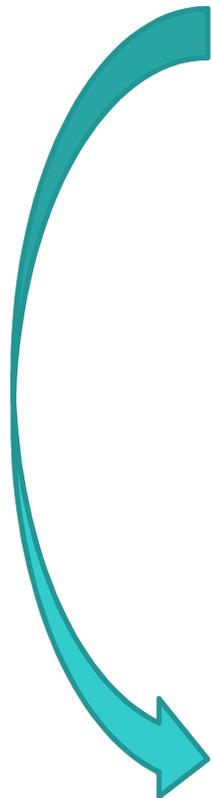


## **APPROPRIATEZZA E QUALITA' NELLE APPLICAZIONI DELLE DIVERSE REGIONI**

*Simonetta Bianchi/Raffaella D'Errico  
Fondazione Opera San Camillo*

15 novembre 2013



*“L’appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al **bisogno** del paziente (o della collettività), fornito nei **modi** e nei **tempi adeguati**, sulla base di **standard riconosciuti**, con un **bilancio positivo** tra **benefici, rischi e costi**”* Glossario a cura del Ministero della Salute.

Equità

Livello essenziale di assistenza(*LEA*)

Qualità dell’assistenza

Efficacia

Efficienza

Elevato livello di analisi ed applicazioni  
**nell'assistenza agli acuti**, tendenza alla  
**uniformità** applicativa nelle regioni

- setting assistenziali da tempo codificati (ricoveri ordinari, day hospital, ambulatoriali)
- Sistema di remunerazione unitario (DRG- TUC)

.....in progressiva definizione nella **residenzialità**,



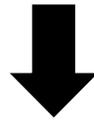
**NECESSITÀ DI UNIFORMARE**

***Progetto Mattone n°12 «Prestazioni Residenziali e  
semiresidenziali», 2007***

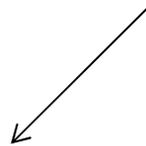
obiettivo:

- Ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni, **definizione e sviluppo di un sistema di classificazione omogeneo**
- Costruire un **flusso informativo nazionale** sulle prestazioni per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio

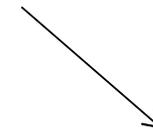
***Progetto Mattone n°12 «Prestazioni Residenziali e semiresidenziali», 2007***



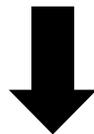
***«Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza(LEA)», 30 maggio 2007***



*Documento sulle Prestazioni  
Residenziali e Semiresidenziali  
del Ministero della Salute*

