

il luogo
dove **Ricerca e**
Assistenza
si tengono per mano



Istituto
di Ricovero
e Cura
a Carattere
Scientifico

HEALTH
AND SCIENCE
ON AGING

*Il VAOR come strumento per la
determinazione del fabbisogno assistenziale:
dal RUG all'HUG*

Fabrizia Lattanzio

Strumenti di Clinical Governance: Il Vaor

Dimensione organizzativa
e gestionale

Risk management

Ciclo di miglioramento
continuo

Benchmarking

Audit

Indicatori di qualità

Case mix

Allocazione delle risorse

Bisogni assistenziali

Valutazione outcome

Training personale

Database

Valutazione
Identificazione aree
problematiche

Piano assistenziale
LLGG Assistenziali

Intervento
Verifica

Coinvolgimento
dell'ospite e
della famiglia

Dimensione
assistenziale

CM Payment: Why Do You Care?

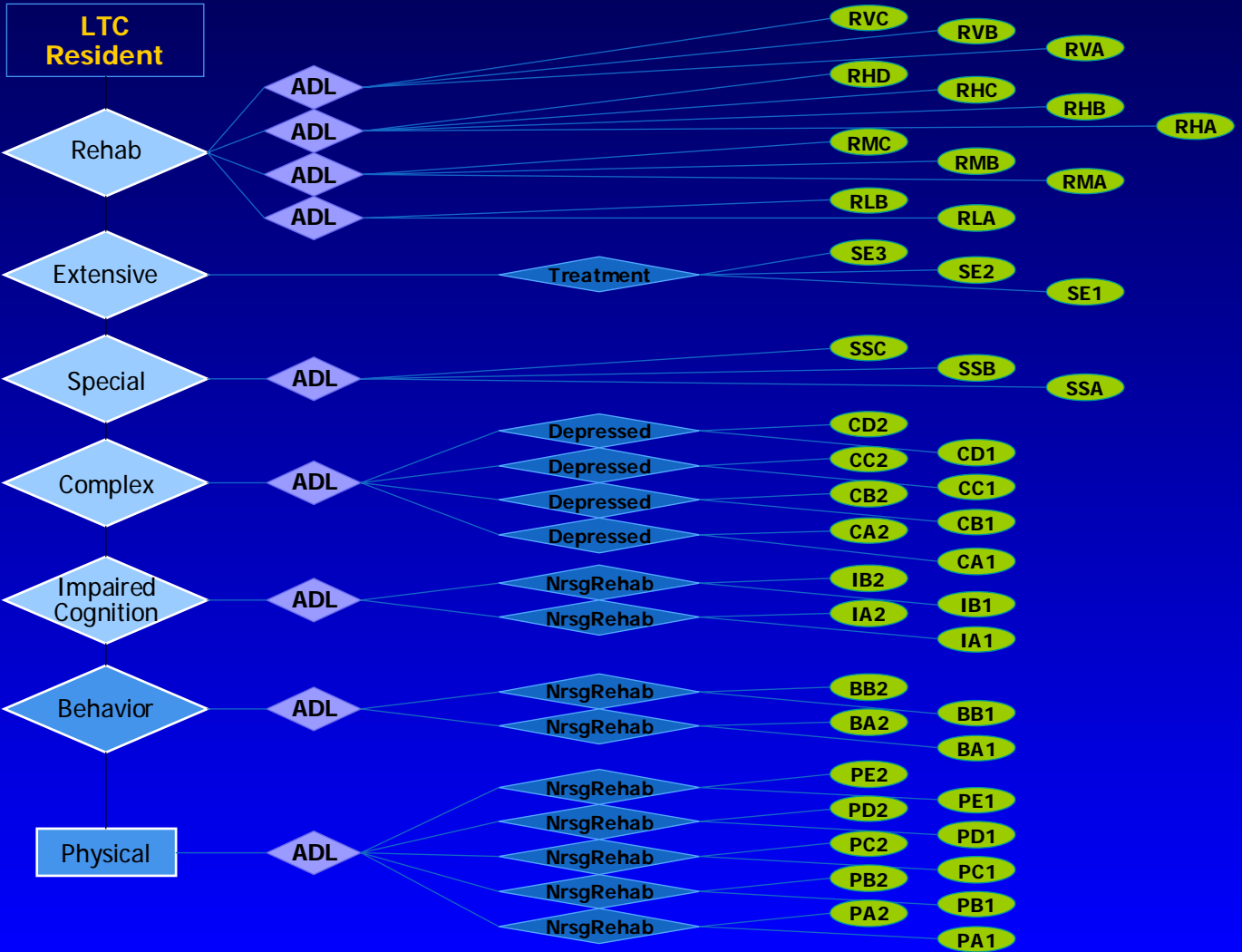
- Programs need resources to provide appropriate care
 - ... and no more than they need
- Access for heavy-care residents
- Assignment of resources to meet person-centered goals

