

L'UTILIZZO DELLE RISORSE IN RSA IN FUNZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE

Enrico Brizioli

Direttore Generale Gruppo S.Stefano

Responsabile Scientifico Mattone n. 12 (Prestazioni residenziali)

Coordinatore sottogruppo Socio-Sanitario della Commissione Nazionale LEA

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 !

L. 11 marzo 1988, n. 67

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)

Pubblicata nel Suppl. Ord. alla Gazz. Uff. 14 marzo 1988, n. 61.

Art. 20.

1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 34.000 miliardi.

2. Il Ministro della sanità,(omissis)

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti- letto ospedalieri;

Le prestazioni residenziali, non avendo altra regolamentazione nazionale, sono oggi erogate sulla base di singole esperienze regionali.

Gli elementi che accomunano le diverse esperienze regionali sono diversi e caratterizzanti:

- 1) Sono prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio.**
- 2) Sono inseriti in un sistema di offerta articolato**
- 3) Sono differenziate per tipologie di utenza e, spesso, per complessità assistenziale e sanitaria**

**persone non autosufficienti
non assistibili a domicilio**

Non autosufficiente:

- **Persona incapace a compiere autonomamente atti di vita quotidiana necessari alla sopravvivenza, al mantenimento dell'igiene, alla comunicazione, alla mobilità, ai rapporti sociali.**

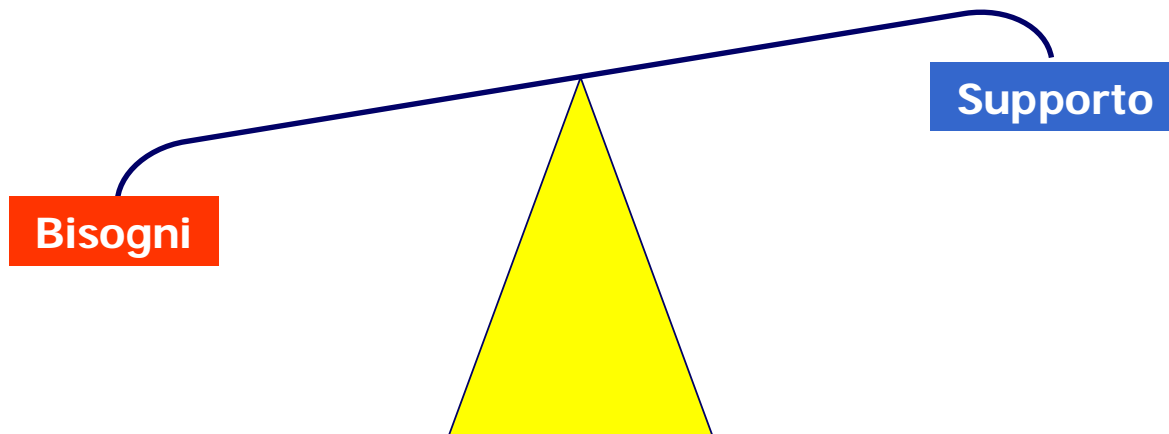
La non autosufficienza viene misurata come capacità di compiere atti (Activity Daily Living – ADL)

o usare strumenti elementari di vita quotidiana (Instrumental Activity Daily Living – IADL).

**persone non autosufficienti
non assistibili a domicilio**

Non assistibile a Domicilio:

- **Persona priva di supporto familiare adeguato
RISPETTO AI SUOI EFFETTIVI BISOGNI**



Ratio del progetto

NEEDS



low

medium

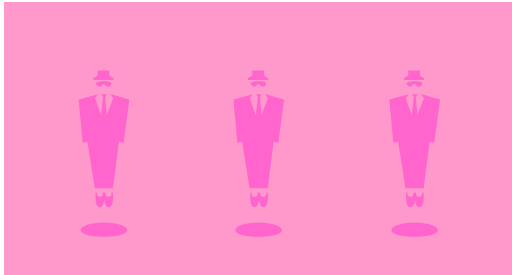
high

CARE

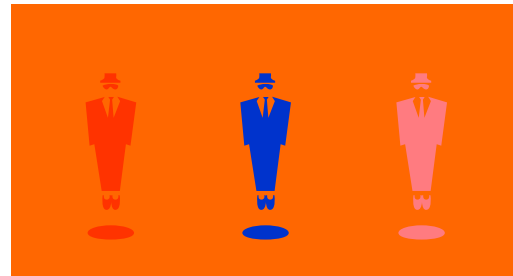
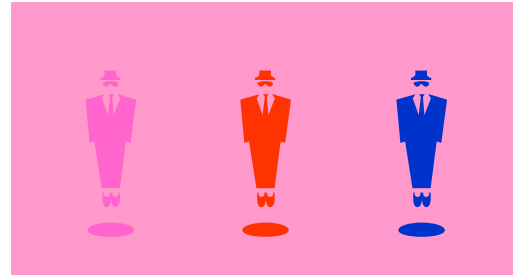
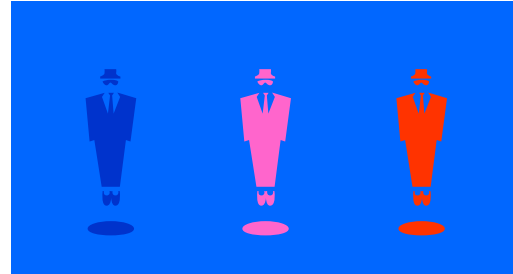


Ratio del progetto: La situazione attuale

Ottimale



Reale



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

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) e l'AGED (Liguria) possono essere considerati strumenti di analisi del case-mix, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una VMD.

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, 2003.
- 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:

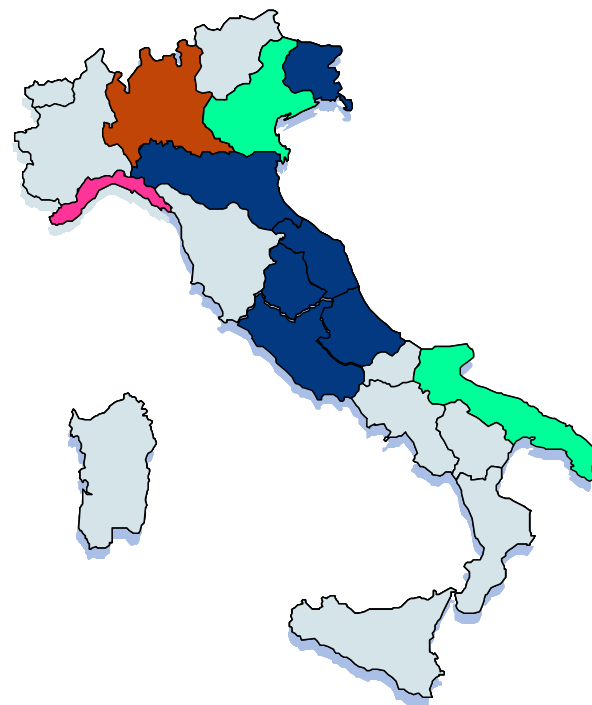
- ▶ **Consenta di valutare l'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti nella struttura**
- ▶ **Sia scientificamente validato**
- ▶ **Permetta di differenziare le tariffe in rapporto all'effettivo carico assistenziale**
- ▶ **Consenta la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati**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

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

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)

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

❖ Modalità di integrazione attraverso **strumento di transcodifica (FAR)**



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.

Poichè i diversi strumenti non sono 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 costruire un Flusso Informativo Nazionale alimentato su un data-base comune limitato. Per questo abbiamo realizzato la SCHEDA FAR

- ❖ Gli strumenti testati sono 4 e tra questi le Regione dovranno scegliere quello da implementare.
- ❖ Per il Sosia manca un'ulteriore revisione dei parametri di transcodifica, che realizzerà la Regione Lombardia.
- ❖ Vista la varietà delle opzioni è necessario scongiurare la nascita spontanea di altri strumenti.
- ❖ L'implementazione dei diversi strumenti dovrà avvenire in maniera autonoma, garantendo l'individuazione di un ente che svolga funzioni di “agenzia” per l'aggiornamento, l'analisi dei dati, la definizione di standard di qualità :

Strumento

- **RUG**
- **SOSIA**
- **SVAMA**
- **AGGIR (AGED)**

“Agenzia”

- INRCA (Irccs) Regione Marche**
- Ass Famiglia Regione Lombardia**
- Ass. Sanità – Regione Veneto**
- Agenzia Sanitaria – Regione Liguria**

Sistema RUG

Resource Utilization Groups : RUGs
Strumento di analisi del case-mix
assistenziale sviluppato negli Stati Uniti
a partire dalla fine degli anni '80
(Fries et al. 1985)
ed attualmente utilizzato dal CMS come
strumento di monitoraggio,
finanziamento e controllo di qualità
nelle Nursing Home accreditate con i
sistemi MEDICARE e MEDICAID

