

WORKSHOP  
Progetto Nazionale CCM «la qualità dell'assistenza  
in RSA: i risultati della Toscana»

*Firenze, 12 Novembre 2012*

# **Il declino funzionale, cognitivo- comportamentale e la gestione delle riacutizzazioni in RSA**

Nicoletta Zaffarana, Maria Chiara Cavallini, Mauro Di Bari  
Università degli Studi di Firenze  
U.O. Geriatria



# Indicatori per il monitoraggio della Qualità dell' Assistenza in RSA proposti da UO Geriatria UNIFI: Aree tematiche e Fonte di informazione

Area Contenzione (rilevazione in RSA)

Area Incontinenza Urinaria (rilevazione in RSA)

Area Declino Funzionale (rilevazione in RSA e Flussi amministrativi)

Area Declino Cognitivo (rilevazione in RSA e Flussi amministrativi)

Area Modalità di Gestione delle Riacutizzazioni (Flussi amministrativi)

# Contenzione fisica

## Definizione

**Ogni** dispositivo, mezzo fisico o meccanico, applicato al corpo o nello spazio circostante la persona, che non può essere controllato o facilmente rimosso, volto a limitare la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del corpo

## Indicatore

Prevalenza di ospiti contenuti =  $\text{N}^\circ \text{ospiti contenuti} / \text{Tot. ospiti presenti in RSA al momento dell'indagine} \times 100$



## Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA

# Scheda di valutazione funzionale e cognitivo-comportamentale

Uso di contenzione fisica:

si       no

Se si, motivazione:

prevenzione caduta/traumi

agitazione psicomotoria improvvisa

non rilevabile

fallimento di strategie alternative

altro

.....

Prescrizione medica in cartella:

si       no

Presenza di piano di contenzione scritto:

si       no

Tipo di contenzione (risposta multipla):

spondine

sedia con tavolino anteriore fisso

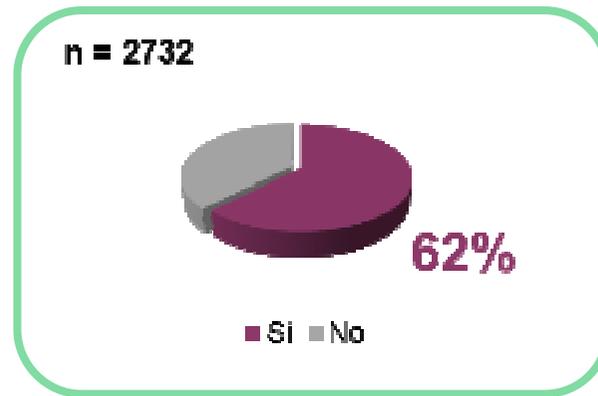
polsiere/cavigliere

fascia per il tronco

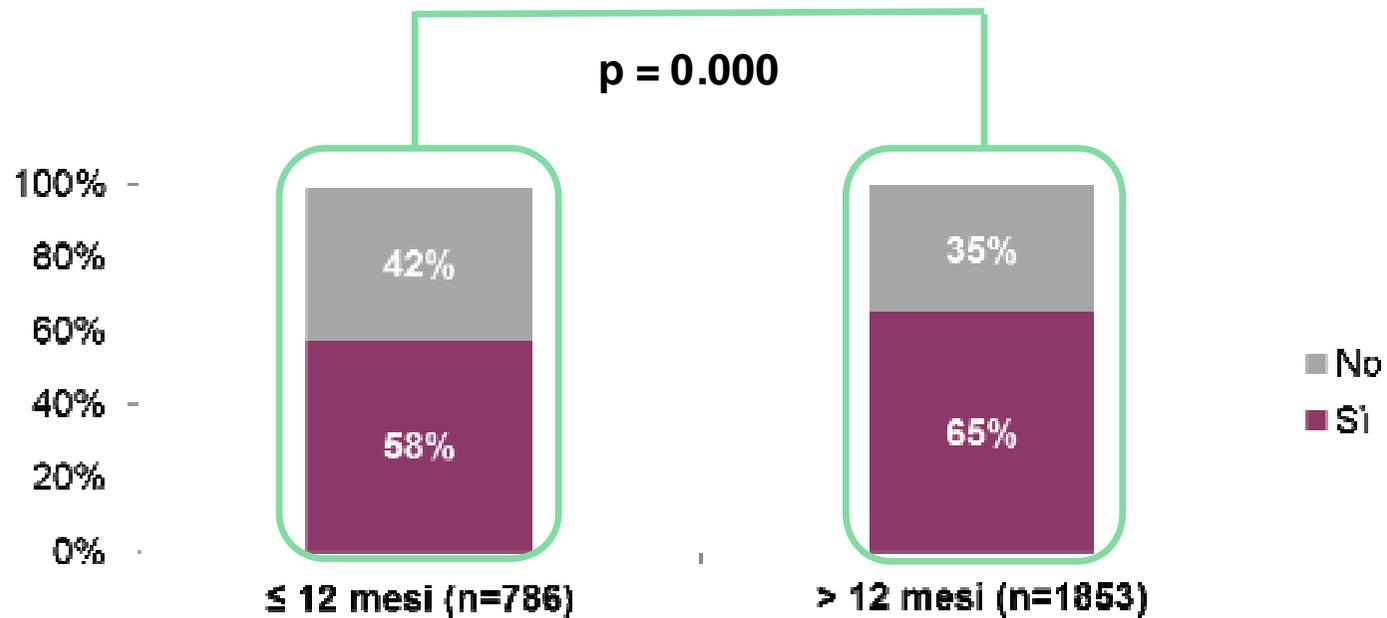
altro

.....

# Prevalenza di Contenzione Fisica



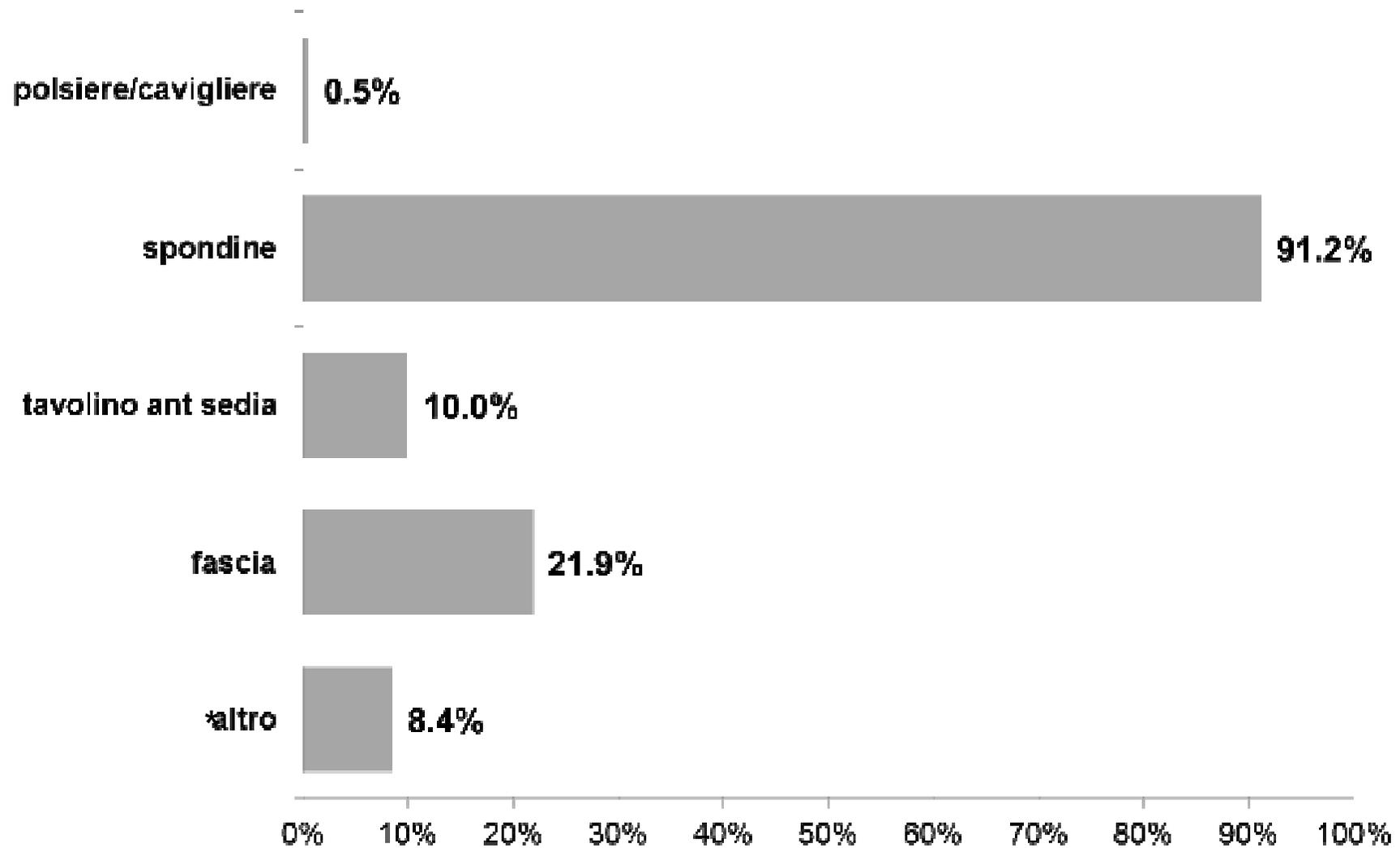
## Prevalenza in relazione alla durata della permanenza in RSA



