

Progetto 2018

INDICARE SALUTE

INDICATORI E STRUMENTI PER LA GOVERNANCE CLINICO-ASSISTENZIALE
E LA QUALITÀ DELLA PRESA IN CARICO IN RSA



SCHEDARIO SINTETICO DEGLI INDICATORI

INDICE

AREA	INDICATORI
1. CADUTE	
Indicatori base	1.1 Persone cadute nel periodo di riferimento 1.2 Cadute multiple 1.3 Cadute con esito 1.4 Cadute con esito minore 1.5 Cadute con esito maggiore 1.6 Cadute con esito minore sul totale cadute con esiti 1.7 Cadute con esito maggiore sul totale cadute con esiti 1.8 Cadute in ingresso in RSA 1.9 Cadute avvenute nel periodo di riferimento
Indicatori di approfondimento	1.9.1 Luogo caduta WC /bagno 1.9.2 Luogo caduta camera degenza 1.9.3 Luogo caduta spazi comuni 1.9.4 Luogo caduta spazi esterni 1.9.5 Fascia oraria 06.00 -13.59 1.9.6 Fascia oraria 14.00 – 20.59 1.9.7 Fascia oraria 21.00 - 5.59
2 CONTENZIONE FISICA	
	2.1 Persone soggette a contenzione fisica 2.2 Persone soggette a contenzione fisica – solo spondine 2.3 Persone soggette a contenzione fisica con contenzione revisionata 2.3.1 Eventi di contenzione fisica 2.4 Pluralità di dispositivi di contenzione fisica 2.5 Rimozione della prescrizione di contenzione fisica a seguito di revisione



3 DOLORE

- 3.1 Persone valutate (per la presenza di dolore) nel giorno indice
- 3.2 Persone con dolore nel giorno indice
- 3.3 Persone con dolore moderato – severo nel giorno indice
- 3.4 Persone con dolore severo nel giorno indice
- 3.5 Tempestività del trattamento del dolore
- 3.6 Monitoraggio dell'efficacia della terapia antalgica
- 3.7 Tempestività della valutazione medica del dolore
- 3.8 Qualità della prescrizione farmacologica di oppioidi in presenza di dolore
- 3.9 Sistematicità della rilevazione del dolore

4 CURE DI FINE VITA

- 4.1 Persone decedute in RSA
- 4.2 Identificazione del fine vita in RSA
- 4.3 Elaborazione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita
- 4.4 Condivisione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita con i familiari/cari
- 4.5 Rielaborazione in equipe dell'accompagnamento nel fine vita

5 NUTRIZIONE

- 5.1 Perdita di peso significativa
- 5.2 Valutazione rischio nutrizionale
- 5.3 Assunzione integratori naturali
- 5.4 Persone con disfagia
- 5.5 Prevalenza PEG
- 5.6 Percorso di applicazione della PEG

6 LESIONI DA PRESSIONE

- 6.1 Lesioni da pressione Prevalenza
 - 6.1.1 Lesioni da pressione Stadio I
 - 6.1.2 Lesioni da pressione Stadio II
 - 6.1.3 Lesioni da pressione Stadio III
 - 6.1.4 Lesioni da pressione Stadio IV
- 6.2 Residenti accolti in RSA con lesioni da pressione
- 6.3 Lesioni da pressione – incidenza
- 6.4 Lesioni da pressione – processo di presa in carico
- 6.5 Sviluppo nuove lesioni da pressione
- 6.6 Lesioni multiple
- 6.7 Interventi nutrizionali specifici

7 TERAPIA FARMACOLOGICA	<p>7.1 Errori farmacologici nella gestione della terapia</p> <p>7.2 Multifarmacoterapia - 1</p> <p>7.3 Multifarmacoterapia - 2</p> <p>7.4 Utilizzo degli antipsicotici</p> <p>7.5 Utilizzo degli antipsicotici in persone senza una diagnosi primitiva psichiatrica</p> <p>7.6 Utilizzo delle benzodiazepine</p> <p>7.7 Utilizzo di inibitori della pompa protonica</p> <p>7.8 Utilizzo di difosfonati / farmaci antiassorbitivi</p>
8 PREVENZIONE DELLA PERDITA FUNZIONALE	<p>8.1 Valutazione delle capacità funzionali all'ingresso</p> <p>8.2 Valutazione perdita funzionale da istituzionalizzazione</p> <p>8.3 Presa in carico della perdita funzionale</p>

DATI IN INGRESSO DA RACCOLGERE

Per ogni ente viene creata una scheda struttura che deve essere compilata al primo accesso al sito www.indicaresalute.it e ad ogni modifica dei dati ivi riportati.