Storia del Progetto Rug Italia

- Il progetto “RUG Italia” nasce nel 1996 come Progetto di Ricerca Finalizzata del Ministero della Sanità affidato all’INRCA.
- La prima fase del progetto si conclude con la Validazione del Sistema RUG in Italia

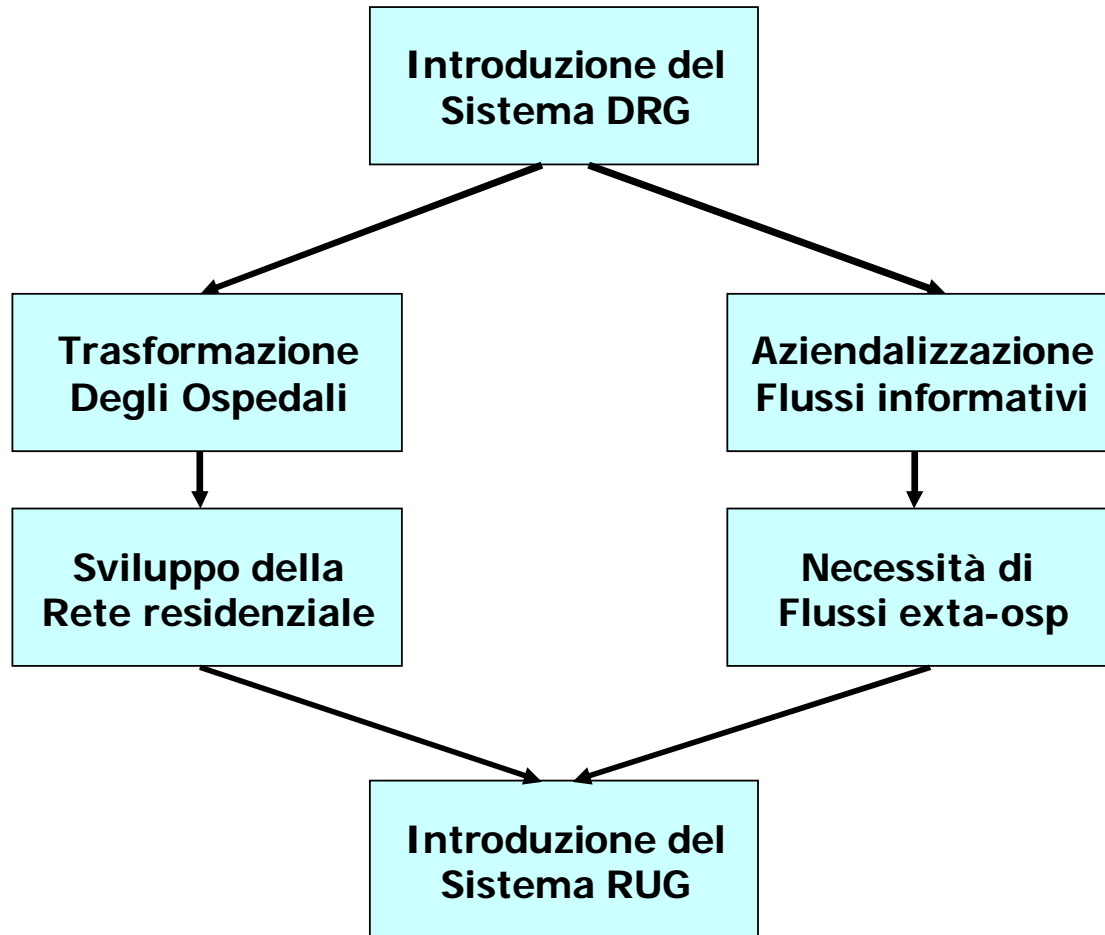
(Brizioli et al. Bollettino Ricerche, 1: 243-253, 2001)

(Brizioli et al. Aging Clin Exp Res, 15(3): 243-253, 2003)

Segue Storia del Progetto Rug Italia

- **La seconda fase, anch'essa finanziata dal Ministero della Salute come Progetto di Ricerca Finalizzata, prende il via nel 1999 ed ha come obiettivo la definizione dei flussi informativi RUG, la costruzione di standard assistenziali e la verifica di un modello tariffario applicabile**
- **La seconda fase si completa nel giugno 2003**

Presupposti del Progetto Rug Italia



Segue Storia del Progetto Rug Italia

- La terza fase è iniziata nel 2002 (in parallelo al progetto di Ricca Finalizzata ASSI) coinvolge anche la **ASSR** e riguarda l'implementazione del Progetto RUG nelle Regioni

Regione Marche
Regione Umbria
Regione Toscana

Regione Lazio
Regione Emilia Romagna
Regione Abruzzo
Regione Friuli
Regione Sardegna
Regione Calabria

RUG III

Nel nostro studio abbiamo utilizzato la versione III del sistema RUG, messo a punto nel 1994 (Fries et al, 1994) ed Attualmente diffusamente utilizzato negli Usa ed in Canada.

E' disponibile in due versioni:

44 Gruppi

30 Gruppi

SCHEMA DI DISTRIBUZIONE DEI GRUPPI RUG

Main Groups

Code

Description

ADL

RUGNr.

Rehabilitation

RUC	Rehabilitation Ultra High	ADL 16-18
RUB	Rehabilitation Ultra High	ADL 9-15
RUA	Rehabilitation Ultra High	ADL 4-8
RVC	Rehabilitation Very High	ADL 16-18
RVB	Rehabilitation Very High	ADL 9-15
RVA	Rehabilitation Very High	ADL 4-8
RHC	Rehabilitation High	ADL 16-18
RHB	Rehabilitation High	ADL 9-15
RHA	Rehabilitation High	ADL 4-8
RMC	Rehabilitation Medium	ADL 16-18
RMB	Rehabilitation Medium	ADL 9-15
RMA	Rehabilitation Medium	ADL 4-8
RLB	Rehabilitation Low	ADL 9-15
RLA	Rehabilitation Low	ADL 4-8

Extensive Special Care 3

SE3	Extensive Special Care 3	ADL > 6
SE2	Extensive Special Care 2	ADL > 6
SE1	Extensive Special Care 1	ADL > 6

Special Care

SSC	Special Care	ADL 17-18
SSB	Special Care	ADL 15-16
SSA	Special Care	ADL 4-14

Clinically Complex

CC2	Clinically Complex with depression	ADL 17-18
CC1	Clinically Complex	ADL 17-18
CB2	Clinically Complex with depression	ADL 12-16
CB1	Clinically Complex	ADL 12-16
CA2	Clinically Complex with depression	ADL 4-11
CA1	Clinically Complex	ADL 4-11

Cognitive impairment

IB2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 6-10
IB1	Cognitive impairment	ADL 6-10
IA2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 4-5
IA1	Cognitive impairment	ADL 4-5

Behaviour Problem

BB2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 6-10
BB1	Behaviour Problem	ADL 6-10
BA2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 4-5
BA1	Behaviour Problem	ADL 4-5

Physical Function Reduced

PE2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 16-18
PE1	Physical Function Reduced	ADL 16-18
PD2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 10-15
PD1	Physical Function Reduced	ADL 10-15
PC2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 9-10
PC1	Physical Function Reduced	ADL 9-10
PB2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 6-8
PB1	Physical Function Reduced	ADL 6-8
PA2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 4-5
PA1	Physical Function Reduced	ADL 4-5

BC1	M3PI group not calculated due to data errors	
-----	--	--

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
X

*Sistema
RUG*

(44 gruppi)

LA SCHEDA RUG

Aree di valutazione (sezioni) ed items della scheda RUG.

<i>sezione</i>	<i>descrizione</i>	<i>items</i>
Sezione B	Stato Cognitivo	3
Sezione C	Comunicazione	1
Sezione E	Umore e comportamento	26
Sezione G	Autonomia	7
Sezione H	Continenza	2
Sezione I	Diagnosi di malattia	8
Sezione J	Condizioni cliniche	7
Sezione K	Stato nutrizionale	5
Sezione M	Condizioni della cute	20
Sezione N	Attività	1
Sezione O	Farmaci	1
Sezione P	Trattamenti e terapie speciali	25
Sezione T	Sezione supplementare	3
Totale		109