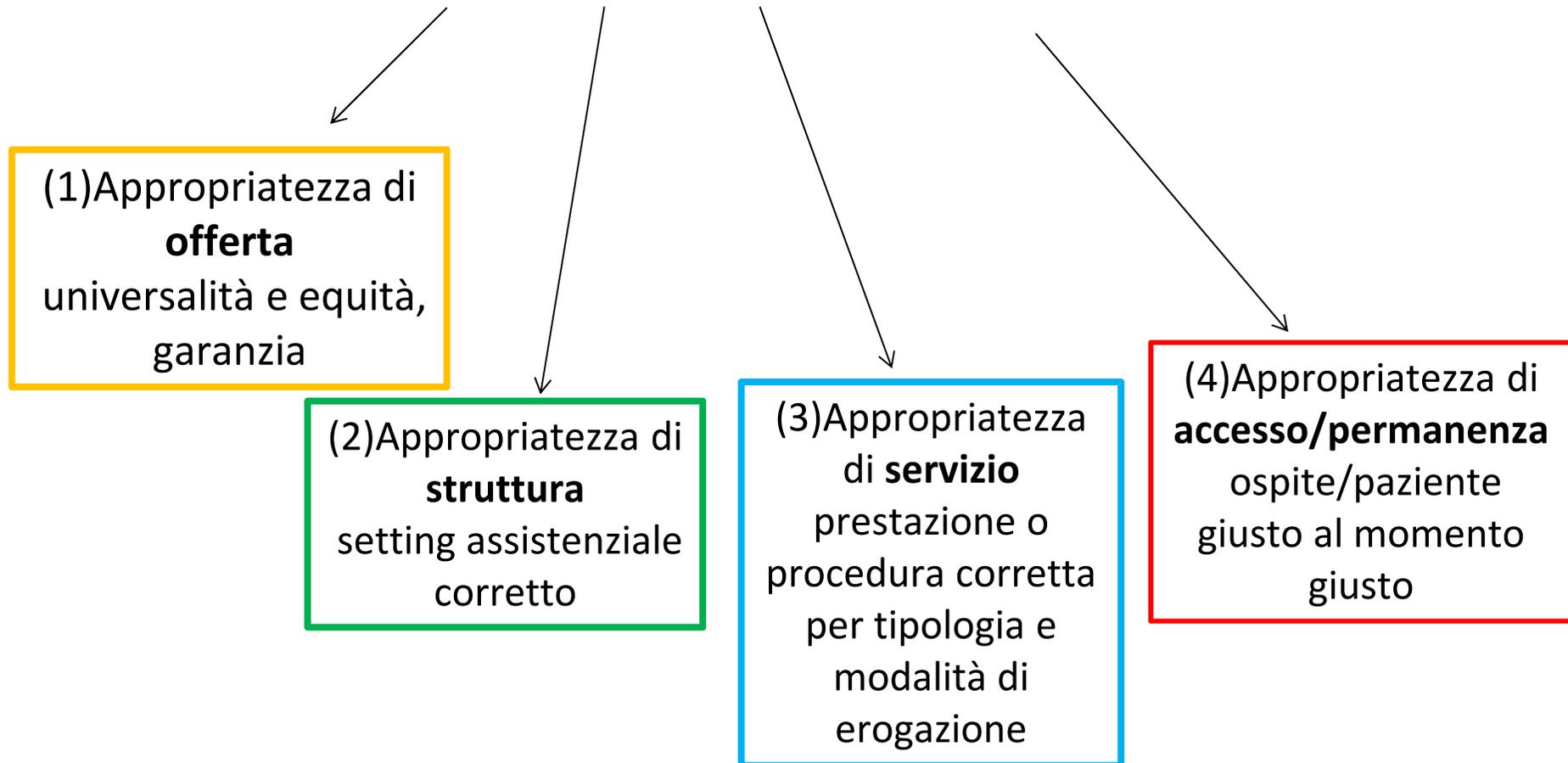


*Decreto Ministeriale “Istituzione  
della banca dati finalizzata alla  
rilevazione delle prestazioni  
residenziali e semiresidenziali”, 17  
dicembre 2008*



***Nuovo Sistema Informativo Sanitario(NSIS)***  
strumento di riferimento  
per misurare **qualità, efficienza ed appropriatezza**  
del Servizio Sanitario Nazionale

«Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza(LEA)», 30 maggio 2007



## Variabili di misurazione della qualità del servizio residenziale, revisione Regione Veneto del modello teorico di Donabedian, 1990

		LOMBARDIA DGR 7435/01	VENETO DGR 84/2007	LIGURIA DGR 529/2007	LAZIO D.C. ad Acta U0090/2010
elementi strutturali	1. % delle camere singole/doppie				
	2. % delle camere dotate di un proprio bagno				
	3. MQ per PL calcolate per l'area ...				
	• camera da letto				
	• pranzo				
	• soggiorno				
	• ricreativa/occupazionale				
	4. Personalizzazione della propria camera				
	5. Spazio dedicato per consumare pranzi con persone esterne				

S  
I  
C  
U  
R  
E  
Z  
Z  
A  
  
B  
E  
N  
E  
S  
S  
E  
R  
E

IRES VENETO, Misurare la qualità nei servizi residenziali per anziani. Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità, 2009

Variabili di misurazione della qualità del servizio residenziale, revisione Regione Veneto del modello teorico di Donabedian, 1990

		LOMBARDIA DGR 7435/01	VENETO DGR 84/2007	LIGURIA DGR 529/2007	LAZIO D.C. ad Acta U0090/2010
elementi organizzativi	6. Ore socio-sanitarie per gg erogate				
	7. Peso delle ore di animazione rispetto alle ore sociosanitarie				
	8. Presenza strutturata di associazioni di volontariato				
	9. Coinvolgimento parenti nella formulazione del PAI				
	10. Soddisfazione organizzativa degli Operatori della Struttura (in particolare Infermieri e ASA/OSS)				



		LOMBARDIA DGR 7435/01	VENETO DGR 84/2007	LIGURIA DGR 529/2007	LAZIO D.C. ad Acta U0090/2010
elementi procedurali	11. Uso di protocolli per ...				
	• lo svolgimento del bagno				
	• la prevenzione delle piaghe				
	• la gestione dei presidi per l'incontinenza				
	• la contenzione fisica				
	• la prevenzione delle cadute				
	12. Libertà nell'orario dell'alzata/messa a letto				
	13. Uso di separé nelle fasi di pulizia/vestizione				
	14. Rotazione dei menù proposti				
	15. Tempo medio di somministrazione del pasto				
	16. Scegliere le persone con cui consumare i pasti				
	17. Adozione di strumenti manageriali per				
	• Apertura dei servizi sul territorio				
	• Attivazione di network per gli acquisti				
	• Bilancio sociale				
	• Budget e contabilità analitica				
	• Carta dei servizi				
	• Certificazione qualità				
	• People satisfaction				
	• Questionario di soddisfazione				
• URP					

R  
I  
S  
C  
H  
I  
O  
  
C  
L  
I  
N  
I  
C  
C  
O

«Misura fondamentale dell'appropriatezza del sistema di tutela degli utenti anziani cronici è la determinazione di **standard di posti letto residenziali** coerenti con indicatori sintetici di fabbisogno».

«Uno standard d'offerta corretto si deve calcolare in base ad alcune variabili che tengono conto dell'età, condizioni economiche e fattore «solitudine»

La commissione LEA ritiene di non poter giungere ad uno standard di offerta univoco a livello nazionale, perché i dati esistenti sono spesso incompleti e disomogenei».

