



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



Presentazione risultati progetto CCM

IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN RSA:

validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori quality ed equity oriented ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema

Roma | 7 maggio 2013

EVOLUZIONE DEL PROFILO ASSISTENZIALE DELLE RSA

IN COORGANIZZAZIONE CON



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale



ARS LIGURIA
AGENZIA REGIONALE SANITARIA



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



IRCCS San Raffaele
Pisana

UO ARS Liguria: Anna Banchemo

Da Ricovero per Anziani a Residenza sanitaria assistenziale

- Fino al 1988 assistenza residenziale per anziani molto diversificata tra Comuni e Regioni
- Con la nascita delle regioni si inizia a disciplinare tra i servizi anche le forme residenziali , senza produrre omogeneità nazionale
- La struttura residenziale è percepita come risposta a *solitudine peggioramento dell'autonomia, mancanza di altri supporti*

Da Ricovero per Anziani a Residenza Sanitaria Assistenziale(2)

- I requisiti regionali prevedono il **miglioramento** anche degli aspetti logistici, dell'ambiente e degli spazi
- Alle forme assistenziali di “ricovero” si sostituiscono con gradualità **residenze** dotate anche di assistenza sanitaria
- Per l'avvio ai servizi (compreso le residenze) le regioni sperimentano modalità di **valutazione multidimensionale** delle condizioni psico-fisiche

La legge finanziaria 67/88: Piano decennale degli Investimenti Sanitari

- La legge 67/88 facendo seguito anche ai primi ridimensionamenti delle reti ospedaliere, avvia nel Piano decennale degli investimenti sanitari anche la realizzazione di **140.000 posti letto in residenze per anziani**
- La legge ha un carattere fortemente innovativo perché fa carico al **sistema sanitario** anche **dell'assistenza alle persone non autosufficienti, non curabili** a domicilio o in ambulatorio perché bisognose di trattamenti continui

Cos'è la Residenza sanitaria assistenziale

- La legge 67/88 individua la Residenza Sanitaria Assistenziale (**RSA**):
- *“come una struttura extraospedaliera, per anziani e soggetti non autosufficienti, i cui standard verranno di seguito fissati, integrate con i servizi sociali e sanitari di Distretto e istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio delle condizioni deteriorate”*
- Individuati i principi di **integrazione** tra sistemi

I provvedimenti collaterali

- Ha preceduto la nascita delle RSA, il DPCM 8.8.1985 che dettava principi per **l'integrazione sociosanitaria** e individuava le attività di rilievo sanitario a carico del F. S. In base all'art. 30 della L. 27/12/1983, n. 730 (finanziaria 1984)
- Il decreto sosteneva che anche le attività ***con personale e tipologie di intervento proprie dei servizi socio-assistenziali***, che in via prevalente provvedessero alla tutela della salute, potevano avvalersi dell'apporto economico del F. S. (prestazioni riabilitative - art. 26 L. 833/1978;
- In maniera esplicita si introduceva la **“cura degli anziani, non curabili a domicilio”**, dove non poteva scindersi l'intervento sanitario da quello sociale, ponendo a carico del F.S. - in misura %, secondo l'incidenza della tutela sanitaria, (con eventuale partecipazione da parte dei cittadini)

I livelli essenziali socio-sanitari e le indicazioni per i LEP sociali

- Il DPCM del 1985 è superato con il **DPCM 29 novembre 2001**: LEA sanitari e socio-sanitari
- In mancanza di LEP sociali il **DPCM 14 febbraio 2001** sull'**integrazione ss** ha ridefinito le competenze dei due comparti (sanitario e sociale) anche sotto il profilo della spesa
- Le **RSA** divengono il presidio residenziale più diffuso, ma ancora una volta esiste una disomogeneità nazionale

Il ruolo attuale della Residenza Sanitaria Assistenziale

- Il continuo ridimensionamento della rete ospedaliera ha forte influenza sul cambiamento della RSA
- La ricerca CCM ha dimostrato che la **funzione della RSA** supera forme di *protezione e assistenza* praticate nelle C. di riposo per il mutato profilo degli ospiti rispetto agli anni '70. La RSA, oggi deve mettere in atto forme di **tutela e cura** sanitarie per rispondere alla persona non autosufficiente con fragilità e polipatologie

Il ruolo attuale della Residenza Sanitaria Assistenziale (2)

- La RSA: risorsa della rete sociosanitaria per la NA
- Sono fissate le procedure di accesso con **VMD** e con misurazione delle condizioni attraverso **scale**
- Si attuano **dimissioni guidate** verso il domicilio o strutture meno impegnative (forme protette)
- E' necessario dotare le RSA di procedure per il **governo clinico**, vanno "ripensati" anche gli **organici**: la **RSA è oggi struttura intermedia tra H e territorio**

L'operatività dell'UO ARS Liguria

- L'Unità Operativa dell'ARS Liguria ha cercato conferme sul mutato profilo della RSA con due approfondimenti:
- una ricerca sugli **eventi avversi** nelle RSA
- una valutazione dei **ricoveri ospedalieri di persone ricoverate in RSA**
- Entrambe le ricerche hanno confermato “profili complessi” degli ospiti RSA, anche in relazione al grado di non autosufficienza degli stessi

L'operatività dell'UO ARS Liguria (2)

