



IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN RSA: Unità Operativa Emilia-Romagna

Moro ML, Riguzzi B, Ricchizzi E,
Buttazzi R, Fabbo A



Qualità dell'assistenza = approccio multidimensionale

Qualità dell'assistenza

Qualità della vita

Sicurezza

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

Table 1. Progression Over Time in Nursing Home Standards and Deficiency Citations

SPO indicator type	Year				
	1963 ^a	1974 ^b	1987 ^b	1999 ^c	2009 ^c
Structure	5 of 55	5 of 59	5 of 98	5 of 81	5 of 104
Patient Care Advisory Physician		Disclosure of ownership	The resident has the right to receive information in a language he/she can understand.	Employment of qualified dietitian (F361)	Nurse aide registry verification (F496)
Patient Care Attending Physician		Staff development	The resident has the right to manage his/her finances and are not required to deposit their personal funds with the facility.	Sufficient support personnel (F362)	In-service education (F497)
Charge Nurse on staff		Patient rights	The resident has the right to choose a personal attending physician.	Use of charge nurse and Registered Nurse (F354)	Responsibilities of Medical Director (F501)
Registered professional nurse or licensed practical nurse on staff and on duty at all times		Director of nursing services	The activities program must be directed by a qualified professional.	Emergency physician services 24 hr a day (F389)	Paid feeding assistants (F373)
Sufficient number nursing personnel on duty at all times (only recommendations based on what current state mandates are)		24-hr nursing care	The facility must help residents who have difficulties with vision and hear make appointments and arrange transportation.	Dental services in nursing facilities (F412)	Infection control program (F441)



The threat: increasing awareness

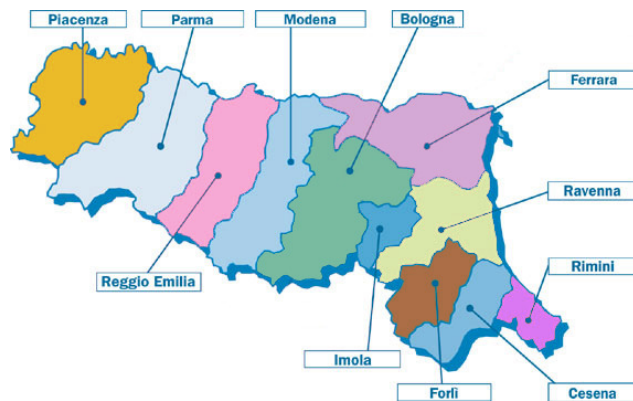
Future Infectious Disease Threats to Europe

| Jonathan E. Suk, MSc, and Jan C. Semenza, PhD, MPH, MS

“Eight plausible infectious disease threats with the potential to be significantly more problematic than they are today were identified through an expert consultation”

Healthcare associated infections in nursing homes

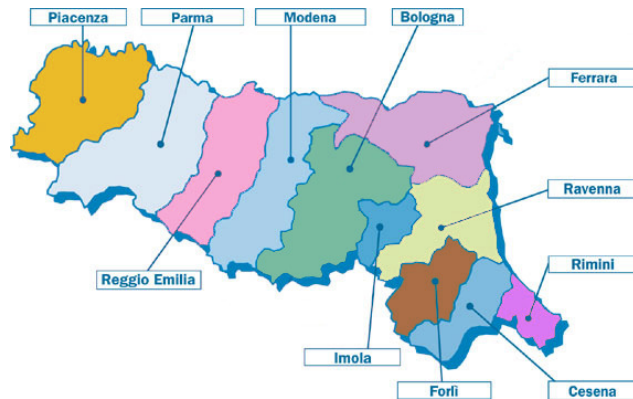
(opportunities for pathogenic spread, quality of care in nursing homes could worsen, public finances and income inequalities among the elderly)



Accreditamento

- ✓ DGR 772/2007 (*criteri, linee guida e elenco servizi per l'attivazione del processo*)
- ✓ DGR 514/2009 (*primo decreto attuativo con definizione dei requisiti generali e specifici*) e DGR 2110/2009 (*tariffa unica*)

Prima dell'avvio del progetto



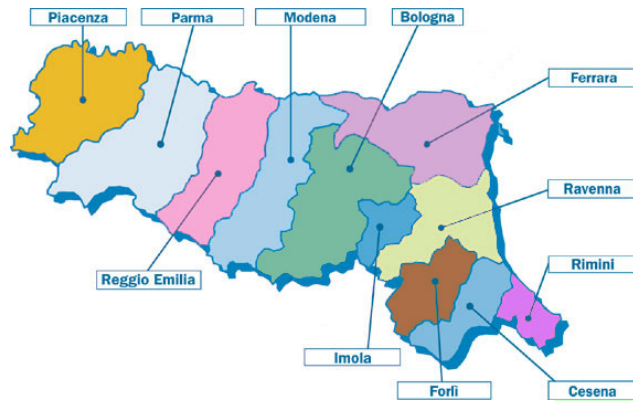
Requisiti generali

- ✓ Politica e pianificazione strategica
- ✓ Pianificazione operativa del servizio
- ✓ Comunicazione, trasparenza, partecipazione
- ✓ Struttura
- ✓ Attrezzature
- ✓ Formazione e sviluppo risorse umane
- ✓ Sistema informativo
- ✓ Processi e procedure generali
- ✓ Verifica dei risultati
- ✓ Miglioramento

Accreditamento

Requisiti specifici

- ✓ Standard di personale (*OSS da 1:3,1 anziani a 1:1,8 per case-mix; infermieri 1:12 e +; responsabile di nucleo; fisioterapista 1:60; medico 5-15 ore/sett:25 anziani; RAA e coordinatore*)
- ✓ Requisiti organizzativi (*attività motoria, animazione, persone con demenza, ...*)
- ✓ Struttura (*progressivo miglioramento, stanze singole,*)
- ✓ Attrezzature (*materassi e cuscini antidecubito, saturimetro....*)
- ✓ Sistema informativo
- ✓ Processi e procedure (*bagni di pulizia, lesioni da decubito, cateterismo vescicale, riduzione presidi di restrizione fisica, valutazione rischio LDP, controllo infezioni....*)



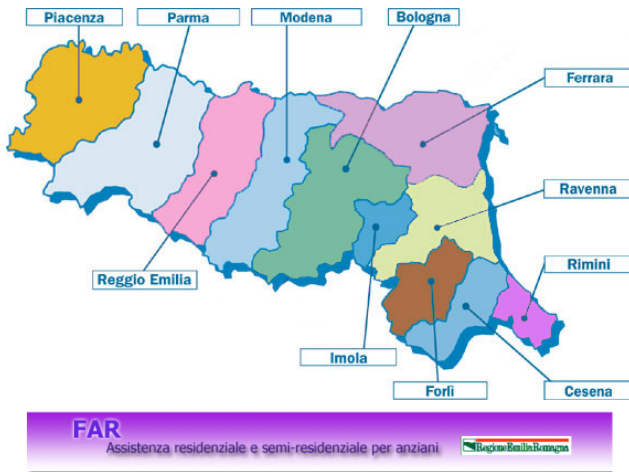
Prima dell'avvio del progetto

Accreditamento

- ✓ DGR 772/2007 (criteri, linee guida e elenco servizi per l'attivazione del processo)
- ✓ DGR 514/2009 (primo decreto attuativo con definizione dei requisiti generali e specifici) e DGR 2110/2009 (tariffa unica)

Sistemi informativi

- ✓ FAR – Assistenza residenziale e semiresidenziale (dal 2010)
- ✓ SDO – Scheda di dimissione ospedaliera
- ✓ ReM – Rilevazione mortalità
- ✓ AFO, FED, AFT – Assistenza farmaceutica ospedaliera, distribuzione diretta, territoriale
- ✓ PS – Pronto Soccorso
- ✓ ASA – Assistenza specialistica ambulatoriale
- ✓ LAB – Laboratori ospedalieri



RAPPORTO FAR
(Assistenza residenziale e semi-residenziale anziani)

ANNO 2010

a cura di:

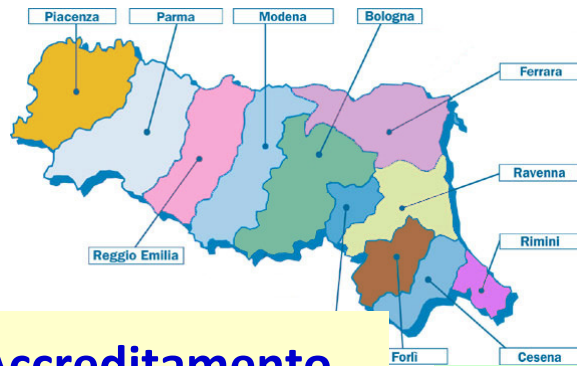
Valentina Savioli
Servizio Sistema informativo
Sanità e Politiche Sociali

Simonetta Puglioli
e Servizio Integrazione socio-sanitaria
e Politiche per la Non Autosufficienza

Regione Emilia-Romagna

Prima dell'avvio del progetto

In relazione alle strutture registrate nell'Anagrafe delle strutture Sanitarie e Socio-sanitarie autorizzate e accreditate" nel 2010, **la banca dati FAR ha un indice di copertura, per l'anno 2010, di circa il 96% delle strutture oggetto del flusso informativo.**