# Tipologia di contenzione fisica

Risposta a scelta multipla

n=1696

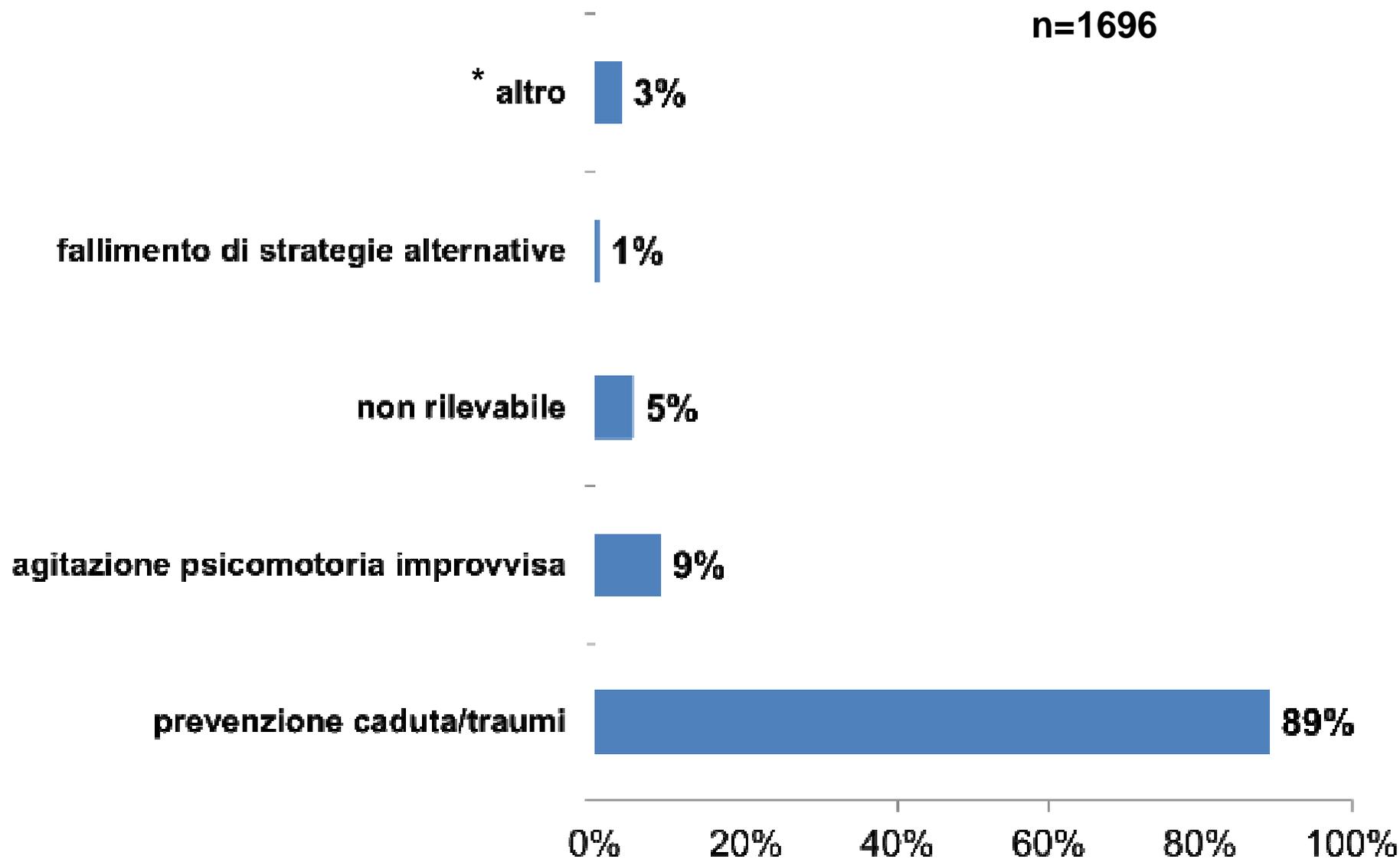


\* = cintura pelvica, corsetti, cunei divaricatori, fasce inguinali, pettorine..