- L'UO – ARS Liguria, per valutare il grado di NA ha utilizzato i profili di NA disegnati dal **SINA** (Sistema Informativo nazionale sulla NA)
- Il SINA si è sperimentato a partire dal 2010 su proposta del M. Welfare d'intesa con M. Salute
- La NA si misura tramite la combinazione di **4 assi: cognitivo, mobilità, attività quotidiane e cure sanitarie**, inseriti anche nella **scheda FAR**
- Il modello si è consolidato su studi condotti in seno al “Mattone 12



livelli per ogni dimensione				PROFILO	
Cognitivo	Mobilità	Funzionale	Sanitario	n°	definizione
1	1	1	1-2-3	1	Lucido, autonomo
1	1	2-3	1-2	2	Lucido, in parte dipendente
1	2	1-2	1-2	3	Lucido, deambula assistito
1	3	1	1-2	4	Lucido, non deambulante ma autonomo
1	3	2-3	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente
1	2	3	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente
2-3	1-2	1	1-2-3	6	Confuso, deambulante, autonomo
2-3	1	2-3	1-2	7	Confuso, deambulante
2-3	2	2-3	1-2	8	Confuso, deambula assistito
2-3	3	2	1-2	9	Confuso allettato
2-3	3	1	1-2-3	10	errore?
2	3	3	1-2	11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
3	3	3	1	11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
3	3	3	2	11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipend. Media necess. Cure sanitarie
1	2	1-2-3	3	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie
1-2-3	1	2-3	3	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
1	3	1-2-3	3	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
2-3	2-3	2-3	3	15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie
4	1-2	1-2	1-2-3	16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4	1-2	3	1-2-3	17	Problemi comportamentali, dipendente

Asse Comport.	Asse Cognitivo	Asse Mobilità	Attività vita quotidiana (*)	Cure sanitarie	N.º profilo	Definizione Profilo	Livello di autonomia psico-fisica (**)
1	1	1	1	1-2-3	1	Lucido, autonomo	0
1	1	1	2-3	1-2	2	Lucido, in parte dipendente	1
1	1	2	1-2	1-2	3	Lucido, deambula assistito	1
1	1	3	1	1-2	4	Lucido, non deambulante ma autonomo	1
1	1	3	2-3	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente	2
1	1	2	3	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente	2
1	2-3	1-2	1	1-2-3	6	Confuso, deambulante, autonomo	1
1	2-3	1	2-3	1-2	7	Confuso, deambulante	1
1	2-3	2	2-3	1-2	8	Confuso, deambula assistito	2
1	2-3	3	2	1-2	9	Confuso allettato	2
1	2-3	3	1	1-2-3	10	Errore (non dovrebbe verificarsi)	
1	2	3	3	1-2	11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3
1	3	3	3	1	11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3
1	3	3	3	2	11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente Media necessità di Cure sanitarie	3
1	1	2	1-2-3	3	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie	2
1	1-2-3	1	2-3	3	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	2
1	1	3	1-2-3	3	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2
1	2-3	2-3	2-3	3	15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	3
2	1-2-3	1-2	1-2	1-2-3	16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2
2	1-2-3	1-2	3	1-2-3	17	Problemi comportamentali, dipendente	3
2	1-2-3	3	1-2-3	1-2-3	17	Problemi comportamentali, dipendente	3



Presentazione risultati progetto CCM

IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN RSA:
validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori quality ed equity oriented ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema

Roma | 7 maggio 2013

**Unità
Operativa
Liguria**

IN COORGANIZZAZIONE CON



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



IRCCS San Raffaele
Pisana

Paolo Cavagnaro

Anna Bancho

Elena Ricci

Simonetta Lucarini

1° Obiettivo di Regione Liguria

Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio degli eventi assistenziali avversi in area medica, in area nursing tutelare e in area riabilitativa e psicosociale

Progetto “Il monitoraggio della qualità dell’assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori *quality ed equità oriented* ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema”.

UNITA’ OPERATIVA n. 4 – ARS LIGURIA.

ALLEGATO 3 – Studio sperimentale sulla segnalazione di eventi avversi nelle RSA

**Sistema di segnalazione di eventi avversi o critici e quasi eventi,
utilizzato nell’ASP Brignole**



Utilizzo in un campione di RSA della regione



**con lo scopo di promuovere l'apprendimento degli
operatori basato sugli errori che si verificano nella pratica
clinico-assistenziale**

Progetto “Il monitoraggio della qualità dell’assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori *quality ed equità oriented* ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema”.

UNITA’ OPERATIVA n. 4 – ARS LIGURIA.

ALLEGATO 3 – Studio sperimentale sulla segnalazione di eventi avversi nelle RSA



Il sistema rileva soltanto la tipologia di evento demandando ad eventuali schede di dettaglio la rilevazione delle informazioni analitiche sull’evento necessarie per implementare elementi correttivi ai processi assistenziali

Progetto “Il monitoraggio della qualità dell’assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori quality ed equità oriented ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema”.

UNITA’ OPERATIVA n. 4 – ARS LIGURIA.

ALLEGATO 3 – Studio sperimentale sulla segnalazione di eventi avversi nelle RSA

Risultati attesi:

a) riduzione eventi

b) miglioramento dell’attenzione del personale

c) miglioramento procedure organizzative e qualità dell’assistenza

d) riduzione dei costi ed inefficienze conseguenti ad errori

e) miglioramento delle condizioni degli ospiti



Progetto “Il monitoraggio della qualità dell’assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori *quality ed equità oriented* ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema”.

UNITA’ OPERATIVA n. 4 – ARS LIGURIA.

