

Mattoni 12
“Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”

**Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Coordinatore Scientifico
Enrico Brizioli
Regione Marche

Coordinamento Mattone 12

Regione Marche

Capofila

Provincia Aut. Bolzano

Partner

Regione Friuli VG

Regione Lombardia

Regione Emilia Romagna

Regione Umbria

Regione Basilicata

Invitate permanenti

Regione Veneto

Regione Liguria

+

**COMITATO
SCIENTIFICO**

Comitato Scientifico Mattone 12

Enrico Brizioli

Coordinatore

Roberto Bernabei

Franco Di Stanislao

Marco Trabucchi

Invitati

Carlo Saitto

Luigi Tesio

Matilde Leonardi

Obiettivo del progetto

...”L’**obiettivo** del Mattone “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” è la costruzione di un

flusso informativo nazionale,

che impone la definizione di un

sistema di classificazione omogeneo

...”L’**ambito di riferimento** del progetto sono le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a favore di;

soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio:

- **Anziani**
- **Disabili fisici, psichici e sensoriali**
- **Pazienti psichiatrici**

Obiettivo del progetto

...”In ragione delle strette connessioni e parziali sovrapposizioni tra prestazioni residenziali di riabilitazione e le prestazioni ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione, al Mattone 12 viene affidato anche il **mandato** di predisporre, in **collaborazione con il Mattone 3** (DRG), una revisione del flusso informativo per le prestazioni di

Lungodegenza e Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera.

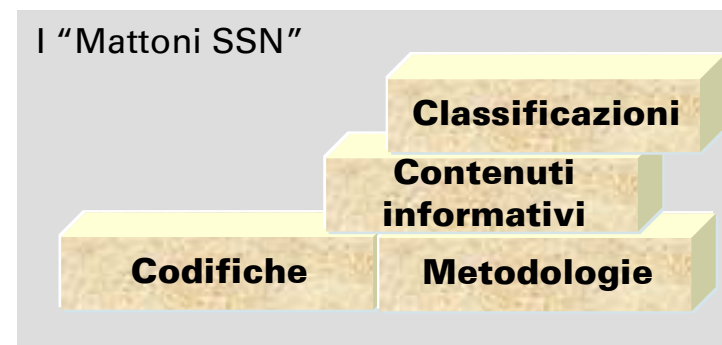
Obiettivo del progetto

Are di indagine:

- Assistenza Residenziale a Soggetti Anziani non assistibili a domicilio
- Assistenza Residenziale a Disabili Fisici, Psicici e Sensoriali
- Assistenza Residenziale a Pazienti Psichiatrici Lungodegenti

Are di Integrazione:

- Lungodegenza Post Acuzie : Ospedaliera e/o Residenziale
- Riabilitazione : Ospedaliera e/o Residenziale



Situazione di Fatto:

In Italia stimiamo oggi l'esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN. Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali:

E non esiste un modello univoco di classificazione

delle strutture

delle prestazioni

dei pazienti

Situazione di fatto

Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.

Le prestazioni residenziali si sovrappongono e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione.

L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

Non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti.

Situazione di fatto

La mancanza di dati impedisce la verifica dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA erogati per questa tipologia di prestazioni.

Cosa tanto più grave se si tiene conto che, in assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali in Italia sono caratterizzate da una **sostanziale casualità dell'assistenza !**

Ratio del progetto

NEEDS



low

medium

high

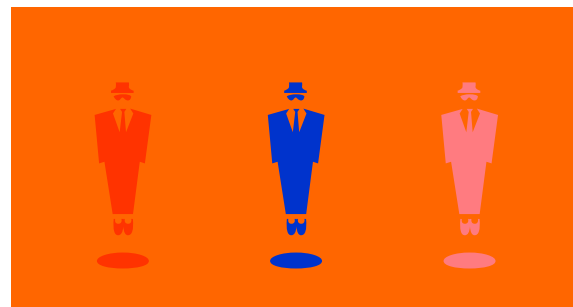
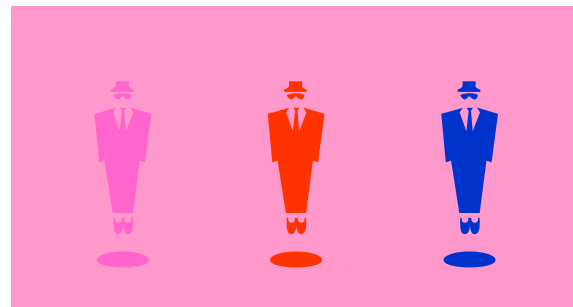
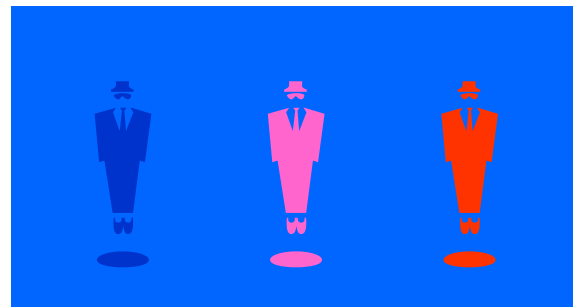
CARE



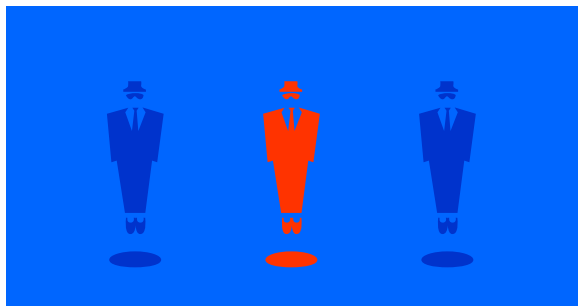
Ratio del progetto: La situazione attuale

Ottimale

Reale

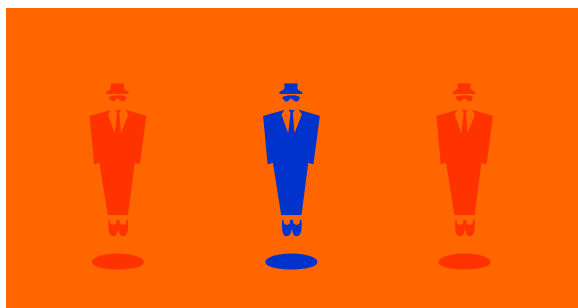


Ratio del progetto: La situazione attuale – Criticità



Effetto Tetto:

