

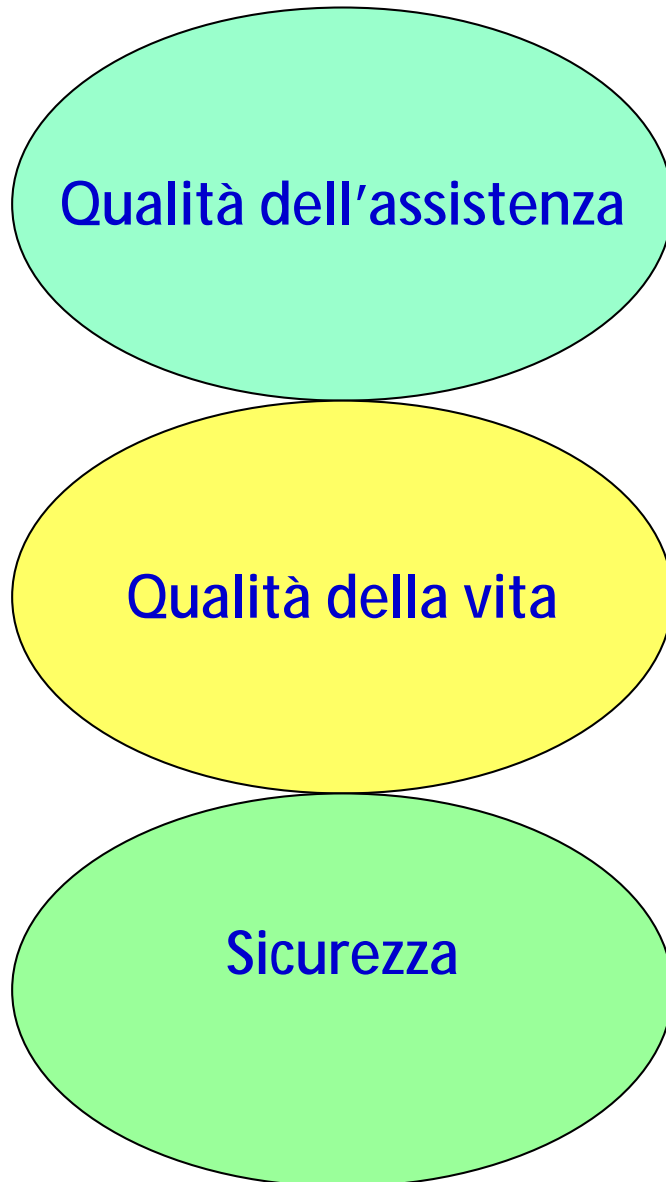


IL PROGETTO NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Maria Luisa Moro, Rossella Buttazzi,
Massimiliano Marchi, Filomena Morsillo,
Enrico Ricchizzi, Benedetta Riguzzi



Qualità dell'assistenza = approccio multidimensionale



Quality indicator domains

Accidents
Behavioural and emotional patterns
Clinical management
Cognitive functioning
Elimination and continence
Infection control
Nutrition and eating
Physical functioning
Psychotropic drug use
Quality of life
Sensory function and communication
Skin care

Zimmerman DR, 2003



What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?

Nicholas G. Castle, PhD, MHA, AGSF*,¹ and Jamie C. Ferguson, MHA¹

Quanti indicatori?
(parsimonia)

Problemi di misurazione
(eventi rari, linearità del rischio, accuratezza della rilevazione)

Caratteristiche delle strutture
(dimensioni, organizzazione per unità diverse, breve durata di permanenza dei residenti)

Problemi di interpretazione
(case-mix)



Quali indicatori? I punti di vista sono diversi

Personale sanitario/sociale (ai primi due posti)

• Geriatri (n=619): **qualità della vita**, trattamento efficace delle malattie

• Medici specialistici (n=1305): **qualità della vita**, soddisfazione del paziente

• Medici di strutture residenziali (n=384): **qualità della vita**, soddisfazione del paziente

• Staff di servizi diurni per anziani (n=204): **qualità della vita**, mantenimento livello elevato di attività

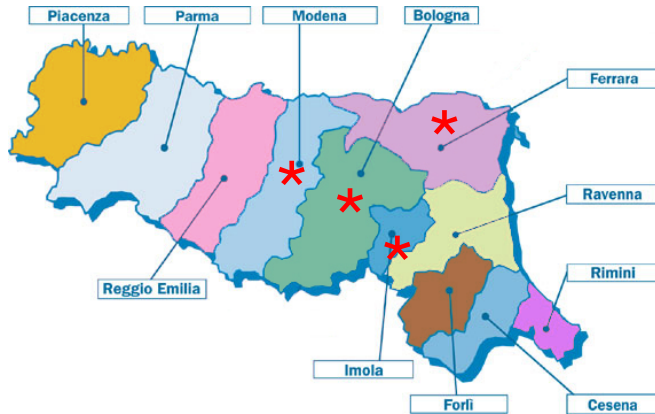
Utenti dei servizi (ai primi due posti)

