di viso, mani e cavo orale (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Igiene intima (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Utilizzo WC (Aiuto – Sostituzione – Supervisione – Autonomia)
- Continenza (CV – Pannolone – Striscia – Autonomia)
- Assistenza con n° _____ operatori/autonoma
- Deambulazione con n° _____ operatori/ausilio: _____

⇒ **DISPOSITIVI A TUTELA DELL'OSPITE** (Pettorina – Cintura Pelvica – Freno Anteriore – Spondine – Altro: _____)

⇒ **TRASFERIMENTI:**

- Autonomo
- Con Sollevatore
- Con n° _____ operatori

PROTOCOLLI APPLICATI _____

OPERATORE RESPONSABILE DEL PAI _____

Scheda 3 – Scheda di consegna

RIMASTI A LETTO TUTTO IL TURNO _____ _____ _____	ALZATE POSTICIPATE _____ _____ _____	MESSE A LETTO ANTICIPATE _____ _____ _____	BAGNI EFFETTUATI _____ _____ _____
ARROSSAMENTI _____ _____ _____	DIFFICOLTA' MOTORE _____ _____ _____	CADUTE _____ _____ _____	CONTENZIONI ESTEMPORANEE _____ _____ _____
NON SI SONO ALIMENTATI _____ _____ _____	NON SI SONO IDRATATI _____ _____ _____	VARIAZIONI ALIMENTARI _____ _____ _____	VARIAZIONI PAI _____ _____ _____
OSPITI IN TP INFUSIVA _____ _____ _____	NON HANNO URINATO _____ _____ _____	SI SONO SCARICATI _____ _____ _____	SEGNALAZIONE GUASTI _____ _____ _____
ANIMAZIONE _____ _____ _____	SEGNALAZIONI GENERALI _____ _____ _____	FIRME ASA-OSS _____ _____ _____	FIRME IP _____ _____ _____

ALLEGATO 5: DOCUMENTO DEL TAVOLO TECNICO ASL SUL PAI PROVVISORIO

Documento di sintesi del gruppo "PAI" Tavolo Tecnico in applicazione alla DGR n. 8496/08

Sono stati condotti n° 4 incontri in data 6 e 27 agosto 2009, 2 e 9 settembre 2009.

Agli incontri è sempre stata garantita la presenza di 1 referente per struttura come da nomina o la sostituzione del titolare in caso di assenza giustificata.

Le osservazioni effettuate dai colleghi ASL addetti alla vigilanza, emerse nell'incontro di presentazione del documento vengono riportate in corsivo.

Oggetto degli incontri: analisi criticità e formulazione proposte rispetto agli elementi di novità contenuti nella DGR n. 8496/08: "stesura del PAI provvisorio e coinvolgimento/partecipazione dell'ospite e dei familiari nella stesura del PAI".

Metodologia: Ascolto delle criticità e problemi evidenziati dai componenti del gruppo.

Analisi e valutazione delle stesse tenendo conto dell'esperienza diretta dei componenti, delle indicazioni fornite dalla succitata DGR. e del lavoro svolto, da parte di alcuni di essi al corso di formazione, organizzato dall'Amministrazione Provinciale di Mantova, rivolto al personale delle RSA.

L'analisi e le valutazioni espresse dal gruppo sono state orientate più al come realizzare le indicazioni regionali piuttosto che al che cosa realizzare.

Le proposte operative, di seguito riportate, rappresentano per i componenti del gruppo un livello minimo, che deve essere garantito da ciascuna struttura e che può essere oggetto, nel tempo, di miglioramenti e di sviluppo in qualità.

Problemi evidenziati e Proposte operative

1. Valutazione dell'ospite (cosa e come valutare, quali strumenti adottare, tempi di valutazione)

In merito a questi aspetti si evidenziano comportamenti disomogenei, sia da parte delle strutture nell'utilizzo di strumenti standardizzati che da parte di chi effettua l'attività di vigilanza nell'attribuire più importanza ad alcuni aspetti della valutazione rispetto ad altri.