R
U
G

I RAGGRUPPAMENTI RUG

Rehabilitation

Extensive Sp Care

Special Care

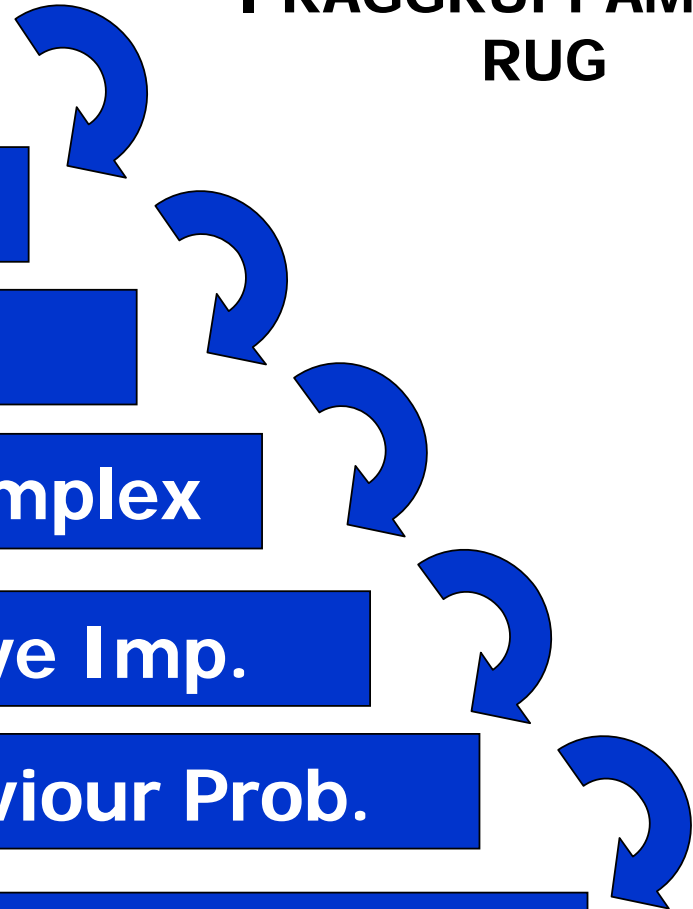
Clinically Complex

Cognitive Imp.

Behaviour Prob.

Reduced Phys Funct

Attribuzione
del paziente al
raggruppamento
principale dei RUG



Il RUG Grouper

Il RUG Grouper è un software che consente l'attribuzione al Gruppo RUG di tutti i pazienti di cui sia stata compilata la scheda.

E' scaricabile da internet in versione DOS, ed è disponibile sul sito della Regione Marche (www.Marcheinsalute.it).

Il collegamento del RUG grouper all'MDS da un lato , a programmi di gestione organizzativa della RSA dall'altro, consente il governo clinico, assistenziale, organizzativo e fiscale di tutta la RSA.

Il Grouper può essere utilizzato in de modalità:

- **Hierachical** : il paziente viene assegnato al primo gruppo RUG di cui soddisfa i requisiti secondo la progressione gerarchica dall'alto
- **Maximizing** : il paziente viene assegnato al gruppo a cui corrisponde il maggior "peso" assistenziale, tra quelli di cui soddisfa i requisiti

LTC Resident

Rehab

Extensive

Special

Complex

Impaired Cognition

Behavior

Physical

RUG-III (V1)

ADL

ADL

ADL

ADL

ADL

ADL

ADL

ADL

ADL

Treatment

Depressed

Depressed

Depressed

Depressed

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

NrsgRehab

RVC

RVB

RVA

RHD

RHC

RHB

RHA

RLB

RLA

RMA

SE3

SE2

SE1

SSC

SSB

SSA

CD2

CD1

CC2

CC1

CB2

CB1

CA2

CA1

IB2

IB1

IA2

IA1

BB2

BB1

BA2

BA1

PE2

PE1

PD2

PD1

PC2

PC1

PB2

PB1

PA2

PA1

RIABILITAZIONE

Programma riabilitativo multidisciplinare di intensità molto alta

450 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana; e almeno 5 giorni/settimana per un tipo di trattamento e almeno due dei tre tipi di programma riabilitativo fornito.

Programma riabilitativo di intensità elevata

300 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana e almeno 5 giorni/settimana di un tipo di trattamento.

Programma riabilitativo di intensità media

150 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana per almeno 5 giorni/settimana.

Programma riabilitativo di intensità lieve

45 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana e almeno 3 giorni/settimana di terapia riabilitativa ed almeno due tipi di programma riabilitativo infermieristico ognuno dei quali fornito per 5 giorni/settimana.

NOTA

La terapia riabilitativa include la terapia fisica, la terapia occupazionale e la logoterapia.

La riabilitazione infermieristica include trattamento dell'arto amputato, mobilizzazione attiva e passiva, utilizzo di ausili, programma di locomozione e mobilità, vestirsi/lavarsi, mangiare/deglutire, trasferimenti.



CURE INTENSIVE

Punteggio delle ADL \geq a 7; nutrizione parenterale; aspirazione; tracheostomia; assistenza respiratoria.



CURE SPECIALISTICHE

Punteggio delle ADL \geq a 7; presenza di almeno uno di questi problemi: ustioni, coma, febbre con vomito; perdita di peso, polmonite o disidratazione; sclerosi multipla; ulcere da pressione in stadio 3 o 4; quadriplegia; setticemia; prescrizione farmaci e.v.; radioterapia; nutrizione enterale.





POLIPATOLOGIA

Presenza di almeno uno dei seguenti problemi: afasia; aspirazione; paralisi cerebrale; disidratazione; emiplegia; enterorragia (emorragia interna); polmonite; ulcere da stasi; malattia in fase terminale; infezione delle vie urinarie; trattamento chemioterapico; emodialisi; 4 o più visite mediche mensili; ossigenoterapia; trasfusioni; medicazione di ferite oltre che di ulcere da decubito inclusa la cura del piede.



DEFICIT COGNITIVI

Punteggio delle ADL pari a 4-10; presenza di disturbi cognitivi in tutte e 3 le seguenti funzioni: nel prendere decisioni, nell'orientamento e nella memoria a breve termine.





DEFICIT COMPORTAMENTALI

Punteggio nelle ADL pari a 4-10; ospiti che quotidianamente presentano: comportamento inadeguato; abuso fisico; abuso verbale; delirio; allucinazioni.



RIDUZIONE FUNZIONE FISICA

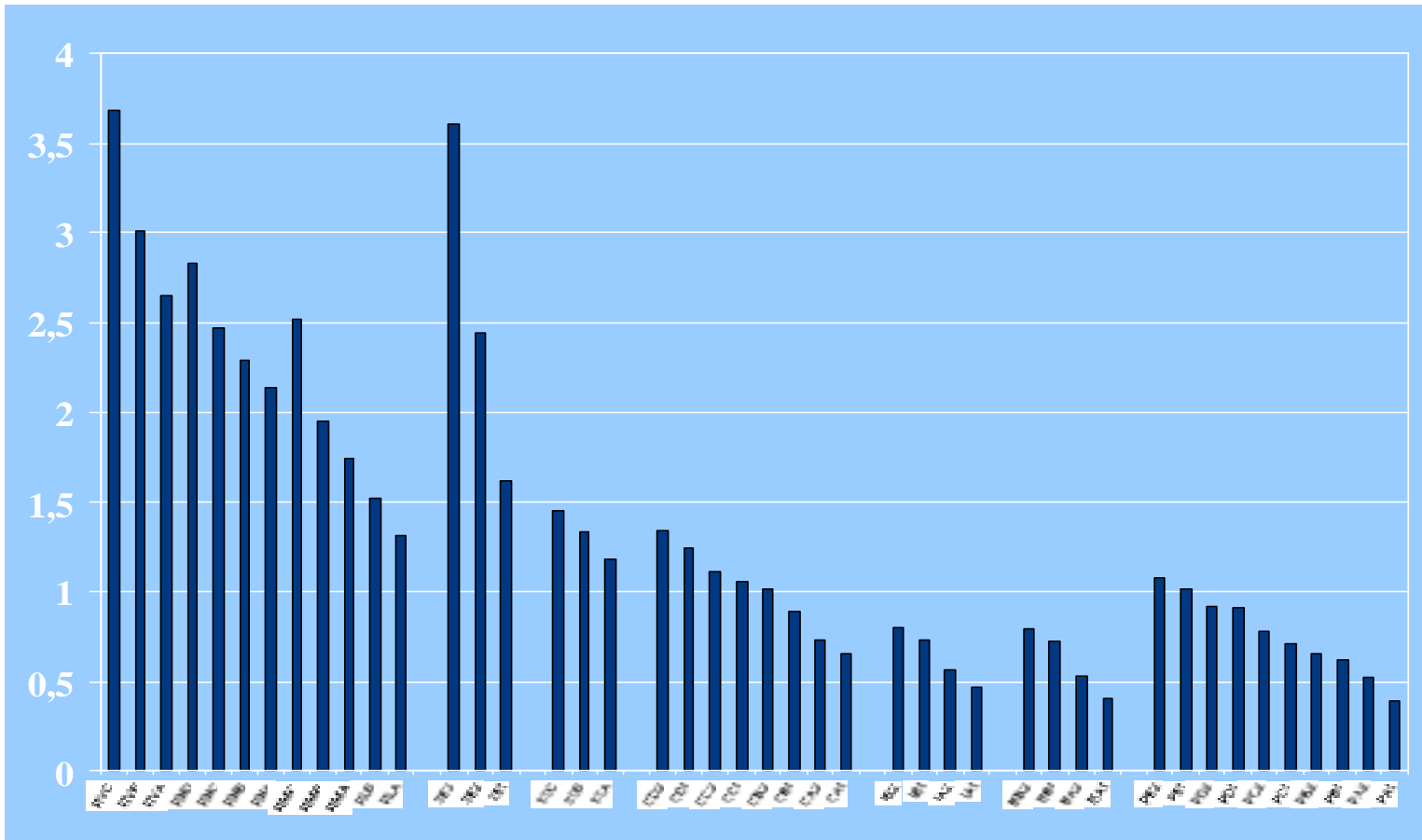
Residenti che non soddisfano i criteri precedenti.