«Non ben definiti i fattori che condizionano la **domanda**:  
- varia da regione a regione,  
- non è completamente espressa,  
- è condizionata dall'offerta specifica (RSA) e alternativa (assistenza domiciliare).

Le regioni, inoltre tendono a non accettare standard di offerta definiti a livello nazionale senza che sia entrato in regime il sistema informativo completo sulla residenzialità e la reale capienza del Fondo Sanitario per garantire i livelli di offerta».

Sviluppo di indicatori finalizzati ad una rilevazione omogenea e di lungo periodo di alcuni parametri d'offerta (posti letto, utenti in attesa, tempi d'attesa) che consentono di monitorare i livelli assistenziali erogati e che possono supportare le regioni a fissare i propri standard programmatici.

Gli indicatori sono stati sviluppati sulla base delle prestazioni individuate dalla commissione LEA.

<b>Codice</b>	<b>descrizione</b>
<b>R1</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).
<b>R2</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.
<b>R2D</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati ( <i>Nuclei Alzheimer</i> ) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico".
<b>R3</b>	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)
<b>SR</b>	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
<b>SRD</b>	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Prestazioni *	indicatori
R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- Numero di assistiti</li> <li>- Tasso occupazione annuo medio</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- Numero di assistiti</li> <li>- Tasso occupazione annuo medio</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>
R2D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>
SR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>
SRD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero p.l. per 1.000 anziani</li> <li>- N. pz in lista di attesa</li> <li>- Durata media attesa</li> </ul>

Le Regioni del Nord, nel 2010 hanno la più alta concentrazione di posti letto residenziali per anziani (standard medio intorno a 37-40 pl per 1000 anziani) rispetto a quelle del Centro (circa 17-20 pl per 1000 anziani) e del Meridione (12 pl per 1000 anziani).

ISTAT, I PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI, 2012

Gli indirizzi programmatori relativamente al fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità vengono elaborati a livello regionale annualmente, sulla base di parametri stabiliti dalle normative regionale.

*DGRL IX/4334 del 26/10/2012. Determinazione in ordine  
alla gestione del SSSR per l'esercizio 2013*

Indici di programmazione per unità d'offerta e per  
ASL basati su:

- Indice di offerta
- tasso di saturazione
- liste di attesa
- valutazione del bisogno (età media all'ingresso e livello di complessità assistenziale)
- Retta media
- Mobilità intra regionale

In regione Veneto i parametri per il calcolo del fabbisogno teorico di residenzialità territoriale convenzionabili con le Aziende ULSS tengono conto soprattutto delle **tendenze epidemiologiche della terza età**, dando maggior peso alle classi d'età più elevate, più esposte a perdita di autonomie personali e con conseguenti aumento dei bisogni assistenziali.

IRES VENETO, Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità, 2009

Con la DGR 464/06 regione Veneto ha stabilito che il numero dei posti letto autorizzati deve essere superiore al numero delle impegnative emesse al fine di garantire la **libera scelta** da parte dell'utente, o della sua famiglia, del Centro di servizi maggiormente rispondente ai loro bisogni.

## Parametri programmazione dell'offerta, nelle regioni

Regione	Normativa	Parametri programmatori						
		Indice offerta p.l. ASL	Tasso saturazione	retta media	liste attese	età'	complessità assistenziale	totale
Lombardia	DGR n. 4879/2013	< 5,5 (media regionale = 6 p.l. per 100 >75 anni)	>96%	< 0 = retta media regionale (55,5 euro)	consistenti			
Lazio	D. C. ad Acta 8/03 2013, n. U00076	Applicazione alla popolazione >75 anni standard regionali di pl in vigore (2,5 p.l. per 100 anziani >75 anni)					74% dei p.l. al livello R3 (mantenimento)	13.072
Veneto	DGR n°190/2011				P.l. sono aumentati del 25% rispetto alle impegnative di residenzialità, stabilite da programmazione regionale	0,06% fascia d'età < 64 anni. 0,65% fascia compresa tra 65 e 74 anni. 4,40% fascia età >75 anni . si ottiene moltiplicando le classi di popolazione residenti ULSS per i rispettivi coefficienti		34.076
Liguria	?							

## *DPCM 22/12/1989*

Le RSA, in particolare quelle di nuova costruzione, vanno preferibilmente localizzate in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento.

Devono essere favoriti i rapporti con la comunità circostante e con i familiari. Nei recenti regolamenti di accreditamento(Lazio) molta attenzione posta alla localizzazione integrata al contesto urbano delle RSA.

*DPCM 22/12/1989 → DPR  
14/01/1997*

Le strutture devono organizzarsi al proprio interno per «*nuclei*» che consentono di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo e autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo.

«In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, risulta opportuno prevedere diversi livelli di organizzazione e accreditamento dei nuclei coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali e coerenti con i codici di attività».