Un soggetto con elevati bisogni inserito in un "sistema a bassa offerta" tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri ospiti, ma inferiore a quella che assorbirebbe in un sistema con idonea organizzazione



Effetto Pavimento:

Un soggetto con modesti bisogni inserito in un "sistema ad alta offerta" riceve una quota di assistenza, legata alla organizzazione del lavoro (minuti specifici) o a protocolli (minuti specifici), superiore a quella che assorbirebbe se inserito in un sistema a bassa offerta

Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare ove possibile

strumenti di misura

in grado di rilevare il

case-mix assistenziale

espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale

Mattone 12 - ANZIANI

Sistemi di Analisi del Case-Mix in RSA

RUG III (Resource Utilization Groups)	USA e Canada (e Italia)
FRED (Functionally Ranked Explanatory Designations)	California anni'80
CMAR (Case Mix Assessment Reimbursement System)	UK
RCS (Resident Classification Scale)	Australia
ARCS (Alberta Residents Classification System)	Alberta anni '90
AGGIR (Autonomie Gerontologique Groupes Iso-Resources)	Francia e ITA Liguria
SOSIA (Sistema Case-mix Lombardo)	ITA Lombardia
SVAMA (Sistema VMD + casemix)	ITA Veneto

- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, et al. **Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy.** Aging Clin Exp Res. 15(3):243-53
- Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. **Residenze Sanitarie per Anziani.** Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
- Brizioli E, Ferrucci L, Bernabei R, et al. **Criticità e prospettive per il trasferimento dei "RUGs" alle Regioni.** Bollettino delle Ricerche del Ministero della Sanità 1:45-55, 2001.

Tra le diverse opzioni è necessario adottare uno strumento di Case-mix che:

- ▶ **Consenta di valutare l'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti nella struttura**
- ▶ **Sia scientificamente validato**
- ▶ **Permetta di differenziare le tariffe in rapporto all'effettivo carico assistenziale**
- ▶ **Consenta la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati**
- ▶ **Sia effettivamente integrato con uno strumento di VMD, essenziale per la programmazione dell'assistenza**

Un buono strumento di Case-mix permette:

- ▶ **Di costruire modelli “isorisorse” di assistenza**
- ▶ **Di valutare il “peso assistenziale” del singolo caso**
- ▶ **Di valutare il casemix ed il carico assistenziale della struttura**
- ▶ **Di individuare standard e sistemi di verifica della qualità**
- ▶ **Di valutare la variabilità nel tempo dei bisogni e gli Outcome delle cure**
- ▶ **Di trasformare il Casemix in criteri di rimborso delle prestazioni.**
- ▶ **Di trasferire l’analisi dalla prestazione al paziente ed ai risultati delle cure.**

La scelta degli strumenti

L'adozione su base nazionale di un unico strumento di analisi del Case-mix consentirebbe l'immediata alimentazione del data-base NSIS e permetterebbe di definire standard univoci.

Il modello di di classificazione delle prestazioni potrebbe essere integrato in un sistema unitario di classificazione isorisorse (sul modello dei DRG).

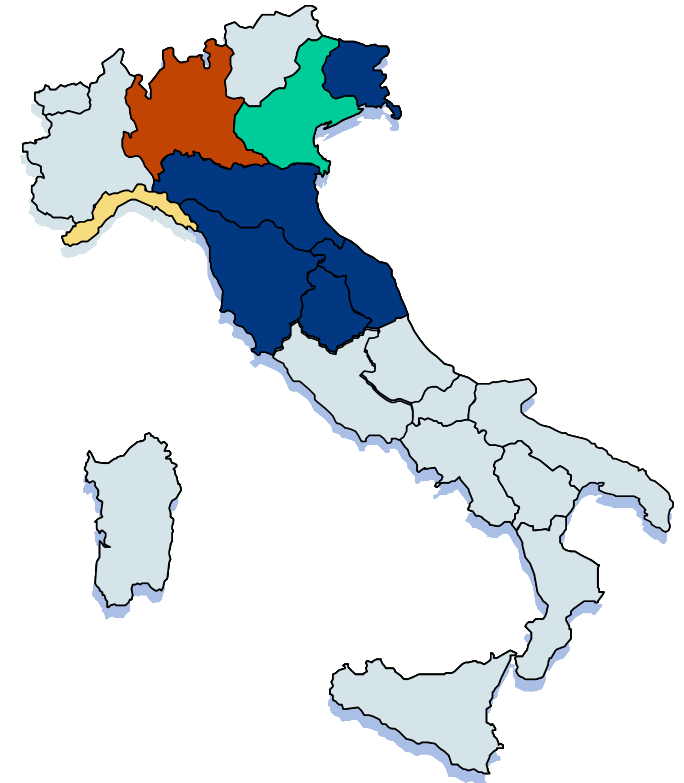
Tuttavia

Le precedenti esperienze avviate dalle Regioni e la sostanziale indisponibilità reciproca a vanificare il percorso avviato, hanno imposta la convivenza dei diversi strumenti...

❖ 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**



La VMD

La Valutazione Multidimensionale è una metodica che consente di standardizzare la Valutazione dei soggetti anziani e disabili integrando necessità assistenziali di tipo Socio-Sanitario, rilevando le criticità del caso e costruendo un piano coerente di trattamento.

Sono disponibili diversi strumenti, il più noto dei quali è il **RAI (Resident Assessment Instrument) obbligatorio in USA - nel sistema Medicare - ed in Canada.**

Una variante del RAI è stata sviluppata dal ISS (VALGRAF**) ed è oggi utilizzata in Friuli Venezia Giulia.**

Un altro sistema con caratteristiche simili è stato sviluppato dalla Regione Veneto (SVAMA**)**

Dalla VMD al CASEMIX

Di norma una scheda di Valutazione Multi-Dimensionale produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente, fornendole informazione necessarie per alimentare i sistemi di "pesatura".