Dai “problemi” assistenziali ai minuti di assistenza

Ad ogni singolo gruppo RUG corrisponde un fabbisogno assistenziale espresso in **MINUTI di ASSISTENZA** e diviso in assistenza Infermieristica ed Ausiliaria (OSS/OTA/ausiliari/altri).

Dai Minuti di assistenza deriva il “**PESO**” assistenziale del singolo gruppo, che esprime il parametro per la costruzione del **CASE-MIX** assistenziale delle strutture.

RUG-III Case-Mix Index



Dal Case-mix agli standard di personale

- ▶ Il RUG consente di sviluppare standard di personale tarati sui bisogni dei pazienti
- ▶ Il RUG definisce lo standard di :
 - *Infermieri*
 - *OTA/OSS educatori e ausiliari*
 - *Terapisti della riabilitazione*

Dal Case-mix agli standard di personale

► Minuti di assistenza

- *rilevazione sistematica delle procedure*
- *rilevazione dei minuti di assistenza erogati*
- *valutazione dell'assistenza indiretta*

MODELLO DI CALCOLO DELLO STAFF

(struttura tipo di 40 posti letto)

RUG	Peso	Giorni degenza	Infermieri		OTA + ausiliari		Fisioterapisti	
			minuti giorno	minuti anno	minuti giorno	minuti anno	minuti giorno	minuti anno
4	2,179	480	140	67.200	110	52.800	180	86.400
12	0,785	940	60	56.400	90	84.600	60	56.400
18	0,991	1.240	80	99.200	125	155.000	-	-
21	0,917	1.850	70	129.500	120	222.000	-	-
28	0,695	1.530	20	30.600	80	122.400		
34	0,611	2.832	18	50.976	70	198.240	-	-
36	0,706	3.940	18	70.920	85	334.900	-	-
		12.812	406	504.796	680	1.169.940	240	142.800
Posti letto		40						
T.U.		0,88						
Case-mix	0,979							
Minuti medi lavorati/anno				90.000		90.000		90.000
Unità di personale				5,6		13,0		1,6

Principali problematiche

- **Assenza di protocolli e standard definiti**
- **Scarsa riproducibilità delle condizioni assistenziali**
- **Difformità normativa tra regioni**

Metodologia

RILEVAZIONE

RUG



Tempi di assistenza



Staff /vs/ Case-mix



Costi assistenziali

SIMULAZIONE

RUG



Protocolli di cura



Assistenza Standard



Staff Standard



Staff /vs/ Case-mix



Costi assistenziali

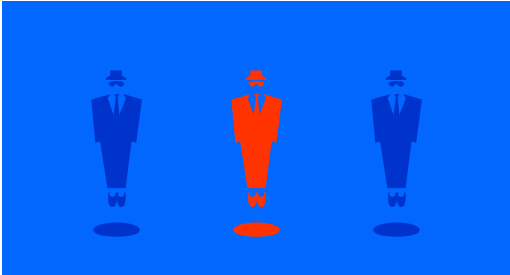
L'assistenza può essere classificata in specifica ed aspecifica:

Assistenza Specifica:

Prestazioni e lavoro rivolti direttamente al paziente per la valutazione, programmazione e somministrazione della terapia, mobilizzazione, igiene e cura della persona, alimentazione, colloqui con i familiari etc.

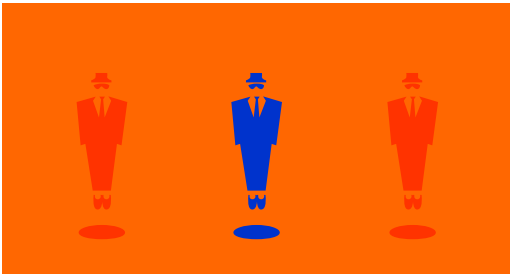
Assistenza Aspecifica:

Prestazioni e lavoro rivolti all'organizzazione dell'unità operativa, sorveglianza generica, turni di notte, passaggi di consegne, gestione approvvigionamenti, riunioni di reparto etc.



Effetto Tetto:

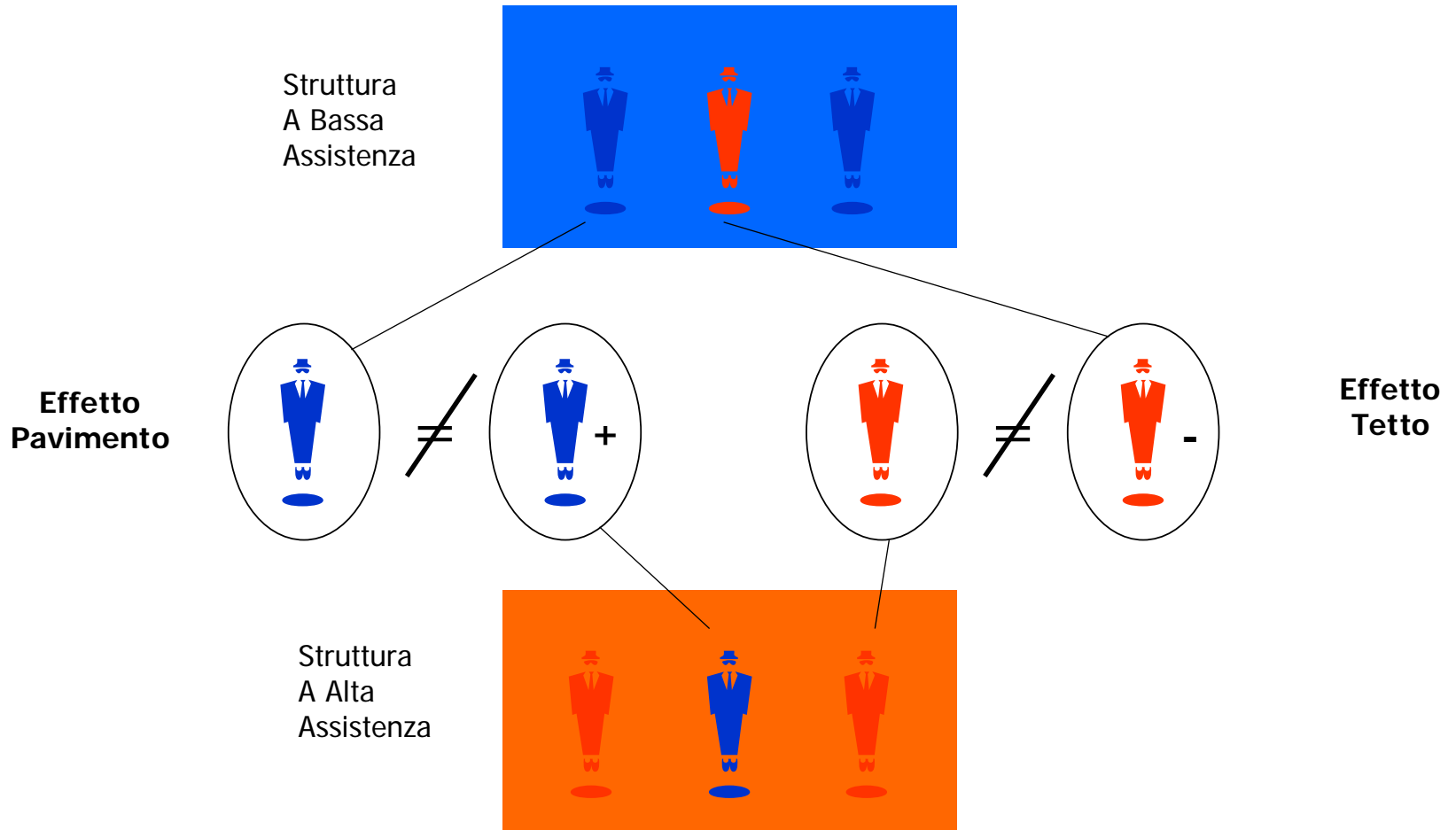
Un soggetto con elevati bisogni inserito in un "sistema a bassa offerta" tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri ospiti, ma inferiore a quella che assorbirebbe in un sistema con idonea organizzazione



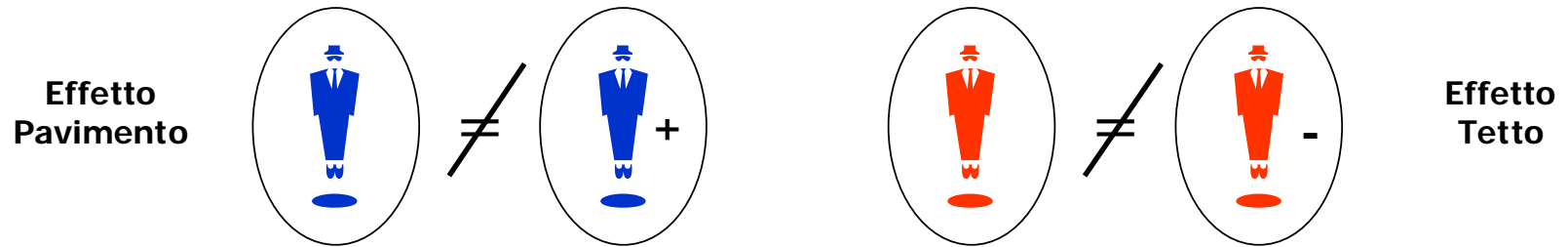
Effetto Pavimento:

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

CARICO ASSISTENZIALE RILEVATO



ASSISTENZA OTTIMALE / vs / ASSISTENZA RILEVATA



In un sistema non standardizzato rileviamo carichi assistenziali diversi per pazienti identici ricoverati in strutture a diversa capacità di offerta.