ALLEGATO 3 – Studio sperimentale sulla segnalazione di eventi avversi nelle RSA

L'adesione delle strutture invitate, su base volontaria, ha consentito di identificare un campione di strutture pari a **39 strutture suddivise in 12 distretti sociosanitari per un totale di **2.532 posti letto**, con diverse caratteristiche in relazione a:**

- **Modalità di gestione;**
- **Localizzazione sul territorio;**
- **Intensità assistenziale e casemix**

	Distretto	Numero strutture	Posti letto post-acuti	Posti letto Mantenimento	Posti letto RP	Totale posti letto
1	Sanremese	1		40	40	80
2	Savonese	1	24		20	44
3	Genova Ponente	3	26	37		63
3	Genova Medio Ponente	2	56	99	40	195
3	Genova Valpolcevera	4	40	132	25	197
3	Genova Centro	4		198	76	274
3	Genova Valbisagno	7		589	42	631
3	Genova Levante	3		285	45	330
4	Tigullio Occidentale	4		166	17	183
4	Chiavarese	7	71	128	168	367
4	Tigullio	2	1	96	36	133
5	Val di Vara	1	3	29	3	35
	Totale	39	221	1799	512	2532

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E MONITORAGGIO DELLA RILEVAZIONE

- La rilevazione sulla segnalazione degli eventi è durata 6 mesi ed è stata preceduta da un incontro formativo a livello centrale regionale
- il sistema è mirato a favorire la segnalazione di eventi e quasi eventi
- Poter apprendere dagli errori non deve essere vissuto come una rappresentazione negativa ma come una occasione per migliorare le proprie procedure di lavoro ed impedire la ripetizione dell'evento

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E MONITORAGGIO DELLA RILEVAZIONE

- **Le singole strutture hanno poi organizzato al loro interno momenti formativi con i loro operatori**
- **Il primo monitoraggio dei dati è stato effettuato a settembre 2011 con le prime elaborazioni e conseguente sollecito alle strutture che evidenziavano carenze nella raccolta dati**

Elaborazione dei dati

Il sistema di rilevazione prende in considerazione 20 tipi evento di cui:

A.5 tipi evento classificati come avversi (correlati ad una immediata modificazione negativa della condizione di salute)

B.5 tipi evento che possono essere classificati avversi oppure critici/quasi eventi

C.10 tipi evento classificati come critici o quasi eventi (episodi che singolarmente non implicano una immediata modificazione delle condizioni di salute ma la loro ripetizione nel tempo si è dimostrata nociva in altri studi o esperienze)

Elaborazione dei dati

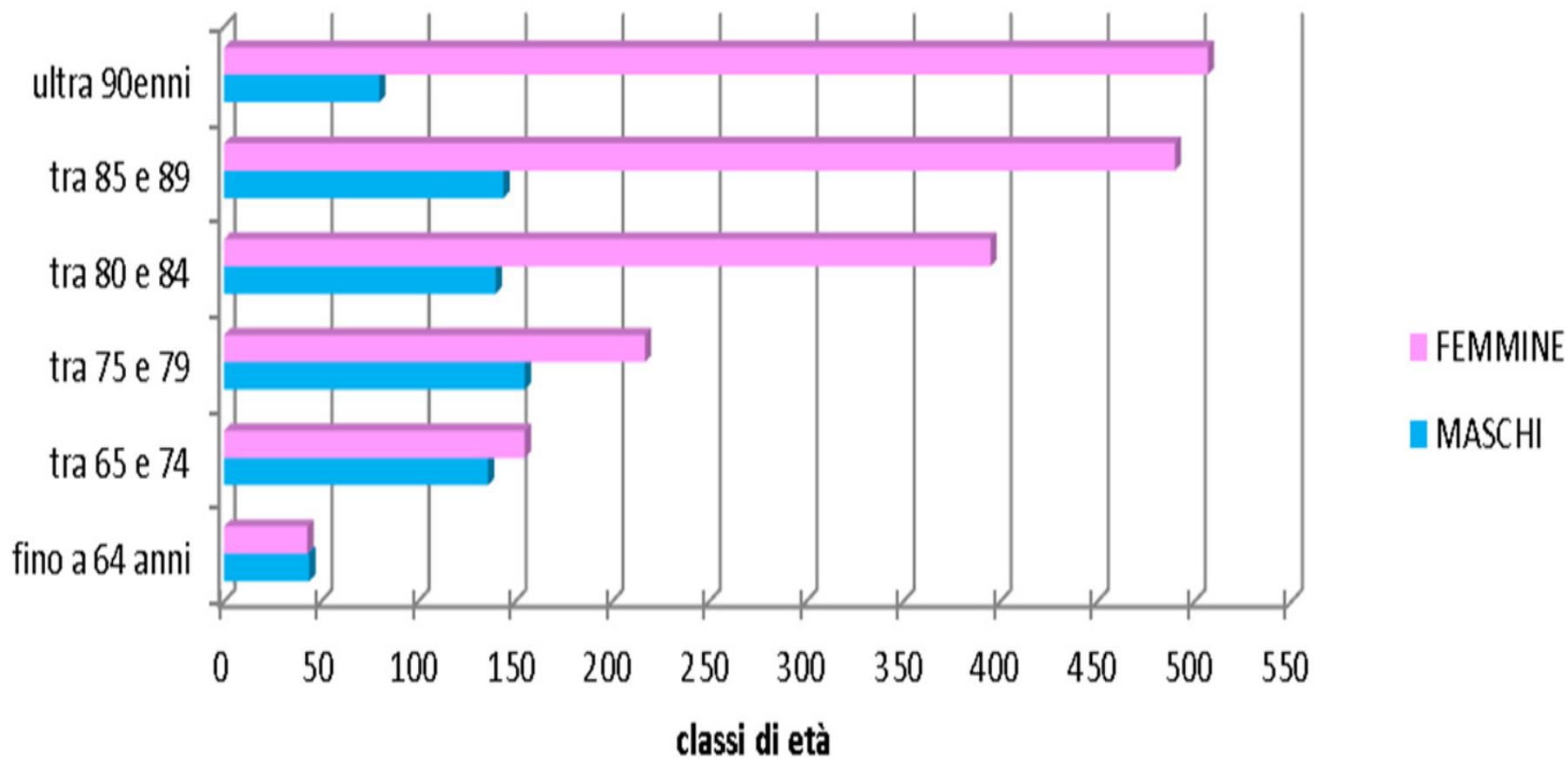
Gli eventi afferiscono alle seguenti 6 aree assistenziali:

- **Area medica (M)**
- **Area nursing infermieristico (NI)**
- **Area nursing tutelare (NT)**
- **Area riabilitazione (R)**
- **Area Psicosociale (PS)**
- **Area alberghiera (A)**

codice	Le tipologie di evento	Avverso / Critico	Area
X1	Inadeguato monitoraggio clinico	A	M
X2	Errore di terapia	A C	NI
X3	Errato impiego dispositivi	A C	NI
X4	Rilevazione parametri vitali	A C	NI
X5	Caduta	A C	NT
X6	Fuga dalla residenza	A	NT
X7	Dislocazione protesi	A	NT R
X8	Lesione traumatica	A	NT R
X9	Lesione da pressione	A	NT
X10	Suicidio	A C	PS
X11	Gestione del consenso	C	M
X12	Dolore ricorrente	C	M
X13	Delirium ripetuto	C	M
X14	Ipotensione sintomatica	C	M
X15	Omessa registrazione items stato nutrizionale	C	NT
X16	Carenza delle procedure per igiene personale	C	NT
X17	Rilevazione disturbo comportamentale	C	PS
X18	Rilevazione sedazione	C	PS
X19	Tentato suicidio	C	PS
X20	Dieta inadeguata	C	A

Confronto tra generi (ospiti ASL 3 e ASL 4 nelle strutture aderenti al progetto)

Confronto fasce età



Profili degli assistiti

- **Al fine di poter correlare gli eventi ai profili degli ospiti, si è utilizzato il sistema di classificazione del livello di autonomia psico-fisica utilizzata nel progetto SINA (basato sui profili del sistema di valutazione SVAMA) che prende in considerazione 4 assi:**
 - 1. asse funzionale** (autonomia nelle attività quotidiane)
 - 2. asse cognitivo** (capacità di espressione dell' "io" e capacità di relazione)
 - 3. asse comportamentale** (capacità di controllo nelle azioni che possono nuocere a sé e agli altri)
 - 4. asse salute** (bisogni di cure sanitarie medico/infermieristiche)

TABELLA PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO DI AUTONOMIA

COMPORAMENTA LE	ASSI			DESCRIZIONE AUTONOMIA	CURE SANITARI E	PROFILO DI AUTONOMIA		Livello di autonomia psicofisica
	COGNITIVO	MOBILITÀ	ATTIVITA VITA QUOTIDIAN A			N.	DEFINIZIONE COMPLESSIVA	
1	1	1	1	Autonomo comportamento, aspetti cognitivi, mobilità e svolgimento attività quotidiane	1-2-3	1	Lucido, autonomo	0
1	1	1	2-3	Autonomo comportamento, aspetti cognitivi e mobilità, medio/alti problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	2	Lucido, in parte dipendente	1
1	1	2	1-2	Autonomo comportamento e aspetto cognitivo, bassi problemi mobilità, bassi problemi attività quotidiane	1-2	3	Lucido, deambula assistito	1
1	1	3	1	Autonomo comportamento e aspetti cognitivi, gravi problemi mobilità, autonomo svolgimento attività quotidiane	1-2	4	Lucido, non deambulante ma autonomo	1
1	1	3	2-3	Autonomo comportamento e aspetti cognitivi, gravi problemi mobilità, medio/alti problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente	2
1	1	2	3	Autonomo comportamento e aspetti cognitivi, bassi problemi mobilità, gravi problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	5	Lucido, gravemente dipendente	2
1	2-3	1-2	1	Moderati/gravi problemi cognitivi, bassi problemi mobilità, autonomo svolgimento attività quotidiane	1-2-3	6	Confuso, deambulante, autonomo	1
1	2-3	1	2-3	Moderati/gravi problemi cognitivi, autonomo mobilità, medio/alti problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	7	Confuso, deambulante	1
1	2-3	2	2-3	Moderati/gravi problemi cognitivi, problemi mobilità, medio/alti problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	8	Confuso, deambula assistito	2
1	2-3	3	2	Moderati/gravi problemi cognitivi, gravi problemi mobilità, problemi svolgimento attività quotidiane	1-2	9	Confuso allettato	2
1	2-3	3	1		1-2-3	10	errore	
1	2	3	3	Lievi problemi cognitivi, gravi problemi mobilità e svolgimento attività quotidiane	1-2	11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3
1	3	3	3	Gravi problemi cognitivi, di mobilità e per lo svolgimento attività quotidiane	1	11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3
1	3	3	3	Gravi problemi cognitivi, di mobilità e per lo svolgimento attività quotidiane	2	11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipend. Media necess. Cure sanitarie	3
1	1	2	1-2-3	Autonomo comportamento, da lievi a gravi problemi aspetto cognitivo, autonomo mobilità, medio/alti problemi attività quotidiane	3	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie	2
1	1-2-3	1	2-3	Lievi/gravi problemi cognitivi, autonomo mobilità, medio/gravi problemi svolgimento attività quotidiane	3	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	2
1	1	3	1-2-3	Autonomo aspetti cognitivi, gravi problemi mobilità, da lievi a gravi problemi svolgimento attività quotidiane	3	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2
1	2-3	2-3	2-3	Medio/alti problemi cognitivi e mobilità, medio/alti problemi svolgimento attività quotidiane	3	15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	3
2	1-2-3	1-2	1-2	Gravi problemi comportamentali, da lievi a gravi problemi aspetto cognitivo, bassi problemi mobilità e svolgimento attività quotidiane	1-2-3	16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2
2	1-2-3	1-2	3	Gravi problemi comportamentali, da lievi a gravi problemi cognitivi, medio/gravi problemi mobilità e svolgimento attività quotidiane	1-2-3	17	Problemi comportamentali, dipendente	3
2	1-2-3	3	1-2-3	Gravi problemi comportamentali, da lievi a gravi problemi cognitivi, gravi problemi mobilità, medio/gravi problemi svolgimento attività quotidiane	1-2-3	17	Problemi comportamentali, dipendente	3