Prima dell'avvio del progetto

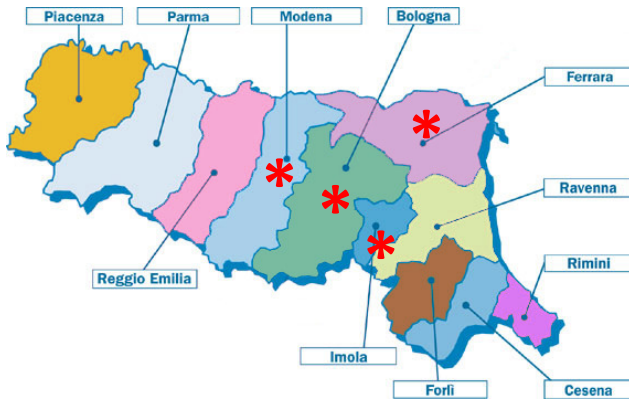
Accreditamento

- ✓ DGR 772/2007
(criteri, linee guida e elenco servizi per l'attivazione del processo)
- ✓ DGR 514/2009
(primo decreto attuativo con definizione dei requisiti generali e specifici) e DGR 2110/2009 (tariffa unica)

Sistemi informativi

- ✓ FAR – Assistenza residenziale e semiresidenziale (dal 2010)
- ✓ SDO – Scheda di dimissione ospedaliera
- ✓ ReM – Rilevazione mortalità
- ✓ AFO, FED, AFT – Assistenza farmaceutica ospedaliera, distribuzione diretta, territoriale
- ✓ PS – Pronto Soccorso
- ✓ ASA– Assistenza specialistica ambulatoriale
- ✓ LAB – Laboratori ospedalieri

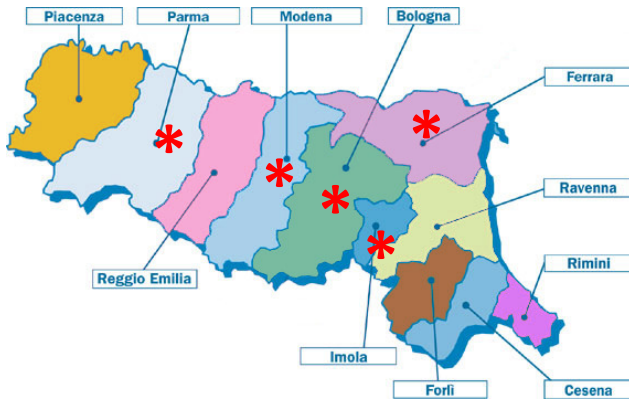
Programmi aziendali
di monitoraggio e
miglioramento della
qualità
dell'assistenza



Prima dell'avvio del progetto

Programmi aziendali di monitoraggio e miglioramento della qualità dell'assistenza

- ✓ **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
- ✓ **Dimensioni della qualità dell'assistenza rilevate simili ma indicatori diversi**



Rilevazione di indicatori condivisi

- 5 Aziende Unità Sanitarie

Locali (Bologna, Ferrara, Imola, Modena, Parma)

- **46 strutture** (2904 pl accreditati e 417 non accreditati)

- **periodo di 6 mesi** (marzo-agosto 2012)

Il progetto

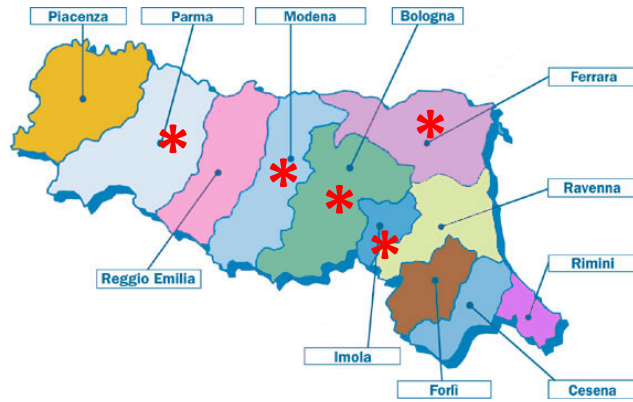
Lesioni da pressione

Cadute

Presidi di contenzione

Cateterismo urinario

Bagni di pulizia



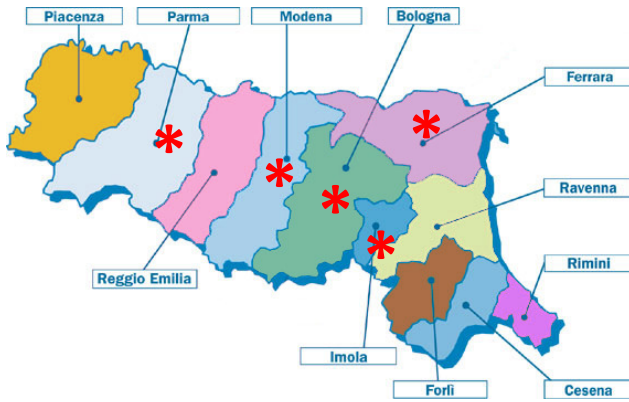
Rilevazione di indicatori
condivisi

Studio di prevalenza
puntuale su infezioni e
antibiotici

Il progetto



Protocollo
studio Europeo
HALT 2010

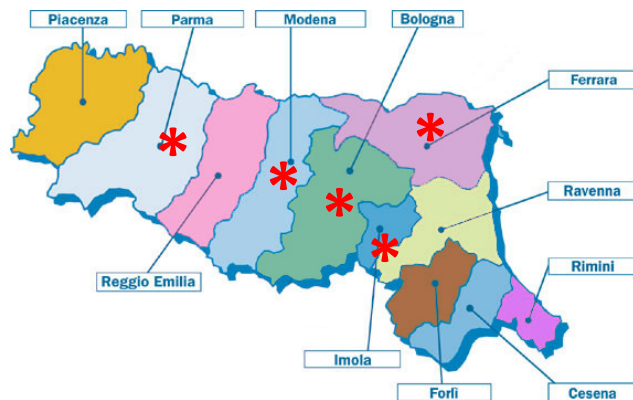


Il progetto

Rilevazione di indicatori condivisi

Studio di prevalenza su infezioni e antibiotici

Analisi degli archivi regionali di dati correnti



Il progetto

Analisi degli archivi regionali di dati correnti

FAR

- ✓ Ospiti di strutture accreditate - posti letto convenzionati;
- ✓ Caratteristiche di ospiti e strutture

SDO

- ✓ Ricoveri totali
- ✓ Ricoveri evitabili

AFO, FED, AFT

- ✓ Utilizzo di farmaci globale e per classi ATC



Area Infezioni correlate all'assistenza



Perché infezioni ed uso di antibiotici
nelle strutture residenziali per anziani
rappresentano un problema rilevante di
sanità pubblica?



L'Anziano

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

L'Anziano Istituzionalizzato

- Cross infezioni
- **Pressione antibiotica**



Trasferimenti ad altre strutture assistenziali

- Cross infezioni
- **Microrganismi Antibiotico RESISTENTI**

Il contesto di cura

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



Come risultato, le dimensioni del problema infezioni nelle nursing homes sono significative

Agenzia sanitaria



Area Rischio infettivo

- **Incidenza:** 3-7/ 1000 giornate di residenza
 - **Prevalenza:** 6-10/ 100 residenti
 - **26-50% dei trasferimenti** in ospedale da strutture residenziali sono dovute a infezioni
- Infezioni del tratto urinario
 - Infezioni delle basse vie respiratorie
 - Infezioni della cute e del sottocutaneo
 - Gastrointestinali
 - Sepsi

Source: Nicolle LE, Em Inf Dis 2001. Emori University. An agenda for research,2001



Healthcare Associated Infections
in European Long Term Care Facilities

È uno studio di **PREVALENZA PUNTUALE** mirato a rilevare:

- **Infezioni correlate all'assistenza**
- **Uso di antibiotici e Resistenze antimicrobiche**

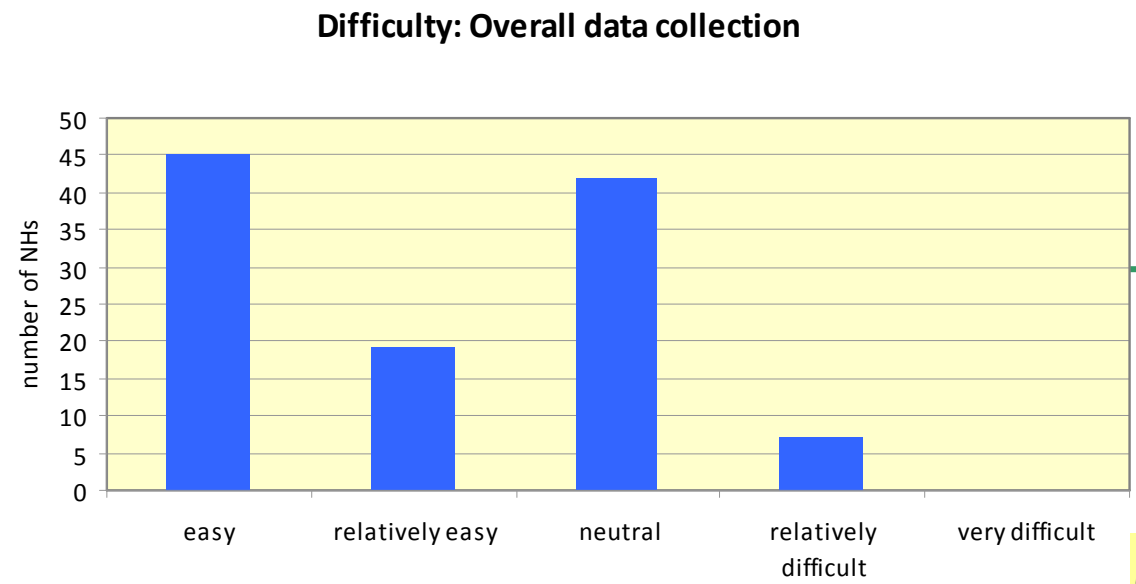


Protocollo disegnato per essere applicato nel contesto delle strutture residenziali con poco personale e senza specifica formazione sulla sorveglianza delle ICA