• Anziani in comunità (n=2637): **trattamento efficace delle malattie**, riduzione del carico del caregiver

• Familiari di anziani con demenza (n=303): **trattamento efficace delle malattie**, miglioramento della funzionalità fisica

• Pazienti di ambulatori geriatrici (n=512): **trattamento efficace delle malattie**, miglioramento della funzionalità fisica

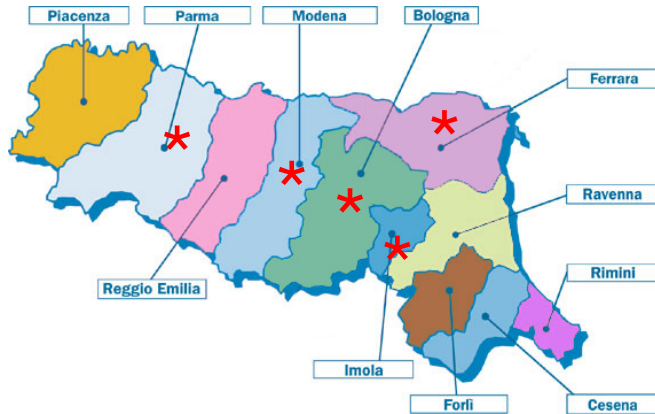
• Utenti di servizi diurni per anziani (n=795): miglioramento della funzionalità fisica, **trattamento efficace delle malattie**



Prima dell'avvio del progetto

Programmi aziendali di monitoraggio e miglioramento della qualità dell'assistenza

- ü **Metodologie diverse di acquisizione e trasmissione** dei dati:
 - § Visite periodiche da parte di osservatori esterni; autocertificazione e visite di verifica (campione casuale)
 - § Sistema informativo aziendale (GARSIA, ABC) o trasmissione cartacea
- ü **Dimensioni della qualità dell'assistenza rilevate simili ma indicatori diversi**

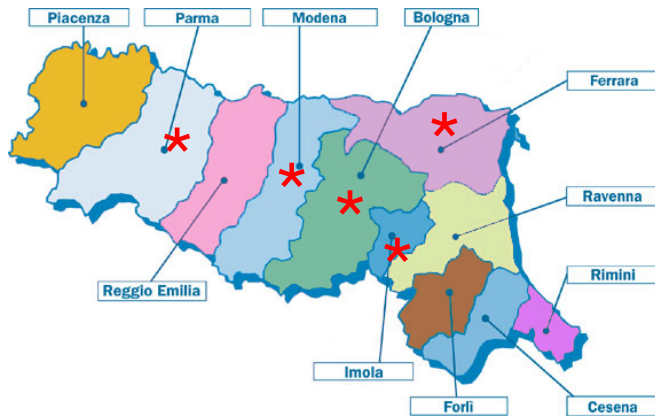


Il progetto IN-QUA

1. Rilevazione di indicatori condivisi (6 mesi)

2. Studio di prevalenza su infezioni e antibiotici

3. Analisi degli archivi regionali di dati correnti



Rilevazione di indicatori condivisi

- 5 Aziende Unità Sanitarie Locali (Bologna, Ferrara, Imola, Modena, Parma)
- 46 strutture (2904 pl accreditati e 417 non accreditati; totale 3321 pl)
- periodo di 6 mesi (marzo-agosto 2012)

Il progetto

Lesioni da pressione

Cadute

Presidi di contenzione

Cateterismo vescicale

Bagni di pulizia

Infezioni e antibiotici



Indicatori condivisi

Area di interesse	Indicatori (SPERIMENTAZIONE 1 marzo – 31 agosto 2012)
Ulcere da pressione	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso ospiti con almeno una Braden di punteggio • 18 • Tasso ospiti con LDP (LDP > 2°grado) • Tasso ospiti con LDP insorte in struttura • Tasso di guarigione LDP • Tasso di miglioramento LDP
Cadute	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso ospiti caduti • Tasso ospiti caduti con conseguenze
Incontinenza urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso ospiti con catetere a permanenza
Contenzione	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso ospiti con contenzione fisica (comprese spondine) • Tasso ospiti con contenzione fisica (escluse spondine)
Bagni di pulizia	<ul style="list-style-type: none"> • N° medio bagni di pulizia mensili



Le caratteristiche della popolazione in studio

Tabella 17. Caratteristiche delle strutture incluse nello studio (anno 2011)