Proposte:

- Ogni struttura è autonoma nella scelta e nell'adozione degli strumenti valutativi a condizione che li applichi correttamente e che la valutazione evidenzi informazioni utili alla stesura del Pai provvisorio e del Pai definitivo
- Si dà valore al lavoro svolto dagli operatori delle RSA durante il corso di formazione organizzato dall'Amministrazione Provinciale, in fase di pubblicazione, contenente indicazioni sulla tipologia di strumenti valutativi standardizzati
- Si richiama l'attenzione alla necessità di effettuare valutazioni intermedie sia per valutare i risultati raggiunti o meno, a seguito di interventi, sia ogniqualvolta subentra un cambiamento significativo nelle condizioni di salute dell'ospite

2. Stesura del PAI provvisorio (cosa deve contenere in considerazione che deve essere elaborato entro 1 settimana dall'ingresso dell'ospite con partecipazione dello stesso e dei familiari)

Proposte:

In considerazione dei tempi ristretti e della necessità di coinvolgere l'ospite ed i familiari il Pai provvisorio può

essere steso a seguito di colloquio/i con l'ospite e i familiari per raccogliere informazioni e contenere:
l'anamnesi personale, familiare e sociale dell'ospite
la documentazione sanitaria in possesso dell'ospite
la sintesi dei problemi e delle patologie pregresse
gli esiti delle scale di valutazione funzionale(requisito previsto dalla DGR n. 7435)
la motivazione del ricovero

le aspettative dell'ospite e dei familiari rispetto al ricovero

le abitudini, gli interessi ed i desideri dell'ospite

le aree critiche con individuazione di problemi sanitari-riabilitativi-educativi e sociali. Per quest'ultimo aspetto vista la necessità che il Pai provvisorio sia steso entro una settimana dall'ingresso dell'ospite, sarebbe opportuno adottare una modulistica semplice, di compilazione di una griglia a crocette.

In riferimento alla DGR n. 8496 che prevede l'adozione, entro 7 giorni, di "un primo Pai anche se provvisorio" ed in riferimento ad alcune strutture che dichiarano di essere in grado di stendere un Pai completo entro 7 giorni si concorda che è possibile accettare tale PAI purché presenti tutte le caratteristiche previste per il Pai definitivo.

- 3. Stesura PAI definitivo** (gli elementi, di seguito indicati rappresentano il livello minimo che ogni struttura deve garantire nella predisposizione del PAI, redatto entro 1 mese dall'ingresso dell'ospite. Il gruppo ha definito cosa intende per PAI personalizzato, cosa significa il monitoraggio dello stesso e quando il PAI necessita di essere cambiato)

Il PAI deve contenere:

Sintesi della valutazione multidimensionale

Individuazione di bisogni e criticità dell'ospite nelle aree sanitarie - riabilitative - assistenziali-educative e sociali

Individuazione di obiettivi **misurabili** per ciascuna area critica

Attività proposte

Tempi di realizzazione

Valutazione risultati

(La diagnosi, le terapie farmacologiche, le scale di valutazione devono essere contenute nel Fascicolo Socio-sanitario)

Caratteristiche del PAI:

Personalizzato: a parità di diagnosi gli obiettivi, le attività proposte ed il piano di cura è differenziato in base alla soggettività dell'ospite

Monitorato nel tempo: Il PAI necessita di un monitoraggio in funzione dei risultati raggiunti o meno rispetto a quelli attesi e necessita di essere riformulato ogniqualvolta subentra un evento significativo tale da modificare le condizioni di salute dell'ospite e/o si decida di apportare cambiamenti alle schede S.OS.I.A./Sidi. I cambiamenti devono essere registrati anche nel fascicolo socio sanitario. L'elaborazione del Pai provvisorio e definitivo è a cura dell'équipe.