# Motivazione di uso della contenzione fisica

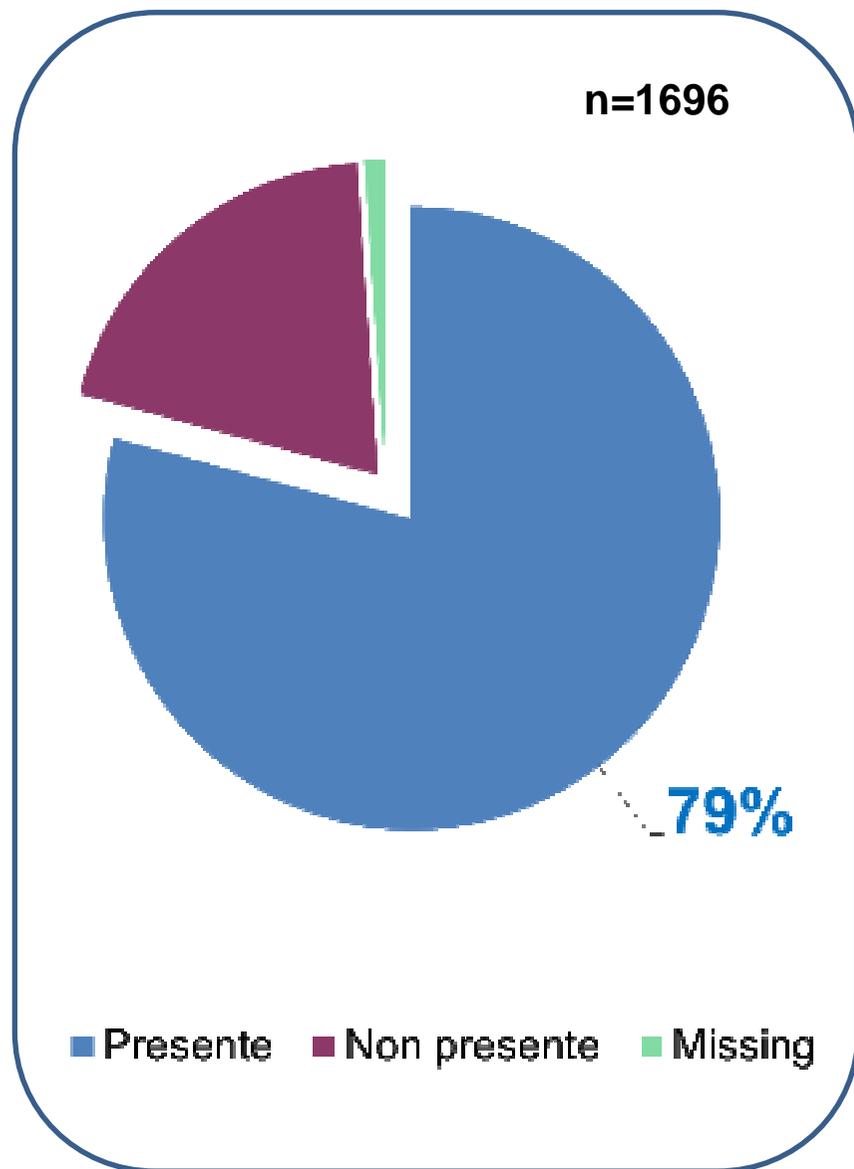
Risposta a scelta multipla

n=1696

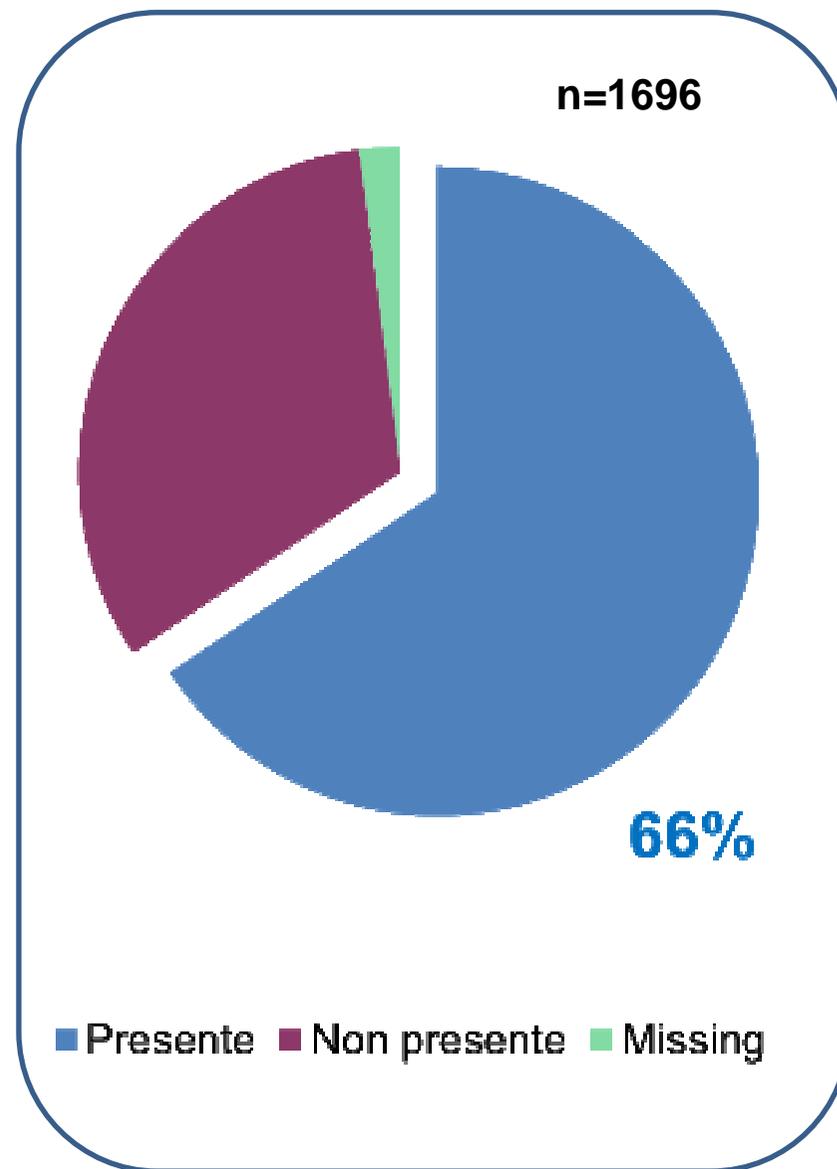


\* = richiesta dell'ospite/dei familiari, controllo postura, ausilio, posizionamenti...

## Prescrizione medica del mezzo di contenzione



## Piano di contenzione scritto



# Incontinenza urinaria

## Definizione

La perdita involontaria di urine attraverso l'uretra, obiettivamente dimostrabile, in quantità o con frequenza tali da costituire per l'individuo un problema sociale o di salute

## Indicatori

Incidenza di incontinenza urinaria =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ ospiti con IU il giorno della rilevazione in RSA}}{\text{N}^\circ \text{ totale ospiti senza IU in RSA}} \times 100$

Prevalenza di CVP o condom =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ ospiti con CVP o condom il giorno della rilevazione del dato in RSA}}{\text{Tot. ospiti presenti in RSA al momento dell'indagine}} \times 100$



## *Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA*

### **Scheda di valutazione funzionale e cognitivo-comportamentale**

Incontinenza urinaria presente:  si  no

Se sì, con che frequenza:  occasionale  persistente

Se sì, momento di insorgenza:  prima dell'ingresso in RSA  durante la permanenza in RSA

a seguito di ricovero in ospedale  non rilevabile

Presenza di catetere vescicale a permanenza (CVP):  sì  no

Presenza di condom:  sì  no

Se presenti CVP o condom, motivo prescrizione:

ulcere da pressione 2°-4° stadio

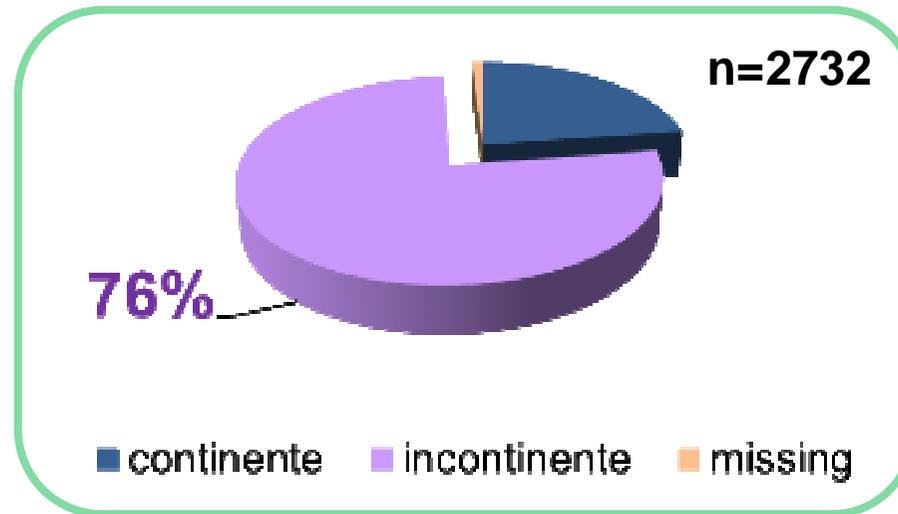
altro

cure di fine vita

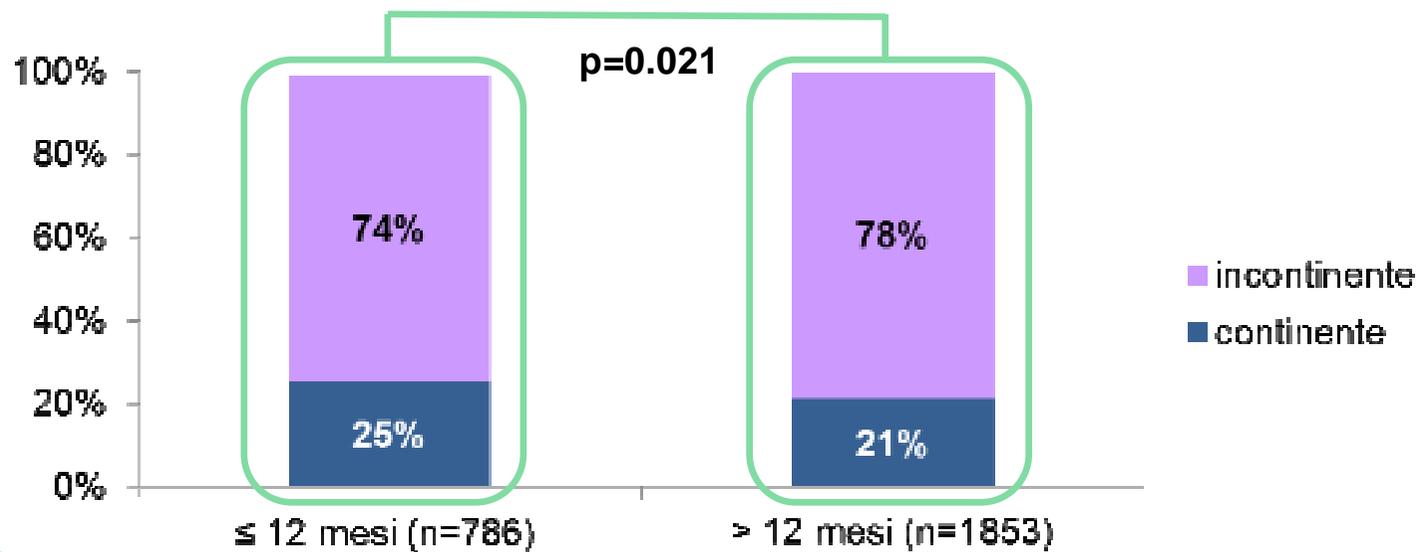
non rilevabile

disturbi di ritenzione e/o incontinenza non altrimenti gestibili

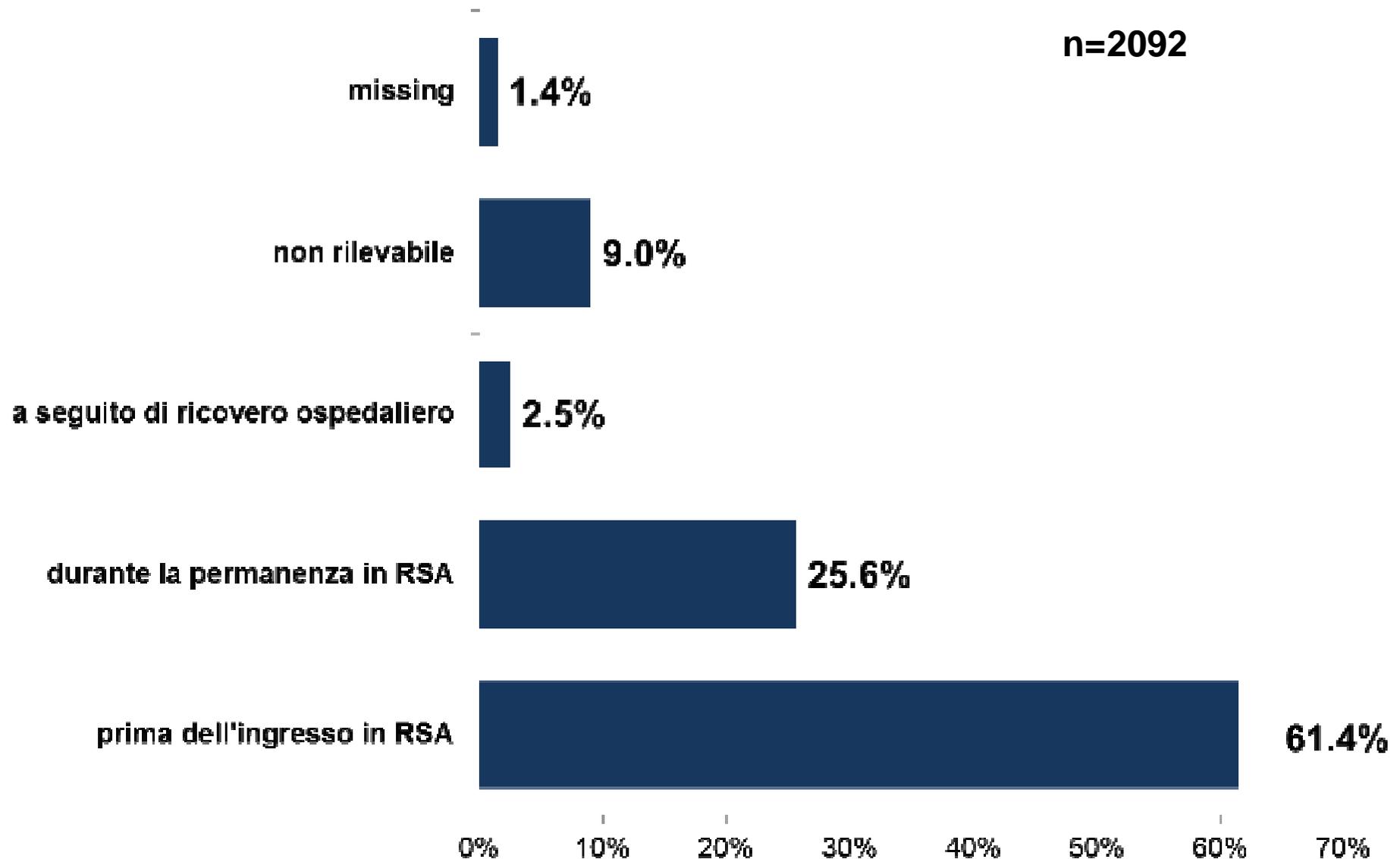
# Incidenza di Incontinenza urinaria



## Incidenza IU in relazione alla durata della permanenza in RSA

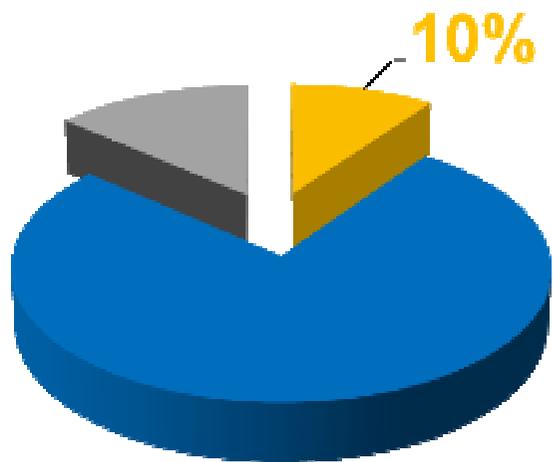


# Insorgenza di IU



## Prevalenza di CV o condom

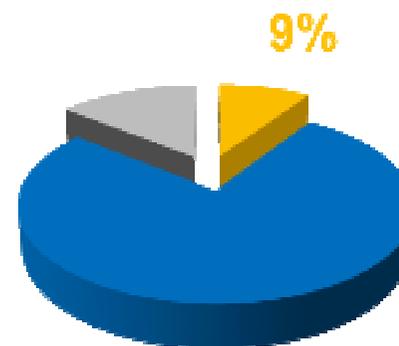
n=2732



■ presente ■ non presente ■ missing

## Prevalenza di CV

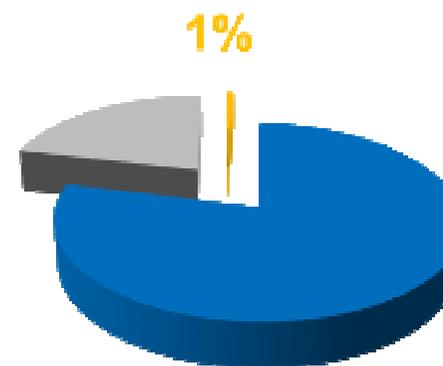
n=2732



■ presente ■ non presente ■ missing

## Prevalenza di condom

n=2732



■ presente ■ non presente ■ missing

# Declino funzionale

## Definizione ospite allettato:

Ospite che permane almeno 18 ore al giorno a letto (range 18-24 ore)

## Indicatori:

Variazione di punteggio BI a un anno da ammissione in RSA\* =  
Punteggio BI misurato in RSA (case-mix 2) - Punteggio BI misurato in  
RSA (case-mix 1)

Prevalenza di ospiti allettati =  $N^{\circ}$  ospiti allettati / Tot. ospiti presenti in  
RSA al momento dell'indagine (x 100)

\* Mancanza dati valutazione UVM nel flusso amministrativo



*Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA*

## Scheda di valutazione funzionale e cognitivo-comportamentale

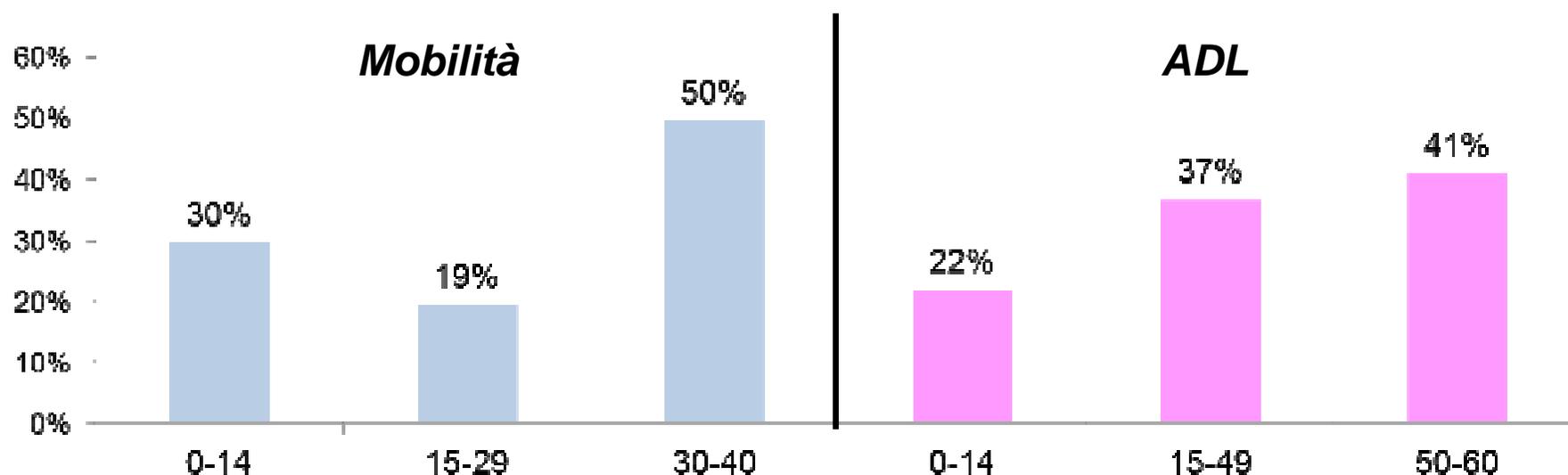
Scala di Barthel modificata (0-100, 0 = completa autonomia, 100 = completa dipendenza)