Azienda	N. strutture *	N. ospiti	% ospiti sul totale della Azienda	% Gruppo A (range)	% Gruppo B (range)	% Gruppo C (range)	% Gruppo D (range)	Mediana gg presenza nell'anno (range)	Mediana degenza effettiva (in anni) (range)
USL 1	10	659	25,9%	28,7 (0-36,0)	28,9 (13,6-99,1)	26,5 (0,2-49,6)	1,9 (0-24,0)	365 (36-365)	1,9 (0,1-3,4)
USL 2	12	1.538	35,4%	17,4 (0,3-28,6)	46,4 (14,1-90,1)	26,9 (5,8-53,3)	8,8 (2,8-20,8)	318 (31-365)	1,6 (0,1-4,4)
USL 3	11	1.902	37,3%	25 (2,9-53,5)	44,2 (6,8-76,8)	23,6 (10,5-51,9)	4,2 (0 - 11,2)	225,5 (26-365)	1,1 (0,1-2,2)
USL 4	3	489	61,2%	8,1 (0,8-13,5)	16,1 (3,6-26,3)	60,2 (58,7-68,2)	7,5 (0-36,9)	315,5 (42-356)	1,3 (0,2-1,7)
USL 5	10	1.357	55,0%	10,1 (0-22,5)	68,7 (5,8-100)	12,7 (0-76,3)	4,5 (0-27,2)	90 (47-365)	0,5 (0,2-2,5)
<i>Totale strutture in studio</i>	<i>46</i>	<i>5.945</i>	<i>41,1%</i>	<i>16,0</i>	<i>51,5</i>	<i>26,5</i>	<i>6,0</i>	<i>323 (26-365)</i>	<i>1,4 (0,1-4,4)</i>

Gruppo A: Soggetto con grave disturbo comportamentale

Gruppo B: Soggetto con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale

Gruppo C: Soggetto con disabilità severo

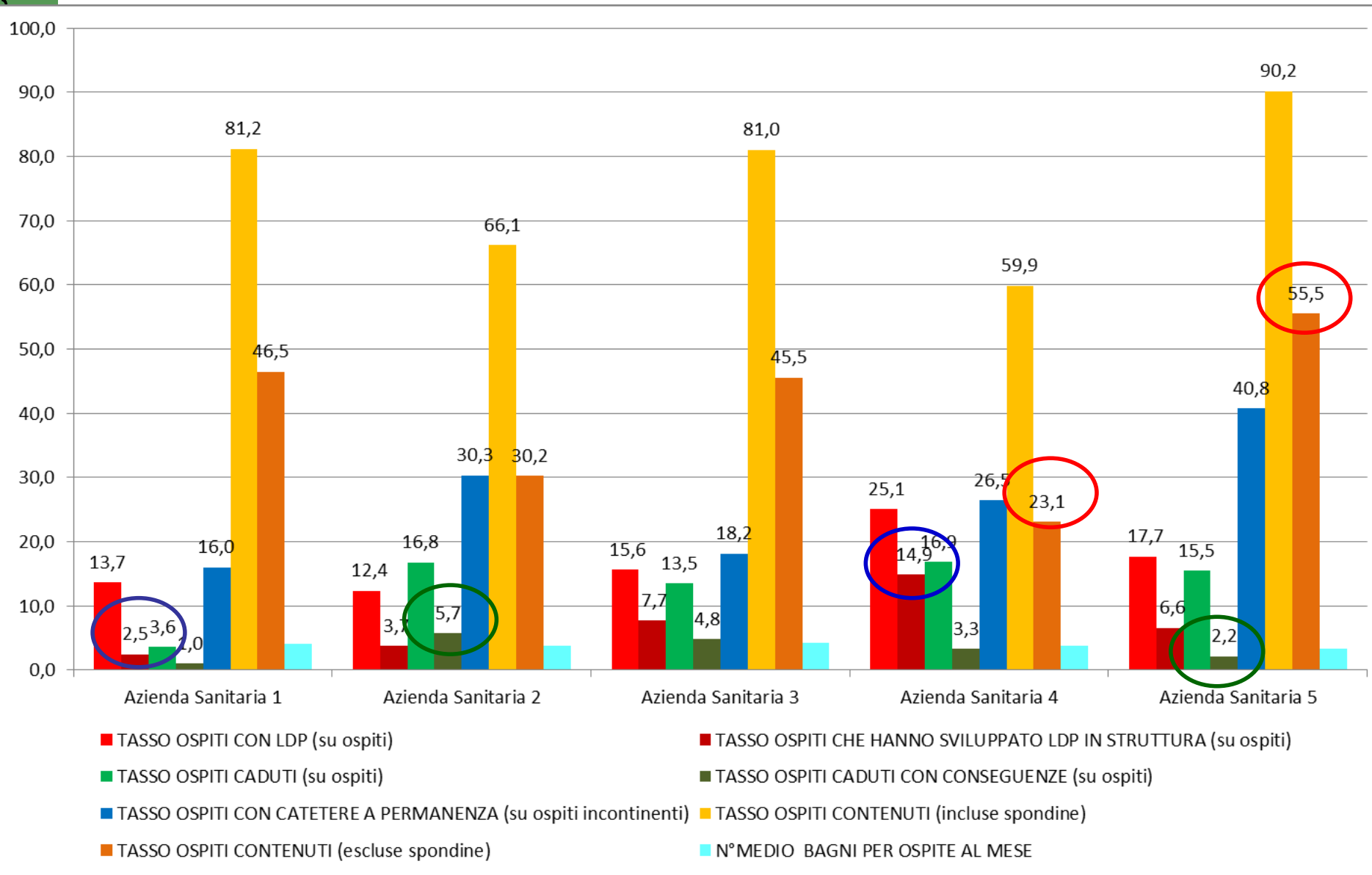
Gruppo D: Soggetto con disabilità moderato