«Il nucleo non deve essere struttura rigida ma una unità organizzativa strutturata per fornire determinati livelli di assistenza, nel quale è ragionevole una certa flessibilità verso pazienti appropriati per altri livelli, ma il cui numero ed intensità assistenziale sia tale da non mettere in crisi l'organizzazione.

Oltre all'organizzazione in nuclei, in tutte le regioni viene operata l'individuazione, all'interno delle strutture per anziani, dei **livelli assistenziali** di cui l'utente ha bisogno, caratterizzati da differente complessità assistenziale e sanitaria (medio/basso livello e alto livello assistenziale).

Per l'Anziano, la Struttura residenziale non rappresenta solo un «Servizio», ma il suo **nuovo contesto di vita**. Da qui la necessità di una visione ed un approccio olistico a:

- **Servizi di Assistenza Sanitaria**
- Servizi di Assistenza e rieducazione-riabilitazione motoria
- Servizi Alberghieri
- Servizi di animazione

Il tentativo di sistematizzazione ha riguardato i **servizi di assistenza sanitaria**.

L'approccio olistico pare essere demandato all'implementazione dei sistemi qualità.

Il Progetto Mattoni – *Mattone n°12*, ha definito una classificazione delle prestazioni su «codici di attività» utilizzabili sia come classificazione delle prestazioni stesse che come elemento d'individuazione di «nuclei erogativi» in base alle loro caratteristiche tecnico-organizzative.

LA SUSSISTENZA DELLE PRESTAZIONI PREVISTE  
PER SPECIFICO NUCLEO DETERMINA  
L'APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO DEL PAZIENTE.

<b>Codice</b>	<b>descrizione</b>
<b>R1</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).
<b>R2</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.
<b>R2D</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati ( <i>Nuclei Alzheimer</i> ) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico".
<b>R3</b>	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)
<b>SR</b>	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
<b>SRD</b>	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

### Tabella 8.1 Classificazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) secondo il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni

- Livello R1 – Assistenza sub-intensiva in regime residenziali (hospice, comi ecc.)
- Livello R2 – Assistenza residenziale a elevata integrazione sanitaria
- Livello R2D – Assistenza residenziale specialistica per soggetti con demenza senile
- Livello R3 – Assistenza residenziale a bassa integrazione sanitaria

Quaderni del Ministero della Salute n°6, 2010

standard qualificanti del servizio commissione Lea

R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

Per **Guardia Medica** h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme.

L'assistenza indicata come copertura oraria(h) è riferita alle ore di copertura per nucleo.

**L'assistenza globale** è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite(tot minuti/20) la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

**I minuti di assistenza giornaliera** sono l'indicatore più comunemente utilizzato per qualificare il livello di assistenza erogata, presupponendo una correlazione tra l'entità delle risorse messe in campo e l'intensità e qualità del servizio che ne deriva...

...gli standard di assistenza variano tra le regioni con importanti differenze non sempre giustificate dai livelli di complessità assistenziale delle strutture.  
(Brizioli, 2010)

Secondo il DPR 14/01/97, strumenti fondamentali dell'organizzazione per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sono:

- **Valutazione multidimensionale**
- Piano di assistenza individuale(PAI)
- struttura multiprofessionale dell'equipe

«La Valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con particolare riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicofisiche e socio-economiche.»

L'assessment multidimensionale è lo strumento fondamentale per governare la presenza di un anziano nella residenza. Serve a valutare la persona in lista d'attesa, al momento del ricovero, ma soprattutto è importante per una valutazione ripetuta nel tempo, sia quando vi siano elementi che perturbano lo stato di salute (una patologia acuta intercorrente) sia periodicamente (almeno ogni sei mesi), anche in condizioni normali.

*Descrive la condizione attuale...permette  
un confronto con il passato...offre una  
prospettiva evolutiva.*

L'insieme delle valutazioni di un  
determinato settore o dell'intera  
residenza rende possibile il **controllo  
della qualità** dell'assistenza fornita

Secondo il DPR 14/01/97, strumenti fondamentali dell'organizzazione sono:

- Valutazione multidimensionale
- Piano di assistenza individuale (PAI)
- struttura multiprofessionale dell'equipe

Il **PAI (piano di assistenza individualizzato)** è il programma di lavoro organico dell'equipe multiprofessionale, costruito a partire dalla Vmd e definisce obiettivi, condivisione, assegnazione di compiti, parametri e strumenti di monitoraggio e verifica.

Viene costituito dall'equipe multiprofessionale e deve essere sviluppato con il contributo di tutti gli operatori che interagiscono quotidianamente con l'ospite e sono in grado di riferire sui suoi specifici bisogni e comportamenti

(Quaderni del Ministero della Salute, 2011)

Il PAI prevede obiettivi generali e particolari, con attività definite assegnate ai singoli operatori e con momenti di condivisione.

L'elemento strategico del Pai è la sua discussione, definizione e condivisione con l'assistito e i familiari, anche perché rappresenta un momento di forte presa d'atto delle reali condizioni e bisogni dell'anziano, nonché di comprensione del lavoro dell'équipe

Le riunioni periodiche di aggiornamento del PAI rappresentano il fulcro del piano di lavoro stesso, soprattutto se sono l'occasione per **condividere osservazioni** e informazioni essenziali per modulare e correggere il lavoro dei singoli.