- **Mobilità (0-40)**
  - Trasferimenti (letto-sedia/carrozzina)
  - Deambulazione/Usò di carrozzina
  - Uso delle scale
- **ADL (0-60)**
  - Alimentazione
  - Bagno/Doccia
  - Igiene personale
  - Abbigliamento
  - Continenza intestinale
  - Continenza urinaria
  - Uso di servizi igienici

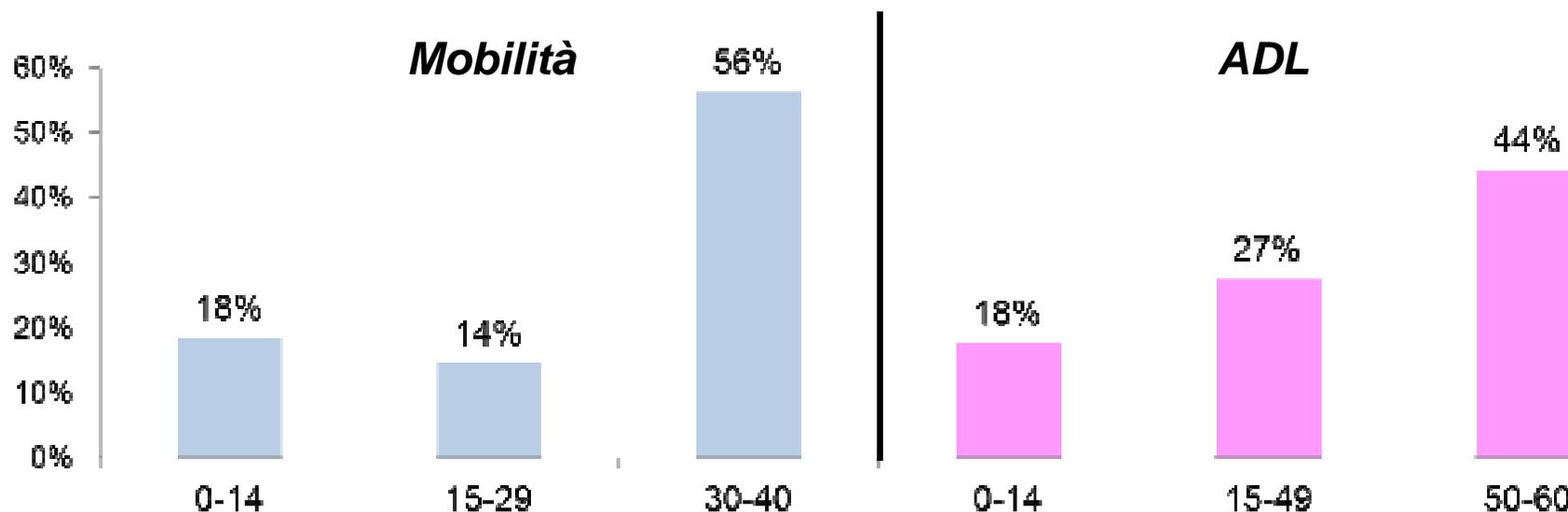
Ospite allettato (18-24 ore/die)?   sì    no

## Distribuzione punteggio BI 2012 (n=2732)

(0-100, 0 = completa autonomia, 100 = completa dipendenza)



## Distribuzione punteggio BI 2011 (n=2611)



# Variazione media del punteggio Barthel Index a un anno dalla prima rilevazione

BI score 0-100, 0 = completa autonomia, 100 = completa dipendenza

n=1066

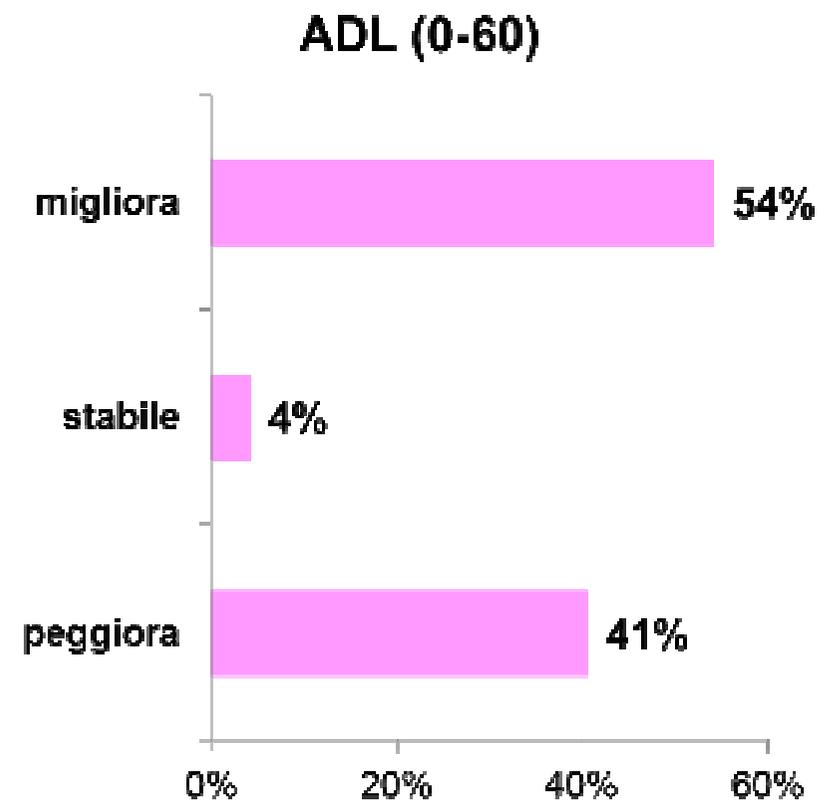
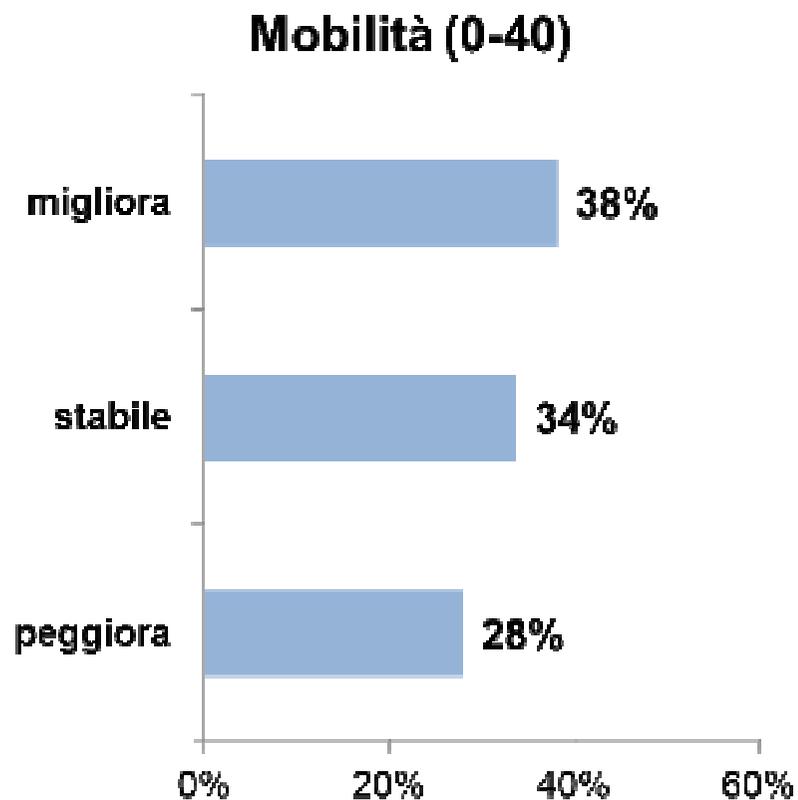
BI Totale (0-100)	BI Mobilità (0-40)	BI ADL (0-60)	
 -3,21	 -2,26	 0,86	> 12 mesi
 -2,73	 -2,16	 0,51	≤ 12 mesi
 -7,18	 -3,04	 3,81	totale