Il sistema RUG-III

Il Sistema RUG è costruito sulla base informativa fornita da un subset di 109 *items* del Minimum Data Set (MDS). La scheda viene compilata dal personale infermieristico all'ingresso, ogni 90 giorni, alla dimissione e dopo ogni significativa modifica della condizioni cliniche o assistenziali. Personale addestrato impiega meno di 20' per compilare la scheda.

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



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.

ADL nel RUG-III

Per **Mobilità a letto, Trasferimenti, Uso del WC**

1. Indipendente o supervisione
3. Assistenza limitata
4. Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di due persone
5. Assistenza intensiva o dipendenza totale con aiuto fisico di più due persone

Per **Mangiare**

1. Indipendente o supervisione
2. Assistenza limitata
3. Assistenza intensiva o dipendenza totale (inclusa alimentazione parenterale ed enterale)

* **Si fa la somma del punteggio ottenuto dalle quattro ADL**

I RAGGRUPPAMENTI RUG

Riabilitazione

Cure intensive

Cure Specialistiche

Polipatologia

Deficit Cognitivi

Problemi di comportamento

Riduzione Funzione Fisica

Attribuzione
del paziente al
raggruppamento
principale dei RUG



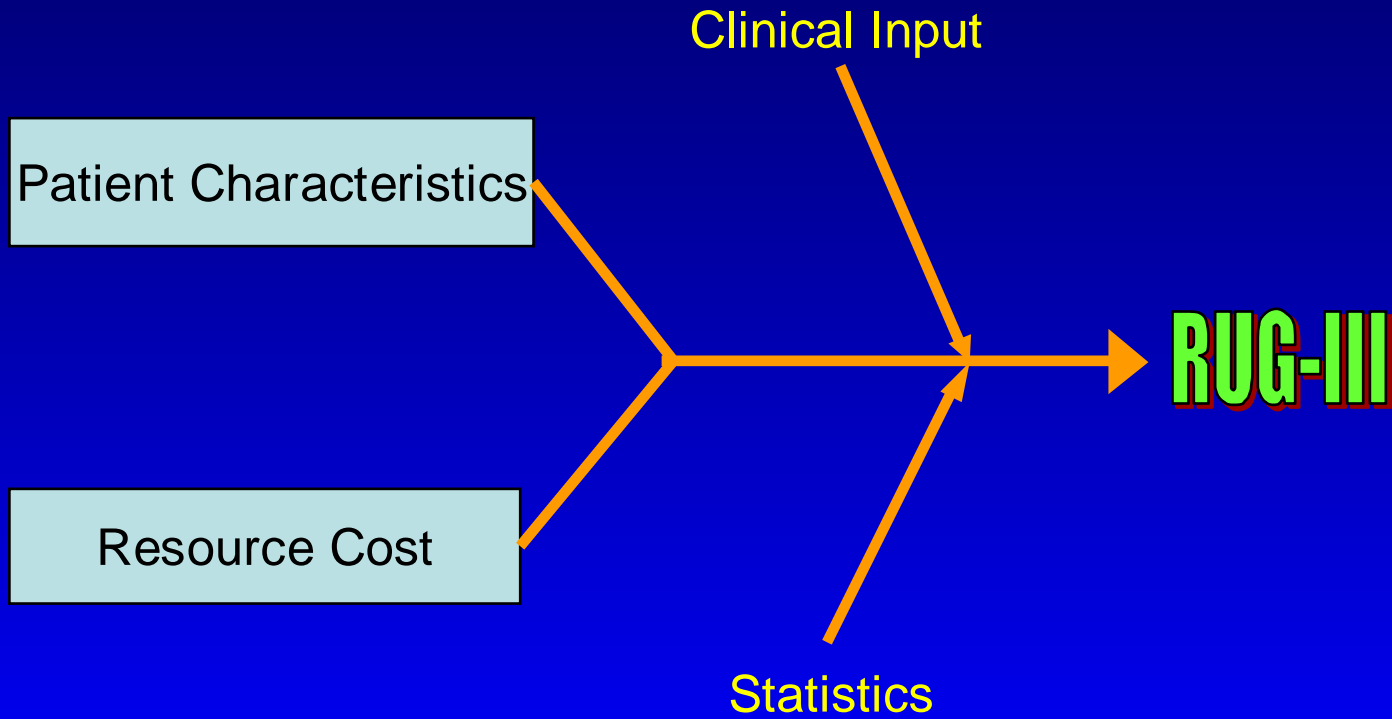
Patient Characteristics

Resource Cost

Clinical Input

Statistics

RUG-III



Case Mix

- Identifica gruppi di pazienti che richiedono diversi livelli di assistenza
- Si basa sulle principali condizioni cliniche, sulla funzione fisica e cognitiva, sulla tipologia di trattamento, etc.
- La sua applicazione principale consiste in un sistema di rimborso, ma può avere altri utilizzi

Utilizzi del Case Mix

- Sistema di pagamento
- Confronto tra strutture