In tutte le regioni viene individuato tra i requisiti di accreditamento, l'adozione del Pai, e vengono esplicitati i contenuti principali, anche se **non sono disponibili modelli regionali**. Le tempistiche di aggiornamento sono differenti tra le regioni. In Regione Veneto viene richiesto di individuare all'interno dell'organizzazione un referente del PAI

Secondo il DPR 14/01/97, strumenti fondamentali dell'organizzazione sono:

- Valutazione multidimensionale
- Piano di assistenza individuale (PAI)
- struttura multiprofessionale dell'equipe

L'equipe MP è formata dall'insieme degli operatori.

La sua operatività non si risolve semplicemente nelle riunioni periodiche e nella costruzione e gestione del PAI, ma in una filosofia di lavoro condivisa e nella circolazione continua delle informazioni.

L'equipe MP supera il modello gerarchico delle professioni realizzando un piano confronto orizzontale.

(Brizioli, 2010)

«Poiché il sistema prevede prestazioni a livelli diversi di intensità di cura, l'accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza dell'indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale(VMD) dei bisogni dell'utente».

«Una scheda di Valutazione Multi-Dimensionale produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente. Dal database della VMD si può costruire lo strumento di analisi del *case mix* assistenziale.

Gli strumenti di analisi del *case-mix* assistenziale permettono l'attribuzione dell'ospite al corretto livello di assistenza»

Presentazione Mattone 12-anziani, "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"  
Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

«La Valutazione multidimensionale deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale».

Grande varietà di soluzioni nelle regioni. Non esiste un sistema omogeneo di valutazione.

Da diversi anni uso prevalente di alcuni strumenti validati dal Ministero della Salute.

## Strumenti di Case-mix in uso in Italia

### Mattone 12 - Anziani

❖ Analisi dei principali strumenti regionali per la valutazione degli ospiti in strutture residenziali.

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)

❖ Valutazione comparativa degli item che caratterizzano ogni strumento: **128 item analizzati** solo **22 sovrapponibili in tutti e tre gli strumenti**



Le schede di classificazione dell'utente in Liguria, Veneto e Lazio vengono utilizzate dall'UVD/UVG, oltre che per valutare il bisogno assistenziale di cui l'utente necessita, per regolare l'ingresso dell'utente al sistema residenziale. In Lombardia l'accesso si basa su un rapporto diretto tra utente e struttura.

In Lombardia la scheda SOSIA, compilata all'ingresso, classifica l'utente sulla base del livello di complessità clinica.

- **base per il rimborso** delle prestazioni residenziali
- **debito informativo** obbligatorio delle RSA nei confronti della Regione.
- **garanzia** che le **procedure di valutazione** multidimensionale degli ospiti siano **uniformi** in tutte le strutture residenziali accreditate.

La scheda deve essere e **aggiornata ogni sei mesi e sempre al variare delle condizione dell'ospite**

AGED, veloce valutazione dell'autonomia dell'utente e del carico medio assistenziale infermieristico e tutelare giornaliero.

Utilizzata per l'ingresso dell'utente al sistema residenziale in «mantenimento».

Al termine della rilevazione, la tipologia di struttura viene stabilita in base al punteggio ottenuto: in RP punteggio AGED compreso tra 10 e 16; in RSA il punteggio >16.

Anche AGED deve essere compilata all'ingresso, **aggiornata ogni sei mesi e ogni volta al cambiamento delle condizioni dell'ospite e rappresenta la base per il rimborso delle prestazioni**

Svama, individua il profilo assistenziale della persona anziana attribuendo un punteggio di gravità. Compilata per l'ingresso, permette di assegnare all'utente l'impegnativa di residenzialità.

Un punteggio totale pari al 60%, ottenuto nelle varie aree di valutazione, consente l'inserimento in graduatoria per l'accesso alle strutture.

Rappresenta la **base per il rimborso** delle prestazioni socio sanitarie e **viene aggiornata a discrezione dell'UVM distrettuale.**

RUG, è un sistema di classificazione dell'ospite in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali. Permette di **accedere** alle strutture residenziali e rappresenta la base per il **rimborso** delle prestazioni.

Il sistema lombardo, grazie all'uniformità di applicazione della scheda SOSIA, consente alla Direzione regionale di avere a disposizione **set di indicatori** di processo e esito.