Indicatori assistenziali 46 strutture (3321 p.I.)

- ü **LESIONI DA PRESSIONE:** il **56%** degli ospiti è a rischio (**più di 1 su 2**); il **17%** degli ospiti è portatore di una o più lesioni dal 2° grado in poi; l'**8,3%** ne sviluppa una in struttura (**1 ogni 11**) e più del **50 %** delle LDP guariscono o migliorano
- ü **CADUTE:** il fenomeno ha interessato il **13%** del campione nel periodo di osservazione; per il **3%** di essi la caduta ha comportato una conseguenza clinica
- ü **CATETERE VESCICALE:** è presente nel **26%** degli ospiti nel periodo di osservazione considerato
- ü **CONTENZIONE:** interessa il **42%** del campione **anche quando non si includono le spondine del letto**
- ü **BAGNI DI PULIZIA:** i bagni al mese sono **in media 4** ossia almeno uno alla settimana

Indicatori assistenziali: Variabilità nelle 5 Aziende Sanitarie



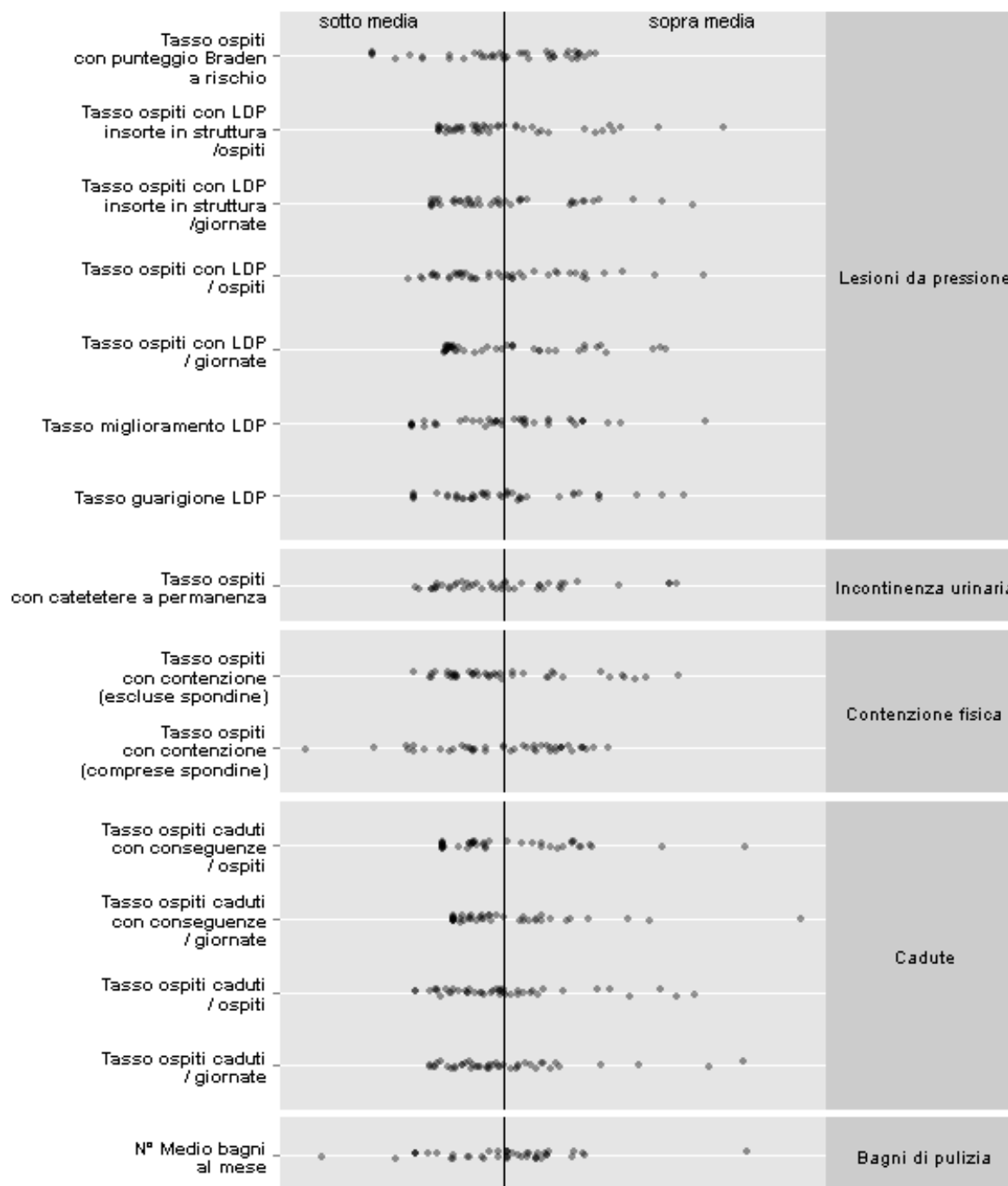


Rilevazione di indicatori condivisi

Indicatore	Totale strutture	CV [§]	Minimo	Massimo
Lesioni da pressione				
Ospiti con punteggio Braden a rischio/100 ospiti	56,4	50,5	0	95,3
Ospiti con LDP/100 ospiti	16,7	64,2	1,1	48,9
Ospiti con LDP /1000 giornate	1,1	108,0	0,01	4,1
Ospiti con LDP insorte in struttura/100 ospiti	8,3	102,6	0	36,4
Ospiti con LDP insorte in struttura/1000 giornate	0,7	90,7	0	2,6
LDP guarite/100 LDP	27,1	71,7	0	85,7
LDP migliorate/100 LDP	24,4	73,6	0	72,7
Catetere a permanenza				
Ospiti con catetere a permanenza/100 ospiti incont.	26,2	67,4	2,3	70,4
Contenzione				
Ospiti con contenzione (escluse spondine)/100 ospiti	42,4	49,8	13,7	97,6