 = miglioramento medio

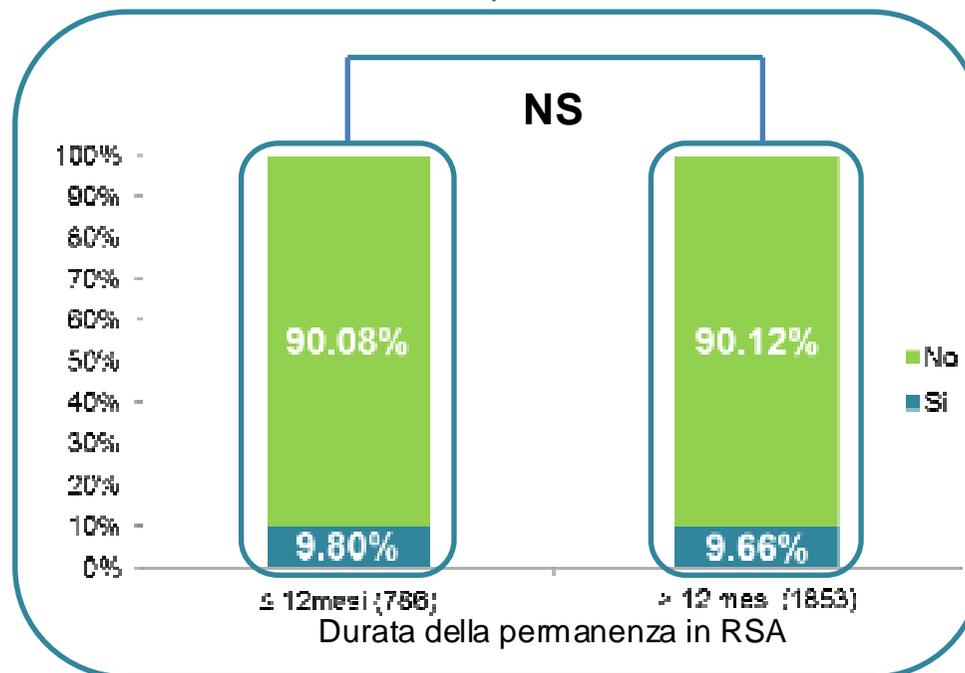
 = peggioramento medio

# Modificazione del livello funzionale a un anno di distanza dalla prima rilevazione: Barthel Index (Mobilità e ADL)

n=1066



# Prevalenza di ospiti allettati



# Declino cognitivo

## Definizione ospite con demenza grave:

Ospite con punteggio 7 alla Global Deterioration Scale (contemporanea presenza di incapacità di comunicare verbalmente, incontinenza, necessità di assistenza per alimentarsi, perdita della capacità di deambulare)

## Indicatori:

Variazione di punteggio al test di Pfeiffer (SPQM) a un anno da ammissione in RSA\* =  $\text{Punteggio SPQM misurato in RSA (case-mix 2)} - \text{Punteggio SPQM misurato in RSA (case-mix 1)}$

Prevalenza di ospiti affetti da demenza grave =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ ospiti affetti da demenza grave}}{\text{N}^\circ \text{ totale di ospiti presenti in RSA il giorno della rilevazione}} \times 100$

\* Mancanza dati valutazione UVM nel flusso FAR



## Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA

# Scheda di valutazione funzionale e cognitivo-comportamentale

### Valutazione cognitiva 1 - Test di PFEIFFER

	corretto	errato
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Che giorno è della settimana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come si chiama questo posto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual è il suo indirizzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanti anni ha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando è nato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Test non somministrabile per la gravità del deterioramento: assegnare punteggio = 10**

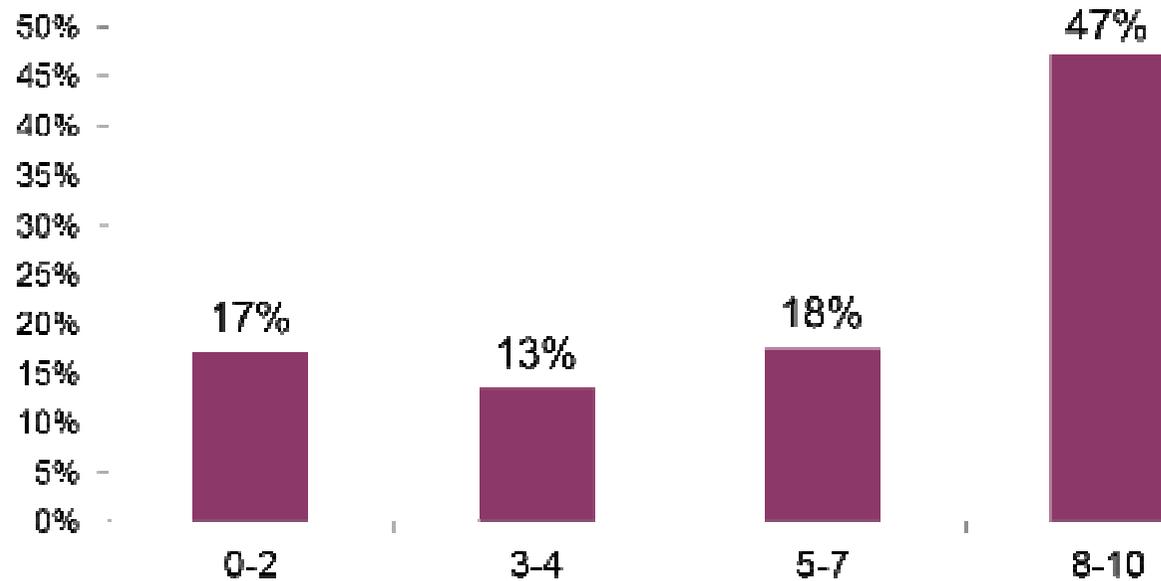
Test non somministrabile per altre motivazioni indicarle di seguito:

.....

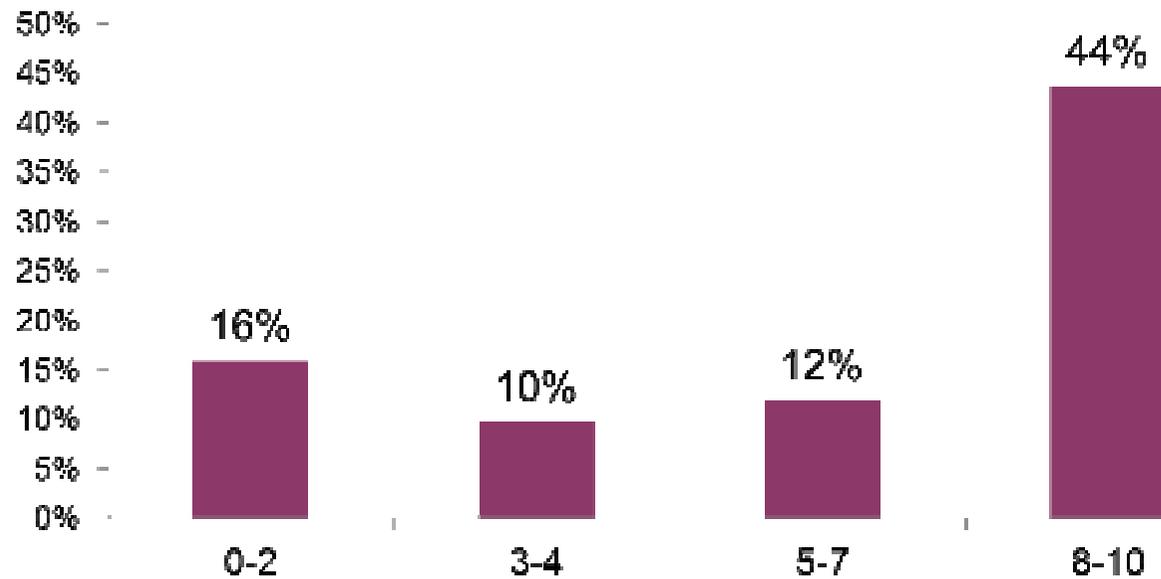
**Ospite affetto da demenza grave\*?  si  no**

\* punteggio 7 alla Global Deterioration Scale: incapacità di comunicare verbalmente, incontinenza, necessità di assistenza per alimentarsi, perdita delle capacità di deambulare