Una *singola giornata* di rilevazione

Nello studio pilota sono stati calcolati:

- **5 ore/100 letti (mediana) per la raccolta di TUTTI i dati**
(range :
- **Numero (medi**

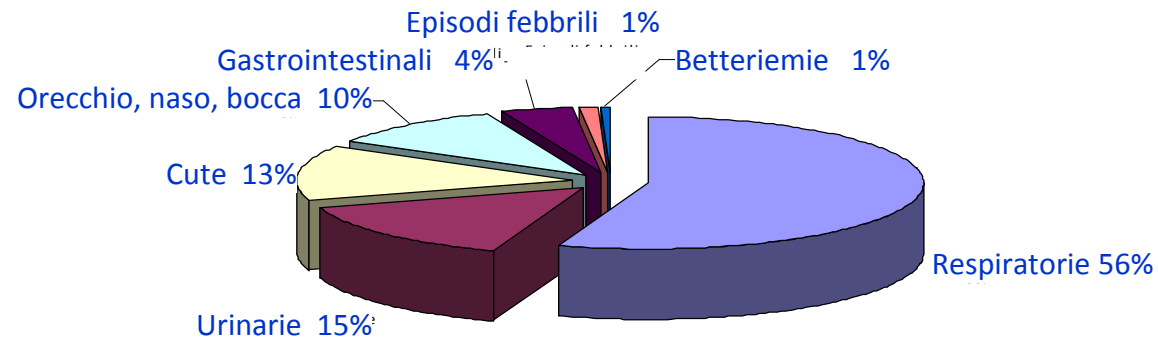




38 strutture – 2695 Ospiti

Prevalenza di Ospiti con **INFEZIONE**

6% (0-17)



Studio HALT-2010

- *Prevalenza di infezione* **6%**
- *Infezioni respiratorie, urinarie e della cute*



Infezioni prevenibili in RSA

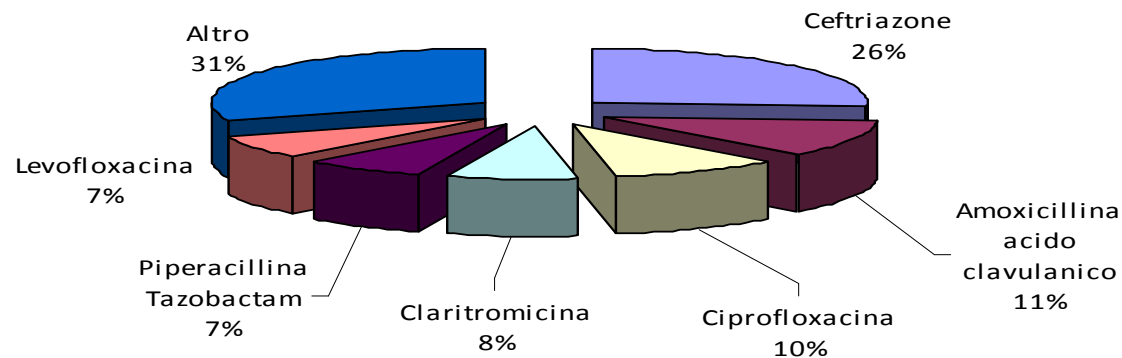
Infezioni come priorità di intervento:

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



38 strutture – 2695 Ospiti

Prevalenza di Ospiti in trattamento **ANTIBIOTICO** 5% (0-17)



Studio HALT-2010

- *Prevalenza d'uso di antibiotici* 5%
- *Ceftriazone, amoxi-clav., levofloxacina/ciprofloxacina*

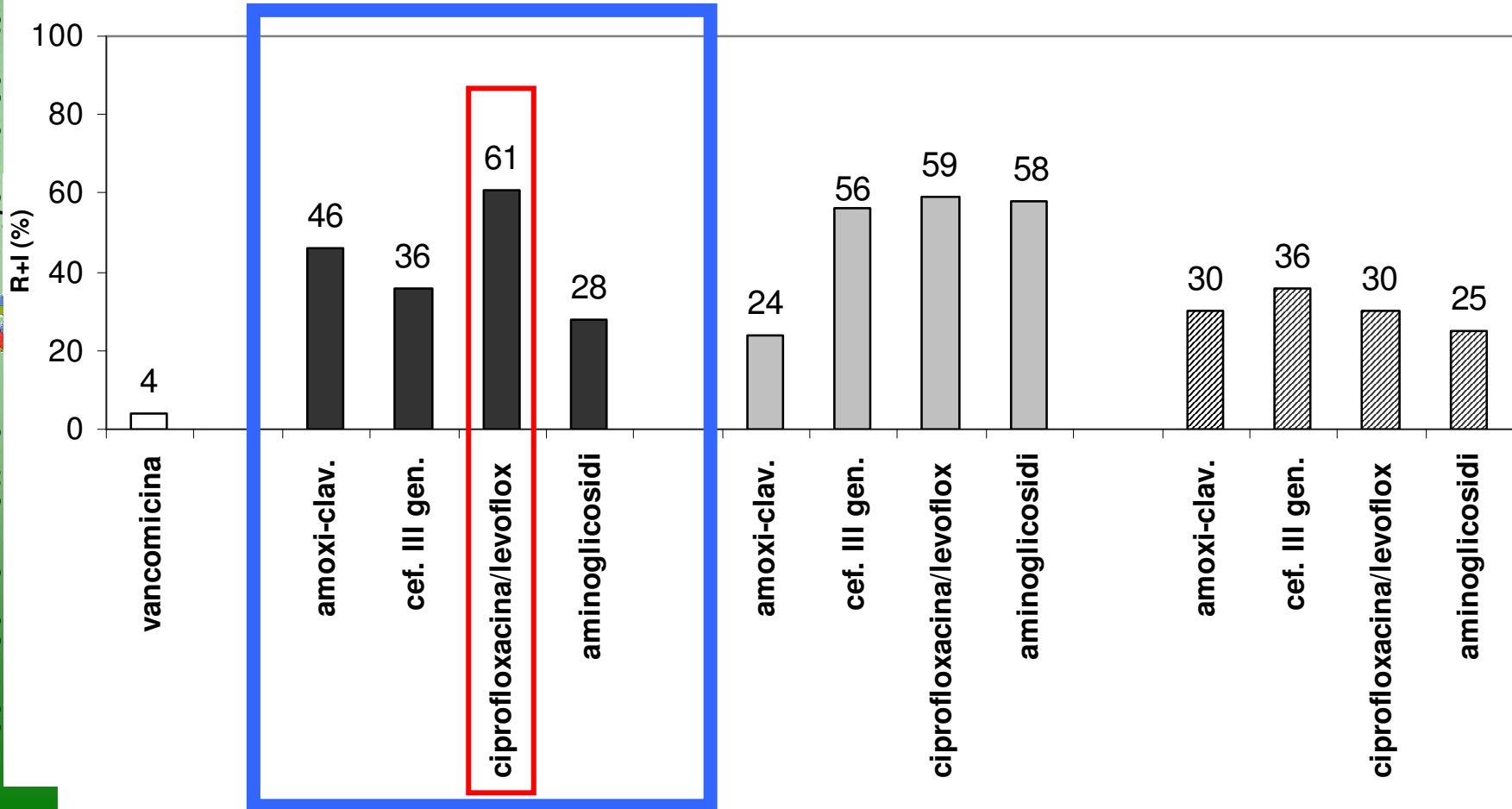
- *Infezioni respiratorie ed urinarie*

Consumo di Antibiotici in RSA

Urinocolture

E. faecalis *E. coli* *P. mirabilis* *K. pneumoniae*

Lungodegenti extraosp.





Why is it a challenge?