Dal Data-Base della VMD si può quindi costruire lo strumento di analisi del "case-mix".

Il RAI ed il VALGRAF consentono di produrre il RUG. Lo SVAMA ha un proprio sistema di pesatura.

Il SOSIA (Lombardia) può essere considerato uno strumento di analisi del case-mix, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una VMD.

Effetti della pluralità degli strumenti

La necessità di adottare diversi strumenti di analisi del Case-mix ci impedisce di utilizzare un unico modello VMD-Casemix.

Ma soprattutto ci impedisce di prescindere dalla “tipologia di prestazione”.

Infatti essendo i diversi strumenti non sovrapponibili, non è possibile definire la prestazione a partire dai bisogni, ma è necessario riprodurre continuamente il modello “bisogni-tipologia di assistenza” per rendere confrontabili gli strumenti e quindi i dati.

E' inoltre necessario accontentarsi di un Flusso Informativo Nazionale costruito su un data-base comune limitato.

Dal CASEMIX alla Prestazione

Per “prestazione residenziale” non si intende il singolo atto assistenziale, ma più in generale

“classi di prestazioni residenziali”,

intese come

complesso organico di prestazioni erogate a categorie omogenee di utenti all'interno di adeguati moduli organizzativo-professionali.

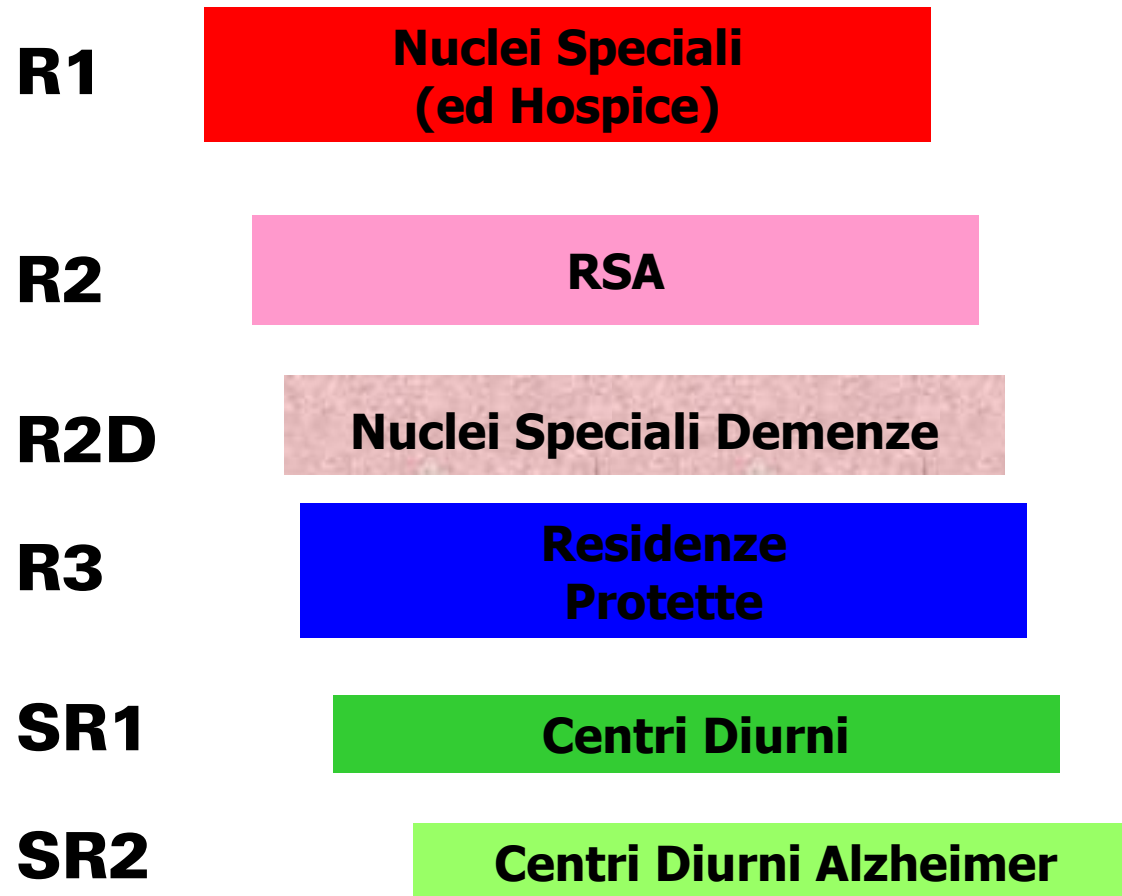
Dal CASEMIX alla Prestazione

Il “**complesso organico di prestazioni**” che costituiscono la prestazione residenziale possono essere ben definite dal “**Modulo Organizzativo**” attivato presso la struttura.