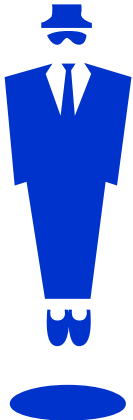
Se lo standard ottimale è quello più elevato, applicando una semplice media finiremmo per tarare l'assistenza su livelli inadeguati.

Se lo standard ottimale è quello più basso, applicando una semplice media indurremmo le strutture a "sprecare" risorse, e quindi a ridurre la loro efficienza operativa globale.

Nel definire i "Nostri" pesi abbiamo ritenuto opportuno costruire gli stessi eliminando dal campione i pazienti più gravi delle strutture con minor personale, i pazienti più leggeri delle strutture con maggior personale, ed abbiamo quindi tarato i pesi con modelli organizzativi standard e con con gli stessi dati dello staff-time degli USA.

Definizione di standard assistenziali ottimali

Caratteristiche e
Bisogni del paziente

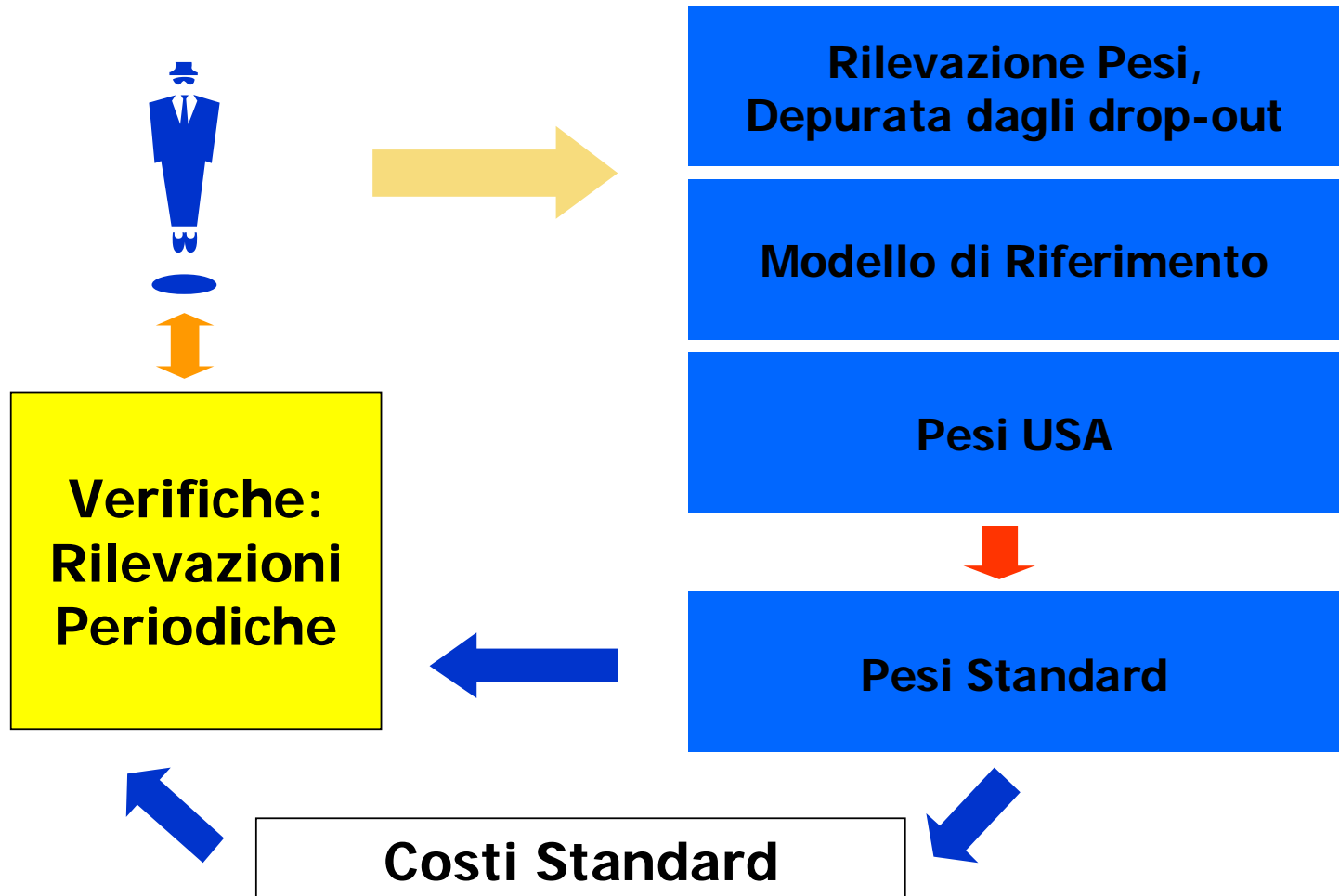


Protocolli Standard
Staff e figure professionali
Organizzazione
Turni



Modello di Riferimento

Definizione di standard assistenziali ottimali



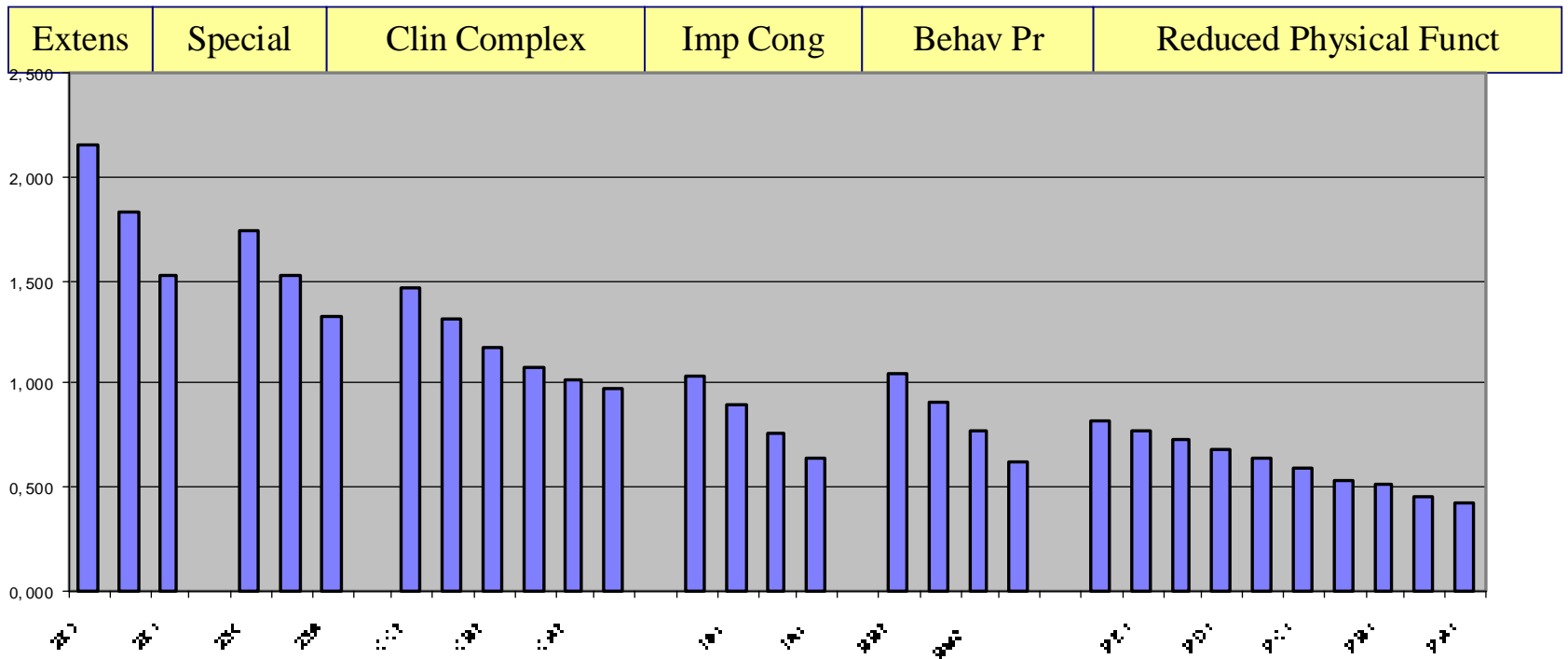
Banca dati RUG Italia

Pesi 2003 (Standard)