## Distribuzione punteggio SPQM 2012 (n=2732)



## Distribuzione punteggio SPQM 2011 (n=2611)



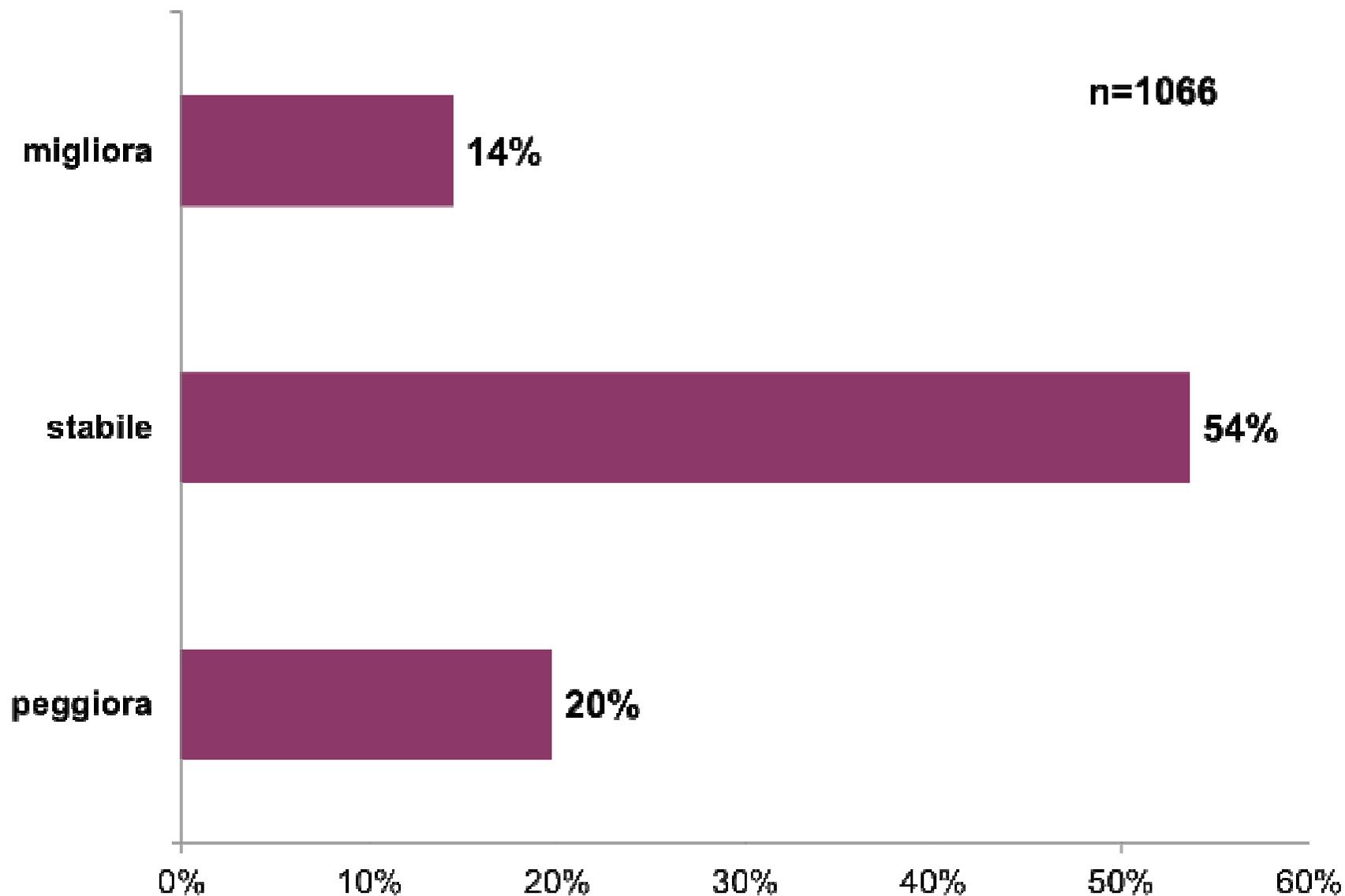
# Variazione media del punteggio al test di Pfeiffer a un anno dalla prima rilevazione

n=1066

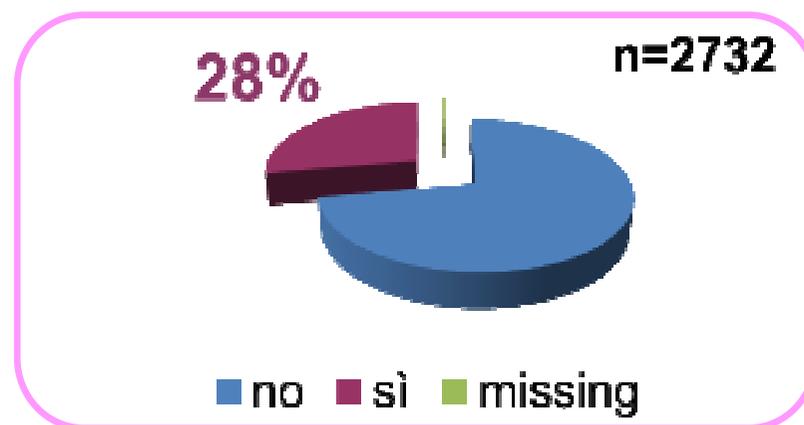
	0,1	> 12 mesi
	-0,18	≤ 12 mesi
	0,07	totale

 = miglioramento medio  
 = peggioramento medio

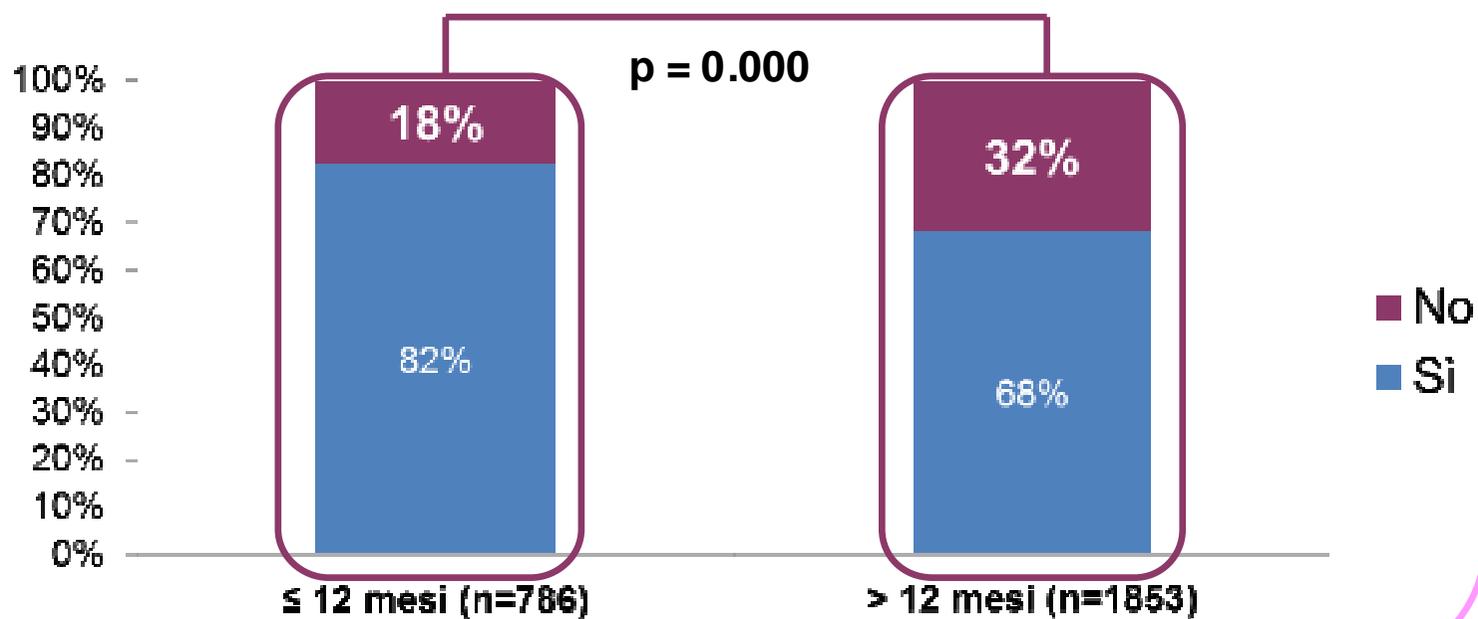
# Modificazione del livello cognitivo a un anno dalla prima rilevazione: test di Pfeiffer



## Prevalenza di ospiti affetti da demenza grave



## Prevalenza in relazione alla durata della permanenza in RSA



# Modalità di Gestione delle Riacutizzazioni

## Indicatori:

**Tasso di consulenze specialistiche** = N° totale di CS richieste (registrate) in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

