



## PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 452

Prot. n.

### VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Approvazione del "Progetto di revisione del modello di nucleo per persone con demenze gravi in RSA"

Il giorno **25 Marzo 2022** ad ore **09:57** nella sala delle Sedute  
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

#### LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

**MAURIZIO FUGATTI**

Presenti:

VICEPRESIDENTE  
ASSESSORE

**MARIO TONINA**  
**MIRKO BISESTI**  
**ROBERTO FAILONI**  
**MATTIA GOTTARDI**  
**STEFANIA SEGNANA**  
**ACHILLE SPINELLI**  
**GIULIA ZANOTELLI**

Assiste:

IL DIRIGENTE

**LUCA COMPER**

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

La Relatrice comunica,

con deliberazione n. 1241 del 21 agosto 2020 la Giunta ha approvato il Piano provinciale demenze - XVI Legislatura. Fra le azioni migliorative, in attuazione dell'obiettivo strategico n. 6 "Potenziare e diversificare la rete dei servizi in una logica di appropriatezza della cura", è prevista la revisione del modello di nucleo per demenze gravi in RSA, anche a supporto delle persone assistite al proprio domicilio.

Una ricerca condotta recentemente in Europa nelle RSA indica che in queste strutture la prevalenza delle persone con demenza è pari al 58%. Questi dati trovano riscontro nel contesto delle RSA provinciali come confermato da recenti elaborazioni ed analisi di APSS rese possibili anche grazie all'applicazione di Acg - Adjusted Clinical Groups.

Anche i dati di morbilità e mortalità registrati durante l'emergenza Covid-19 dimostrano la necessità di ripensare a questo setting assistenziale con cambiamenti che puntino maggiormente all'appropriatezza dei trattamenti e alla qualità dell'assistenza.

Le Direttive RSA 2020, approvate con deliberazione della Giunta provinciale n. 2175/2019, prevedevano che nel corso del 2020 si sarebbe dovuto definire un nuovo modello di nucleo per demenze gravi. A causa della pandemia i lavori sono stati sospesi e sono stati ripresi nel secondo semestre del 2021.

Attualmente i nuclei per demenze gravi convenzionati con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) sono presenti in 23 RSA per complessivi 210 posti letto.

Il "Progetto di revisione del modello di nucleo per persone con demenze gravi in RSA", allegato al presente provvedimento (Allegato 1) e di cui ora si propone l'approvazione, è stato elaborato da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti della Provincia, APSS e di UPIPA.

Come previsto dalla deliberazione provinciale n. 2230/2021 (Direttive RSA 2022), prima della diffusione del nuovo modello, si ritiene opportuna una fase pilota coinvolgendo la RSA di San Bartolomeo, gestita dall'APSP Civica di Trento (nucleo di 20 posti letto) e la RSA di Pinzolo, gestita dall'APSP A. Collini (nucleo di 15 posti letto).

Sono state individuate queste strutture tenuto conto delle loro competenze consolidate sia cliniche che di lavoro di rete (entrambe sono inserite in un territorio nel quale è stato sperimentato Spazio Argento) e della loro ubicazione (una centrale e una periferica).

Nel progetto sono definite nello specifico le caratteristiche del nucleo (di seguito Centro), che ha la funzione di assistere, temporaneamente, persone con demenza, residenti in RSA o al proprio domicilio, quando sono presenti importanti disturbi del comportamento. L'obiettivo è che il Centro diventi un punto di riferimento importante della rete territoriale dei servizi, un supporto non solo per i residenti delle RSA vicine, ma anche per le famiglie delle persone assistite a domicilio, sviluppando una forte integrazione con le RSA, il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), le Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e i servizi sociali delle Comunità di riferimento.

In particolare nel progetto sono disciplinati:

- i requisiti di eleggibilità, i criteri di esclusione e di dimissione dal Centro,
- la procedura di l'attivazione del servizio (attivazione, valutazione eleggibilità, inserimento, dimissione),
- gli strumenti di valutazione della persona,

- le caratteristiche del Piano assistenziale individualizzato,
- le risorse professionali coinvolte,
- la fase pilota per testare il modello,
- i dati e gli indicatori per il monitoraggio dell'attività,
- la definizione della tariffa sanitaria integrativa.

Per seguire/monitorare questa fase pilota, verrà costituito uno staff con rappresentanti dell'equipe CDCD e dei Centri, coordinato da un referente nominato da APSS.