- Management delle strutture
- Monitoraggio delle modificazioni temporali dei residenti
- Utilizzo per misurazioni di outcome

Case Mix: Opportunità

- Link tra sistema di rimborso e consumo di risorse
- Monitoraggio individualizzato per specifiche tipologie di residenti
- Confronto tra programmi
- Piani di assistenza diversi per sottogruppi di pazienti
- Monitoraggio del trend nelle popolazioni assistite

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 educatori e ausiliari*
 - *Terapisti della riabilitazione*

Dal Case-mix ai sistemi di remunerazione

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

Variabili Dipendenti

Misura dei Costi

- Personale infermieristico e ausiliario
 - Autoregistrazione del tempo di assistenza nelle 24 ore
 - “Tempo specifico per Residente”
 - “Tempo unitario”
 - Wage-weighted to 24-hour cost

⇒ Costi infermieristici

Variabili Dipendenti

Misura dei Costi

- Altro personale
 - Terapisti della riabilitazione, del linguaggio, occupazionali, assistenti sociali
 - Tempo di assistenza in 1 settimana
 - Divide by 7 and wage-weighted to 24-hour cost

Costi di trattamento

Variabili Dipendenti

Misura dei Costi

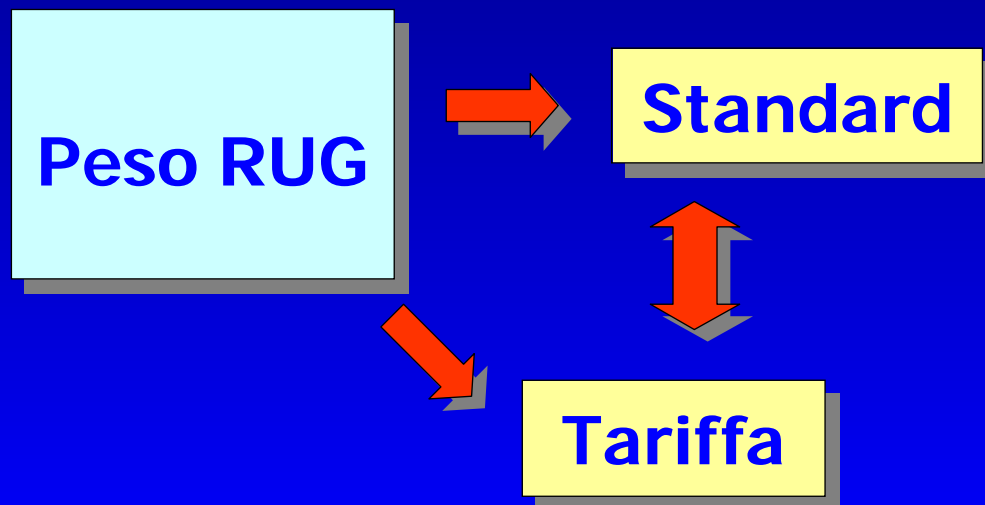
- Altri Costi
 - Molto bassi (es., personale medico)
 - Scarsamente collegati al singolo residente
 - Highly correlated with measured staff cost

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



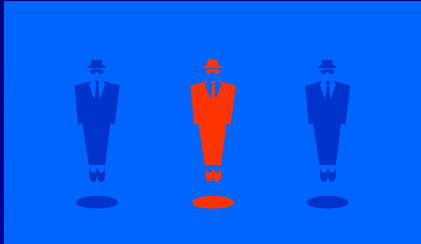
L'assistenza può essere classificata in specifica ed aspecifica:

Assistenza Specifica:

Prestazioni e lavoro rivolti direttamente al paziente per la valutazione, programmazione e somministrazione della terapia, mobilitazione, 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