<i>RUG</i>		Inf	Riab	altro	Totale per caso	Minuti equivalenti	Pesi	
Ext Care	15	240	0	240	480	457,36	2,149	
	16	200	0	210	410	390,19	1,833	
	17	160	0	180	340	323,02	1,518	
								media min. 357,925 media peso 1,682
Special Care	18	160	0	230	390	368,30	1,730	
	19	140	0	205	345	325,66	1,530	
	20	120	0	180	300	283,02	1,330	
Clinically Complex	21	130	0	200	330	311,13	1,462	
	22	110	0	185	295	277,55	1,304	
	23	95	0	170	265	248,96	1,170	
	24	87	0	160	247	231,91	1,090	
	25	82	0	150	232	217,85	1,023	
	26	80	0	140	220	206,79	0,972	
								media min. 212,321 media peso 0,981
Impaired Cognition	27	70	0	165	235	219,43	1,031	
	28	60	0	145	205	191,32	0,899	
	29	50	0	125	175	163,21	0,767	
	30	40	0	105	145	135,09	0,635	
Behaviour Problems	31	65	0	175	240	223,49	1,050	
	32	55	0	155	210	195,38	0,918	
	33	45	0	133	178	165,45	0,777	
	34	35	0	110	145	134,62	0,632	
								media min. 152,433 media peso 0,716
Reduced Physical Function	35	38	0	150	188	173,85	0,817	
	36	30	0	150	180	165,85	0,779	
	37	32	0	135	167	154,26	0,725	
	38	25	0	135	160	147,26	0,692	
	39	26	0	120	146	134,68	0,633	
	40	19	0	120	139	127,68	0,600	
	41	20	0	105	125	115,09	0,541	
	42	14	0	105	119	109,09	0,513	
	43	15	0	90	105	96,51	0,453	
	44	10	0	90	100	91,51	0,430	

PESI RUG Italia 2003

(30 gruppi su standard e rilevazioni)



Banca dati RUG Italia

Classi di Accreditamento

Tipologia	Macro-Gruppi RUG	Pazienti ammessi	Minuti Medi Assistenza	Peso Medio	Tariffa media
Unità Speciali	Extensive Special Care + Coma	all (not more than 20%)	357,92	1,682	222,14
RSA	Extensive Special Care Special Care Clinically Complex Impairment Cognition Behaviour Problems	(not more than 20%) all all all (not more than 20%)	212,32	0,981	111,91
Residenze Protette	Impairment Cognition Behaviour Problems Reduced Physical Funct.	(not more than 20%) (not more than 20%) all	152,43	0,716	76,20

Dal Case-mix ai sistemi di remunerazione

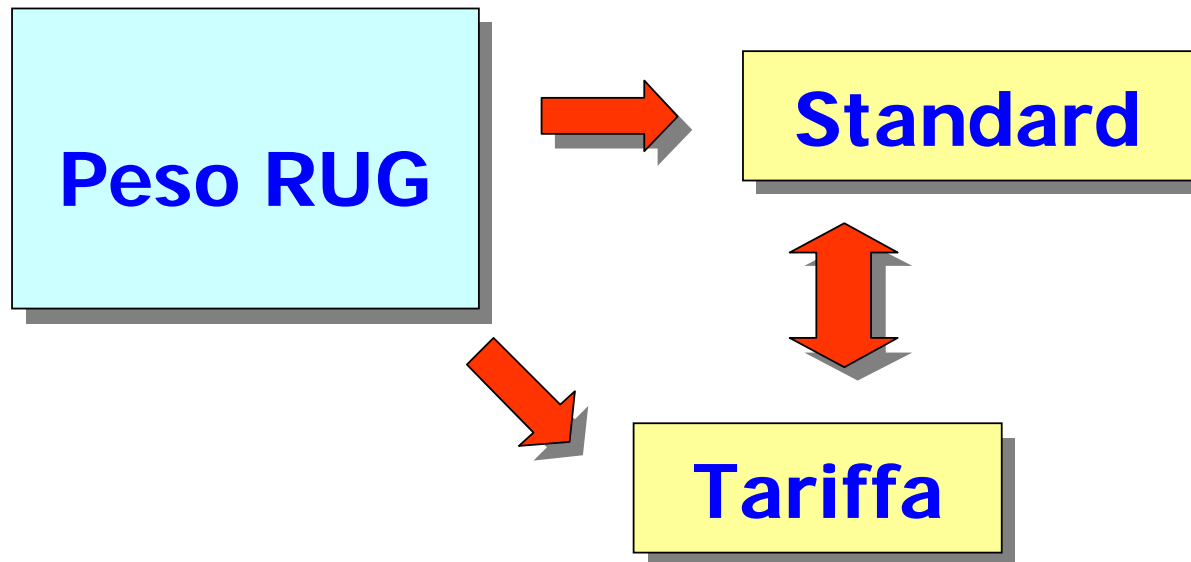
- Dagli indici di case-mix è possibile calcolare tariffe differenziate, tarate sullo staff impegnato

Sviluppo tariffario

- ▶ La tariffa viene costruita direttamente a partire dal “peso”, che opera come fattore di moltiplicazione dei costi di assistenza e come fattore indiretto di variazione di alcuni costi generali

Sviluppo tariffario

Dinamiche di equilibrio tra
peso assistenziale (RUG), tariffa e standard



La struttura dei costi in RSA

Costi Fissi

In Rapporto alla struttura:

Fitti
Manutenzioni
Riscaldamento
Utenze
Pulizie
Assicurazioni
Ammortamenti

In Rapporto alla organizzazione:

Amministrazione
Coordinamento
Turnistica

Costi Variabili

In Rapporto alle presenze:

Pasti
Farmaci e presidi
Lavanderia
Incremento turnistica

Vettore presenze

In Rapporto al case-mix

Farmaci e presidi
Plus assistenza ausiliaria
Plus assistenza infermieristica
Plus assistenza medica

Vettore Case-mix

La struttura dei costi in RSA

(sul vettore case-mix)