Distribuzione degli ospiti nelle strutture aderenti al progetto, in posti di mantenimento o lungoassistenza, in base al profilo e alla tipologia di autonomia psicofisica (APF) PROFILI SINA

Profilo		APF	% casi
1	Lucido, autonomo	0	2,5%
2	Lucido, in parte dipendente	1	2,3%
3	Lucido, deambula assistito	1	3,0%
4	Lucido, non deambulante ma autonomo	1	0,0%
6	Confuso, deambulante, autonomo	1	0,8%
7	Confuso, deambulante	1	4,8%
5	Lucido, gravemente dipendente	2	7,7%
8	Confuso, deambula assistito	2	12,4%
9	Confuso allettato	2	0,8%
12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie	2	0,1%
13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	2	0,2%
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2	0,4%
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2	9,7%
11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3	15,3%
11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipend. Media necess. Cure sanitarie	3	1,3%
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	3	2,2%
17	Problemi comportamentali, dipendente	3	36,5%
		TOTALE	100

La registrazione degli eventi

Sono stati complessivamente registrati 1.349 eventi avversi/critici. Il rapporto numero eventi registrati su numero posti letto evidenzia valori compresi tra i dati 0,06 a 2,42 con un valore medio pari a 0,58 con una deviazione standard pari a 0,5

Fascia età	Numero utenti	Perc su tot
minore di 65 anni	14	1,7%
tra 65 e 74 anni	76	9,3%
Tra 75 e 79 anni	93	11,3%
Tra 80 e 84 anni	159	19,4%
Tra 85 e 89 anni	206	25,1%
90 anni o più	273	33,3%
Totale	821	100%

Classificazione degli eventi in avversi e critici

Evento	EVENTI AVVERSI	EVENTI CRITICI	Totale complessivo	%
CADUTA	142	600	742	55,0%
LESIONE DA PRESSIONE	310		310	23,0%
ERRORE DI TERAPIA	28	34	62	4,6%
CARENZA NELLE PROCEDURE PER IGIENE PERS.		48	48	3,6%
LESIONE TRAUMATICA	43		43	3,2%
INADEGUATO MONITORAGGIO CLINICO	34		34	2,5%
ERRATO IMPIEGO DISPOSITIVI	14	13	27	2,0%
FUGA DALLA RESIDENZA	18		18	1,3%
RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI	1	14	15	1,1%
			Subtotale	96,3%
DIETA INADEGUATA		11	11	0,8%
RILEVANTE DISTURBO COMPORTAMENTALE		10	10	0,7%
DELIRIUM RIPETUTO		10	10	0,7%
IPOTENSIONE SINTOMATICA		7	7	0,5%
GESTIONE DEL CONSENSO		4	4	0,3%
OMESSA REGISTRAZIONE ITEMS STATO NUTRIZ		4	4	0,3%
DOLORE RICORRENTE		2	2	0,1%
DISLOCAZIONE PROTESI	1		1	0,1%
RILEVANTE SEDAZIONE		1	1	0,1%
Totale complessivo	591	758	1349	100,0%
	43,80%	56,20%	100%	

Risultati

- **A 272 persone sono associati più eventi** (nel caso di lesioni da pressione di diverso grado, ogni lesione genera una registrazione)
- **I maggiori eventi ripetuti in un singolo ospite si riferiscono alle cadute: si è rilevato un ospite con 27 cadute nel periodo considerato e altri 150 ospiti con cadute ripetute che variano da 2 a 9**
- **Le cadute e le lesioni traumatiche sono state registrate in 785 casi di cui il 23,6% (185) risultanti in evento avverso (con intervento di livello ospedaliero)**
- **Le lesioni da pressione** rappresentano il 23% di tutti gli eventi registrati (310). (54 lesioni di 1° grado, 114 lesioni di 2° grado e 101 di grado superiore) L'80% dei casi indicati ha una lesione superiore o uguale al 2° grado. In 41 casi (13%) non è stato indicato il grado della lesione.
- Rispetto all'insorgenza (indicata solo nel 40% dei casi) 82 volte viene segnalato che la lesione è insorta prima del ricovero in Istituto, 37 volte durante il ricovero, negli altri casi non viene indicato