Comparing CM System

DRGs

- Groups
- Episode-based
- Diagnosis-driven
- 400+ groups
- Explains LOS as a predictor of cost
- Outlier policy

RUGs

- Groups
- Per-diem
- Functionality driven
- 44 groups
- Explains directly measured cost
- No outliers

Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy

*Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F,
Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L.*

Aging Clin Exp Res 2003;15:243-253

Mattoni 12
“Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”

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

Coordinatore Scientifico
Enrico Brizioli
Regione Marche

Moduli Residenziali

R1

**Nuclei Speciali
(ed Hospice)**

Cure Intensive

R2

RSA

Cure Estensive

R2D

Nuclei Speciali Demenze

R3

Residenze Protette

SR1

Centri Diurni

Cure di Mantenimento

SR2

Centri Diurni Alzheimer

CASE-MIX ASSISTENZIALE

Il Mattone 12 definisce le modalità per l'adozione di strumenti di analisi del case-mix assistenziali, nonché un data set minimo di informazioni che alimenteranno il flusso informativo nazionale sul modello della SDO ospedaliera.

CASE-MIX ASSISTENZIALE

- La sussistenza di un flusso informativo nazionale omogeneo e completo costituisce elemento essenziale per il monitoraggio del livello di assistenza, per la sua programmazione, per la compensazione della mobilità interregionale.
- L'utilizzo di strumenti di analisi del case-mix rappresenta nel contempo elemento essenziale per la programmazione del percorso assistenziale e per la verifica dell'assistenza erogata.

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)**



- ❖ 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 (Ircs) Regione Marche
- Ass Famiglia Regione Lombardia
- Ass. Sanità – Regione Veneto
- Agenzia Sanitaria – Regione Liguria

Debito Informativo Residenziale

A Livello di Struttura

Scheda VMD

A Livello Regionale

Scheda RUG
SOSIA
SVAMA
AGED

A Livello di Nazionale
(NSIS)