Ospiti con contenzione (comprese spondine)/100	78,2	18,1	35,9	100
Cadute				
Ospiti caduti/100 ospiti	12,7	74,9	0	39,6
Ospiti caduti/1000 giornate	1,1	89,3	0	4,7
Ospiti caduti con conseguenze/100 ospiti	3,0	107,5	0	14,5
Ospiti caduti con conseguenze/1000 giornate	0,3	132,0	0	2
Bagni di pulizia				
N° medio bagni al mese	4,0	18,2	2	6,6



Rilevazione di indicatori condivisi



Variabilità degli indicatori di qualità assistenziale nelle strutture in studio

La variabilità di tutti gli indicatori tra le singole strutture è notevole



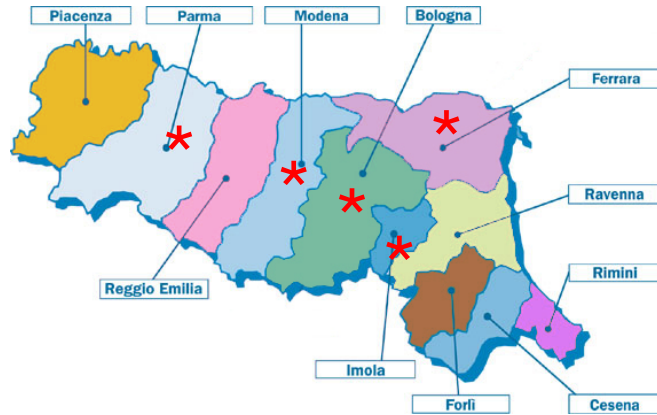
Considerazioni sulla rilevazione degli indicatori IN-Qua

PUNTI DI FORZA

- § Tutte le strutture del campione hanno completato la raccolta
- § La raccolta non ha richiesto risorse aggiuntive né modificato le normali attività interne
- § Occasione di formazione e riflessione sui temi della qualità assistenziale (restituzione dati)

PUNTI DI DEBOLEZZA

- § Differenti gradi di esperienza nella raccolta dati
- § Presenza di sistemi informativi aziendali e loro livello di implementazione
- § Indicatori “operatore – dipendenti” e impatto dovuto alle dimensioni della struttura



Rilevazione di indicatori
condivisi

Studio di prevalenza
puntuale su infezioni e
antibiotici

Il progetto



Protocollo
studio Europeo
HALT 2010

L'anziano

- Ø **Alto rischio di contrarre una infezione** (•3 volte il rischio di polmonite, • 20 volte il rischio di una **Infezione delle vie urinarie**)
- Ø Frequente colonizzazione/ Batteriuria asintomatica
- Ø Infezioni **difficili da identificare** (pochi sintomi, aspecifici,...)