A copertura dei maggiori costi che le due strutture dovranno sostenere per l'incremento del parametro di personale, si prevede l'integrazione della tariffa sanitaria giornaliera, prevista dalle direttive RSA 2022, di Euro 9,67 a posto letto. La tariffa viene riconosciuta indipendentemente dall'occupazione del posto (modalità vuoto per pieno).

La fase pilota ha inizio il 4 aprile 2022 e avrà la durata di un anno.

La spesa derivante dal presente provvedimento stimata in Euro 123.534,25 (Euro 9,67 x 35posti letto x 365 giorni), trova copertura finanziaria nel "Fondo Quote inutilizzate contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota FS vincolato" del Bilancio APSS al conto di SP 21.09.100.0.

Tutto ciò premesso,

#### LA GIUNTA PROVINCIALE

- udita la relazione;
- visti gli atti e la documentazione citata in premessa;
- a voti unanimi espressi nelle forme di legge;

delibera

1. di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, il "Progetto di revisione del modello di nucleo per persone con demenze gravi in RSA", di cui all'Allegato 1);
2. di prendere atto che, in questa prima fase, sono coinvolte nel progetto, la RSA di San Bartolomeo (nucleo di 20 posti letto), gestita dall'APSP "Civica di Trento" e la RSA di Pinzolo (nucleo di 15 posti letto), gestita dall'APSP "A. Collini";
3. di stabilire che il progetto abbia inizio il 4 aprile 2022 e abbia durata di un anno;
4. di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento, stimata in Euro 123.534,25, trova copertura nel "Fondo Quote inutilizzate contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota FS vincolato" del Bilancio APSS al conto di SP 21.09.100.0;
5. di dare mandato ad APSS di integrare di Euro 9,67 la tariffa sanitaria giornaliera riconosciuta agli enti di cui al punto 2) per ciascun posto letto interessato al progetto;
6. di stabilire che APSS riconosca agli enti di cui al punto 2) la tariffa sanitaria integrata, indipendentemente dall'occupazione dei posti letto, a decorrere dalla data di cui al punto 3);

7. di dare atto che per il presente provvedimento non è necessario acquisire il CUP;
8. di comunicare l'adozione del presente atto all'APSP Civica di Trento, all'APSP A. Collini di Pinzolo e ad APSS per gli adempimenti di competenza;
9. di comunicare inoltre l'adozione del presente atto agli altri enti gestori di RSA, alle Comunità, a UPIPA e a Consolida;
10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale della Provincia.

Adunanza chiusa ad ore 12:15

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

**Elenco degli allegati parte integrante**

001 Allegato 1)

IL PRESIDENTE  
Maurizio Fugatti

IL DIRIGENTE  
Luca Comper



**ASSESSORATO ALLA SALUTE, POLITICHE SOCIALI, DISABILITA' E FAMIGLIA**

# **Progetto di revisione del modello di nucleo per persone con demenze gravi in RSA**

**Dipartimento Salute e politiche sociali**

**Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza**

# Indice

ACRONIMI .....	3
PREMESSA .....	4
1. Requisiti di eleggibilità .....	4
2. Criteri di esclusione .....	5
3. Criteri di dimissione .....	5
4. La procedura di attivazione del servizio (attivazione, valutazione eleggibilità, inserimento, dimissione) .....	5
4.1 Attivazione del servizio .....	5
4.1.1 Persona residente in RSA .....	6
4.1.2 Persona assistita a domicilio .....	6
4.2 Valutazione eleggibilità .....	6
4.3 Gestione inserimenti e dimissioni .....	6
4.3.1 Gestione inserimenti .....	6
4.3.2 Gestione dimissione dal Centro .....	6
5. Strumenti di valutazione (iniziale, in itinere, finale) .....	7
6. Piano assistenziale individualizzato (PAI di inserimento, revisioni PAI/proroga, PAI di dimissione) ..	7
7. Risorse professionali del Centro .....	8
8. Fase pilota per testare il modello .....	8
9. Dati e indicatori per il monitoraggio .....	9
10. Definizione della tariffa sanitaria integrativa e finanziamento delle RSA pilota .....	10