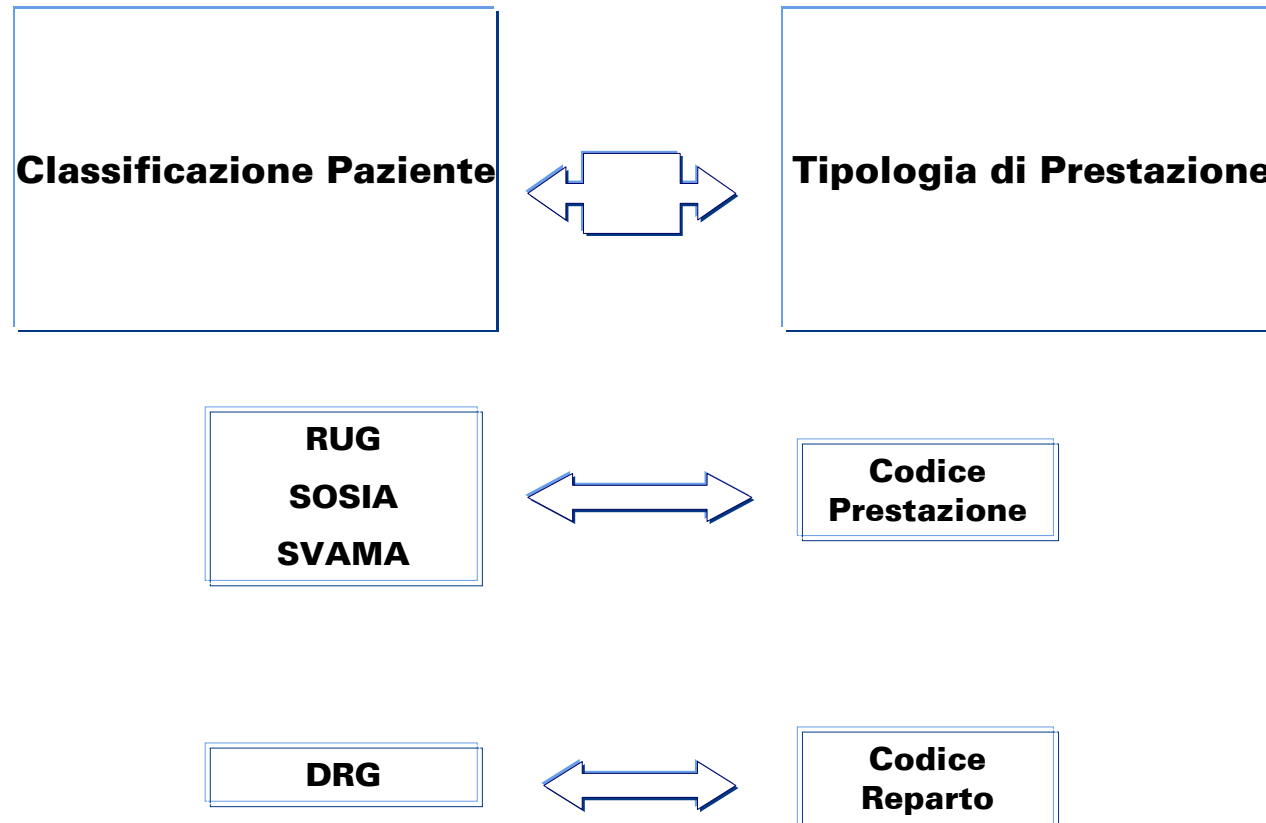
Ogni struttura può essere accreditata per più moduli organizzativi:

- Stati Vegetativi
- Residenza ad alta integrazione Sanitaria
- Nuclei Demenze
- Residenza Protetta
-

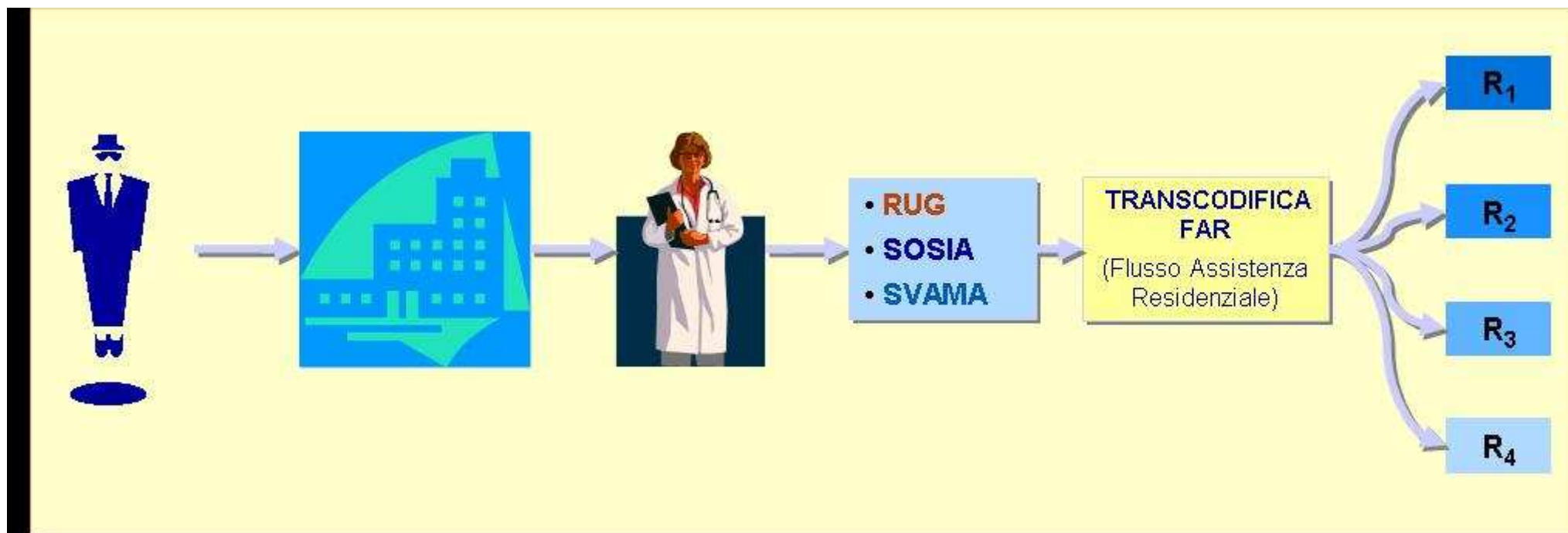
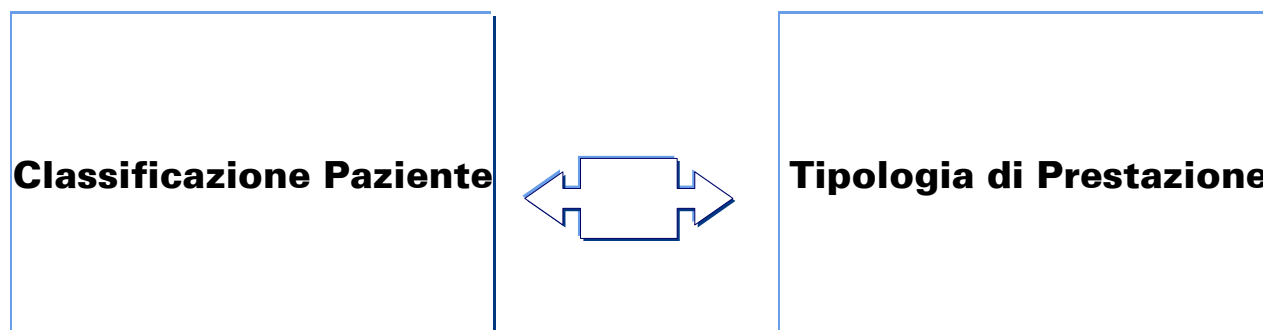
Classificazione delle Moduli Residenziali