**Tasso di accessi al PS** = N° totale di accessi al PS registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

**Tasso di ricoveri ospedalieri** = N° totale di ricoveri ospedalieri registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

**Durata delle degenze ospedaliere** = N° totale di giorni di degenza ospedaliera (ricoveri registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix) / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

**Mortalità degli ospiti in RSA\*\*\*** = N° totale di decessi nell'anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

\*\*\* sottostima (flusso non aggiornato in tempo reale)

## Tasso di consulenze specialistiche

Formula = N° totale di CS richieste (registrate) in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

N° di accessi a CS 2011-2012 = **4761** [richieste a favore di 660 soggetti, in media  $4,6 \pm 4,8$  prestazioni procapite (range 1 - 52)]

N° di ospiti RSA 2011-2012 = **813**



**Indicatore Tasso di CS = 5,9 accessi  
per ospite in un anno**

descrizione branca delle prestazioni	freq.	%
Anest	52	0,9
Cardiol	215	3,9
Chir gen	53	1,0
Chir plast	44	0,8
Chir vasc	15	0,3
Dermat - allergol e immunol	12	0,2
Diagnost x immagini: MN	8	0,1
Diagnost x immagini: RD	554	10,0
Endocr	4	0,1
Gastro	30	0,5
Lab analisi	2640	47,7
Med fis e riab	97	1,8
Nefrologia	142	2,6
Neurochir	46	0,8
Neurol	111	2,0
Oculist	115	2,1
Odontostom - chir max-fac	30	0,5
Orto traumat	55	1,0
Ostetr ginecol	13	0,2
Otorinolar	34	0,6
Pneumol	21	0,4
Psich, neuropsich infan, psicol	48	0,9
Radiotp	1	0,0
Urol	28	0,5
Altre	771	13,9

## Tasso di accessi al PS

Formula = N° totale di accessi al PS registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

N° di accessi al PS (2011-2012) = **584** (da parte di 303 soggetti)

N° di ospiti RSA (2011-2012) = **813**



**Indicatore Tasso di accesso al PS = 0,7 accessi per ospite in un anno**

<b>Codice colore in ingresso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Azzurro	26	4,5
Bianco	3	0,5
Giallo	174	29,8
N.a.	3	0,5
Rosso	22	3,8
<b>Verde</b>	<b>356</b>	<b>61,0</b>

<b>Codice colore in uscita</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Azzurro	22	3,8
Bianco	6	1,0
Giallo	77	13,2
N.a.	11	1,9
Rosso	6	1,0
<b>Verde</b>	<b>462</b>	<b>79,1</b>

### **Codice di Priorità e di Uscita dal PS e Esito**

<b>esito</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
N.a.	16	2,7
<b>dimissione a domicilio</b>	<b>401</b>	<b>68,7</b>
dimissione a strutture ambulatoriali	6	1,0
ricovero in reparto di degenza	150	25,7
rifiuta ricovero	3	0,5
trasferimento ad altro istituto	8	1,4

# Tasso di ricoveri ospedalieri

Formula = N° totale di ricoveri ospedalieri registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

N° di ricoveri (2011-2012) = **187** (da parte di 128 soggetti)

N° di ospiti RSA (2011-2012) = **813**



**Indicatore Tasso di RO = 0,2 ricoveri  
per ospite in un anno**

## Durata delle degenze ospedaliere

Formula = N° totale di giorni di degenza ospedaliera (ricoveri registrati in un anno a partire dalla data di rilevazione del primo casemix) / Tot. ospiti presenti in RSA nell'anno 2011-2012 (ovvero che hanno entrambe le valutazioni da scheda casemix)

N° di giorni di degenza osp. (2011-2012) = **2068**

N° di ospiti RSA (2011-2012) = **813**



**Indicatore Durata delle DO = 2,5 giorni**

# Riassunto Risultati I

## Area Contenzione

✓ Prevalenza di ospiti contenuti = **62%**

## Area Incontinenza Urinaria

✓ Tasso incidenza IU = **76%**

✓ Prevalenza CVP o condom = **10%**

## Area Declino Funzionale

✓ Prevalenza di ospiti allettati = **10%**

✓ Variazione media punteggio BI (0-100) a un anno da ammissione in RSA = **-3,21**

- Variazione punteggio BI (0-40: Mobilità) a un anno = **-2,26**
- Variazione punteggio BI (0-60: ADL) a un anno = **0,86**

## Area Declino Cognitivo

✓ Prevalenza di ospiti affetti da demenza grave (punteggio 7 GDS) = **28%**

✓ Variazione media punteggio SPQM a un anno da ammissione in RSA = **0,07**

## Area Modalità di Gestione delle Riacutizzazioni

✓ Tasso di consulenze specialistiche = **5,9** (circa 6 consulenze per anno ogni 10 ospiti)

✓ Tasso di accessi al PS = **0,7** (7 accessi per anno ogni 10 ospiti)

✓ Tasso di ricoveri ospedalieri = **0,2** (2 ricoveri per anno ogni 10 ospiti)

✓ Durata delle degenze ospedaliere = **2,5 giorni**

✓ Mortalità degli ospiti in RSA = **????**

# Conclusioni preliminari I

- Fattibilità del calcolo degli indicatori, proposti da UO Geriatria, sulla base dei dati rilevati con case-mix in RSA...alcuni problemi da risolvere con i flussi amministrativi
- Notevole miglioramento dell'accuratezza di compilazione delle schede case-mix

## Conclusioni preliminari II

- Elevata prevalenza di ospiti contenuti
- Elevata prevalenza di IU, (in gran parte precedente la presa in carico da parte dell'RSA), non minimo l'utilizzo di CVP
- Non trascurabile presenza di ospiti allettati fin dalla presa in carico
- Peggioramento medio del punteggio BI (ADL), 41% di ospiti peggiorati in ADL ad un anno
- Peggioramento medio punteggio test Pfeiffer, 20% di ospiti peggiorati ad un anno



**Grazie !**



# RIABILITARE L'ANZIANO

Teoria e strumenti di lavoro

A cura di Giuseppe Bellelli  
e Marco Trabucchi

Carocci Faber

LE PROFESSIONI SANITARIE

## La rieducazione motoria e funzionale in RSA

Principio cardine della riabilitazione in RSA è che ogni atto riabilitativo deve ispirarsi a obiettivi precisi, di cui ne possono essere identificate 5 tipologie:

1. Ripristino del massimo grado di autonomia funzionale possibile
2. Mantenimento delle abilità funzionali e motorie residue e prevenzione dell'ipocinesia e delle patologie da disuso
3. Prevenzione dei danni terziari da ipocinesia grave (o allettamento) al fine di permettere la miglior gestione possibile dei passaggi posturali letto-poltrona o meglio letto-carrozzina
4. Contenimento dei disturbi del comportamento
5. Promozione della socializzazione e miglioramento della qualità della vita

...L'intensività è possibile anche in RSA, come supportato da numerosi studi, in ospiti fragili in grado di collaborare (Fiatarone et Al 1994, Latham et Al 2004).

# Esercizio fisico e funzioni cognitive nell'anziano affetto da demenza

## REVIEW

### **The more physical inactivity, the more agitation in dementia**

---

Erik J.A. Scherder,<sup>1</sup> Thorsten Bogen,<sup>1</sup> Laura H.P. Eggermont,<sup>1</sup> Jan P.H. Hamers<sup>2</sup>  
and Dick F. Swaab<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Neuropsychology, VU University, Amsterdam, The Netherlands

<sup>2</sup>Maastricht University, School for Public Health and Primary Care, Department of Health Care and Nursing Science, Maastricht, The Netherlands

<sup>3</sup>Netherlands Institute for Neurosciences, Amsterdam, The Netherlands

*(Scherder EJ, Int Psychogeriatr 2010;22;1203)*

- L'istituzionalizzazione e l'utilizzo di contenzioni fisiche rispettivamente riducono o rendono minimo il livello di attività fisica oltre ad aggravare i disturbi comportamentali quali ad es. l'agitazione
- La restrizione del movimento, in particolare, se utilizza mezzi di contenzione, causa un aumento del livello di stress che danneggia quelle aree cerebrali importanti implicate nella cognitiv  e nel comportamento e che sono gi  danneggiate nei soggetti affetti da demenza
- **L'agitazione dovrebbe essere trattata con la mobilitazione incrementando l'attivit  fisica attraverso la partecipazione a programmi dedicati**