## ACRONIMI

ACG: Adjusted Clinical Groups

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

ADI-CP: ADI Cure Palliative

APSP: Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

APSS: Azienda Provinciale Servizi Sanitari

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

CBI: Caregiver Burden Inventory

CDCD: Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

CDR: Clinical Dementia Rating

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventor

FKT: fisioterapista

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione contro Infortuni sul Lavoro

MMG: Medico di Medicina Generale

MNA: Mini Nutritional Assessment

NPI: Neuropsychiatric Inventory

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato

PUA: Punto Unico d'Accesso

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

SSP: Servizio Sanitario Provinciale

SVM: Scheda per la Valutazione Multidimensionale

TeRP: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

TO: Terapista Occupazionale

VSOC: "profilo rete sociale" della scheda SVM

## UVM: Unità di Valutazione MultidisciplinarePREMESSA

La proposta, di seguito illustrata, definisce le funzioni, l'organizzazione, i requisiti di eleggibilità e i criteri di dimissione di un modello di nucleo, di seguito Centro, con la funzione di assistere, temporaneamente, persone con demenza, residenti in RSA o al proprio domicilio, quando sono presenti importanti disturbi del comportamento. Il Centro diventa un punto di riferimento importante della rete territoriale dei servizi, un supporto non solo per i residenti delle RSA vicine, ma anche per le famiglie che assistono a domicilio, sviluppando una forte integrazione con le RSA, il CDCD, le UVM e i servizi sociali delle Comunità di riferimento.

Il Centro garantisce una presa in carico mirata e specializzata attraverso una specifica caratterizzazione degli ambienti di vita e dei piani di lavoro delle figure professionali e lo svolgimento di terapie psicoeducative, multisensoriali, utili a ridurre gli stati di agitazione e il ricorso a terapie farmacologiche.

Il Centro è indirizzato a persone con bisogni sanitari complessi correlati ai BPSD, con demenza moderata o severa e con disturbi psico-comportamentali non ulteriormente gestibili nel proprio contesto (domicilio, servizi semiresidenziali o residenziali).

Gli interventi sanitari e assistenziali sono definiti, attraverso un approccio multidisciplinare, in forma coordinata dall'equipe della RSA e del CDCD di riferimento e sviluppati dal personale assegnato con una formazione specifica a cui va garantito un accompagnamento di formazione continua.

La permanenza nel Centro è temporanea e deve rispondere a specifici obiettivi clinico-assistenziali valutati su ciascuna persona accolta nel Centro in forma personalizzata che tenga conto della storia di vita e del decorso della malattia (biografia/anamnesi); un'impostazione di questo tipo garantisce una risposta appropriata al bisogno di cura e sicurezza espresso nella fase della malattia che maggiormente rende faticosa l'assistenza.

Per testare il modello prima della sua messa a regime, sono state individuate due realtà che verranno accompagnate e monitorate da vicino anche attraverso una batteria di indicatori specifici.

### 1. Requisiti di eleggibilità

Il Centro è rivolto a persone affette da demenza moderata-severa (qualsiasi eziologia), con disturbi del comportamento, che conservano buone capacità fisico – motorie. I disturbi del comportamento sono presenti in una fase della malattia e, se adeguatamente gestiti, rallentano la disabilità funzionale e motoria.

Per gli inserimenti provenienti dal domicilio, è data priorità alla rete familiare che, pur con severe difficoltà a garantire l'assistenza, conserva la capacità e il desiderio di riaccogliere il familiare al domicilio.

Per l'eleggibilità al servizio è richiesta la compresenza dei seguenti requisiti:

- diagnosi specialistica di demenza certificata dal CDCD in fase moderata o severa;
- presenza di BPSD e di punteggio totale all'NPI uguale o superiore a 36 punti *oppure* almeno un valore delle scale agitazione/aggressività, deliri, irritabilità, disinibizione o affaccendamento motorio con punteggio uguale a 12 *oppure*, se proveniente da RSA, con punteggio > 0 = a 5 negli item 1-11 e/o 15-17 alla CMAI<sup>1</sup>;

---

1 Si valuterà la possibilità di validare lo strumento in lingua italiana.

- esclusione di delirium;
- profilo SVM di mobilità uguale a 1 ( si sposta da solo) o 2 (si sposta assistito) ;
- valore VSOC da 1 o 2 se provenienti dal domicilio; il punteggio non viene considerato se proveniente da RSA;
- profilo SVM corrispondente a 16 (Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia) o 17 (Problemi comportamentali, dipendente);
- CDR >=2.