Costi Fissi

**Non Variano al Variare
Del Case-Mix assistenziale**

Costi Aree alberghiere

Costi semivariabili

**Sono marginalmente
Influenzati dal cas-mix**

**Costi Aree sanitarie
Attrezzature**

Costi Variabili

**Sono direttamente
Modulati dal cas-mix**

**Assistenza diretta
Farmaci e presidi**

Tabella 4 - Minuti Medi di Assistenza ed Indici per Gruppo RUG

Tabella 4 - Minuti Medi di Assistenza ed Indici per Gruppo RUG										Simulazione su 40 p.l.															
RUG nr.	Code	Minuti di Assistenza				Indici x staff				Personale Ass. su 40 pl				staff/pl	Indici x tariffe		RUG nr.	pesi	tariffa alberghiera		tariffa sanitaria				
		Inferm	Riabil	altra	Tot	Inferm	Riabil	altra	Tot	Inferm	Riabil	altra	Tot		minuti	Pesi			60.450		135.680				
pesi		1	0,95	0,75												pesati									
1	RUC	120,00	120,00	220,00	460,00	1,445	1,920	1,724	1,995	19,47	16,00	35,69	71,16	1,78	405,0	2,039	RUC	2,039	60.450		276.662				
2	RUB	90,00	120,00	180,00	390,00	1,084	1,920	1,411	1,692	14,60	16,00	29,20	59,80	1,50	345,0	1,737	RUB	1,737	60.450		235.675				
3	RUA	70,00	120,00	140,00	330,00	0,843	1,920	1,097	1,432	11,36	16,00	22,71	50,07	1,25	295,0	1,485	RUA	1,485	60.450		201.519				
4	RVC	110,00	85,00	210,00	405,00	1,325	1,360	1,646	1,757	17,84	11,33	34,07	63,24	1,58	352,5	1,775	RVC	1,775	60.450		240.798				
5	RVB	88,00	85,00	170,00	343,00	1,060	1,360	1,332	1,488	14,28	11,33	27,58	53,19	1,33	300,5	1,513	RVB	1,513	60.450		205.276				
6	RVA	75,00	85,00	130,00	290,00	0,903	1,360	1,019	1,258	12,17	11,33	21,09	44,59	1,11	257,5	1,296	RVA	1,296	60.450		175.902				
7	RHC	100,00	55,00	200,00	355,00	1,204	0,880	1,567	1,540	16,22	7,33	32,44	56,00	1,40	305,0	1,536	RHC	1,536	60.450		208.350				
8	RHB	80,00	55,00	160,00	295,00	0,964	0,880	1,254	1,280	12,98	7,33	25,96	46,27	1,16	255,0	1,284	RHB	1,284	60.450		174.195				
9	RHA	60,00	55,00	120,00	235,00	0,723	0,880	0,940	1,019	9,73	7,33	19,47	36,53	0,91	205,0	1,032	RHA	1,032	60.450		140.039				
10	RMC	90,00	25,00	180,00	295,00	1,084	0,400	1,411	1,280	14,60	3,33	29,20	47,13	1,18	250,0	1,259	RMC	1,259	60.450		170.779				
11	RMB	70,00	25,00	140,00	235,00	0,843	0,400	1,097	1,019	11,36	3,33	22,71	37,40	0,94	200,0	1,007	RMB	1,007	60.450		136.623				
12	RMA	50,00	25,00	100,00	175,00	0,602	0,400	0,784	0,759	8,11	3,33	16,22	27,67	0,69	150,0	0,755	RMA	0,755	60.450		102.467				
13	RLB	60,00	10,00	130,00	200,00	0,723	0,160	1,019	0,868	9,73	1,33	21,09	32,16	0,80	167,5	0,843	RLB	0,843	60.450		114.422				
14	RLA	40,00	10,00	90,00	140,00	0,482	0,160	0,705	0,607	6,49	1,33	14,60	22,42	0,56	117,5	0,592	RLA	0,592	60.450		80.266				
15	SE3	200,00		210,00	410,00	2,409	0,000	1,646	1,779	32,44	0,00	34,07	66,51	1,66	357,5	1,800	SE3	1,800	60.450		244.214				
16	SE2	175,00		160,00	335,00	2,108	0,000	1,254	1,453	28,39	0,00	25,96	54,34	1,36	295,0	1,485	SE2	1,485	60.450		201.519				
17	SE1	150,00		120,00	270,00	1,807	0,000	0,940	1,171	24,33	0,00	19,47	43,80	1,10	240,0	1,208	SE1	1,208	60.450		163.948				
18	SSC	160,00		160,00	320,00	1,927	0,000	1,254	1,388	25,96	0,00	25,96	51,91	1,30	280,0	1,410	SSC	1,410	60.450		191.272				
19	SSB	140,00		140,00	280,00	1,686	0,000	1,097	1,215	22,71	0,00	22,71	45,42	1,14	245,0	1,234	SSB	1,234	60.450		167.363				
20	SSA	120,00		120,00	240,00	1,445	0,000	0,940	1,041	19,47	0,00	19,47	38,93	0,97	210,0	1,057	SSA	1,057	60.450		143.454				
21	CC2	120,00		140,00	260,00	1,445	0,000	1,097	1,128	19,47	0,00	22,71	42,18	1,05	225,0	1,133	CC2	1,133	60.450		153.701				
22	CC1	120,00		120,00	240,00	1,445	0,000	0,940	1,041	19,47	0,00	19,47	38,93	0,97	210,0	1,057	CC1	1,057	60.450		143.454				
23	CB2	110,00		120,00	230,00	1,325	0,000	0,940	0,998	17,84	0,00	19,47	37,31	0,93	200,0	1,007	CB2	1,007	60.450		136.623				
24	CB1	110,00		100,00	210,00	1,325	0,000	0,784	0,911	17,84	0,00	16,22	34,07	0,85	185,0	0,931	CB1	0,931	60.450		126.376				
25	CA2	100,00		100,00	200,00	1,204	0,000	0,784	0,868	16,22	0,00	16,22	32,44	0,81	175,0	0,881	CA2	0,881	60.450		119.545				
26	CA1	100,00		80,00	180,00	1,204	0,000	0,627	0,781	16,22	0,00	12,98	29,20	0,73	160,0	0,806	CA1	0,806	60.450		109.299				
27	IB2	90,00		120,00	210,00	1,084	0,000	0,940	0,911	14,60	0,00	19,47	34,07	0,85	180,0	0,906	IB2	0,906	60.450		122.961				
28	IB1	80,00		100,00	180,00	0,964	0,000	0,784	0,781	12,98	0,00	16,22	29,20	0,73	155,0	0,780	IB1	0,780	60.450		105.883				
29	IA2	65,00		105,00	170,00	0,783	0,000	0,823	0,737	10,54	0,00	17,03	27,58	0,69	143,8	0,724	IA2	0,724	60.450		98.198				
30	IA1	55,00		85,00	140,00	0,662	0,000	0,666	0,607	8,92	0,00	13,79	22,71	0,57	118,8	0,598	IA1	0,598	60.450		81.120				
31	BB2	80,00		120,00	200,00	0,964	0,000	0,940	0,868	12,98	0,00	19,47	32,44	0,81	170,0	0,856	BB2	0,856	60.450		116.130				
32	BB1	70,00		100,00	170,00	0,843	0,000	0,784	0,737	11,36	0,00	16,22	27,58	0,69	145,0	0,730	BB1	0,730	60.450		99.052				
33	BA2	70,00		100,00	170,00	0,843	0,000	0,784	0,737	11,36	0,00	16,22	27,58	0,69	145,0	0,730	BA2	0,730	60.450		99.052				
34	BA1	60,00		80,00	140,00	0,723	0,000	0,627	0,607	9,73	0,00	12,98	22,71	0,57	120,0	0,604	BA1	0,604	60.450		81.974				
35	PE2	65,00		150,00	215,00	0,783	0,000	1,175	0,933	10,54	0,00	24,33	34,88	0,87	177,5	0,894	PE2	0,894	60.450		121.253				
36	PE1	50,00		140,00	190,00	0,602	0,000	1,097	0,824	8,11	0,00	22,71	30,82	0,77	155,0	0,780	PE1	0,780	60.450		105.883				
37	PD2	55,00		130,00	185,00	0,662	0,000	1,019	0,803	8,92	0,00	21,09	30,01	0,75	152,5	0,768	PD2	0,768	60.450		104.175				
38	PD1	40,00		120,00	160,00	0,482	0,000	0,940	0,694	6,49	0,00	19,47	25,96	0,65	130,0	0,655	PD1	0,655	60.450		88.805				
39	PC2	45,00		110,00	155,00	0,542	0,000	0,862	0,672	7,30	0,00	17,84	25,14	0,63	127,5	0,642	PC2	0,642	60.450		87.097				
40	PC1	30,00		100,00	130,00	0,361	0,000	0,784	0,564	4,87	0,00	16,22	21,09	0,53	105,0	0,529	PC1	0,529	60.450		71.727				
41	PB2	35,00		90,00	125,00	0,422	0,000	0,705	0,542	5,68	0,00	14,60	20,28	0,51	102,5	0,516	PB2	0,516	60.450		70.019				
42	PB1	20,00		80,00	100,00	0,241	0,000	0,627	0,434	3,24	0,00	12,98	16,22	0,41	80,0	0,403	PB1	0,403	60.450		54.649				
43	PA2	25,00		75,00	100,00	0,301	0,000	0,588	0,434	4,06	0,00	12,17	16,22	0,41	81,3	0,409	PA2	0,409	60.450		55.503				
44	PA1	10,00		70,00	80,00	0,120	0,000	0,549	0,347	1,62	0,00	11,36	12,98	0,32	62,5	0,315	PA1	0,315	60.450		42.695				
45	BC1																BC1	0,000	60.450		-				
Totali e medie		83,02	62,50	127,61	230,52	1,000	1,000	1,000	1,000						198,62	1,00									