Gli indicatori individuati nell'applicazione degli standard (*ex DGR n.8496/2008\**) si dividono in di **qualità** e di **rischio** e riguardano:

- **area gestione del personale**
- **struttura**
- **relazioni con l'utenza**

DGR 26 novembre 2008, n.8496 «Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie»;

## INDICATORI DI QUALITA'

### 1) Personale:

turnazioni nell'arco della giornata – assenza  
deroghe requisiti professionali - appalti di  
servizi – responsabili di nucleo – iniziative  
miglioramento delle prestazioni personale  
(non solo formazione)

### 2) Struttura:

proposizione modifiche/adattamenti in  
relazione alla tipologia di ospiti –  
personalizzazione degli ambienti –



### 3) Relazioni con l'utenza:

contratti di ingresso – affiancamento ospite/  
famiglia con tutor all'ingresso - tempestività  
del PAI all'ingresso - partecipazione dell'ospite  
o della famiglia alla redazione del PAI -  
fascicolo sanitario e sociale contenente diario  
clinico - socializzazione della customer –  
gestione dell'elaborazione del lutto (famiglie e  
operatori) – gestione dell'apporto del  
volontariato

## INDICATORI DI RISCHIO

### 1) Personale:

- operante su più centri di costo
- con inquadramento non corrispondente a professionalità
- scarsa riconoscibilità
- alto turn over – presenza deroghe

### 2) Struttura:

- lavori in corso
- inappropriata nell'uso degli spazi
- qualità degli arredi

### 3) Relazioni Rispetto all'utenza:

- % di classi SOSIA gravi > dell'80%
- % decessi superiori alla media e % di classi di maggior fragilità < alla media
- % ospiti con decubiti
- % ospiti soggetti all'applicazione di strumenti di protezione e tutela
- % ospiti con cadute

## Rispetto alle prestazioni:

- % ricoveri ospedalieri
- % ospiti in nutrizione artificiale/ossigenoterapia e modalità somministrazione
- impiego dei farmaci
- rapporto personale sanitario/ospiti classi SOSIA gravi

## Rispetto all'organizzazione:

- difformità da quanto pubblicizzato (carte dei servizi regolamenti – contratto con ASL)
- % personale non di madre lingua e presenza di interventi formativi (in relazione alle necessità di relazione e anche di conoscenza di linee guida, protocolli ecc.)
- % di ospiti con protezione giuridica – modalità per richiesta ammissione

Recente introduzione da parte della Regione della rilevazione di alcuni indicatori in merito alla qualità assistenziale degli ospiti presenti nei centri servizio, che devono essere rilevati dalle ULSS e trasmessi mensilmente in forma di flusso alla Regione.

Tali indicatori riguardano

- **cadute (numero e distinzione),**
- **lesioni da decubito (presenza e classificazione)**
- **presenza di catetere urinario**
- **numero di infezioni urinarie e non urinarie**
- **presenza di contenzione**

Il sistema RUG adottato dalla regione Lazio si basa sull'impiego di una scheda di valutazione multidimensionale dell'assistito MDS (Minimum Data Set) e l'attribuzione del paziente ad una classe di consumo isorisorse (classe RUG).

Dalle schede di valutazione MDS sono ricavabili una serie di **indicatori di qualità dell'assistenza, gli unici standardizzati e validati a livello internazionale.**

Rappresenta anche la base per il rimborso delle prestazioni.

Esempi di indicatori ricavabili dal sistema RUG :

- a) ospiti che passano la maggior parte del tempo nel letto o su una sedia;
- b) ospiti cateterizzati a permanenza;
- c) ospiti sottoposti a contenzione fisica;
- d) ospiti a basso rischio che sviluppano incontinenza urinaria e/o fecale;
- e) ospiti con infezione delle vie urinarie;
- f) ospiti che hanno perso peso (>5% negli ultimi 30 gg o >10% negli ultimi 180gg);

Anche la scheda AGED, come unico strumento di valutazione degli assistiti nelle strutture residenziali aprirebbe alla possibilità di ricavare indicatori riferiti al livello di singolo ospite, simili a quelli delle altre regioni.

# UN SALTO DI QUALITA'.....



La DGR 4980/2013 della Regione Lombardia definisce il concetto di appropriatezza e introduce in via sperimentale, un gran numero di **indicatori** correlati alla **appropriatezza delle cure**, alla **qualità dell'assistenza**, alla **qualità organizzativa** e agli **esiti** degli interventi effettuati in ambito sociosanitario, in buona parte applicabili alle RSA per anziani.

Il concetto di appropriatezza è strettamente connesso a quello di **qualità del servizio erogato**. Se una prestazione è appropriata risponde infatti alle seguenti caratteristiche:

1. setting e timing
2. competenza
3. personalizzazione

DGRL 4980/2013, Determinazioni in ordine al controllo di appropriatezza nel sistema socio-sanitario in attuazione dei criteri di revisione delle funzioni di vigilanza e controllo delle asl di cui all'allegato c della dgr ix/3540 del 30.05.2012

1) **Setting**, intervento giusto, erogato all'ospite giusto nel posto giusto

**Timing**, momento giusto e giusta durata.

**(assistenza)**

2) **Competence**, giusto mix di risorse in termini di professionisti coinvolti, secondo procedure corrette.