• **Partecipazione e coinvolgimento dell'ospite e dei familiari**

I presenti hanno discusso quando, in quali momenti ed in che modo è possibile coinvolgere l'anziano ed i suoi familiari.

È opinione condivisa che la partecipazione dell'anziano e dei familiari è indispensabile per la raccolta delle informazioni che consentono una maggior conoscenza dell'ospite, delle sue necessità e delle sue aspettative. Il coinvolgimento dell'anziano e dei familiari è anche funzionale alla stesura del Pai ed ad acquisire il consenso al Piano di cura.

Dalla discussione emergono comportamenti diversi da parte delle strutture: per alcuni è possibile prima dell'accoglienza dell'ospite avere colloqui con i familiari, con la persona interessata al ricovero, raccogliere e fornire informazioni, provvedere alla visita della struttura, per altri può accadere che si accoglie in struttura l'ospite e contestualmente e/o in fase successiva si procede al colloquio con i familiari (es. nei casi di dimissioni dall'Ospedale e /o segnalazioni da parte del servizio sociale dei Comuni). Si concorda che il coinvolgimento dell'ospite e dei familiari è necessario e fattibile o **prima** dell'ingresso, o al **momento** dell'accoglienza, o subito dopo e **durante** la permanenza dell'ospite in struttura.

Si affronta il problema della modalità di presentazione del Pai definitivo (presentato solo verbalmente, presentato e consegnato per iscritto, firmato con il consenso dell'anziano e/o in caso di ospite con capacità cognitive compromesse, firmato da un familiare, individuato come referente per la struttura da coinvolgere durante la permanenza dell'ospite ogniqualvolta sia ritenuto necessario).

Proposte:

Prima dell'ingresso o subito dopo:

- Colloquio/i con l'anziano con i familiari e/o figure per lui significative per la raccolta di informazioni necessarie alla stesura del Pai provvisorio e per dare informazioni organizzative e gestionali dell'unità di offerta con possibilità di visita agli ambienti.

Primo mese di accoglienza

- Osservazione e valutazione dell'ospite da parte di ciascuna figura professionale coinvolta nell'assistenza con relative registrazioni
- Colloqui con la persona ed i familiari finalizzati all'individuazione di problemi, di aspettative, di risorse
- Stesura del Pai definitivo da parte dell'équipe (*la modalità di coinvolgere l'ospite e/o il familiare di riferimento durante la discussione del PAI nell'équipe è possibile essendo già stata sperimentata positivamente da alcune strutture*)

Presentazione del Pai all'ospite ed ai familiari

- A discrezione di ogni singola struttura definire, a secondo della propria organizzazione quale figura professionale e/o più figure professionali scegliere per la presentazione e consegna del Pai all'interessato ed ai familiari
- Il Pai deve essere firmato, per il consenso al piano di cura, dall'ospite, dal familiare che ha presentato la domanda e da un secondo familiare di riserva
- Il familiare firmatario diventa per la struttura il referente, l'interlocutore privilegiato da coinvolgere ogniqualvolta sia necessario fornire informazioni o attivare procedure di ordine amministrativo e/o sanitarie
- Libero accesso alle informazioni a tutti coloro che sono oggetto di delega scritta da parte dell'ospite, del familiare firmatario del contratto e del familiare di riserva
- Il nome del familiare referente e delle persone delegate da esso devono figurare nel fascicolo socio-sanitario dell'ospite
- In casi eccezionali di compromissione cognitiva dell'ospite e di mancata disponibilità dei familiari a partecipare ai colloqui richiesti dalla struttura, la struttura è invitata a spedire con raccomandata copia del PAI al domicilio del familiare firmatario del contratto
- Ogniqualvolta le condizioni di salute dell'ospite cambiano in modo significativo da comportare una modifica della scheda S.OS.I.A. e/o Sidi è necessario provvedere al cambiamento del Pai ed a darne comunicazione all'ospite ed ai familiari
- Per rendere evidente il lavoro svolto dagli operatori con i familiari si concorda di allegare al PAI un modulo di registrazione di data e motivo dei colloqui avvenuti con essi