Dati FAR

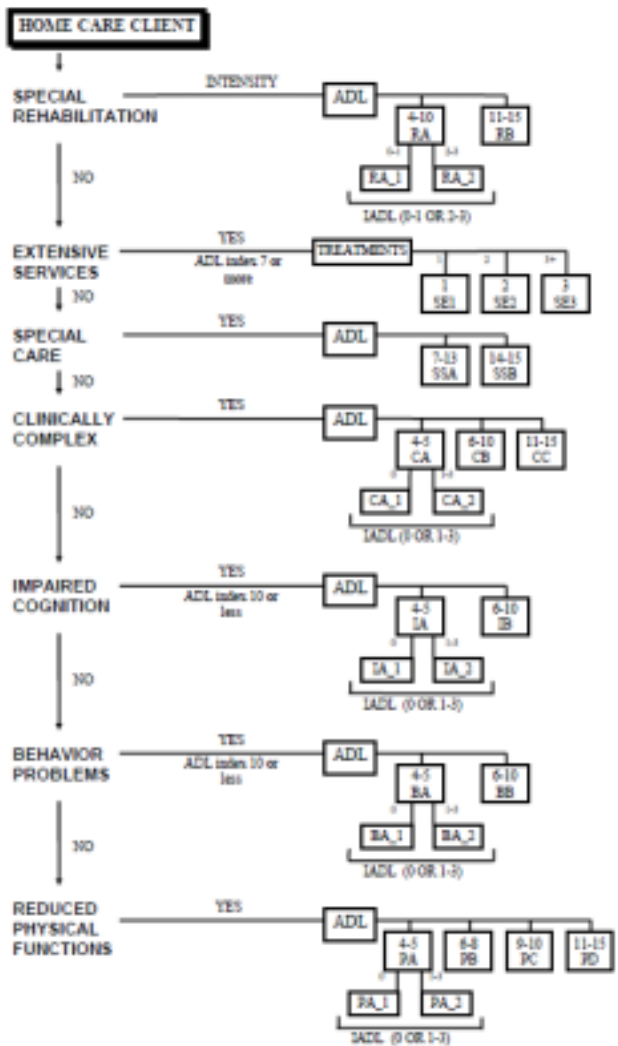
Flusso Informativo NSIS Residenziale

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

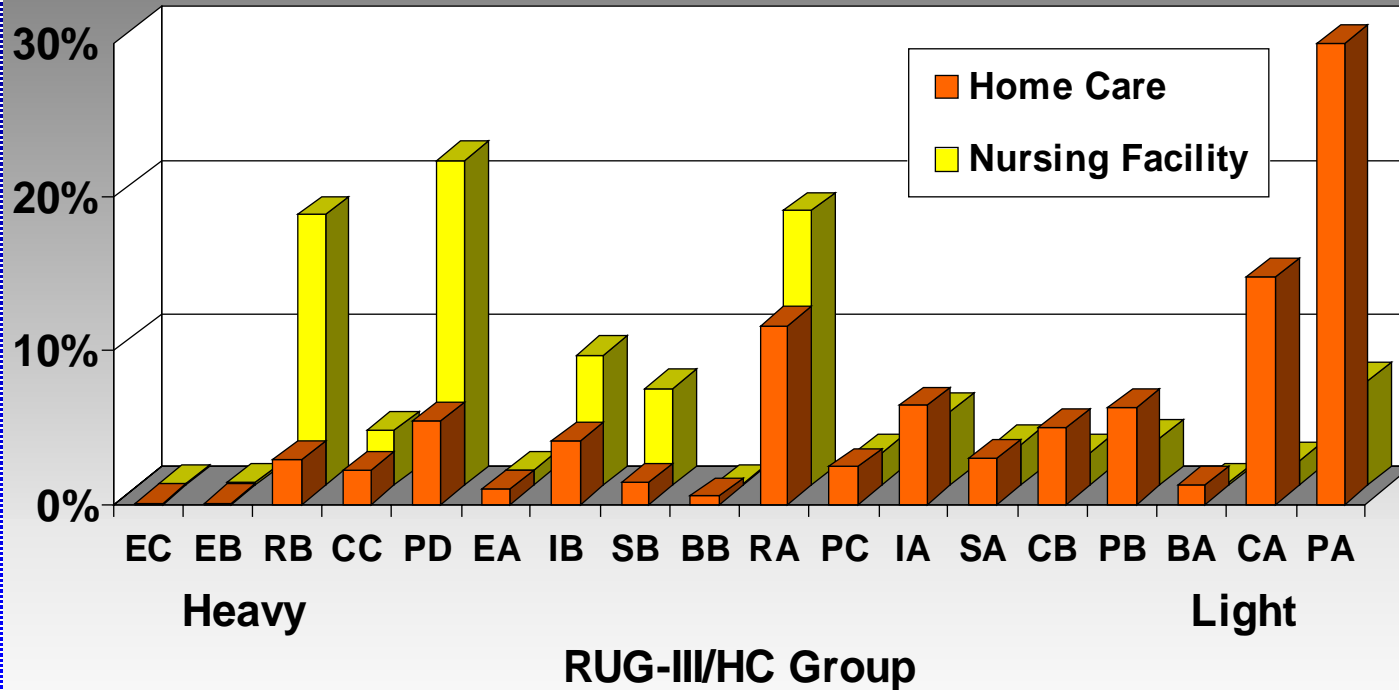
- Codice e Tipologia di struttura (prestazione)**
- Dati anagrafici**
- Dati Paziente su autonomia, cognitività, trattamenti speciali, comportamento, socio-economici**