Prevalence of colonization with MRSA in LTCFs

Country	Study Year	Swab sites	% MRSA
Germany	1999-2000	Nares, skin defects	1.1 (0.75-1.47)
Germany	2000-2001	Nares, throat, wounds	3.0 (2.1-4.2)
Northern Ireland	2005-2006	Nares, urine, wounds, inv.devices	23.8 (18.8-27.7)
Belgium	2005	Nares, throat, wounds, urine in cath.	19.5 (16.4-21.5)
UK	2005	Nares	22.0 (18-27)
Italy	2006	Nares	7.8 (5.7-10.4)

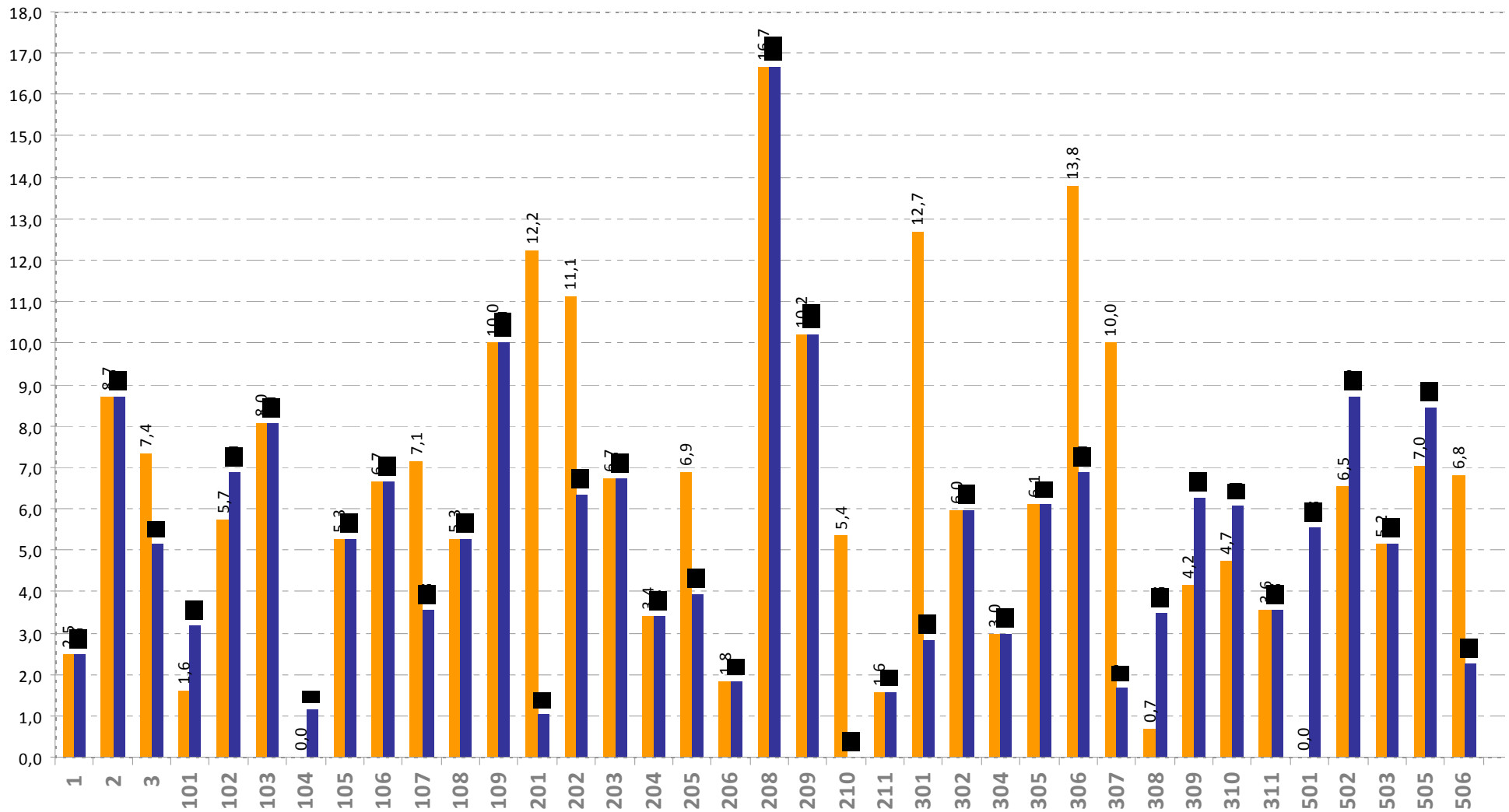
Distribuzione tra le strutture del campione



Prevalenza Infezione



Prevalenza Antibiotici





Lesioni da
Pressione

Cadute

Contenzione
fisica

Bagni di pulizia

Incontinenza
Urinaria

The Gerontologist
Vol. 50, No. 4, 426-442
doi:10.1093/geront/gnq052

© The Author 2010. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.
All rights reserved. For permission to reproduce, please e-mail: journals.permissions@oxfordjournals.org.

What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?

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

¹Department of Health Policy & Management, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Pennsylvania.

Nursing Home
Compare

Advancing Excellence
Campaign

Facility Quality Indicator
Profile Report



Rilevazione di indicatori condivisi – Il set

Area di interesse	Indicatori
Ulcere da pressione	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	Tasso ospiti caduti Tasso ospiti caduti con conseguenze
Incontinenza urinaria	Tasso ospiti con catetere a permanenza
Contenzione	Tasso ospiti con contenzione fisica (comprese spondine) Tasso ospiti con contenzione fisica (escluse spondine)
Bagni di pulizia	N° medio bagni di pulizia mensili



Rilevazione di indicatori condivisi – L'armonizzazione

<i>BOLOGNA</i>	<i>MODENA</i>	<i>IMOLA</i>	<i>FERRARA</i>
<i>N° ospiti che hanno sviluppato LDP in struttura/ tot. ospiti presenti nell'anno</i>	<i>N° ospiti con LDP nuova insorgenza/ tot.ospiti per servizio di provenienza</i>	<i>Numero LDP sviluppate in struttura con distinzione per stadi</i>	<i>N° lesioni insorte durante gli ultimi 6 mesi in struttura/ Tot,. LDP presenti nell'ultimo trimestre in struttura</i>
Indicatori	Numeratore	Denominatore	Formula
Tasso ospiti che hanno sviluppato LDP in struttura	<i>N° ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP dal 2° grado in su in struttura</i>	<i>Tot. ospiti presenti periodo</i>	<i>N° ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP dal 2° grado in su in struttura / tot. ospiti presenti nel periodo (x 100)</i>
	<i>N° ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP dal 2° grado in su in struttura</i>	<i>Tot.giornate di degenza nel periodo</i>	<i>N° ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP dal 2° grado in su in struttura / tot. giornate di degenza nel periodo (x 1000)</i>



Rilevazione di indicatori condivisi – Le modalità di trasmissione

AUSL	Modalità trasmissione dati	Tempistica trasmissione dati	Osservazioni
PARMA	Raccolta dati in ogni struttura e invio via mail al referente aziendale del progetto	Mensile	Prima esperienza di raccolta dati così estesa
IMOLA	Invio a livello centralizzato presso AUSL Imola	Trimestrale (gennaio/marzo – aprile/giugno – luglio/settembre)	Necessità di estrazioni dati ad hoc
BOLOGNA	Invio sul software aziendale GARSIA (Gestione Accesso Rete dei Servizi socio -sanitari Integrati Automatizzata)	Trimestrale (gennaio/marzo – aprile/giugno – luglio/settembre)	Necessità di estrazioni dati ad hoc - Programma aziendale consolidato di raccolta indicatori qualità
MODENA	Invio sul software aziendale ABC (Albero di Cuori) – Integrazioni da cartaceo	Trimestrale (gennaio/marzo – aprile/giugno – luglio/settembre)	Sistema informativo recente ancora in fase di rodaggio – Sistema con campi facoltativi - Rallentamenti nell'invio dati a causa del sisma
FERRARA	Raccolta dati in ogni struttura e invio via mail al referente aziendale del progetto	Mensile	