L'anziano istituzionalizzato

- Ø Infezioni crociate
- Ø **Pressione antibiotica**



Trasferimenti ad altre strutture assistenziali

- Ø Infezioni crociate
- Ø **Microrganismi antibiotico RESISTENTI**

Il contesto di cura

- Ø Domicilio permanente
- Ø Staff: non specifica formazione; elevato turnover
- Ø Scarso utilizzo di strumenti diagnostici
- Ø Strutture for profit



Studio di **PREVALENZA**
PUNTUALE mirato a
rilevare:

- ∅ Infezioni correlate all'assistenza
- ∅ Uso di antibiotici e resistenza antibiotica



Healthcare
Associated
Infections
in European
Long Term Care
Facilities

Protocollo disegnato per essere applicato nel contesto delle strutture residenziali con poco personale e senza specifica formazione sulla sorveglianza delle ICA

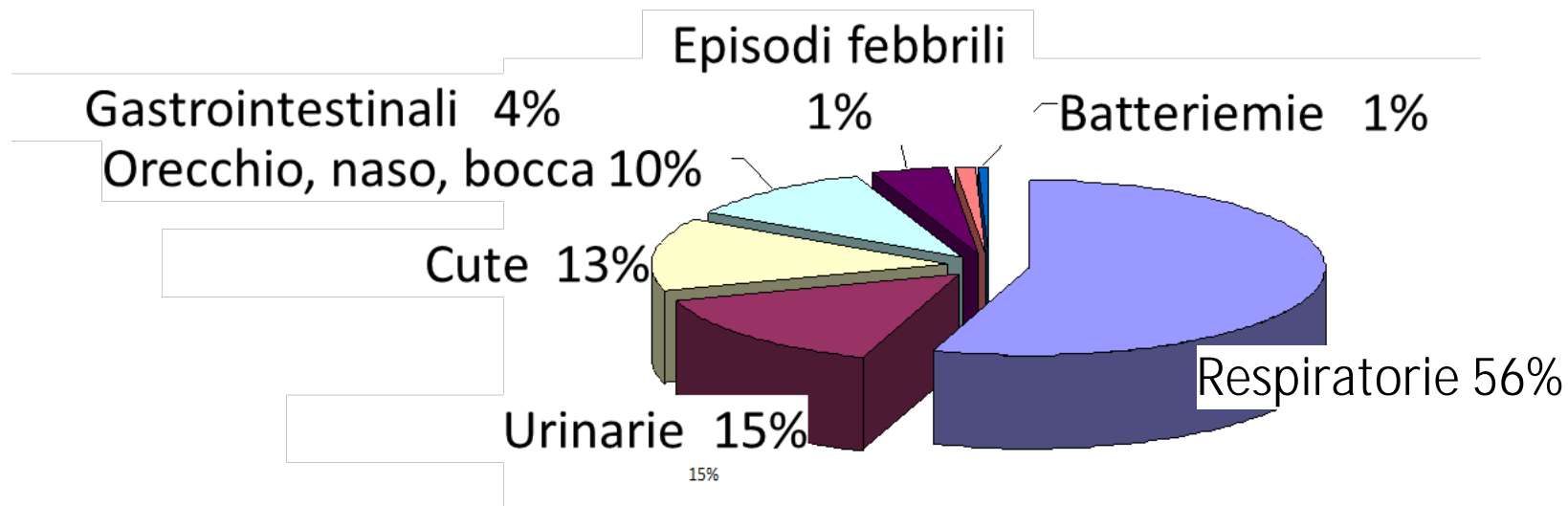


Prevalenza di Ospiti con INFEZIONE

38 strutture – 2695 Ospiti

6 pazienti infetti ogni 100 studiati

(range tra strutture 0% -17%)





Infezioni prevenibili in RSA

Infezioni come priorità di intervento:

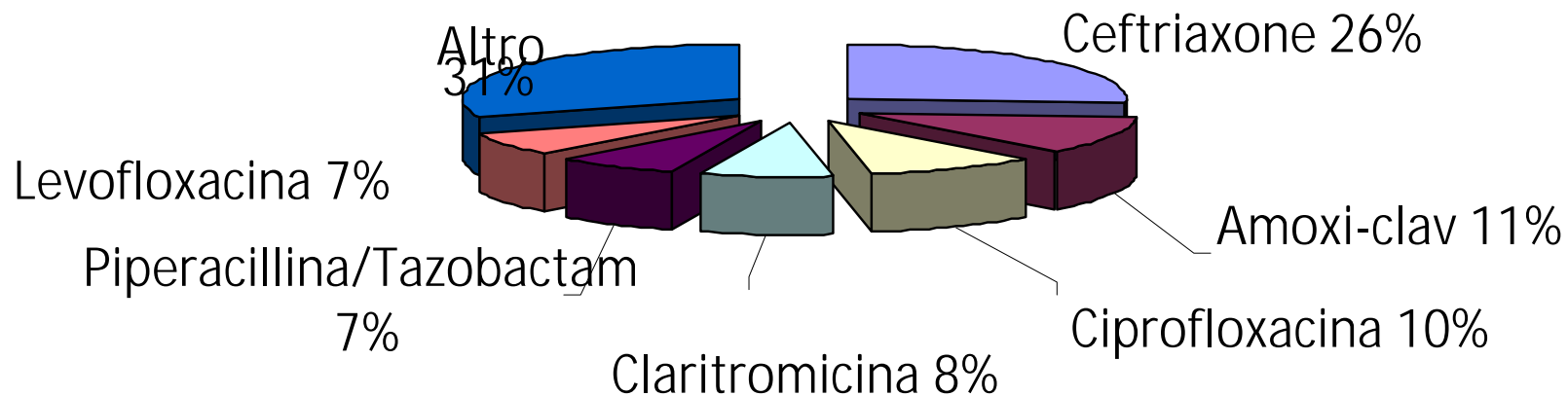
- ü **Infezioni virali** respiratorie, gastroenteriche e congiuntivite altamente trasmissibili nelle strutture residenziali per anziani
- ü **Polmoniti**
- ü Infezioni delle **vie urinarie**
- ü Altre infezioni **gastrointestinali**
- ü Infezioni della **cute e tessuti molli**;
- ü Infezioni da patogeni che possono causare pericolosi focolai in RSA, come ad esempio Streptococchi gruppo A, Norovirus, Scabbia, Influenza...