I requisiti sopra indicati derivano da valutazioni non antecedenti a tre mesi.

## 2. Criteri di esclusione

Per i motivi richiamati nei requisiti di eleggibilità, non sono idonee le persone non più in grado di esercitare le capacità fisico motorie o che non presentano particolari criticità con riferimento ai BPSD, trovandosi in una delle seguenti situazioni:

- profilo SVM diverso dai valori 16 o 17 (assenza di disturbi comportamentali riconosciuti);
- presenza di un piano ADI o ADI-CP attivo;
- profilo SVM cognitivo risulta uguale a 1 (lucido);
- profilo SVM mobilità risulta uguale a 3 (non si sposta);
- patologie psichiatriche primitive e attive;
- presenza di patologia oncologica acuta/recidivata o di altra patologia riacutizzata tale da compromettere le capacità conservate.

## 3. Criteri di dimissione

In coerenza alle motivazioni richiamate nei requisiti di eleggibilità e nei criteri di esclusione ed alla temporaneità della permanenza nel Centro, sono segnalate all'UVM per la dimissione le persone che si trovano in una delle seguenti situazioni:

- viene accertato, in sede di rivalutazione, il controllo dei disturbi comportamentali documentato con la riduzione del punteggio NPI/CMAI sotto il livello previsto dai criteri di eleggibilità;
- vi è una perdita delle abilità motorie tale da portare il profilo SVM mobilità uguale a 3 (non si sposta);
- vi è la comparsa di patologia acuta tale da compromettere le capacità conservate o di patologia oncologica acuta/recidivata;
- sono scaduti i termini previsti dal PAI di inserimento.

Il Centro segnala all'UVM le situazioni che richiedono di attivare la valutazione.

La dimissione è programmata con le modalità previste al punto 4.3.2.

## 4. La procedura di attivazione del servizio (attivazione, valutazione eleggibilità, inserimento, dimissione)

### 4.1 Attivazione del servizio

#### 4.1.1 Persona residente in RSA

Quando in RSA il disturbo del comportamento non è gestibile con l'approccio psicoeducativo ed eventualmente farmacologico, il medico di RSA attiva l'UVM per valutare il trasferimento nel Centro.

La RSA fornisce tutta la documentazione utile ai fini della valutazione UVM (ultimo PAI disponibile, modulo di consenso informato, documentazione sanitaria attinente, compresa la diagnosi specialistica di demenza).

In assenza della diagnosi specialistica di demenza, l'UVM attiva il CDCD, che entro 30 giorni dalla richiesta garantisce la valutazione e la stesura del referto.

Analogha procedura viene seguita per i trasferimenti interni alla RSA (da posto letto base al Centro).

#### 4.1.2 Persona assistita a domicilio

Le richieste sono inoltrate al PUA utilizzando la modulistica prevista.

Il PUA valuta la completezza della documentazione ricevuta e attiva l'UVM. In assenza della diagnosi specialistica di demenza, coordina l'accesso al CDCD.

#### 4.2 Valutazione eleggibilità

A documentazione completa, inclusa quella di cui al punto 5, l'UVM verifica l'eleggibilità della persona e definisce il PAI di inserimento nel Centro. Il PAI è redatto con il coinvolgimento del caregiver di riferimento ove presente (famigliare, fiduciario, amministratore di sostegno, tutore).

Il PUA coordina i professionisti da coinvolgere nelle fasi di valutazione UVM.

L'UVM nella composizione ordinaria è integrata da un professionista dell'equipe del CDCD, da un professionista dell'equipe del Centro, da un professionista della RSA di provenienza (se trasferimento da RSA) da eventuali altre figure ritenute significative ai fini della valutazione.

#### 4.3 Gestione inserimenti e dimissioni

La gestione degli inserimenti e delle dimissioni dal Centro compete all'UVM e viene programmata in forma coordinata con l'équipe del Centro, con attenzione alla sostenibilità complessiva dell'attività del Centro e dei singoli inserimenti.

##### 4.3.1 Gestione inserimenti

L'UVM gestisce le liste di attesa riferite al Centro/Centri del proprio ambito territoriale: una lista per le richieste provenienti dalle RSA e una lista per quelle provenienti dal domicilio.