ANAGRAFICA AZIENDA

1. Denominazione Azienda;
2. Via, CAP, Città, Provincia;
3. Telefono, Fax, Email, PEC;
4. Sito internet;

ANAGRAFICA PERSONA DI RIFERIMENTO PER LA RACCOLTA DATI

5. Nome e Cognome
6. Ruolo organizzativo
7. Professione
8. Email

DATI AZIENDA

8. Identificativo Azienda
9. Indicatori a cui ha aderito l'Azienda:
 - Cadute
 - Contenzione
 - Dolore
 - Cure di fine vita
 - Nutrizione
 - Lesioni da pressione
 - Terapia farmacologica
10. Posti Letto
 - a) posti letto per anziani non autosufficienti (a qualunque titolo classificati) – per Trentino posti di RSA + Nucleo (anche non convenzionati) + posti di emergenza;
 - b) posti letto per anziani autosufficienti (a qualunque titolo classificati) - per Trentino equivalgono ai posti di casa di soggiorno;
 - c) posti specificatamente destinati a permanenza breve e a rotazione degli utenti - per Trentino equivalgono ai posti di sollievo esclusi i posti di emergenza;
 - d) n. totale di posti letto.

ALCUNE NOTE GENERALI DI CALCOLO DEGLI INDICATORI

Numero di giorni di presenza nel periodo di riferimento: numero di residenti presenti R.S.A. (e posti di sollievo) in un preciso momento. Può essere presa la mezzanotte oppure un qualunque altro momento della giornata, l'importante è che il conteggio sia fatto ogni giorno allo stesso momento e la presenza per almeno parte del giorno.

Numero di residenti presenti nel periodo di riferimento: n. di residenti presenti all'inizio del periodo di riferimento + n. residenti entrati nel periodo di riferimento.

AREA N° 1: CADUTE

Le fratture associate a caduta nell'anziano sono un'importante causa di morbidità. Ogni anno circa un terzo dei soggetti che hanno più di 65 anni è vittima di una caduta e fra gli anziani istituzionalizzati la percentuale aumenta fino al 50%. Si stima, infatti, che nelle case di riposo vi siano ogni anno 1,5 cadute per posto letto e in media 2,6 cadute per persona. Le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte. La frattura di femore, importante possibile conseguenza di una caduta nella metà dei casi comporta una inabilità permanente alla deambulazione dell'anziano e la morte per complicanze nel 20%. Le cadute possono determinare: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita. Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un maggior carico sui servizi sanitari con conseguente aumento dei costi sanitari e sociali. E' fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

Caduta: improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo della persona e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include le persone che dormendo sulla sedia cadono per terra, le persone trovate sdraiate sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto.

Caduta registrata: una caduta che è registrata nel fascicolo/cartella del residente, in un report di un incidente, in un report di risk management o in qualsiasi altro documento organizzativo.

Gravità delle cadute

- **senza esiti:** cadute che non hanno prodotto nessun tipo di danno;
- **con esiti minori:** lesioni gestite in RSA (abrasioni, contusioni, escoriazioni); l'evento con accertamento diagnostico senza fratture va inserito negli esiti minori.
- **con esiti maggiori:** cadute che hanno prodotto lesioni gravi o fratture che hanno richiesto un accertamento diagnostico (si ricomprende perdita della coscienza e cambiamento nello stato fisico/mentale della persona).

Riferimenti bibliografici

- Barelli P. (2006) Prevenzione delle cadute nell'anziano. Dossier Infad. N°5/2006;
- Ministero della salute (2011) raccomandazione n. 13, raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf. Acc. il 21.11.2014

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA CADUTE

Per la rilevazione dei dati di tutta l'area cadute:

Periodo di riferimento: mensile

Inclusioni: vanno considerati tutti i residenti presenti in RSA e nei posti di sollievo nel periodo di riferimento (presenti all'inizio del periodo di riferimento + residenti entrati nel periodo di riferimento).

Si ricorda che per tutti gli indicatori dell'area, tranne l'indicatore 1.9, il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

1.1 Persone cadute nel periodo di riferimento

$$\frac{\text{numero di persone con almeno una caduta registrata nel periodo di riferimento}}{\text{numero di persone presenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.2 Cadute multiple

$$\frac{\text{numero di persone con più di una caduta nel periodo di riferimento}}{\text{numero delle persone cadute nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.3 Cadute con esito

$$\frac{\text{numero di cadute con danno (esito minore + esito maggiore) rilevate nel periodo}}{\text{numero di cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.4 Cadute con esito minore

$$\frac{\text{numero di cadute con esito minore rilevate nel periodo}}{\text{numero di cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.5 Cadute con esito maggiore

$$\frac{\text{numero di cadute con esito maggiore rilevate nel periodo}}{\text{numero di cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.6 Cadute con esito minore sul totale cadute con esiti

$$\frac{\text{numero di cadute con esito minore rilevate nel periodo}}{\text{numero di cadute con esiti registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.7 Cadute con esito maggiore sul totale cadute con esiti

$$\frac{\text{numero di cadute con esito maggiore rilevate nel periodo}}{\text{numero di cadute con esiti registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.8 Cadute in ingresso in RSA

$$\frac{\text{numero di persone cadute entro 72 ore dall'ingresso}}{\text{numero di nuovi ingressi nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9 Cadute avvenute nel periodo

$$\frac{\text{numero di cadute registrate nel periodo di riferimento}}{\text{numero dei giorni di effettiva presenza dei residenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