Incroccio Paziente / Prestazione



Incroccio Paziente / Prestazione



Debito Informativo Residenziale

A Livello di Struttura

Scheda VMD

A Livello Regionale

**Scheda RUG
SOSIA
SVAMA**

**A Livello di Nazionale
(NSIS)**

Dati FAR

Flusso Informativo NSIS Residenziale

Dai dati raccolti con i singoli strumenti di classificazione si alimenta in via automatica una scheda di rilevazione nazionale – (FAR):

- **Codice e Tipologia di struttura (prestazione)**
- **Dati anagrafici**
- **Dati Paziente** su autonomia, cognitività, trattamenti speciali, comportamento, socio-economici

Flusso Informativo NSIS Residenziale

**Tutte le Regione saranno tenute ad adottare uno dei sistemi di VMD e di analisi del case-mix assistenziale che consentono l'alimentazione automatica della Scheda FAR
Quindi ad alimentare il Flusso informativo nazionale**

Flusso Informativo NSIS Residenziale

I Dati delle Regioni che utilizzano sistemi di case-mix omogenei vengono gestiti da servizio di elaborazione dati comune con seguenti obiettivi:

- statistica**
- indicatori di qualità**
- benchmark**
- revisione di sistema**

❖ Definizione del **posizionamento** del “Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali a Lungo Termine”:

- Nel rispetto delle **autonomie regionali**
- Verso la definizione di **Classi di Prestazioni** per **categorie omogenee di soggetti**

❖ **Strutturazione della Scheda di Rilevazione** del “Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali a Lungo Termine”



Scheda di rilevazione del flusso informativo nazionale per le prestazioni residenziali e semiresidenziali a lungo termine per anziani

Codice Regionale struttura Codice tipologia prestazioni

Codice ISTAT struttura Data d'Ingresso

Codice ASL Data della rilevazione

Codice Regionale Follow-up Eventi particolari dimissione

Sezione 1. ANAGRAFICA	
DATI DELL'OSPITE	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cognome	Codice individuale (cod. fiscale) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nome	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Sesso	Stato civile:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data di nascita	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> separato/a
Cittadinanza:	<input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a
<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea	Titolo di studio:
<input type="checkbox"/> Extracomunitaria	<input type="checkbox"/> senza titolo di studio <input type="checkbox"/> licenza elementare
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codice Comune di residenza	<input type="checkbox"/> scuola media /avviam. <input type="checkbox"/> scuola media superiore
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codice ASL di residenza	<input type="checkbox"/> laurea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codice Regione di residenza	

Sezione 2. AMMISSIONE/DIMISSIONE

PROVENIENZA OSPITE

Tipologia di struttura di provenienza:

abitazione struttura protetta socio-sanit. struttura sociale
 struttura ospedaliera struttura di riabilitazione struttura post-acuzia

Iniziativa della richiesta di inserimento :

propria familiare-affine soggetto civilmente obbligato
 assistente sociale medico di medicina generale medico ospedaliero

Valutazione della richiesta da parte della Unità Valutativa (UV):

SI NO

Motivazione della richiesta di inserimento:

perdita dell'autonomia (decorso degenerativo) stabilizzazione stato clinico (post-acuzie)
 insufficienza del supporto familiare insufficienza della rete socio-sanitaria domiciliare
 alloggio non idoneo solitudine altra motivazione sociale

Tariffa giornaliera applicata :

Quota_SSR € , Tariffa giornaliera complessiva applicata: € ,

Dimissione:

domicilio senza assist. domicilio con assist. Struttura ospedaliera per acuti
 altra tipologia di residenza Decesso

Sezione 3. VALUTATIVA	
ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno)	
	1 Autonomo
	2 Parzialmente dipendente
	3 Totalmente dipendente
AREA DELLA MOBILITA'	
	1 Si sposta da solo
	2 Si sposta assistito
	3 Non si sposta
AREA COGNITIVA (memoria, orientamento, attenzione)	
	1 Assente/Lieve
	2 Moderato
	3 Grave
AREA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI	
	1 Assenti/Lievi
	2 Moderati
	3 Gravi
AREA TRATTAMENTI SPECIALISTICI	
	Alimentazione parenterale
	SNG / PEG
	Tracheostomia
	Respiratorie / ventil. assistita
	Ossigenoterapia
	Dialisi
	Ulcere da decubito
	1°-2° stadio
	3°-4° stadio
AREA SOCIALE (supporto delle reti formali ed informali)	
	1 Presenza
	2 Parziale e / o temporanea
	3 assenza
AREA FINANZIARIA (capacità di copertura dell'assistenza)	
	1 Autonomo finanziariamente
	2 A carico totale o parziale dei familiari
	3 A carico totale o parziale del comune

Mattone 12 - DISABILI

Le prestazioni residenziali per disabili sono individuate in larga parte come prestazioni di **riabilitazione**