Gli strumenti collegati alla qualità dell'assistenza

Dai questionari compilati da 35 delle 39 strutture aderenti al progetto si rileva che:

1. Il Piano di Assistenza Individuale viene aggiornato quando si modifica il bisogno assistenziale e/o con periodicità diversa tra struttura e struttura, con una variabilità tra il mese e l'anno

2. Tutte le strutture hanno segnalato la presenza di Protocolli operativi. Una sola struttura ha segnalato che non tutto il personale è a conoscenza e utilizza regolarmente i protocolli

Periodicità di norma del PIA	n. strutture
Costantemente	1
Settimanalmente	1
Ogni 15 giorni	2
Mensilmente	3
Trimestralmente	8
Semestralmente	16
Almeno una volta all'anno	1

Alcune considerazioni

1. La rilevazione evidenzia la prevalenza delle lesioni da decubito negli anziani gravemente dipendenti da un punto di vista funzionale (73,1%) e all'interno di questo gruppo l'81,5% presenta deterioramento cognitivo con problemi comportamentali

2. Come già evidenziato nella letteratura internazionale il rischio di caduta è maggiore (81%) negli anziani con deterioramento cognitivo (problemi comportamentali, confusione); è necessario inoltre prestare attenzione anche agli anziani che deambulano in modo autonomo o assistito (33,7%) che presentano un cluster a rischio di caduta in RSA

Alcune considerazioni

L'introduzione di un semplice sistema di segnalazione della tipologia di evento consente di:

- ottenere delle informazioni sul monitoraggio degli eventi avversi e di focalizzare un'analisi di dettaglio sugli aspetti di maggior criticità per programmare i Piani Individuali di Assistenza (PIA) e verificare almeno semestralmente gli outcome di qualità dell'assistenza erogata (es. riduzione incidenza LDD, riduzione cadute, riduzione esiti gravi delle cadute...)**
- Programmare audit con le diverse figure professionali operanti nelle strutture (medico, IP,OSS,FKT..)**

Alcune considerazioni

Per migliorare la qualità del dato il sistema di rilevazione andrebbe accompagnato, per alcuni eventi, come cadute, ulcere da pressione e somministrazione farmaci, da schede «condivise» che contengano la descrizione di dettagli dell'evento

E' inoltre da evidenziare che i dati hanno confermato la complessità clinica delle persone ospitate in struttura con alto numero di persone con bassa autonomia psico-fisica (55%) di cui il 66% corrisponde al profilo con Gravi problemi comportamentali, problemi cognitivi, gravi problemi mobilità, medio/gravi problemi svolgimento delle attività quotidiane

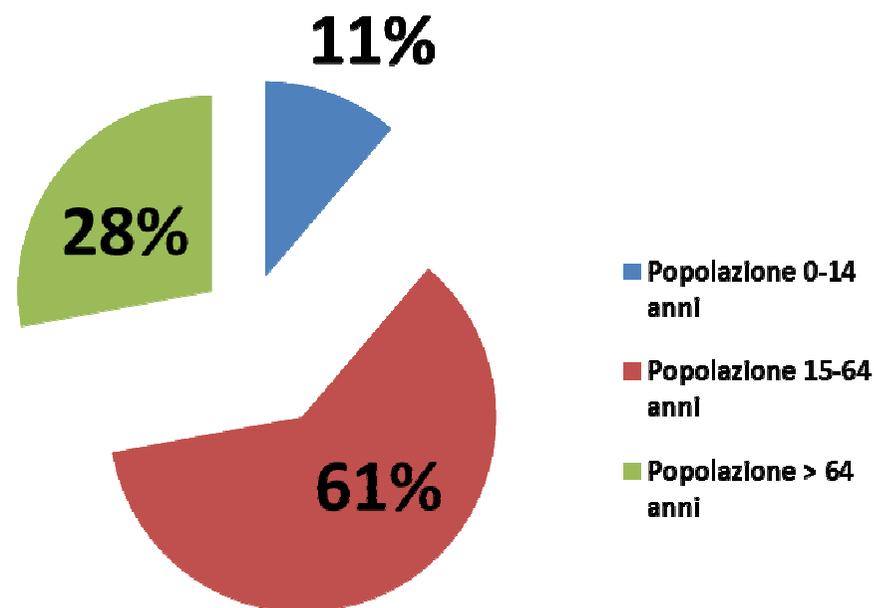
2° Obiettivo di Regione Liguria

Valutazione delle caratteristiche degli ospiti di strutture residenziali accreditate per la long term care di anziani non autosufficienti

**(profili di non autosufficienza, età, ...)
che accedono al Pronto Soccorso e dei successivi ricoveri in ospedale**

Anno 2012: ASL 4 Chiavarese

Anno 2012	N°	% su pop totale
Popolazione totale	149718	
Popolazione 0-14 anni	16875	11,3%
Popolazione 15-64 anni	91049	60,8%
Popolazione > 64 anni	41794	27,9%
Popolazione > 74 anni	22620	15,1%
Popolazione > 84 anni	7025	4,7%
Popolazione > 90 anni	2507	1,7%



Le strutture accreditate sono situate nell'ASL 4 Chiavarese della Regione Liguria che presenta una popolazione di 149.718 abitanti; dall'analisi dei principali indicatori demografici si evidenzia che nell'ASL4 Chiavarese gli over 64enni sono il 27,9 della popolazione (il 7% in più dell'Italia)