Prevalenza di Ospiti in TRATTAMENTO ANTIBIOTICO SISTEMICO

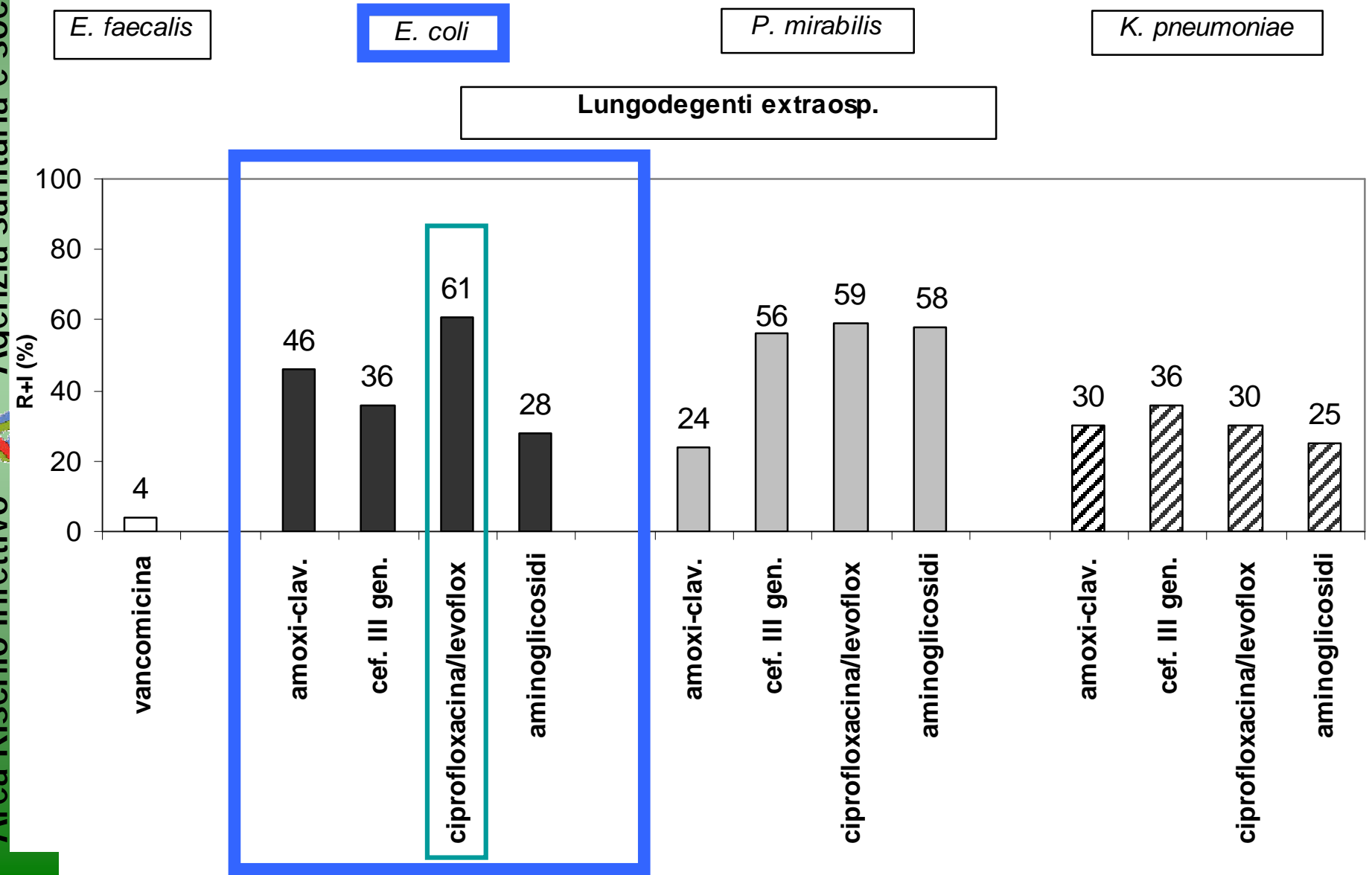
38 strutture – 2695 Ospiti

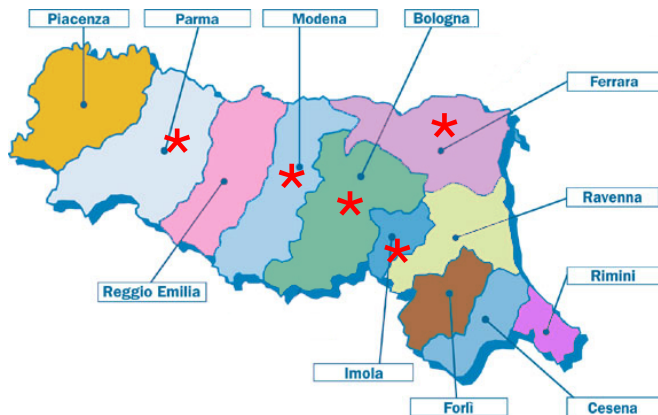
5 pazienti in trattamento ogni 100 studiati
(range tra strutture 0%-17%)



Resistenze agli antibiotici in RSA

Urinocolture





Il progetto

Analisi degli archivi regionali di dati correnti

FAR

SDO

AFO, FED, AFT



Analisi delle banche dati regionali

SDO & FAR

Schede di dimissione ospedaliera: tasso di ricovero; ricoveri ripetuti; ricoveri evitabili

FED + AFT + AFO + FAR

Consumo di farmaci

LAB & FAR

Microrganismi isolati e antibioticoresistenza

FAR

Profilo delle strutture



Analisi Fattoriale

Ottenere un indice sintetico in grado di descrivere il profilo delle strutture, a partire dai campi presenti nel FAR

- ü Tipo ospite (categoria A, B, C, D)
- ü Tipologia accoglienza (lunga permanenza, sollievo, ecc.)
- ü Motivo richiesta (perdita autonomia, stabilizzazione, ecc.)
- ü Durata permanenza

Cluster Analysis

Identificare gruppi di strutture tra loro omogenee per profilo assistenziale.



Si osserva una **differenza significativa tra i tre gruppi di strutture** in relazione ai seguenti indicatori:

• tasso di ospiti con **lesioni da pressione** per 1000 giornate di presenza,

• tasso di ospiti con **catetere a permanenza** per 1000 giornate di presenza,

• consumo di **DDD/persona-anno**,

• tasso di **ricovero ospedaliero**/1000 giornate di presenza,

• tasso di **ricoveri evitabili**/1000 giornate di presenza in struttura.



La variabilità tra strutture è almeno in parte dovuta a **pazienti clinicamente complessi**