Il Centro di riferimento per le persone in RSA è quello dell'ambito UVM di competenza territoriale, mentre il Centro di riferimento per le persone a domicilio è quello dell'ambito UVM di residenza.

Le liste di attesa seguono inizialmente il criterio cronologico. Nel corso dell'attività di test del modello vengono eventualmente definiti criteri di priorità specifici.

Per i posti letto del Centro non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico.

##### 4.3.2 Gestione dimissione dal Centro

La dimissione dal Centro compete all'UVM che la dispone su segnalazione del Centro in presenza dei criteri di dimissione. In assenza di modificazioni della situazione, a 6 mesi dall'inserimento, l'UVM procede alla rivalutazione coinvolgendo gli stessi soggetti presenti alla prima valutazione per l'eventuale proroga.

Dimissione verso la RSA. Una volta valutata la dimissione dal Centro, la persona fa ritorno nella RSA di provenienza sul primo posto che si rende disponibile.

Dimissione al domicilio. Contestualmente l'UVM definisce il PAI nelle sue dimensioni cliniche, assistenziali e di supporto al caregiver, e la tempistica di dimissione tenendo conto dei tempi di attivazione o riattivazione dei servizi.

Il Centro svolge anche una funzione di supporto nella fase di transizione verso il setting di destinazione.

## **5. Strumenti di valutazione (iniziale, in itinere, finale)**

In preparazione alla seduta in UVM per l'inserimento e per la dimissione dal Centro per ogni persona vanno raccolti i seguenti dati:

- caratteristiche della persona
- anamnesi clinica e cognitiva
- anamnesi farmacologica
- esame obiettivo
- assessment multidimensionale, per l'inquadramento dei domini cognitivo, comportamentale, funzionale/motorio, nutrizionale e clinico, che comprende, oltre agli strumenti propri delle schede UVM le notizie cliniche e la somministrazione delle seguenti scale di valutazione:
  - CDR
  - NPI o CMAI (in contesto residenziale o semiresidenziale)
  - MNA

In relazione alle diverse caratteristiche ed alla complessità della persona vengono programmati differenti piani di intervento su aspetti clinici, comportamentali, funzionali poi strutturati nel PAI. Obiettivo della valutazione globale della persona (assessment multidimensionale) è la programmazione di un piano di intervento clinico, psicoeducativo e occupazionale appropriato e calibrato che, all'interno di una giornata di vita significativa ed equilibrata, sia finalizzato a:

- controllare i disturbi del comportamento
- favorire il mantenimento o il recupero delle attività di base della vita quotidiana residue
- mantenere lo stato funzionale tramite la stimolazione quotidiana della persona
- gestire i disturbi dell'equilibrio e dell'andatura
- monitorare l'andamento clinico globale, con particolare attenzione agli aspetti correlati al disturbo di comportamento.

L'inquadramento dell'ospite è opportuno in fase di inserimento per verificare i requisiti di eleggibilità, in fase di rivalutazione per ritardare periodicamente gli interventi e in fase di dimissione per garantire appropriatezza e continuità delle cure soprattutto nelle delicate transizioni di setting.

## **6. Piano assistenziale individualizzato (PAI di inserimento, revisioni PAI/proroga, PAI di dimissione)**

Il PAI elaborato, sulla base della valutazione multidimensionale, indica gli obiettivi da perseguire, il percorso di cura, i professionisti coinvolti, la durata presunta del piano, le cadenze delle rivalutazioni e il case manager.

Il PAI prevede la presa in carico complessiva della persona e individua gli interventi appropriati rispetto ai bisogni, con particolare attenzione alle possibili evoluzioni cliniche.

Il piano deve contenere almeno:

- due tipologie di intervento (discusse e offerte)

- definizione degli obiettivi e dei risultati attesi e del loro monitoraggio.

Nel PAI va individuato anche l'intervento a sostegno ed educazione del caregiver/famiglia in particolare se l'intervento è finalizzato a ristabilire le condizioni per l'assistenza a domicilio.

Il PAI va revisionato trimestralmente o in caso di variazione clinica e alla dimissione per pianificare gli interventi clinico-assistenziali nel setting di destinazione (domicilio o RSA).

Eventuali variazioni, che richiedano una nuova pianificazione, sono segnalati tempestivamente al case manager.