L'indice di vecchiaia uguale a 247,7 (il doppio dell'Italia) e gli over 85 anni (grandi vecchi) sono il 4,7% quasi il doppio della media italiana

Profili SINA degli ospiti

N.° profilo	Definizione Profilo	AGED medio	N°	%
1	Lucido autonomo	3,4	16	2,9%
2	Lucido, in parte dipendente	9,7	23	4,1%
3	Lucido, deambula assistito	11,8	31	5,5%
5	Lucido, gravemente dipendente	15,7	57	10,2%
6	Confuso, deambulante, autonomo	10	2	0,4%
7	Confuso, deambulante	13,8	14	2,5%
8	Confuso, deambula assistito	18,2	89	15,9%
9	Confuso allettato	16	1	0,2%
11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	22,2	81	14,4%
11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente Media necessità di Cure sanitarie	23,9	14	2,5%
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	27	2	0,4%
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	27,8	11	2,0%
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	12,2	37	6,6%
17	Problemi comportamentali, dipendente	22,4	183	32,6%
	Totale		561	100,0%

Accessi in P.S. di DEA di I° livello anno 2012

Tipologia anno 2012	N°	%	Descrizioni
N° ospiti in residenze accreditate	561		
N° accessi PS (escluso OBI)	339		
N° accessi OBI	45	11,7%	ricoveri in OBI rispetto accessi PS
Totale accessi in PS compreso OBI	384		
N° pazienti con accessi PS	221	39,4%	rispetto agli ospiti ricoverati in struttura

Accessi ripetuti in P.S. durante l'anno 2012

N° accessi/pz	N° pz.	%	Totale accessi
1	129	58,4	129
2	51	23,1	102
3	25	11,3	75
4	8	3,6	32
5	2	0,9	10
6	6	2,7	36
Totale	221	100,0	384

Accessi ripetuti in P.S. durante l'anno 2012

**Totale 13
residenze**

N° accessi > = 4/anno	F	M	età media	Aged medio
16	13	3	86	20,6

Residenza	N° pz.
A	6
B	4
C	3
D	3
Totale	16

Codice d'accesso in P.S.

Codice d'accesso al P.S.	N°	%
Rosso	24	6,3
Giallo	187	48,7
Verde	173	45,1
Totale	384	100,0

Destinazione dopo accesso al P.S.

Destinazione dopo accesso al P.S.	N°	%
Ricovero in OBI	45	11,7
Deceduto in Pronto Soccorso	3	0,8
Ricovero in reparto ospedaliero	154	40,1
Trasferito ad altro ospedale	2	0,5
Rientro in struttura di provenienza	180	46,9
Totale	384	100,0

Ospiti RSA ricoverati in ospedale da P.S.

Genere	N°	%
Maschi	39	25,3
Femmine	115	74,7
Totale	154	100,0

Età media Maschi

81

Età media Femmine

85

Età media

84

Area di ricovero

AREA di ricovero	GG.DEGENZA	N° ricoveri	%
Area medica	1056	125	81,2
Area Chirurgica	204	26	16,9
Area subintensiva - intensiva (rianimazione)	27	3	1,9
	1287	154	100

Reparti di ricovero

REPARTO	N° RICOVERI	%
MEDICINA GENERALE	113	73,4
NEUROLOGIA	5	3,2
PNEUMOLOGIA	4	2,6
CARDIOLOGIA	2	1,3
GASTROENTEROLOGIA	1	0,6
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	3,9
CHIRURGIA generale	14	9,1
UROLOGIA	2	1,3
TRAUMATOLOGIA D'URGENZA	4	2,6
AREA SUB-INTENSIVA MEDICA	2	1,3
RIANIMAZIONE	1	0,6
	154	100

Esiti dei ricoveri in ospedale

Esiti dimissione dei Ricoveri urgenti da PS	N°	%
Rientro in struttura protetta (RP/RSA)	112	72,7
Deceduto	40	26,0
Trasf.Osp.pubbl./privato	2	1,3
Totale	154	100,0

Giornate degenza in ospedale

Ricoverati in reparto ospedaliero	N°	GG. Degenza	Media	DS
Deceduti	40	283	7,1	0-34
Trasf.Osp.pubbl./privato	2	11	5,5	2-9
Rientro in struttura protetta (RP/RSA)	112	993	8,9	1-41
Totale	154	1287	8,4	

RICOVERI RIPETUTI

N° ricoveri	N° pazienti	%
1 volta	109	83,8
2 volte	18	13,8
3 volte	3	2,3
Totale	130	100,0

Profili di autonomia pz.ricoverati

N.° profilo	Definizione Profilo	Livello autonomia psicofisica	Livello delle condizioni sociali	Livello di non autosufficienza	età media	F	M	AGED medio	N°	%
17	Problemi comportamentali, dipendente	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	83	43	14	22,6	57	37,0
5	Lucido, gravemente dipendente	2	0-1-2	NA di grado medio	81	15	10	16,4	25	16,2
11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	85	22	3	22,5	25	16,2
8	Confuso, deambula assistito	2	3	NA di grado elevato	87	14	2	19,1	16	10,4
3	Lucido, deambula assistito	1	0-1-2	Parzialmente NA	86	5	4	11,7	9	5,8
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	91	6	0	28,8	6	3,9
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2	3	NA di grado elevato	90	5	0	14,9	5	3,2
11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente Media necessità di Cure sanitarie	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	87	3	2	24,1	5	3,2
7	Confuso, deambulante	1	0-1-2	Parzialmente NA	86	2	1	13,8	3	1,9
2	Lucido, in parte dipendente	1	0-1-2	Parzialmente NA	67	0	2	4,5	2	1,3
6	Confuso, deambulante, autonomo	1	0-1-2	Parzialmente NA	84	0	1	8	1	0,6
	Totale					115	39		154	100