II Modello Tariffario a 30 Gruppi

RUG III Mega-groups and Groups Membership Criteria		RUG III Groups 	Pesi Assistenza	Componenti della tariffa			TOTAL RATE	Rehabilitation Rates		FULL RATE
				Case-mix Component		Non Case-mix Component		Ore Terapia	Tariffa Riabilitazione	
				Servizi assist Inferm./OSS/ altro	Servizi supplm. non terapeutici	Tariffa Alberghiera	Totale Tariffa			Totale Tariffa
Category	Code	ADL INDEX		70,58	32,83	32,57	135,98	58,04		
EXTENSIVE		CURE INTENSIVE								
(ADLSUM <7 Special) IV Fed in last 7 dys	15	SE3 NOT USED	1,967	138,85	64,59	32,57	236,01		0,00	236,01
In last 14 days, IV Meds.,Suctioning,	16	SE2 NOT USED	1,745	123,16	57,29	32,57	213,02		0,00	213,02
Tracheostomy Care, Ventilator/Respirator	17	SE1 NOT USED	1,523	107,46	49,99	32,57	190,02		0,00	190,02
SPECIAL -- (ADLSUM <7 Clin. Complex)		CURE SPECIALISTICHE								
MS,Qud, or CP with ADLSUM>=10, Resp.	18	SSC 17 - 18	1,736	122,53	56,99	32,57	212,10		0,00	212,10
Ther.=7days,Tube Fed & Aphasia; Rad.Rx,	19	SSB 15 - 16	1,535	108,34	50,40	32,57	191,31		0,00	191,31
Rx for surg.wnds/lesions or ulcers*; Fever with Dehy.,Pnue.,Vomit.,WgtLoss or Tube	20	SSA 7 - 14	1,334	94,16	43,80	32,57	170,53		0,00	170,53
CLINICAL COMPLEX		COMPLESSITA' CLINICA								
Burns, Coma, Septecemia, Pneumonia,	21	CC2 17 - 18 D	1,467	103,51	31,78	32,57	167,86		0,00	167,86
Foot wounds,Inter. Bleeding, Dehydrated,	22	CC1 17 - 18	1,308	92,34	28,35	32,57	153,26		0,00	153,26
Tube fed (min.501ml.fl, 26% cals), Oxygen,	23	CB2 12 - 16 D	1,174	82,83	25,43	32,57	140,83		0,00	140,83
Hemiplegia (ADLSUM >=10, Che mother.,	24	CB1 12 - 16	1,093	77,15	23,69	32,57	133,41		0,00	133,41
Dialysis;days Dr.visit 1 order chg.4or>days	25	CA2 4 - 11 D	1,027	72,48	22,25	32,57	127,30		0,00	127,30
Days Dr.visit 2, order chg.2or>days	26	CA1 4 - 11	0,975	68,80	21,12	32,57	122,49		0,00	122,49
Diabetes with inj.7days &order chg.=>2days										
IMPAIR. COGNITION.		DEFICIT COGNITIVI								
Score on MDS2.0 Cognitive Performance	27	IB2 6 - 10	1,056	74,51	17,33	32,57	124,41		0,00	124,41
Scale >=3	28	IB1 6 - 10	0,923	65,16	15,15	32,57	112,88		0,00	112,88
(Score of 6 will be Clinically Complex or	29	IA2 4 - 5	0,791	55,80	12,98	32,57	101,36		0,00	101,36
PE2 - PD1)	30	IA1 4 - 5	0,658	46,45	10,80	32,57	89,83		0,00	89,83
BEHAVIOR ONLY		DEFICIT COMPORTAMENTALI								
wandering, physical, or verbal abuse,	31	BB2 6 - 10	1,075	75,86	17,64	32,57	126,08		0,00	126,08
inappropriate behavior, or resists care on	32	BB1 6 - 10	0,942	66,51	15,47	32,57	114,55		0,00	114,55
4=> days a week as coded on MDS2.0.	33	BA2* 4 - 5	0,810	57,15	13,29	32,57	103,02		0,00	103,02
hallucinations or delusions in last 7 days	34	BA1* 4 - 5	0,677	47,80	11,12	32,57	91,49		0,00	91,49
PHYSICAL FUNCTION REDUCTED		FUNZIONE FISICA RIDOTTA								
More Dependent		PE-PD 11 - 18								
No clinical variables used	35	PE2 16 - 18	0,763	53,83		32,57	86,40		0,00	86,40
days a week: see list of activities. Below:	36	PE1 16 - 18	0,644	45,47		32,57	78,04		0,00	78,04
	37	PD2 11 - 15	0,718	50,66		32,57	83,23		0,00	83,23
	38	PD1 11 - 15	0,609	42,97		32,57	75,54		0,00	75,54
More Independent		PC-PA 4 - 10								
amputation care, splint care, training in	39	PC2 9 - 10	0,678	47,82		32,57	80,39		0,00	80,39
dressing, or grooming, eating or swallow.,	40	PC1 9 - 10	0,564	39,80		32,57	72,37		0,00	72,37
transfer, bed mobility or walking,	41	PB2 6 - 8	0,611	43,14		32,57	75,72		0,00	75,72
communication, scheduled toileting prog.	42	PB1 6 - 8	0,533	37,63		32,57	70,20		0,00	70,20
or bladder retraining.	43	PA2 4 - 5	0,559	39,46		32,57	72,04		0,00	72,04
	44	PA1 4 - 5	0,507	35,79		32,57	68,36		0,00	68,36

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.

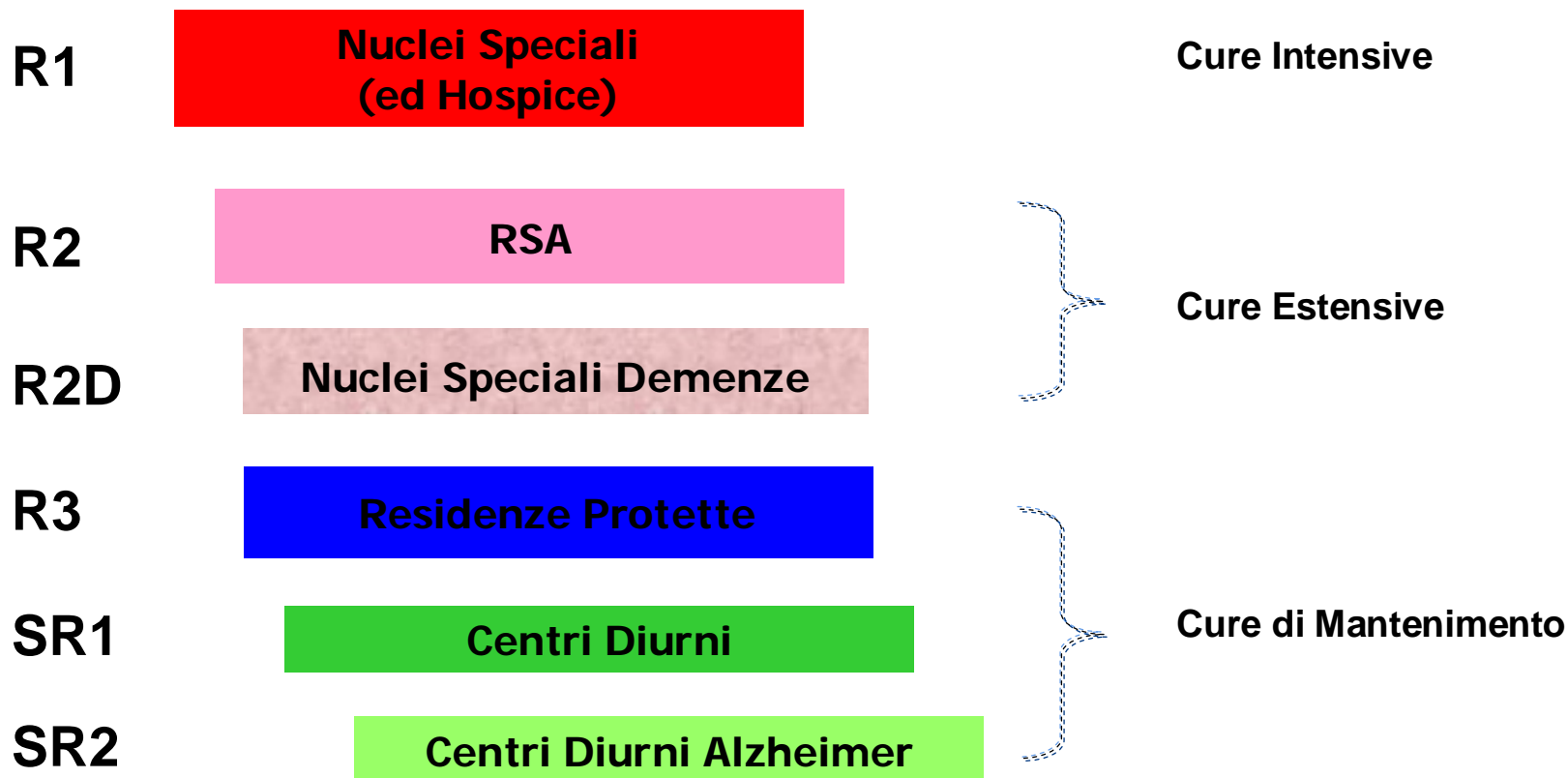
Dal CASEMIX alla Prestazione

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



Commissione LEA : Classificazione dei livelli assistenziali residenziali**R1**

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

R2

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.

R2D

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (*Nuclei Alzheimer*) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".

R3

Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

SR1

Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni

SR2

Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

Banca dati RUG Italia

Classi di Accreditamento

Tipologia	Macro-Gruppi RUG	Pazienti ammessi	Minuti Medi Assistenza	Peso Medio	Tariffa media
Unità Speciali	Extensive Special Care + Coma	all (not more than 20%)	357,92	1,682	222,14
RSA	Extensive Special Care Special Care Clinically Complex Impairment Cognition Behaviour Problems	(not more than 20%) all all all (not more than 20%)	212,32	0,981	111,91
Residenze Protette	Impairment Cognition Behaviour Problems Reduced Physical Funct.	(not more than 20%) (not more than 20%) all	152,43	0,716	76,20

Flusso Informativo NSIS Residenziale

I Dati delle Regioni che utilizzano sistemi di case-mix omogenei vengono gestiti dalle relative “agenzie” che eseguiranno un servizio di elaborazione dati comune con seguenti obiettivi:

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