## **7. Risorse professionali del Centro**

Per la gestione del Centro vengono garantite le seguenti figure professionali, ad integrazione dei parametri previsti nelle Direttive RSA per i nuclei demenze<sup>2</sup>:

- assistenza Psicologica con la funzione di valutare la persona, garantire consulenza e formazione ai famigliari con un parametro di 12 ore settimanali ogni 20 posti letto;
- TO o TeRP con la funzione di sviluppare, recuperare o mantenere la parte funzionale e le competenze della vita quotidiana delle persone affette da demenza, orientando anche l'equipe per interventi estensivi con un parametro di 36 ore settimanali ogni 20 posti letto.

Tra le figure professionali del Centro va individuato un responsabile con il compito di garantire la pianificazione operativa, il monitoraggio degli interventi, un riferimento operativo per la famiglia, l'UVM e il CDCD di riferimento. Ha inoltre la funzione di raccogliere le analisi per la compilazione degli indicatori.

L'assistenza medica alle persone inserite nel Centro è affidata al medico della RSA ospitante, che deve garantire, in accordo con il medico della RSA di provenienza o del MMG, per persone provenienti dal domicilio, la continuità clinica e terapeutica nel periodo di accoglienza e, al rientro in RSA/domicilio, deve assicurare tutte le informazioni cliniche.

L'equipe CDCD partecipa alla stesura del PAI e collabora alla sua realizzazione attraverso consulenze programmate o al bisogno.

## **8. Fase pilota per testare il modello**

Prima della messa a regime dei Centri è necessario testare il modello, indicativamente per un anno.

A tale fine sono stati individuati i nuclei attivi presso due strutture (di seguito definite RSA pilota):

- nucleo demenze della RSA di S. Bartolomeo gestita dall'APSP Civica di Trento (20 posti letto);
- nucleo demenze della RSA di Pinzolo gestita dall'APSP A. Collini (15 posti letto).

Dei complessivi 35 posti, 29 sono riservati ai trasferimenti di residenti delle RSA e 6 ad ammissioni dal territorio (4 presso il Centro di Trento e 2 presso il Centro di Pinzolo).

Per seguire/monitorare la fase pilota, viene costituito uno staff, coordinato da un referente nominato da APSS, composto da rappresentanti dell'equipe CDCD e dei Centri.

---

2 Il parametro OSS è di 1 u.e. ogni 1,5 posti letto; il parametro infermieristico è di 1 u.e. ogni 10 posti letto.

E' possibile attivare altri Centri prima della messa a regime del modello.

La fase pilota comprende le seguenti attività:

**- INFORMAZIONE AI FAMILIARI DEI RESIDENTI DEI NUCLEI DEMENZE di San Bartolomeo e Pinzolo**

Le RSA pilota, in collaborazione con le UVM e i CDCD di riferimento, informano in momenti dedicati e documentati, le famiglie delle persone attualmente ospitate nei nuclei sugli obiettivi del progetto. Se necessario possono essere organizzati anche momenti individuali, sempre con il supporto dell'UVM/CDCD.

**- VALUTAZIONE DEI RESIDENTI DEI NUCLEI**

L'UVM territorialmente competente, supportata dall'equipe del CDCD e del Centro, valuta le persone già inserite nei nuclei e pianifica il trasferimento di coloro che si trovano o in una delle situazione previste dal punto 2 (criteri di esclusione) o che non hanno i requisiti di eleggibilità di cui al punto 1.

**- GRADUALE DIMISSIONE DEI RESIDENTI NON ELEGGIBILI ED INGRESSO DEI NUOVI**

Per le persone escluse o non eleggibili viene pianificato il trasferimento sul primo posto letto base che si rende disponibile.

I medici delle RSA del territorio di riferimento (Comunità delle Giudicarie e Comune di Trento) valutano se tra i residenti delle strutture sono presenti persone che rispondono ai criteri previsti per l'inserimento nel Centro e attivano l'UVM.

Non sono previsti trasferimenti da RSA che hanno posti letto convenzionati come nucleo demenze.

L'UVM, raccolte anche le domande dal territorio, procede alla valutazione. Gli inserimenti seguono l'ordine cronologico di presentazione della domanda. Nel corso dell'attività di test del modello vengono eventualmente definiti criteri di priorità specifici.

Le persone entrano nel Centro non appena il posto si rende disponibile.

**- MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGETTO**

Per monitorare l'andamento del progetto i due Centri presentano allo staff una relazione a 7 e a 13 mesi dall'attivazione con dati riferiti all'attività svolta nei precedenti 6 e 12 mesi. La relazione deve contenere elementi qualitativi e quantitativi sull'organizzazione, sull'attività svolta e sull'andamento del Centro utilizzando i dati e indicatori definiti al successivo punto 9. La relazione deve anche contenere una valutazione sugli aspetti strutturali del Centro (stanze singole, doppie, spazi dedicati alla socializzazione, spazi esterni).

Il referente APSS, sulla base delle relazioni dei Centri e delle valutazioni emerse negli incontri di staff, predispone un report di sintesi da presentare al Tavolo provinciale di monitoraggio del Piano demenze entro un mese dalle relazioni dei Centri. Dopo il primo report semestrale potranno essere apportate modifiche/integrazione al modello sulla base delle valutazione emerse.

Sulla base degli esiti della fase pilota è confermato/integrato il modello del Centro. Viene anche individuata la dotazione complessiva di posti letto sulla base del fabbisogno evidenziato dai dati epidemiologici (ACG) e la distribuzione dei Centri a livello territoriale.

## 9. Dati e indicatori per il monitoraggio

**Dati/indicatori sulla qualità della vita**

- numero di persone che hanno avuto un miglioramento delle capacità funzionali, sul numero totale di persone inserite;
- consumo di farmaci (neurolettici, lassativi, benzodiazepine) calcolato su indicazione dello staff in collaborazione con il Servizio APSS di competenza;

- numero di prescrizioni di contenzioni (distinte tra spondine o altro) nei giorni indice definiti dallo staff.

#### **Dati/indicatori di esito**

- punteggio differenziale dell’NPI tra l’inserimento e la dimissione;
- numero di persone per le quali la destinazione alla dimissione è coerente con l’obiettivo definito nel PAI di ingresso, sul totale delle persone inserite;
- numero di persone con recidive di BPSD dopo la dimissione che hanno comportato una nuova segnalazione, sul totale delle persone dimesse.

#### **Dati/indicatori di processo:**

- numero di persone segnalate per inserimento;
- numero di persone dimesse nel periodo di riferimento;
- tempo di permanenza al centro (medio, minimo e massimo);
- numero di contatti e consulenze con il CDCD per rivalutazioni progressive, distinguendo se in teleconsulto o in presenza e per richiedente (CDCD o centro);
- numero di contatti/confronti con caregiver (distinguendo se persone provenienti da RSA o da domicilio e se telefonici o in presenza/remoto);
- numero di contatti/confronti con la RSA di provenienza durante l’inserimento e dopo la dimissione (distinguendo se telefonici o in presenza/remoto).

#### **Dati/indicatori di programmazione**

- numero di persone segnalate per inserimento (distinzione rispetto alla provenienza);
- numero di persone valutate in totale e numero di persone valutate eleggibili (distinzione rispetto alla provenienza).

Nel corso del progetto viene definita una modalità di rilevazione periodica dello stress da lavoro correlato (si ipotizza di utilizzare gli strumenti INAIL). Le strutture promuovono l’adesione volontaria della famiglia alla verifica dello stress dal caregiver attraverso la somministrazione del CBI.

## **10. Definizione della tariffa sanitaria integrativa e finanziamento delle RSA pilota**

La tariffa sanitaria giornaliera riconosciuta dal SSP per i posti letto di nucleo per demenze delle RSA pilota, pari ad Euro 103,63, è integrata di Euro 9,67 a copertura della spesa per le figure professionali previste al punto 7<sup>3</sup>.

Complessivamente il costo annuo integrativo a carico del SSP per l’attivazione dei due Centri è pari ad Euro 123.534,25 (9,67 Euro x 35pl x 365 gg).

La tariffa sanitaria è riconosciuta vuoto per pieno.

La quota alberghiera a carico della persona è quella applicata dalla RSA pilota.

---

<sup>3</sup> PSICOLOGO: 12 ore settimanali X 52 settimane/20pl/365gg X 50€/ora = 4,27€/die a pl

TERP/TO: 107,94€/20pl = 5,40€/die a pl (per definire la quota giornaliera è preso a riferimento l’importo giornaliero per il recupero tariffario del fisioterapista - punto 6 parte seconda direttive RSA 2022)