Profili autonomia pz. deceduti in ospedale

N.° profilo	Definizione Profilo	Livello autonomia psicofisica	Livello delle condizioni sociali	Livello di non autosufficienza	AGED medio	N°	%
17	Problemi comportamentali, dipendente	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	21,6	19	48
5	Lucido, gravemente dipendente	2	0-1-2	NA di grado medio	13,5	5	13
11A	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	22,3	4	10
11B	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente Media necessità di Cure sanitarie	3	0-1-2-3	NA di grado elevato	25,1	3	7,5
8	Confuso, deambula assistito	2	3	NA di grado elevato	20,1	3	7,5
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2	3	NA di grado elevato	15,2	2	5
3	Lucido, deambula assistito	1	0-1-2	Parzialmente NA	10,2	2	5
2	Lucido, in parte dipendente	1	0-1-2	Parzialmente NA	4,5	1	2,5
7	Confuso, deambulante	1	0-1-2	Parzialmente NA	12,5	1	2,5
	Totale					40	100

Alcune considerazioni

- **Gli anziani in fase acuta hanno diritto ad essere ricoverati in ospedale**
- **Le strutture residenziali utilizzano il P.S. prevalentemente per accessi appropriati (codici rossi e gialli= 55%) e non sono presenti codici bianchi;**
- **Il 16,1% degli anziani trasferiti in P.S. ha fatto, nel 2012, 2 o più accessi;**

Alcune considerazioni

- **Il 76,6% degli anziani ricoverati in ospedale dal P.S. presentava deterioramento cognitivo associato nel 40,3% dei casi anche a problemi comportamentali e nel 66,9% a grave disabilità con un'età media di 86,6 anni (grandi vecchi)**
- **l'80% degli anziani ricoverati in ospedale dal P.S. e ivi deceduti presentava deterioramento cognitivo associato nel 52,5% dei casi anche a problemi comportamentali e nel 72,5% a grave disabilità**

La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato

S. LOPEZ, A. SIBILANO, M.G. STEFANONI, G. GAZZARDI, R. BALCONI, A. GUAITA*

Unità Organizzativa Complessa Vigilanza e Controllo, ASL della Provincia di Milano 1; * Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI) G Gerontol 2009;57:23-32

La dipendenza, anche grave, resta il contesto principale da cui parte la domanda di assistenza, ma il numero e la gravità dei problemi sanitari, contemporaneamente presenti nella stessa persona, vanno aumentando. I residenti delle strutture di ricovero sono in alta percentuale complessi e clinicamente instabili; il rapporto fra i due termini è certo assai stretto, benché sia stato sostenuto che una persona clinicamente complessa non necessariamente sarà instabile, mentre un paziente clinicamente instabile più facilmente sarà anche clinicamente complesso.

- **Il dato eclatante della età molto avanzata e della prevalenza della demenza, di per sé un possibile fattore di aggravamento di tutte le patologie, si accompagna quindi a una serie di necessità di nuovo tipo, dove la complessità della comorbilità si accompagna a eventi acuti o sub acuti che devono essere gestiti con interventi tempestivi e appropriati.**

Spunti di riflessione e discussione.....

- **gli anziani ricoverati in struttura residenziale che hanno i profili 17, 11A e 11B e bassa autonomia hanno bisogno di particolare attenzione e “care” perchè rappresentano (56,5%) degli accessi al P.S. il ricovero in P.S. e il 65% degli anziani che, una volta ricoverati, decidono in ospedale**
- **La gestione della comorbilità e dell’instabilità clinica richiedono la presenza non solo di personale assistenziale formato e MOTIVATO nell’assistenza all’anziano non autosufficiente ma anche di MEDICI CON PREPARAZIONE E CULTURA GERIATRICA Non credo possano bastare i MMG**

Spunti di riflessione e discussione.....

Formazione medica nelle RSA



- nei dipartimenti di emergenza e nei reparti per acuti è indispensabile una “cultura geriatrica e di nursing geriatrico” per affrontare le problematiche dell’assistenza al “grande vecchio” con patologia acuta, prevalentemente affetto da deterioramento cognitivo e gravemente non autosufficiente

Mattone 12 del «Progetto mattoni del SSN»

“... La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (riabilitazione e lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra ospedaliere specializzate per la riabilitazione.”

Tuttavia “... una persona anziana affetta da una patologia cronica invalidante non potrà essere definita stabile in senso assoluto e le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell’anziano.”

E “... La prestazione “residenziale” non si differenzia necessariamente da quella “ospedaliera” per un diverso gradiente di assistenza

Take home message

- **Sarà possibile un unico sistema di valutazione multidimensionale in Italia?**
- **Perché non usiamo già i profili SINA per definire standard assistenziali in ogni regione?**
- **Quali INDICATORI prioritari per valutare la qualità dell'assistenza in modo che il cittadino possa scegliere dove andare?**

In questo modo potremmo confrontare veramente i livelli di assistenza erogati e potremmo confrontare i dati tra le regioni echissà quando premiare la qualità dell'assistenza....