

## **NUCLEO RESIDENZIALE TEMPORANEO PER SOGGETTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE: REQUISITI GESTIONALI**

L'attivazione dei nuclei speciali per l'assistenza di soggetti affetti da demenza in residenze socio sanitarie rappresenta un obiettivo di qualificazione dell'attività svolta dai presidi residenziali extraospedalieri, al fine di assicurare agli stessi l'appropriatezza delle cure all'interno di un adeguato percorso assistenziale.

Il Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) è inserito nella rete dei servizi territoriali in collegamento con le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.). Il N.A.T. è destinato a pazienti affetti da demenza con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali. La permanenza nel nucleo ha carattere di temporaneità: l'U.V.G. dell' Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) di residenza dell'utente deve verificare periodicamente, in base al Progetto di intervento individualizzato, se sussiste la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne sia attuabile la dimissione od il trasferimento in residenza socio-sanitaria o al domicilio.

### **SOGGETTI DESTINATARI**

I destinatari del N.A.T. sono soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo con gravi disturbi comportamentali o severi sintomi psichici, che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo intensivo, sulla base di un progetto individuale predisposto dall'U.V.G., provenienti da altri Nuclei di residenze socio-assistenziali, dai Centri Diurni Alzheimer (C.D.A./C.D.A.I.), dal proprio domicilio, dall'ospedale.

### **VALUTAZIONE E PROGETTO INDIVIDUALE**

L'U.V.G. sulla base di una diagnosi di demenza accertata, valuta le condizioni cliniche e la severità dei disturbi comportamentali, individua i bisogni, ne definisce il Progetto individuale.

I disturbi comportamentali devono essere valutati con lo strumento Neuropsychiatric Inventory [(N.P.I) di Cummings IL, Mega M, Gray K], il punteggio complessivo non deve essere inferiore a 24 o raggiungere in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12.

Tuttavia l'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di considerare appropriato un ricovero in N.A.T. in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di criticità e/o instabilità, qualora si possa prevedere un beneficio per la persona valutata, precisandone le motivazioni.

Il Progetto individuale deve comprendere gli obiettivi, le figure professionali coinvolte, gli interventi, i tempi di rivalutazione e in base all'esito il percorso successivo.

### **OBIETTIVI**

- riduzione e controllo disturbi comportamentali;
- sostegno alle condizioni generali (in particolare nutrizionali);
- trattamento comorbilità;

- monitoraggio terapie psicofarmacologiche;
- riduzione e/o abolizione della contenzione fisica;
- tutela dell'incolumità del paziente;
- attivazione/riabilitazione applicata all'area cognitiva, all'area del comportamento e all'area dell'abilità funzionali con tecniche di comprovata efficacia.

Per i familiari degli ospiti devono essere previste attività di sostegno quali colloqui individuali, gruppi di auto-mutuo-aiuto e formazione, al fine di facilitare la gestione del paziente anche per un eventuale rientro al domicilio.

## **ORGANIZZAZIONE**

L'inserimento è disposto dall'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza del soggetto interessato, che certifica l'ammissibilità, anche su proposta dell'U.V.A..

Ogni N.A.T. deve operare in stretta collaborazione con i C.D.A.A./C.D.A.I. di riferimento sul territorio.

Considerata la particolare tipologia dei pazienti, i N.A.T. possono essere articolati in moduli da 10/20 posti letto.

## **PRESTAZIONI**

Dal momento dell'ingresso nel N.A.T., oppure dalla visita di pre-accoglienza, tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione, per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona;
- alle attività della vita quotidiana;
- alle abitudini alimentari;
- all'umore ed ai comportamenti;
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

Nei N.A.T. inoltre devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

- osservazione comportamentale;
- valutazione psico-diagnostico-terapeutica, programmazione attività sanitaria, controllo periodico con gestione dei problemi sanitari intercorrenti;

- nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e delle attività di base della vita quotidiana;
- animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni psichiche;
- attività psicodiagnostica, di riabilitazione cognitiva e motoria.

E' infatti attraverso tale strumento, il P.A.I., che si sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni a quello per progetti e quindi da una assistenza eguale per tutti ad una assistenza individualizzata.

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del N.A.T..

Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.

## PERSONALE

Tutte le figure professionali del N.A.T. devono lavorare in équipe, a seconda delle diverse competenze professionali, per raggiungere gli obiettivi, nei confronti degli ospiti e delle loro famiglie, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

La direzione sanitaria viene garantita dal Direttore Sanitario della struttura in cui il nucleo è inserito.

<b>Nucleo residenziale per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze (max 20 pl)</b>			
<b>Personale</b>	<b>Ore</b>	<b>Minuti ospite/die</b>	<b>Note</b>
Direttore sanitario	5 sett.li		
Medico responsabile: geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche (●)	10 sett.li		Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile
Psicologo con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile (●●)	10 sett.li		Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori
Infermieri	12/die	30	di cui 1 con funzioni di coordinamento
Operatori Socio Sanitari (●●●)	70/die	210	L'O.S.S. può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, etc.
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o altre figure professionali con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto ed individuati nel P.A.I.	21 sett.li	9	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'area socio-assistenziale

(●) Il paziente ospitato nel N.A.T., in genere è in età geriatrica, si trova in una fase di malattia in cui, accanto a conoscenze cliniche specifiche della patologia, sono necessarie competenze relative a un approccio globale della persona, considerata la frequente presenza di comorbidità.