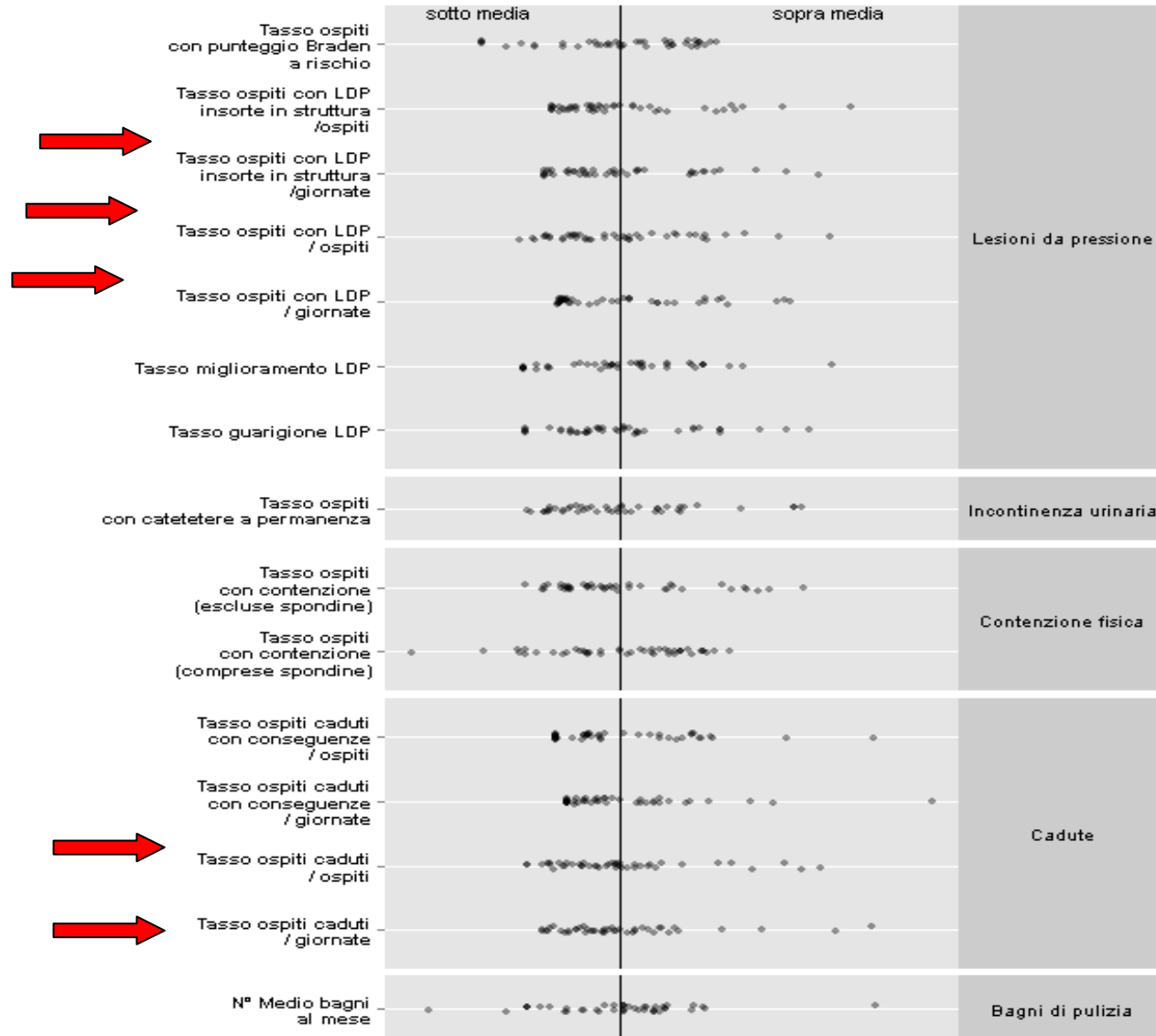


Rilevazione di indicatori condivisi – I risultati

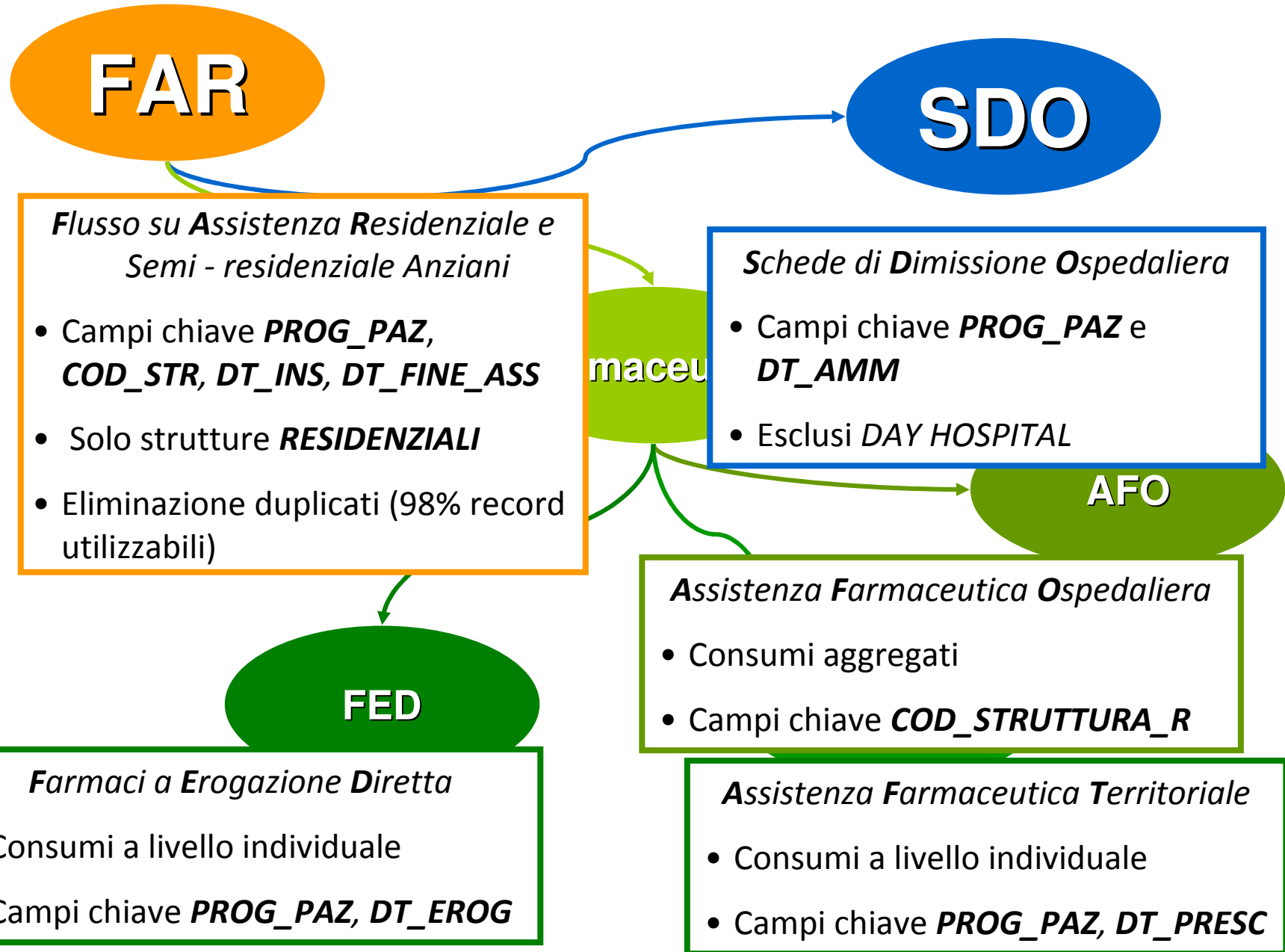
Indicatore	Totale strutture partecipanti	CV ^s	Minimo	Massimo
Lesioni da pressione				
Ospiti con punteggio Braden a rischio/100 ospiti	56,4	50,5	0	95,3
Ospiti con LDP/100 ospiti	16,7	64,2	1,1	48,9
Ospiti con LDP /1000 giornate	1,1	108,0	0,01	4,1
Ospiti con LDP insorte in struttura/100 ospiti	8,3	102,6	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 incontinenti	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 ospiti	78,2	18,1	35,9	100
Cadute				
Ospiti caduti/1000 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 – I risultati



Banche dati



Banche dati - PROBLEMI



Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

AFO

- Consumi aggregati dell'intera struttura (compresi posti letto non accreditati)
- Strutture "doppio codice"

- Modalità di acquisto e tipologia di farmaci a seconda dei contratti di servizio tra struttura/azienda
- Es. farmaci esclusi: lassativi, vitamine, integratori minerali...



Scheda di Dimissione Ospedaliera

Cost driver for Dually Eligible Beneficiaries: Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled nursing facility, and Home and Community-Based Services Waiver Programs

Esempi patologie associate a **Ricoveri evitabili (ICD-9)**:

263.9 MALNUTRIZIONE PROTEICO-CALORICA NON SPECIFICATA

280.0 ANEMIA DA CARENZA DI FERRO SECONDARIA A PERDITA EMATICA (CRONICA)

494.0 BRONCHIECTASIE SENZA RIACUTIZZAZIONE

707.00 ULCERAZIONE DA DECUBITO, SITO NON SPECIFICATO

905.4 POSTUMI DI FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI

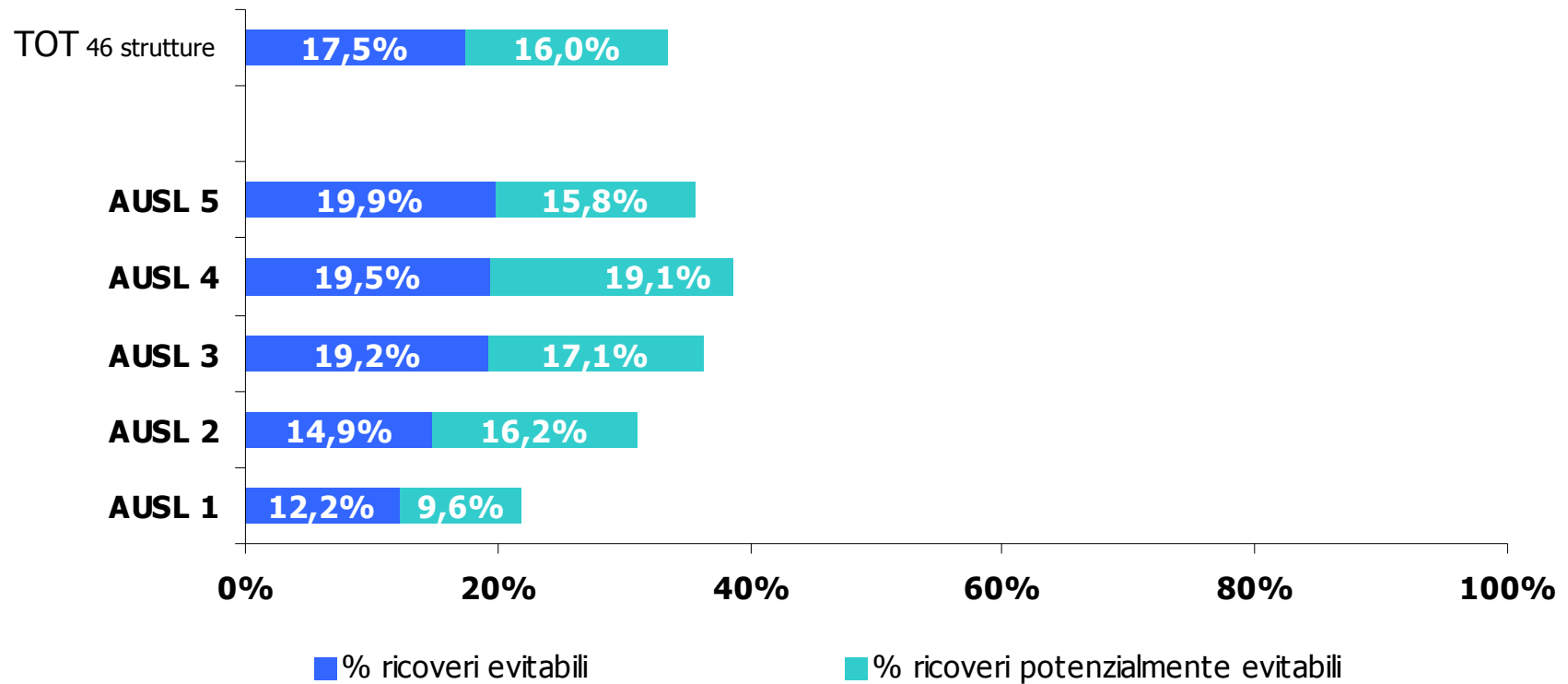
Esempio di patologie associate a **Ricoveri potenzialmente evitabili (ICD-9)**:

481 POLMONITE PNEUMOCOCCICA (POLMONITE DA STREPTOCOCCO PNEUMONIAE)

➤	% ricoveri evitabili	17,5
➤	% ricoveri potenzialmente evitabili	16,0



Scheda di Dimissione Ospedaliera



Flusso SDO - anno 2011



Confronto con REPORT

Table 20
Hospitalizations of dually eligible beneficiaries from nursing facility, skilled nursing facility and HCBS waiver programs, 2005

Category	All hospitalizations	Potentially avoidable hospitalizations	Potentially avoidable as a percentage of hospitalizations and costs	CAMPIONE
U.S. totals	958,837	382,846	38.8%	33,5%
U.S. total Medicare and Medicaid costs	\$9,482,019,526	\$3,126,998,895	33.0%	
Average costs per hospitalization	\$9,889	\$7,846	79.3%	

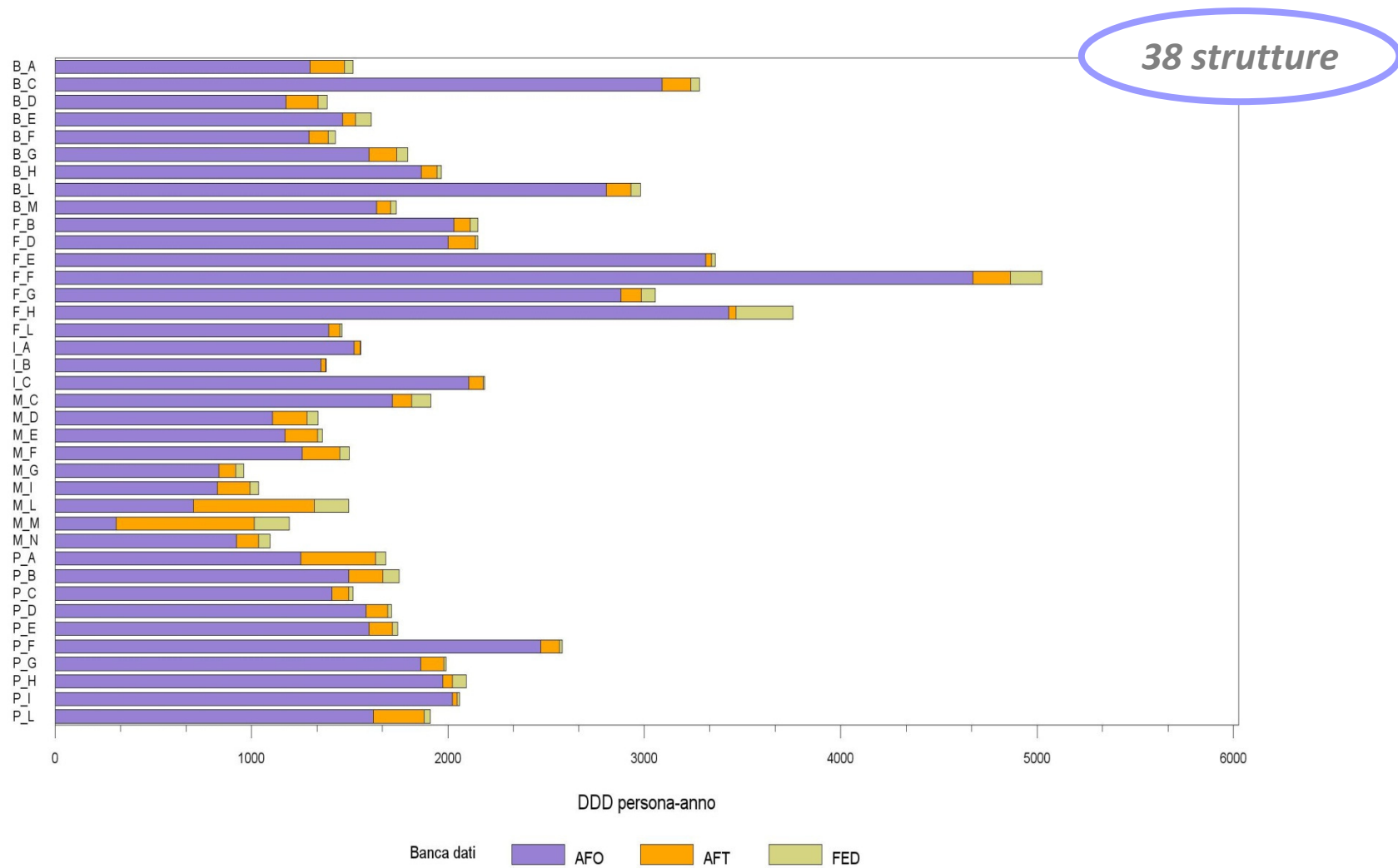
Table 21
Summary results for potentially avoidable hospitalizations for dual eligible beneficiaries receiving nursing facility, skilled nursing facility, and Medicaid home and community-based services waiver services, 2005

Category	All groups combined	Beneficiaries receiving Medicaid nursing facility services	Beneficiaries receiving Medicare skilled nursing facility services	Beneficiaries receiving Medicaid aged or disabled HCBS waiver services ^(b)
Population	1,571,920	1,087,037 ^a	560,908 ^a	373,637 ^a
Potentially avoidable hospitalization rate (per 1,000 person-years)	360	338	942	250
Tot 46 strutture	279	(min 24 max 754)		

Cost driver for Dually Eligible Beneficiaries: Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled nursing facility, and Home and Community-Based Services Waiver Programs



Consumi di Farmaci comunemente inclusi nei contratti



Flussi AFO AFT FED - anno 2011



Prime 10 categorie farmacologiche per azienda

	AUSL1	AUSL 2	AUSL 3	AUSL 4	AUSL 5
% sul totale dei farmaci	72,9%	65,0%	67,7%	69,9%	71,8%
CATEGORIA ATC (ordine di frequenza tra le prime 10 categorie per azienda)					
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	3	2	3	2	2
B01 – ANTITROMBOTICI	1	1	1	3	1
B03 - FARMACI ANTIANEMICI	10	10	.	8	3
B05 - SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	.	.	.	10	.
C01 - TERAPIA CARDIACA	5	7	9	4	9
C03 – DIURETICI	6	3	4	1	7
C08 - CALCIO-ANTAGONISTI	8	9	10	9	10
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	2	4	2	5	4
D03 - PREPARATI PER IL TRATTAMENTO DI FERITE ED ULCERAZIONI	.	.	5	.	8
D06 - ANTIBIOTICI E CHEMIOTERAPICI PER USO DERMATOLOGICO	9	8	.	.	.
N05 - PSICOLETTICI	4	6	7	6	5
N06 - PSICOANALETTICI	7	5	8	7	6
S01 - OFTALMOLOGICI	.	.	6	.	.

Flussi AFO AFT FED – anno 2011



Analisi Fattoriale & Cluster Analysis

- ✓ **Degenza media dell'ospite** (breve/lunga)
- ✓ **Tipologia di ospite** (ospite con elevato bisogno socio sanitario)
- ✓ **Tipo accoglienza** (lunga permanenza/sollievo convalescenza post-dimissione ospedaliera)
- ✓ **Motivo richiesta** (perdita di autonomia/stabilizzazione stato clinico/motivi sociali – solitudine, alloggio non idoneo...)