- ü alcune dimensioni della qualità dell'assistenza sono **critiche e percepite come tali da tutte le Aziende USL** che avviano programmi di monitoraggio della qualità dell'assistenza;
- ü queste dimensioni possano essere utilmente monitorate in strutture diverse, utilizzando **metodologie diverse di rilevazione dei dati**;
- ü **i flussi informativi regionali possano essere linkati tra di loro per monitorare il profilo assistenziale** degli ospiti residenti di strutture per anziani;
- ü una dimensione della qualità dell'assistenza spesso sottovalutata è quella relativa al **rischio di infezioni correlate all'assistenza ed al rischio di diffusione di microrganismi antibiotico resistenti**



La RSA è una **struttura molto più articolata e difficile di un ospedale per acuti**, se vuole salvaguardare sia la **qualità della cura** che la **qualità della vita delle persone** di cui si prende l'impegno di sostenere il benessere



Gli attori

- ü ASSR Emilia-Romagna – Area Rischio Infettivo **Maria Luisa Moro, Rossella Buttazzi, Massimiliano Marchi, Filomena Morsillo, Enrico Ricchizzi, Benedetta Riguzzi**
- ü AUSL BOLOGNA **Clelia D’Anastasio, Maura Rambaldi**
- ü AUSL IMOLA **Angela Morsiani, Catia Bedosti**
- ü AUSL FERRARA **Franco Romagnoni, Cristiano Pelati**
- ü AUSL MODENA **Andrea Fabbo, Luigi De Salvatore, Karin Bonora**
- ü AUSL PARMA **Piero Angelo Bonati**
- ü Area Innovazione Sociale ASSR, Area Valutazione dei Servizi ASSR, Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
- ü **Tutti gli operatori delle strutture che hanno partecipato allo studio**

Si ringrazia:

- ü il Servizio Governo dell'Integrazione Sociosanitaria e delle Politiche per la Non Autosufficienza