**(organizzazione)**

### 3) Personalizzazione:

- realizzazione di un progetto di vita capace di coinvolgere (tramite ascolto) l'ospite e/o i suoi familiari
- spazio all'osservazione e all'adattamento (valutazione multidimensionale dei bisogni)
- Definizione obiettivi realistici misurabili
- Erogazione di prestazioni appropriate evitando la standardizzazione
- Valutazione degli esiti

(Qualità)

*L'appropriatezza si riferisce all'assistenza diretta alla singola persona ed a tutti quei procedimenti o documenti specificamente rivolti ai singoli destinatari dei servizi.*

DGRL n° 4890/2013

Molte RSA si caratterizzano per la rigidità della gestione, dovuta spesso alla composizione dei costi di produzione e dalla natura stessa del servizio(residenza come contenitore).

La **componente sanitaria** delle strutture sta acquisendo **sempre più peso** nei processi di produzione.

Questo può spingere le direzioni ad anteporre le esigenze dell'organizzazione a quelle degli anziani ospitati.

IRES VENETO, Misurare la qualità nei servizi residenziali per anziani. Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità, 2009

*Il rischio è quello di organizzare la vita dei residenti in funzione delle cure e di non collocare le cure dentro la vita quotidiana dell'anziano!*

IRES VENETO, Misurare la qualità nei servizi residenziali per anziani. Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità, 2009

E' di fondamentale importanza, per garantire un governo del servizio residenziale per anziani di qualità, sviluppare indicatori che tengano conto **non solo** di fattori sanitari, di natura economica, assistenziale e alberghiera, **ma anche** di elementi soggettivi, relazionali, identitari, presupposto per una **vita di qualità**

Molti items relativi al miglioramento della **qualità del servizio** sono presenti tra i requisiti di accreditamento delle strutture socio sanitarie delle regioni esaminate, con i rispettivi indicatori.

Nei più recenti regolamenti di accreditamento vengono presi in considerazione aspetti relativi a garantire all'ospite un ambiente di vita più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, collegamenti col territorio e che tengano conto delle abitudini, privacy, partecipazione e responsabilizzazione anche della famiglia nel piano di intervento; la rilevazione della soddisfazione degli stakeholders.....

E' importante che vengano adottati nelle RSA indicatori di qualità scientificamente validati, che consentano di costruire un sistema di monitoraggio continuo della qualità dell'assistenza globale erogata, che permettano di operare un costante miglioramento della stessa e che siano omogenei a livello nazionale.

Gli indicatori sono stati introdotti per supportare e omogeneizzare le attività di **controllo di appropriatezza**.

Attività che rientrano nelle attività istituzionali delle ASL e a cui sono sottoposte tutte le strutture socio sanitarie pubbliche e private (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate

Parte dei parametri sono collegati alla presenza del PAI (Piano di Assistenza Individuale), alle modalità di compilazione e alle modalità di aggiornamento.

Altri parametri sono relativi alla congruenza tra quanto pianificato nel PAI e le attività erogate che dovranno essere regolarmente registrate.

“Oltre alle schede di valutazione multidimensionale ed al PAI, anche **strumenti per raccolta dei dati** sono indispensabili per il governo clinico del sistema delle residenze socio sanitarie per anziani, per la conoscenza dell’ospite ed il controllo della qualità dell’assistenza fornita e misurazione dell’*outcome*”. Alcuni di questi strumenti sono:

### **Cartella clinica**

Cartella infermieristica

Grafiche per parametri vitali, controllo  
assunzione cibo, peso, dolore...

La cartella clinica (e quindi il FaSAS) è lo **strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero**

(Ministero della Sanità, 1992)

Non esiste una normativa nazionale che vincoli all'adozione di una cartella clinica all'interno di una RSA, tuttavia molte regioni hanno adottato una propria legislazione in materia.

La regione Lombardia identifica tra i requisiti di autorizzazione al funzionamento (DGR 7435/2001) l'adozione del **FaSAS** (Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario).

Regione Liguria (DGR 529/2007) ha previsto la **Cartella Individuale Sanitaria**, così come regione Veneto (l.r. n 22/02) e Lazio (D.C. ad Acta U0090/2010).

Il FaSAS è uno strumento di **documentazione** delle informazioni relative all'intero **processo clinico assistenziale** del ricovero dell'ospite in RSA.

Attesta **la qualità e continuità** delle prestazioni, intese essenzialmente come appropriatezza delle cure definite in base a linee guida e standard di comportamento, a garanzia di uniformità degli interventi, verifica degli esiti e programmazione di miglioramento.

funzioni fondamentali del FaSAS :

- Facilitare integrazione di competenze professionali diverse nel processo diagnostico-terapeutico assistenziale(PDTA).
- Costituire una base informativa per scelte assistenziali appropriate e per **documentare il quadro clinico, il processo diagnostico-assistenziale ed i risultati ottenuti.**

## Funzioni fondamentali del FaSAS:

- Consentire la tracciabilità della responsabilità, la cronologia e la modalità di esecuzione delle diverse attività svolte.
- Costituire una **fonte informativa** per la ricerca scientifica ed epidemiologica, la valutazione delle attività di cura erogate, le esigenze gestionali e amministrative, la formazione degli operatori.