(●●) Lo psicologo ha funzioni di supervisione e supporto sia per l'équipe assistenziale sia per i familiari degli ospiti.

(●●●) Presenze da garantire quotidianamente in funzione all'organizzazione della struttura. Con numero di utenti inferiori a 20 il personale va proporzionato ai minuti di assistenza /utente, fatta salva la presenza minima di 2 operatori per ogni turno lavorativo.

## **VOLONTARIATO**

Per le attività di animazione e di socializzazione possono essere attivati progetti specifici di collaborazione con organizzazioni di volontariato o volontariato singolo come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30.03.2005.

## **AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO**

Per quanto riguarda le procedure e le modalità di autorizzazione e di vigilanza dei N.A.T. questi sono assimilabili ai nuclei delle strutture extraospedaliere delle Residenze Sanitarie Assistenziali e si fa riferimento al combinato disposto degli artt. n. 26, 27 e 54 della l.r. 1/2004 unitamente alle disposizioni contenute nella D.G.R. 11.2.2008, n. 32-8191.

## **ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE**

La centralità della persona e la risposta ai suoi bisogni costituiscono il cardine dell'assistenza personalizzata. Pertanto la struttura deve garantire il rispetto e soddisfare i bisogni di socializzazione dell'ospite attraverso il mantenimento dei rapporti con l'esterno. Deve quindi favorirsi la partecipazione di persone dall'esterno (familiari negli orari più ampi, volontariato, amici, etc.), in modo tale che l'organizzazione del servizio sia scandita da momenti di socializzazione, oltre all'animazione, che deve avvalersi di personale competente.

Occorre che ogni N.A.T. definisca procedure e protocolli per indicare agli operatori quale sia il modo migliore per assicurare una assistenza di qualità con il massimo dell'appropriatezza e di beneficio per l'ospite, il minimo rischio e un buon uso delle risorse.

Si rende altresì necessario che ogni N.A.T. definisca un programma di formazione e aggiornamento dei propri operatori, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

Infine ogni N.A.T. deve predisporre una propria Carta dei Servizi ed un Regolamento.

## TARIFFA GIORNALIERA UTENTE PER N.A.T. DI MAX 20 POSTI LETTO

Personale	Tempi assistenziali		Costo orario	Valore assoluto	Valore unitario	Occupaz. 95% val. unit.
	Ore	Minuti utente/die				
<b>1. Personale socio-sanitario</b>						
Direttore sanitario	5/sett.	---	56,00	14.560	2,00	2,11
Medico specialistica	10/sett.	---	56,00	29.120	4,00	4,22
Psicologo	10/sett.	---	42,00	21.840	3,00	3,15
Assistenza infermieristica (con funzioni anche di coordinamento)	12/die	36	23,50	102.930	14,10	14,84
Assistenza tutelare socio-sanitaria	70/die	210	19,20	490.560	67,20	70,74
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista, o altre figure professionali	21/sett.	---	21,00	22.932	3,14	3,31
<b>1. Totale costi</b>				<b>681.942</b>	<b>93,44</b>	<b>98,37</b>
<b>2. Altro personale</b>						
Responsabile di struttura				18.000	2,47	2,60
Amm.ne/segreteria/portineria				12.000	1,64	1,73
<b>2. Totale costi</b>				<b>30.000</b>	<b>4,11</b>	<b>4,33</b>
<b>3. Servizi alberghieri</b>						
Giornata alimentare				68.000	9,32	9,81
Lavanderia/biancheria/guardaroba				34.000	4,66	4,91
Pulizia				37.000	5,07	5,34
Parrucchiere				3.200	0,44	0,46
<b>3. Totale costi</b>				<b>142.200</b>	<b>19,49</b>	<b>20,52</b>
<b>4. Costi diversi</b>						
Assicurazioni				5.000	0,68	0,72
Spese generali e materiale di consumo				37.000	5,07	5,34
<b>4. Totale costi</b>				<b>42.000</b>	<b>5,75</b>	<b>6,06</b>
<b>5. Costi misti di tipo strutturale</b>						
Manutenzione ord. straord.				6.500	0,89	0,94
Ammortamenti/ Oneri fin./Fitto/Fondo riserva				48.000	6,58	6,93
<b>5. Totale costi</b>				<b>54.500</b>	<b>7,47</b>	<b>7,87</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>				<b>950.642</b>	<b>130,26</b>	<b>137,15</b>

### METODO DI CALCOLO PER LA DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA

Per quanto attiene ai profili professionali dell'infermiere, OSS, educatore, fisioterapista, previsti dall'atto deliberativo la retribuzione prevista è quella del CCNL risultante dall'accordo del 31.7.2008 per le lavoratrici e i lavoratori delle cooperative sociali del settore socio-sanitario, assistenziale ed i valori tabellari sono quelli previsti dal 01.12.2009. I rimanenti costi sono stati definiti (con opportune rivalutazioni) prendendo a riferimento le indicazioni di cui alla DGR 17/2005 e s.m.i..