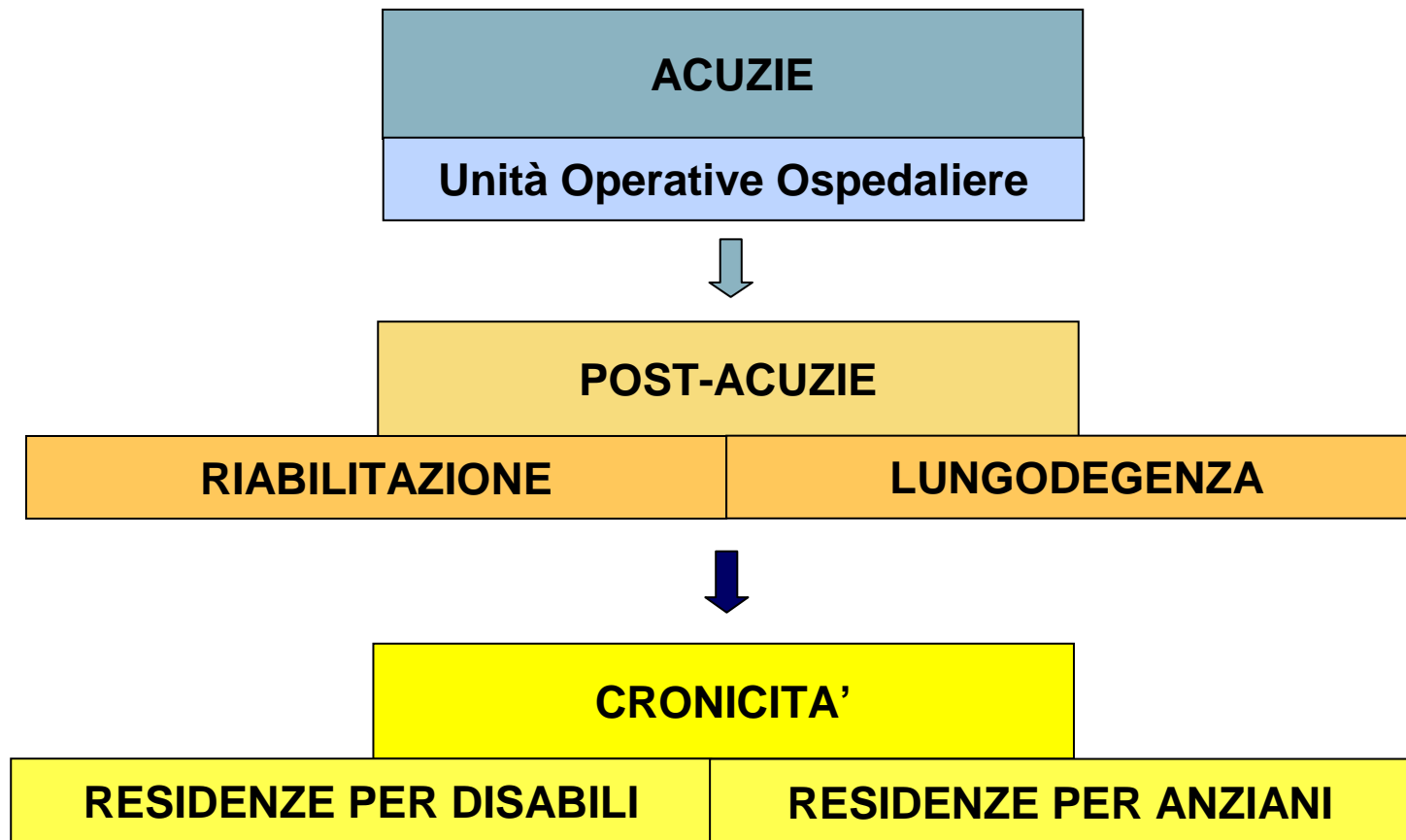
Per lo più in strutture ex art. 26 della 833/78

Le linee guida sulla riabilitazione non danno precise indicazioni "amministrative" e sono applicate in modo difforme dalle diverse regioni

L'accreditamento in "riabilitazione estensiva" e la stessa "intensiva extra-ospedaliera" vengono in molte realtà utilizzate per dar conto dei diversi e più gravi bisogni assistenziali dei pazienti, più che degli obiettivi di recupero funzionale.

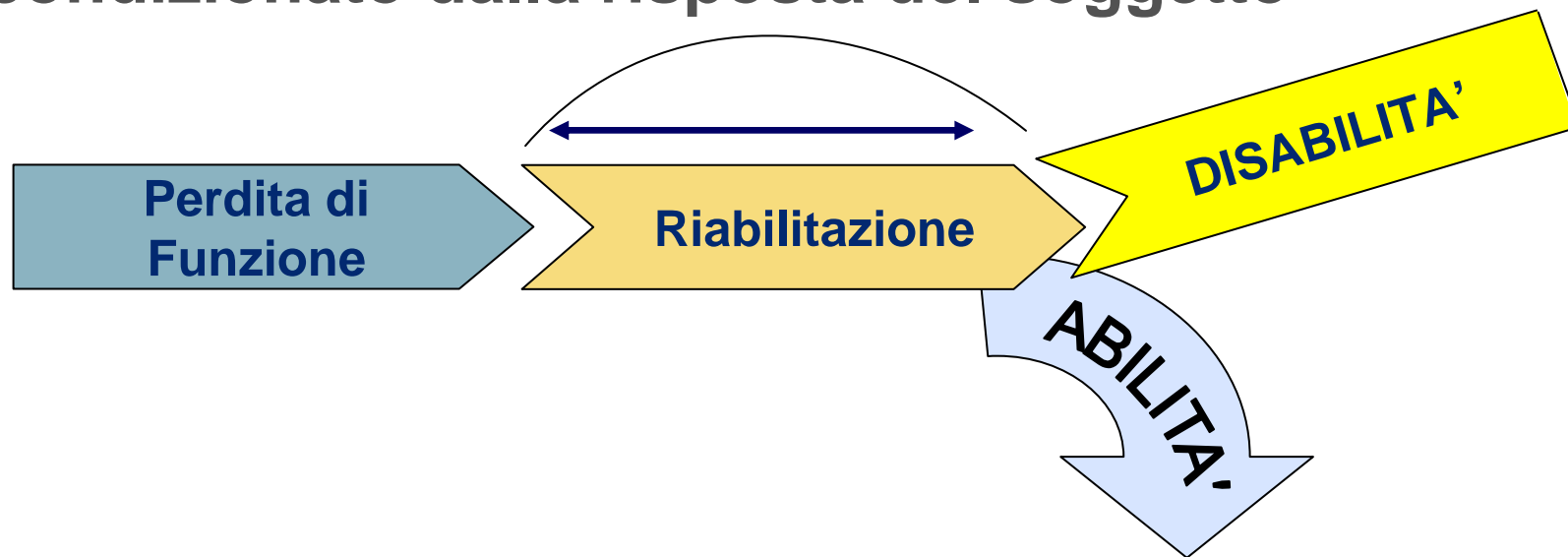
Tutto il sistema è affetto da un marcato grado di ambivalenza e da poca chiarezza classificativa.