I RUG per l'Home Care

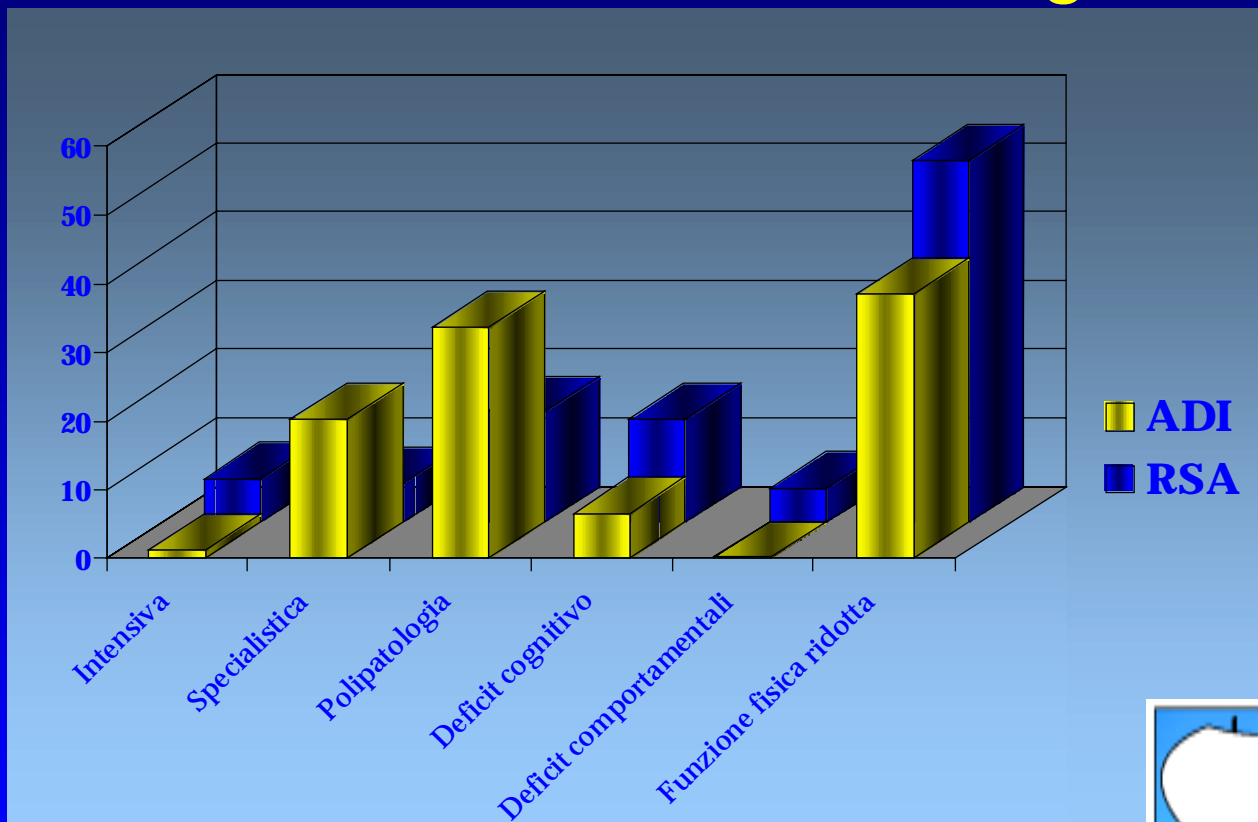
RUG-III/HC Home Care Classification



Comparing Persons Served in Two Michigan Settings



RUG: Confronto fra soggetti assistiti nei due setting



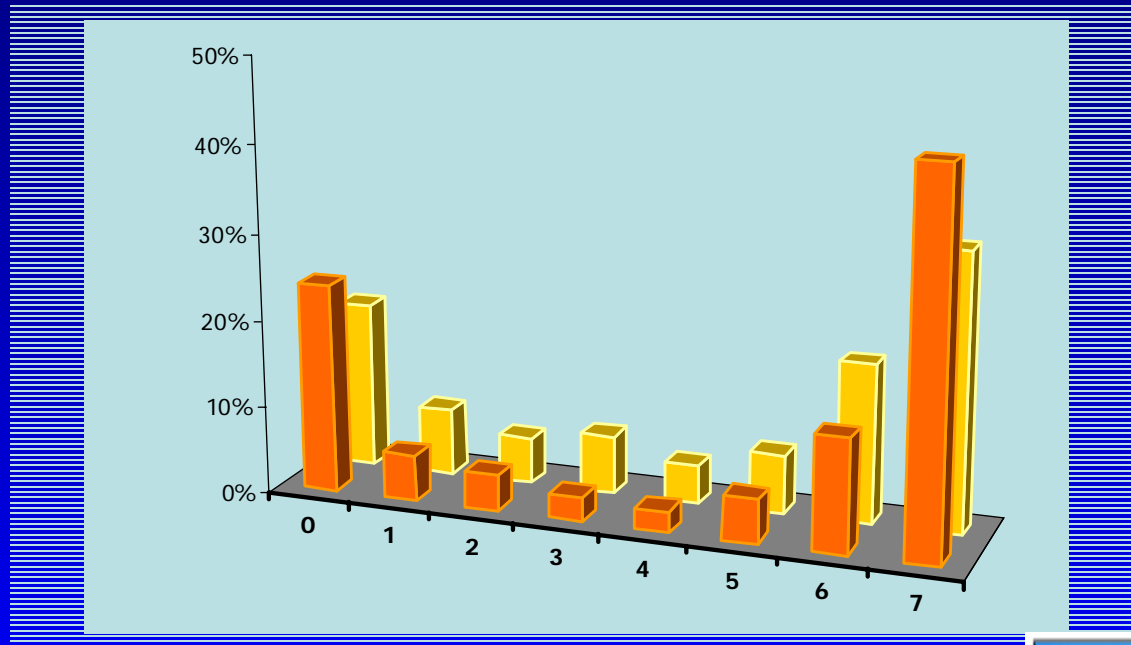
Servizi extra-ospedalieri

	RSA	ADI
Età (media)	83.3	80.7
Disabilità (%) (dip. in almeno 1 ADL)	60.4	57.2
Deficit Cognitivo (CPS ≥ 3) (%)	61.5	50.8
N patologie (media)	4.5	2.4
N farmaci (media)	5.0	3.5
Scompenso Cardiaco	7.5	13.7
Diabete	16.2	19.9
Vasculopatia cerebrale	22.4	23.6