Risultati Analisi Fattoriale

- *Primo parametro*: Strutture caratterizzate da **Degenze brevi** e **Ospiti clinicamente difficili**
- *Secondo parametro*: Strutture caratterizzate da **Degenze di lungo periodo** e **Ospiti non autosufficienti**



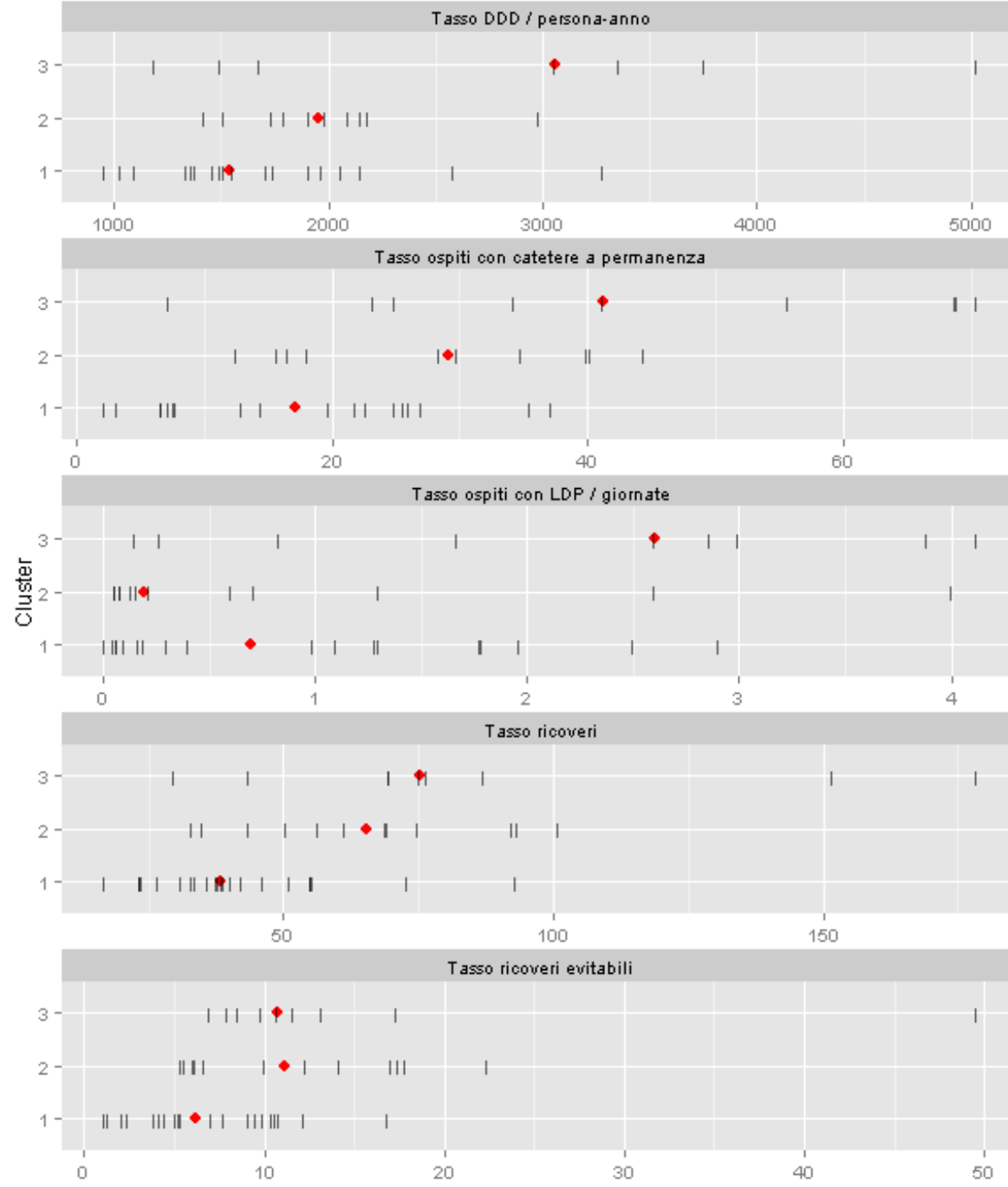
Risultati Cluster Analysis

	Cluster1 (22 strutture)	Cluster2 (12 strutture)	Cluster3 (9 strutture)
	mediana (min - max)	mediana (min - max)	mediana (min - max)
Mediana giornate di presenza	365 (197,5 - 365)	250,5 (31 - 365)	47,0 (26,0 - 72,5)
% Ospiti gruppo B	28,3 (3,6 - 56,9)	47,0 (26,3 - 77,7)	76,8 (40,4 - 100,0)
% Ospiti con accoglienza di sollievo e riabilitazione (<i>tipo accoglienza 2,3,4</i>)	3 (0,3 - 20,6)	6,9 (0,6 - 33,6)	78,3 (14,6 - 89,6)
% Ospiti con accoglienza di lunga permanenza (<i>tipo accoglienza 1</i>)	99,4 (79,4 - 100,0)	93,1 (66,4 - 99,4)	21,7 (10,4 - 85,4)
% Ospiti con motivo del ricovero "perdita autonomia" (<i>motivo ricovero 1</i>)	75,5 (52,8 - 99,7)	95,8 (66,1 - 100)	17,1 (4,0 - 47,3)
% Ospiti con motivo ricovero stabilizzazione post- acuzie (<i>motivo ricovero 2</i>)	5,0 (0,2 - 21,1)	1,7 (0,0 - 18,0)	60,0 (13,6 - 82,8)
% Ospiti con motivo ricovero sociale e familiare (<i>motivo ricovero 3,4,5,6</i>)	22,9 (2,7 - 44,5)	4,6 (0,7 - 18,3)	23,6 (0,1 - 82,3)

Flusso FAR – anno 2011 (43 strutture)

Indicatori di qualità dell'assistenza nei 3 Gruppi

			numero strutture		
	Kruskal Wallis Test	(p-value)	cluster 1	cluster 2	cluster 3
Tasso ospiti con LDP per giornate	6,3001	0,0429	18	12	9
Tasso ospiti con LDP insorte in struttura per giornate	0,4828	0,7855	18	12	9
Tasso guarigione LDP	0,9954	0,6079	17	12	9
Tasso miglioramento LDP	2,6381	0,2674	17	12	9
Tasso ospiti con catetere a permanenza per giornate	10,3292	0,0057	18	10	9
Numero medio bagni al mese	1,4361	0,4877	18	12	8
Tasso ospiti con punteggio Braden a rischio	0,134	0,9352	17	12	9
Tasso ospiti con contenzione (escluse spondine)	1,2767	0,5282	18	12	9
Tasso ospiti con contenzione (comprese spondine)	1,8366	0,3992	19	12	9
Tasso DDD/persona-anno	5,0536	0,0799	18	10	7
Tasso ricoveri	13,4522	0,0012	22	12	9
Tasso ricoveri evitabili	10,8625	0,0044	22	12	9





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



Conclusioni

Il confronto delle strutture partecipanti allo studio con i dati rilevati dalle banche dati regionali ha permesso la differenziazione in **3 gruppi principali (clusters)** :

Cluster 1: ospiti lungodegenti, ricoverati per perdita di autonomia e con profili assistenziali di complessità medio-bassa

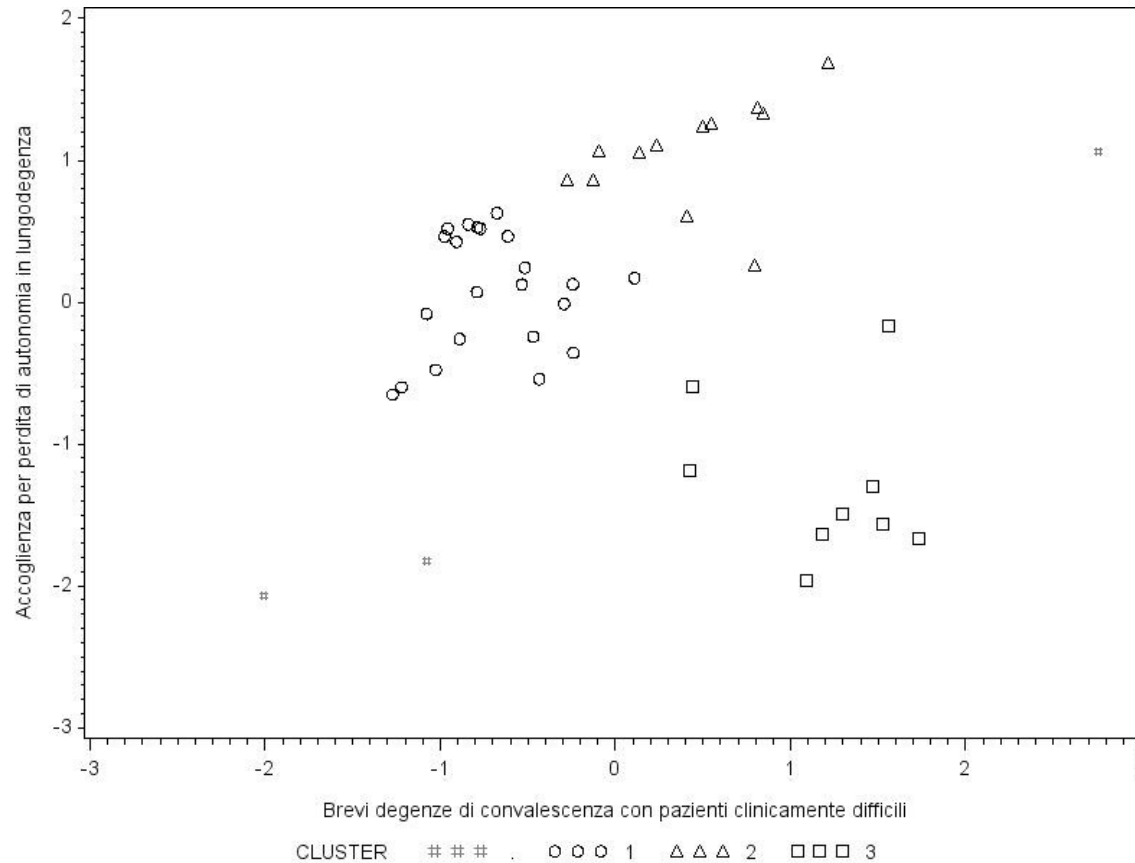
Cluster 2: ospiti con profilo assistenziale di complessità medio-alta, non autosufficienti e ricoverati in lunga permanenza