## **Alcune specifiche del FaSAS nella Deliberazione Regione Lombardia del n° IX / 4980 Seduta del 07/03/2013**

1. sezioni anamnestiche;
2. strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) e relativa classificazione ove prevista;
3. valutazioni dei diversi professionisti (esame obiettivo, scheda infermieristica, riabilitativa, sociale, psicologica, educativo-animativa);
4. protocolli applicati coerentemente con i bisogni del caso
5. **progetto individuale** (PAI, PEI, PRI, pri, etc.);

## **Alcune specifiche del FaSAS nella Deliberazione Regione Lombardia del n° IX / 4980 Seduta del 07/03/2013**

6. diario degli eventi ed interventi;
7. documentazione/modulistica riferita ad aspetti assistenziali.
8. i moduli riferiti alla tutela della privacy
9. la documentazione relativa alla tutela giuridica della persona, ove prevista;
10. il contratto di ingresso;
11. le rivalutazioni periodiche.

«Italia longeva» è un network sull'invecchiamento creato dal Ministero della Salute in collaborazione con Regione Marche e INRCA (istituto di ricerca a carattere scientifico dedicato all'anziano)



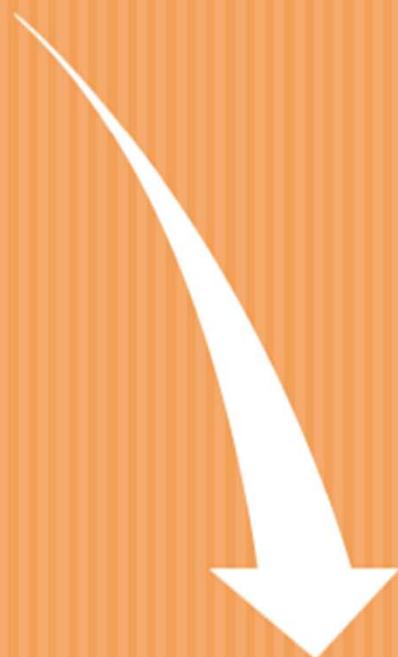
Progetto «**Bollino d'argento**» per le RSA.  
Obiettivo è quello di creare un sistema di certificazione del livello di assistenza assicurato da ciascuna RSA.

## Indicatori di qualità

### Percentuale di anziani che:

- hanno ulcere da decubito
- hanno perso il controllo degli sfinteri
- sono vaccinati contro lo pneumococco
- sono vaccinati contro l'influenza
- hanno sperimentato una o più cadute con traumi maggiori
- ricevono farmaci antipsicotici
- soffrono di depressione
- utilizzano cateteri
- hanno perso troppo peso
- riferiscono dolore moderato o severo
- sono stati sottoposti a contenzione fisica
- hanno avuto un aumento di aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane
- hanno infezioni del tratto urinario

Ognuno di questi indicatori rappresenta un'area critica su cui si possono avviare percorsi di miglioramento.



# Informazioni sulla qualità di due strutture per anziani nella stessa città ("nursing-home-compare" USA)

	Inspection Results	Staffing	Quality Measures	Penalties
<b>1</b>	<b>Nursing Home Information</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 Certified Beds</li> <li>• Participates in [?] Medicare and Medicaid</li> <li>• Ownership [?] Non profit - Corporation</li> <li>• Automatic Sprinkler Systems [?] in All Required Areas: Yes</li> <li>• Not in a Continuing Care Retirement Community (CCRC) [?]</li> <li>• Within a Hospital</li> <li>• No Resident or Family Council</li> </ul>			
	<b>Star Ratings Summary</b>			
	<b>Qualità complessiva</b>		★★★★★ Much Above Average	
	<b>Visite ispettive</b>		★★★★★ Much Above Average	
	<b>Standard personale</b>		★★★★★ Much Above Average	
	<b>Misure qualità</b>		★★★★★ Much Above Average	

	General Information	Inspection Results	Staffing	Quality Measures	Penalties
	<b>RSA 2</b>				
	<b>Indirizzo 2</b>				
	Add to my favorites Map and Directions				
	<b>Nursing Home Information</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 198 Certified Beds</li> <li>• Participates in [?] Medicare and Medicaid</li> <li>• Ownership [?] For profit - Corporation</li> <li>• Automatic Sprinkler Systems [?] in All Required Areas: Yes</li> <li>• Not in a Continuing Care Retirement Community (CCRC)</li> <li>• Not in a Hospital</li> <li>• Has a Resident or Family Council</li> </ul>				
	<b>Star Ratings Summary</b>				
	<b>Qualità complessiva</b>			★★★★★ Much Above Average	
	<b>Visite ispettive</b>			★★★★★ Much Above Average	
	<b>Standard personale</b>			★★★★★ Much Above Average	
	<b>Misure qualità</b>			★★★★★ Much Above Average	

## LE POSSIBILI APPLICAZIONI

Un semplice sito web potrebbe consentire di conoscere con un click la qualità dell'assistenza erogata da una struttura e di confrontarla con altre, presenti nella zona limitrofa, nella regione ed in Italia