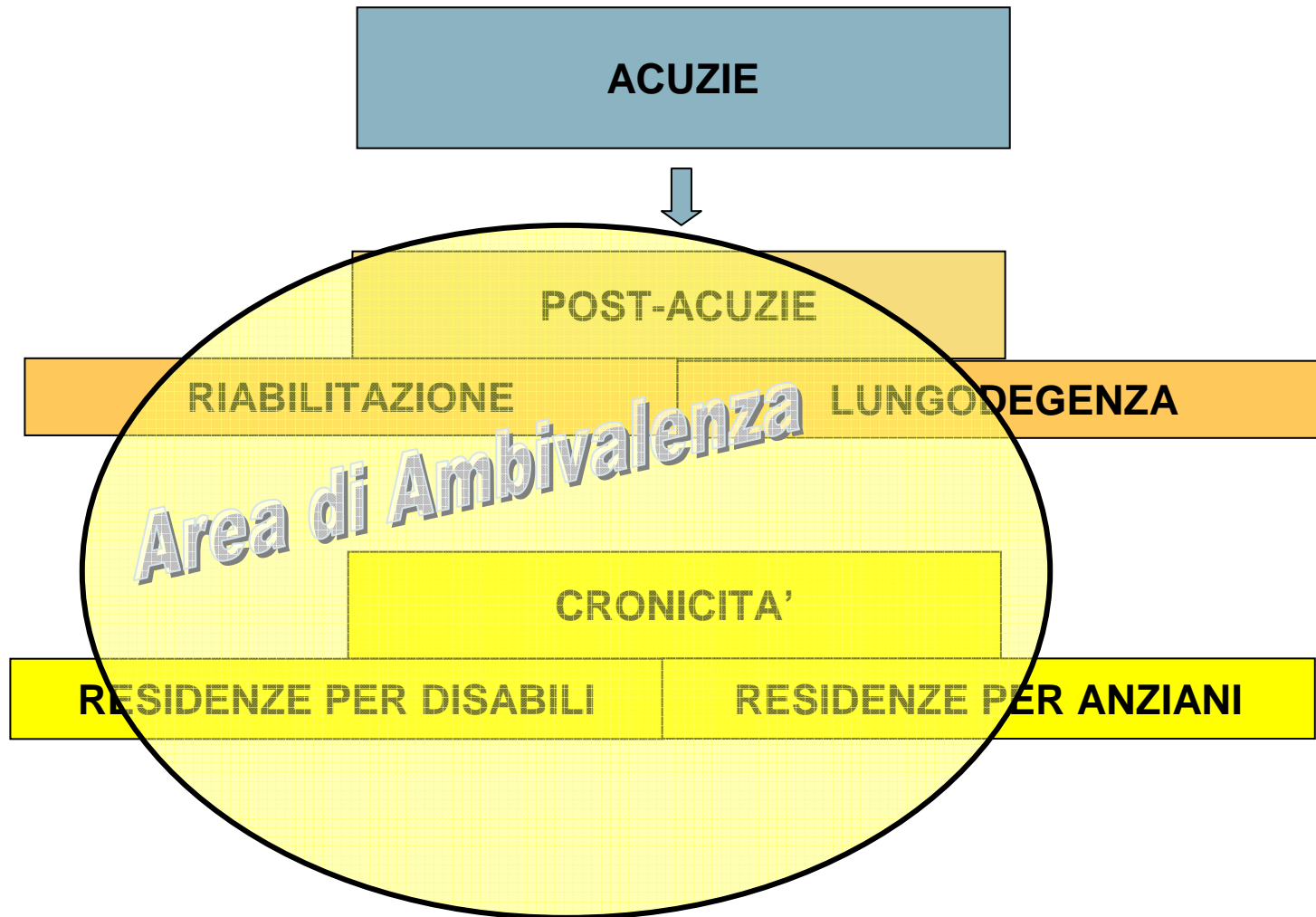
Cure e Luoghi delle Cure



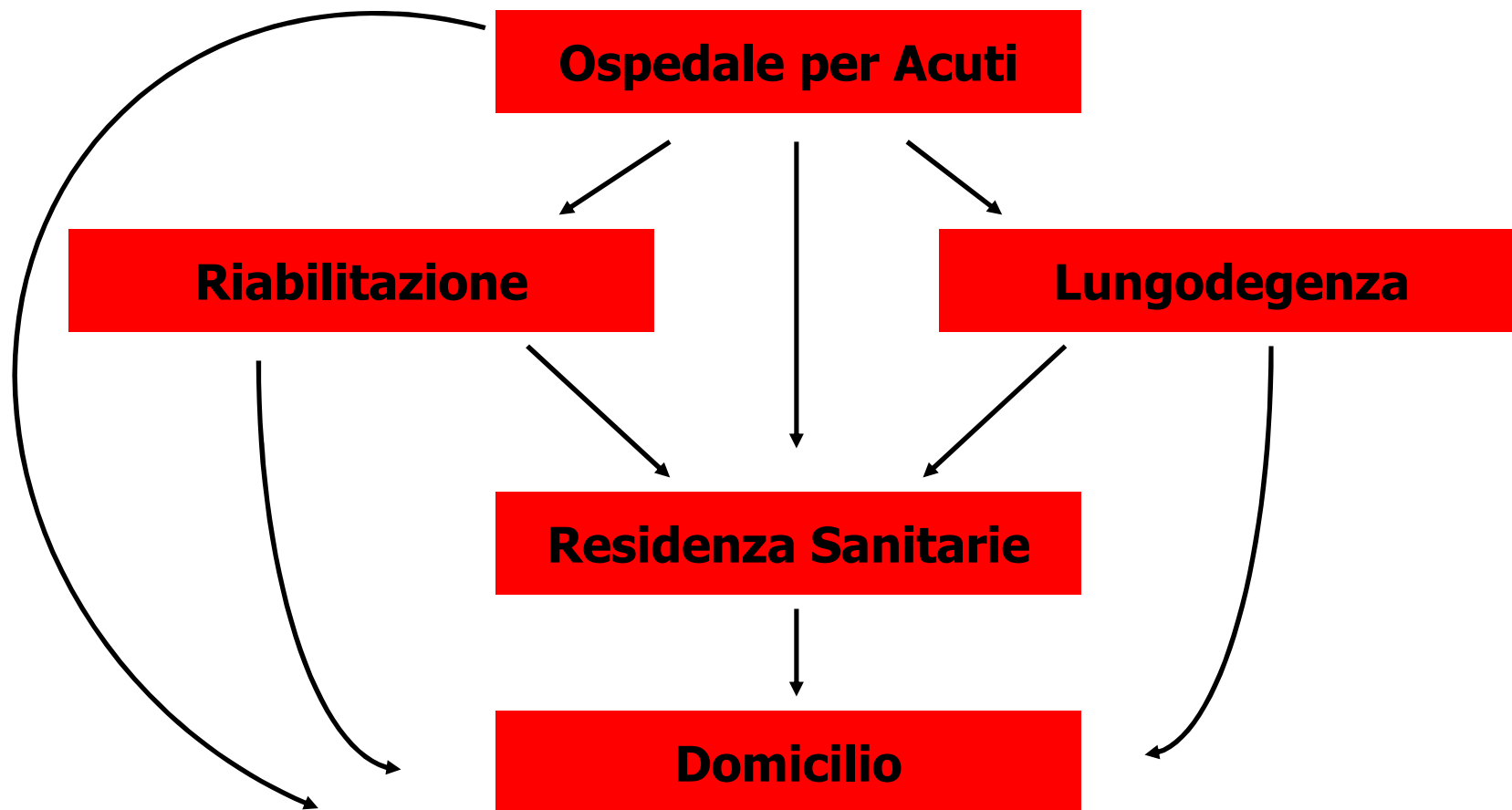
Per riabilitazione si intendono programmi di cure:

- successive ad una perdita di funzione,
- che hanno precisi obiettivi terapeutici,
- che si sviluppino in un arco di tempo coerente con l'obiettivo terapeutico e condizionato dalla risposta del soggetto





I Percorsi



Classificazione delle Moduli Residenziali

RRE1

**Riabilitazione Estensiva – post acuzie
(Linee Guida: art. 2.2. Comma a/1)**

RRE2

**Riabilitazione Estensiva – trattamenti lungo termine
(Linee Guida: art. 2.2. Comma a/2)**

Classificazione delle Prestazioni Residenziali

RD1

**Ass. in Nuclei Speciali
e responsabilità minimali**
(DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello a)

RD2

**Minorazioni
Plurisensoariali**
(DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello a)

RD3

**Età Evolutiva con
disturbi Neuropsichiatrici**
(DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello b)

RD4

Disabili Gravi
(DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello c/gravi)

RD5

Disabili
(DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello c/non gravi)

Copertura FSN

100%

100%

100%

70%

40%

Gli Indicatori di case-mix

L'utilizzo di indicatori di Casemix in questo settore vede uno scenario internazionale e nazionale diviso tra i sostenitori di:

- Un approccio essenzialmente un funzionale (FIM- FRG)**
- Un approccio di tipo clinico-funzionale multidimensionale (MDS-PAC)**
- Un approccio "ecologico" socio-ambientale e relazionale (ICF)**

I tre punti di vista possiedono ciascuno la propria validità, con priorità della FIM per la riabilitazione ospedaliera tradizionale, della MDS-PAC per la riabilitazione geriatrica, della ICF per la riabilitazione a lungo termine.

Si sta lavorando per riuscire a standardizzare i dati sui pazienti, arricchendoli di informazioni essenziali per ogni livello di assistenza:

Ospedaliero

- **Integrazione della SDO con dati specifici per la riabilitazione: (FIM, MDS-PAC o ICF)**
- **Individuazione di altri codici di attività (Unità di Risveglio – Età Evolutiva)**

Extra-Ospedaliero

- **Utilizzo della SDO per tutto l'intensivo e la post-acuzie con le integrazioni già proposte per l'ospedaliero (FIM, MDS-PAC o ICF)**
- **Utilizzo per l'estensivo e il mantenimento di strumenti VMD simili a quelli degli anziani, con i relativi strumenti di analisi del case-mix assistenziale**
- **Graduazione delle tipologie di prestazioni per obiettivi (età evolutiva) e carico assistenziale**

Mattone 12 – SALUTE MENTALE

Le prestazioni residenziali per soggetti con disturbi mentali sono individuate dal “Progetto Obiettivo Salute Mentale” semplicemente in rapporto all’assistenza erogata con personale sanitario presente:

24 ore

12 ore

6 ore

Senza alcuna valutazione della tipologia dell’assistenza e delle sue finalità, né dati sugli ospiti (diagnosi, disabilità, adattamento sociale etc.)

Il parallelo “Gruppo di lavoro Salute Mentale” del Ministero non ha ad oggi definito uno standard unico nazionale per:

- Flusso dati sui pazienti e casemix**
- Rilevazione e classificazione delle prestazioni**

E' stata in particolare segnalata la difficoltà di ottenere dagli operatori del settore indicazioni univoca circa strumenti sperimentabili

Gli obiettivi e la metodologia adottata dal Mattone 12 sulla salute mentale sono in linea con quelle delle altre tipologie di utenza:

- Individuare le prestazioni come “classi di prestazioni omogenee ed integrate”**
- Raccogliere dati sul paziente sia anagrafici, che di percorso, che di bisogno assistenziale**
- Proporre l'utilizzo di strumenti di analisi del case-mix**

Classificazione delle Prestazioni Residenziali

RP1

**Prestazioni
Terapeutiche Riabilitative**

RP1.1

**Prestazioni
Terapeutiche Riabilitative Intensive**

RP1.2

**Prestazioni
Terapeutiche Riabilitative Estensive**

RP1.2.1

**Prestazioni Terapeutico
Riabilitative Estensive H 24**

RP1.2.2

**Prestazioni Terapeutico
Riabilitative Estensive H 24**

RP2

**Prestazioni Residenziali Psichiatriche
Socio-Riabilitative**

SRP

Prestazioni Semiresidenziali Psichiatriche