Cluster 3 : pazienti clinicamente più gravi con necessità di stabilizzazione post-acuzie



Conclusioni

Rappresentazione grafica dei tre *clusters* di strutture

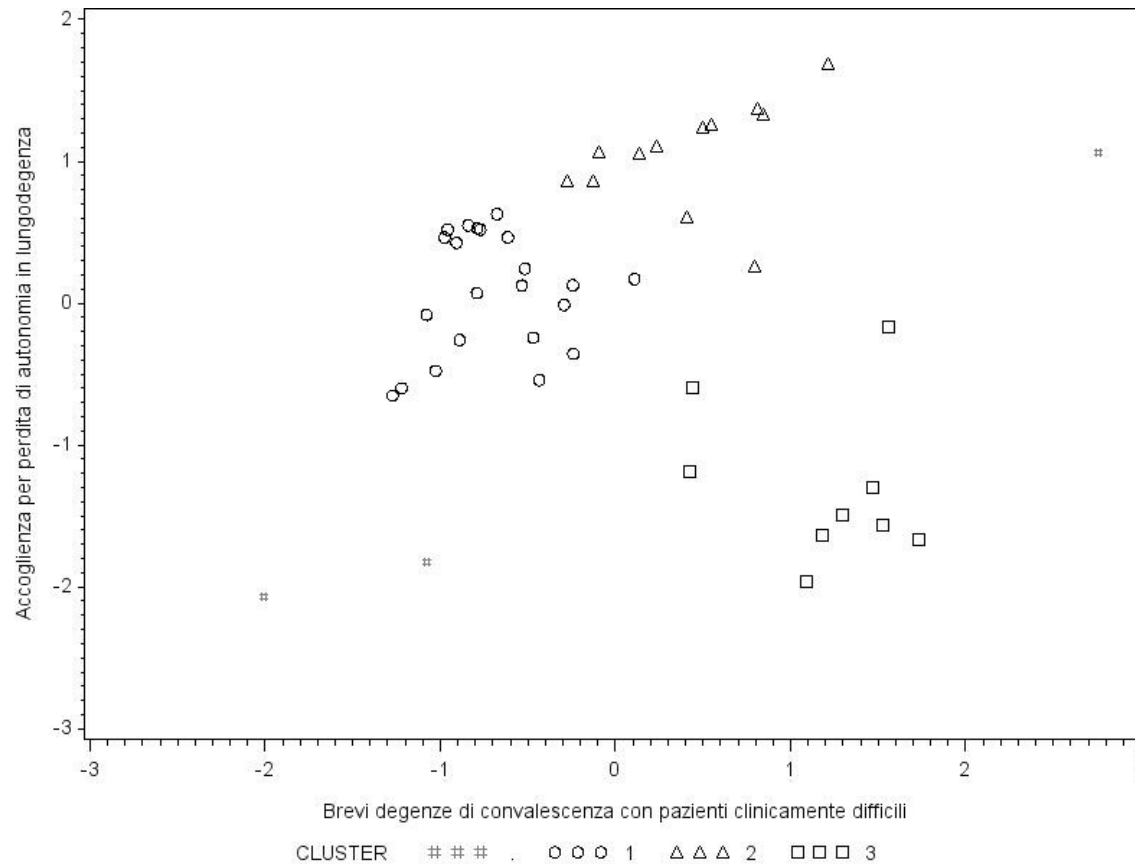


Cluster 1 : valori negativi del parametro *breve degenza di convalescenza con pz clinicamente difficili* e vicino al valore «0» del parametro *accoglienza per perdita di autonomia*; comprende 22 strutture con **residenti lungodegenti, non autosufficienti, clinicamente non complessi**



Conclusioni

Rappresentazione grafica dei tre *clusters* di strutture

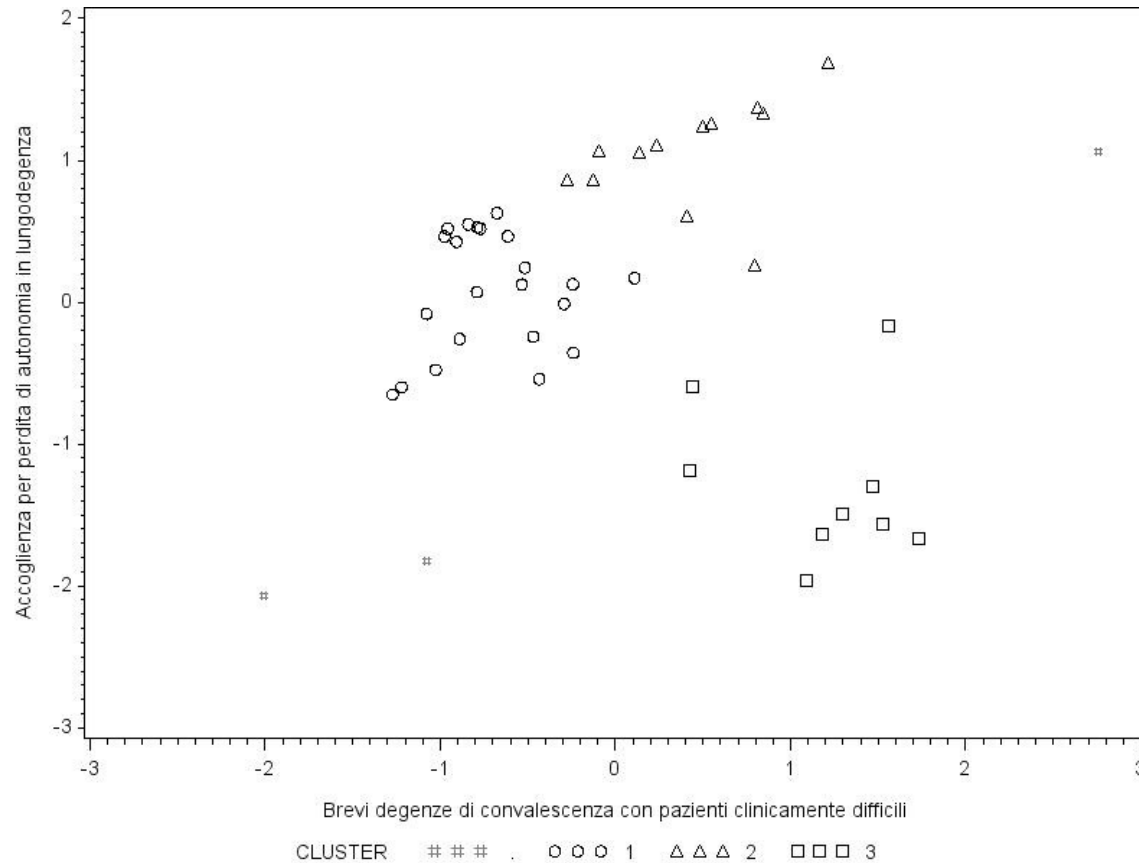


Cluster 2 : valori positivi o prossimi al valore «0» per entrambi i parametri mostrandosi quindi come costituito da un insieme di **strutture eterogenee** (12 strutture) che accolgono sia **ospiti con perdita di autonomia in lungodegenza che ospiti clinicamente complessi**



Conclusioni

Rappresentazione grafica dei tre *clusters* di strutture



Cluster 3 : valori elevati del primo parametro e negativi del secondo; il cluster è composto da 9 strutture che accolgono *pazienti clinicamente gravi in post-acuzie* e che resteranno *per brevi periodi nella struttura*



Conclusioni

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.



Dimostrazione che la variabilità è dovuta a **pazienti clinicamente complessi**



Quale tipologia di anziano in struttura ?

- **IERI**: persone con problemi assistenziali e sociali a basso “impegno” sanitario
- **OGGI**: i “veri” pazienti geriatrici ad *alta complessità socio-sanitaria*, comorbidità, demenza, fasi terminali di malattie (neoplasie e malattie croniche in fase avanzata), disabilità elevata



*Per Per concessione di “RETE”
Reggio Emilia*



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