Compromissione funzionale per setting

ADI RSA

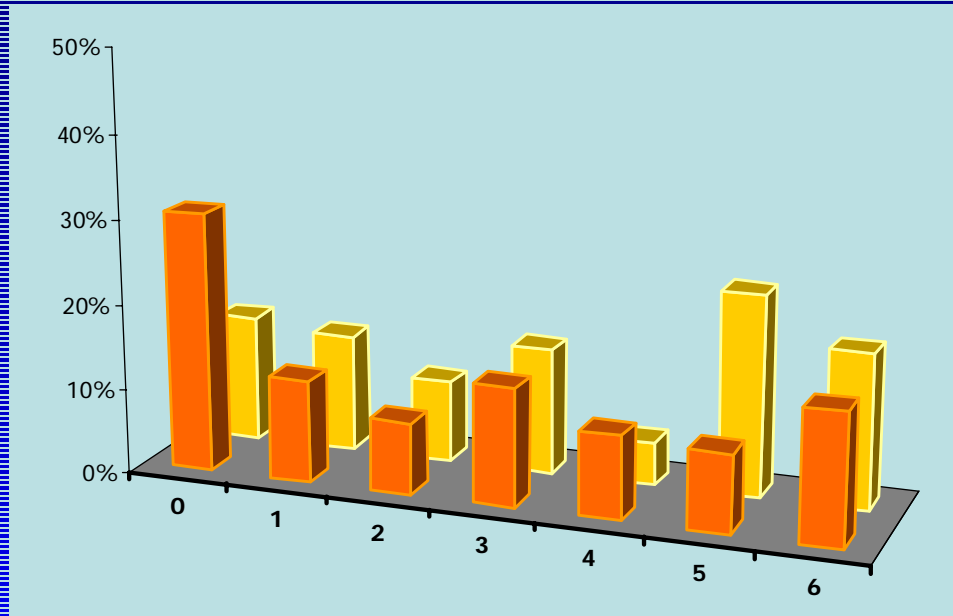


ADL



Compromissione cognitiva per setting

ADI RSA



CPS



La definizione del case-mix nelle cure domiciliari: implementazione del sistema RUG-III HC in Italia

- Implementazione del sistema RUG-III HC per la classificazione del fabbisogno assistenziale e per la definizione del case-mix delle cure domiciliari rivolte all'anziano non autosufficiente.

Obiettivo 1: Determinare le caratteristiche degli anziani in ADI e le tipologia delle prestazioni erogate.

- Descrizione delle caratteristiche clinico-funzionali degli anziani assistiti in ADI valutati mediante il RAI-HC.
- Distribuzione delle classi di fabbisogno assistenziale ottenuta dall'applicazione del sistema RUG-III HC nei pazienti ultrasessantacinquenni partecipanti al progetto.
- Valutazione a 12 mesi degli *health outcomes*, quali funzione fisica e cognitiva, tono dell'umore, numero medio di malattie e di farmaci, qualità della vita.
- Valutazione a 12 mesi del tasso di mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, sulla base dell'utilizzo di database amministrativi.
- Individuazione delle prestazioni erogate in ADI ed incluse nei LEA.
- Stima dell'impatto del sistema RUG sulla distribuzione delle risorse socio-sanitarie erogate nei diversi setting assistenziali.

Obiettivo 2: Definizione del sistema di “pesi” assistenziali e dei costi dell’assistenza erogata.