I componenti del gruppo hanno verbalizzato l'apprezzamento dell'iniziativa dell'Asl di costituire dei tavoli tecnici, ritenendo il confronto utile e vantaggioso sia per gli operatori delle strutture che per gli addetti alla vigilanza. Propongono all'attenzione del Direttore Sociale e del Responsabile PAC ASSI di proseguire l'esperienza con altri incontri finalizzati ad un'analisi più dettagliata ed approfondita di modelli e griglie di stesura del Pai con l'intento di adottare una modulistica comune a tutte le strutture. Concordato e firmato dai referenti ASL e dai referenti strutture.

Mantova, il 10/09/2009

ALLEGATO 6: PARTECIPANTI AI CORSI SUDDIVISI PER STRUTTURE DI PROVENIENZA

RSA	medico	infer.	fisiot.	ASA/OSS	anim/ed.	ass.soc	altro	totale
Acquanegra "A. Ricciardelli"	1	1						2
Asola		1	1		1			3
Borgoforte "Villa Azzurra"	2	3	1	1	2			9
Borgofranco Po "Residenza alla Pace"	1	2	1	1	1			6
Bozzolo "Domus Pasotelli Romani"	1	2	1		2			6
Canneto sull'Oglio "Casa Leandra"		3		1	1			5
Castelgoffredo "Il Gelso"	1	1		1	2			5
Castiglione/Stiviere "S. Pietro"	1	2	1		2	2		8
Curtatone "UGR"	1	2						3
Dosolo/Villastrada		1	1	2	1			5
Gazzuolo "C. Caracci"	1	1		1				3
Goito "Villa Maddalena"	1	1	1		1			4
Gonzaga "Fondazione Osp. Civile"	1	3		4	1		mass. 1	10
Gonzaga "I Tulipani"	1	3	2	2	2			10
Guidizzolo "C. Rizzini"	1	1	1		1			4
Mantova "Sereni Soggiorno"					1			1
Mantova "Casa Pace"	1	5	1	5	1			13
Mantova "Mons.Mazzali"	1	2	1	1	1	1		7
Mantova "ASPeF"	1	1	1		1			4
Marcara "Mons. Benedini"		1	2	2				5
Marcara "Villa Aurelia"		4						4
Marmirolo "E. e G. Cordioli"	1	2	1	1	1			6
Moglia "P. Sissa"	2	3	1	2	1			9
Ostiglia "G.Belfanti"		3		2	1			6
Pegognaga "E. Bovi"	1		1		1			3
Poggio Rusco "I. Cappi"	1	1	1	4	1			8
Pomponesco "Mazzucchini"	1	2	1	1				5
Quistello "I Cidamini"	1	3	1	2	1		am.vo 1	9
Rivarolo "Tosi Cippelletti"		3	1		1			5
Rodigo "Villa Carpaneda"	1	3		1	1	1		7
Roncoferraro "A. Nuvolari"	1	1		1	1		mass. 1	5
S.Benedetto Po	1	1	1	1	1		coord.1	6
San Martino/Argine "Baguzzi Dassi"		1	1	1	1			4
Schivenoglia "Scarpari Forattini"	1	1	1	1	1		inf.gen.1	6
Sermide "Solaris"		2	1	1	1			5
Serravalle a Po "G.Canossa"	1	2	2	2				7
Solferino "C. Gabriel"		2						2
Suzzara "L. Boni"	1	1		1	1	1	mass. 1	6
Viadana "C. e L. Grassi"		3	1	2	1			7
Virgilio "I Girasoli"	1	1	1	1				4
Volta Mantovana "F. Nicolai"		1			1			2
Volta Mantovana "B. Paola"	1	1	1	1				4
Totale	31	77	31	46	37	5	6	233

Tipografia Commerciale Cooperativa
Mantova, Aprile 2010