- Associazione tra le prestazioni erogate e la classe di RUG-III HC
- Determinazione degli standard di personale in relazione alla classe di RUG-III HC
- Costruzione di un sistema di pesi in grado di fungere da base per la gestione di un sistema tariffario
- Costruzione del sistema tariffario
- Calcolo dei costi dell’ADI

Strumenti di Clinical Governance: Il Vaor

Dimensione organizzativa
e gestionale

Risk management

Ciclo di miglioramento
continuo

Benchmarking

Audit

Indicatori di qualità

Case mix

Allocazione delle risorse

Bisogni assistenziali

Valutazione outcome

Training personale

Database

Valutazione
Identificazione aree
problematiche

Piano assistenziale
LLGG Assistenziali

Intervento
Verifica

Coinvolgimento
dell'ospite e
della famiglia

Dimensione
assistenziale

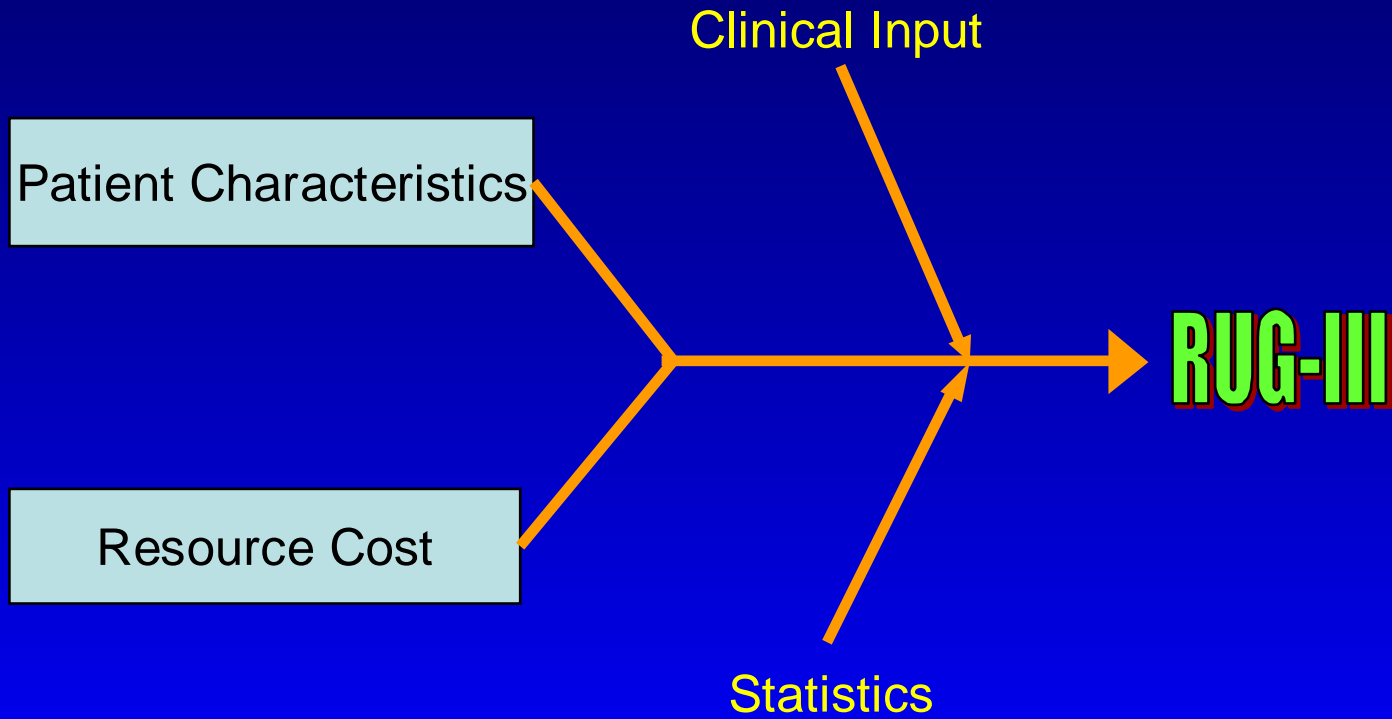
Patient Characteristics

Resource Cost

Clinical Input

Statistics

RUG-III



Costo standard in Sanità

Il costo-standard è il costo di riferimento della produzione di un oggetto o di un servizio in condizioni di buona efficienza produttiva.

Valore predeterminato per realizzare una data unità di prodotto (DRG, prestazione, tipo di assistenza, ...)

L'attenzione si deve focalizzare sulla spesa di "produzione" e sui "destinatari" dei prodotti e non sulla spesa storica sostenuta

La spesa per l'assistenza

La spesa pubblica – anno 2007 – per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti, secondo le risultanze della Ragioneria dello Stato, ammonta a:

17,3 miliardi di euro, pari a **1,13% del PIL** così ripartita sul PIL

- Componente sanitaria * 0,46%
- Indennità di accompagnamento 0,54%
- Componente comunale (Sad) 0,13%

*nei diversi regimi assistenziali.

Spesa Standard / Spesa Effettiva

Fonte relazione Ragioneria dello Stato 2009

Spesa Standard LEA
Spesa Effettiva