INDICATORI ULTERIORI E FACOLTATIVI - AREA CADUTE OPZIONALE

1.9.1 Luogo caduta WC / bagno

$$\frac{\text{numero cadute in bagno/wc}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9.2 Luogo caduta camera degenza

$$\frac{\text{numero cadute in camera}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9.3 Luogo caduta spazi comuni

$$\frac{\text{numero cadute negli spazi comuni}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9.4 Luogo caduta spazi esterni

$$\frac{\text{numero cadute negli spazi esterni}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Inclusioni: rientrano anche le cadute avvenute in uscite dalla struttura organizzate dalla stessa.

1.9.5 Fascia oraria 06.00 -13.59

$$\frac{\text{numero cadute avvenute nella fascia oraria 6.00 – 13.59}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9.6 Fascia oraria 14.00 – 20.59

$$\frac{\text{numero cadute avvenute nella fascia oraria 14.00 – 20.59}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

1.9.7 Fascia oraria 21.00 - 5.59

$$\frac{\text{numero cadute avvenute nella fascia oraria 21.00 – 5.59}}{\text{numero cadute registrate nel periodo di riferimento}} \times 100$$

AREA N° 2: CONTENZIONE FISICA

Il tema della contenzione e la sua applicazione è diventato, nel corso del tempo, oggetto di interesse da parte delle strutture di cura, dei familiari, dei residenti, dei media e del legislatore. L'uso inappropriato della contenzione, non è più tollerato ed espone a gravi conseguenze anche sul piano penale. Centrale è l'impiego di alternative alla contenzione, la loro gestione e pianificazione. La contenzione va limitata ai casi nei quali è necessario tutelare il residente in relazione a gravi conseguenze sul piano fisico o psicologico. In ogni caso, l'impiego della contenzione fisica produce sempre conseguenze sul benessere della persona. Le politiche organizzative devono favorire l'eliminazione della contenzione, limitandola alle sole situazioni nelle quali essa sia effettivamente giustificata e pianificando interventi alternativi di prevenzione. L'impiego e il monitoraggio di un indicatore, permette di analizzare i livelli di contenzione presenti all'interno dell'organizzazione e di confrontarli con quelli di altre strutture. La contenzione fisica deve essere normata da un protocollo e documentata da un foglio di rilevazione. Deve avere una prescrizione medica e un progetto dedicato.

Contenzione: qualsiasi dispositivo, manuale, fisico o meccanico, attaccato o adiacente al corpo della persona che ella non può facilmente rimuovere autonomamente che ne limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo.

Evento di contenzione fisica: una frazione temporale nella quale è usata la contenzione. Vanno conteggiati più eventi contenitivi, quando tra un evento contenitivo e l'altro intercorre almeno un'ora, come ad esempio la messa a letto pomeridiana.

Riferimenti bibliografici

Hofmann, H. and Hahn, S. (2013), Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. Journal of Clinical Nursing. doi: 10.1111/jocn.12384

Hamers JP1, Huizing AR.; Why do we use physical restraints in the elderly? 2005 Feb; 38(1):19-25.

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA CONTENZIONE FISICA

2.1 Persone residenti soggette a contenzione fisica

$$\frac{\text{numero di persone con prescrizione di contenzione fisica attiva}}{\text{numero di persone presenti nel giorno indice}} \times 100$$

Inclusioni: si ricorda che il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

Esclusioni: persone non presenti in struttura nel giorno indice

2.2 Persone soggette a contenzione fisica – solo spondine

$$\frac{\text{numero di persone con prescrizione attiva di sole spondine}}{\text{numero di persone presenti nel giorno indice}} \times 100$$

Inclusioni: si ricorda che il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

Esclusioni: persone non presenti in struttura nel giorno indice

2.3 Persone soggette a contenzione fisica con contenzione revisionata

$$\frac{\text{numero di contenzioni attive nel giorno indice con data di revisione entro i 2 mesi antecedenti}}{\text{numero di contenzioni attive nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di riferimento: 2 mesi antecedenti al giorno indice

2.3.1 Eventi di contenzione fisica

$$\frac{\text{numero eventi di contenzione}}{\text{numero giorni di effettiva presenza dei residenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Inclusioni: vanno considerati tutti i residenti presenti in RSA e posti di sollievo nel periodo di riferimento.

- **Numeratore:** per evento di contenzione si intende il numero di volte in cui è stata effettivamente applicata una contenzione (evento di contenzione) nel periodo di riferimento.
- **Denominatore:** si considerano i giorni di effettiva presenza in struttura nel periodo (senza i giorni di temporanea assenza, tipo ricovero ospedaliero).

Periodo di riferimento: mensile

2.4 Pluralità dei dispositivi di contenzione

$$\frac{\text{numero di persone con più di un dispositivo di contenzione}}{\text{numero di persone con almeno un dispositivo di contenzione nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di riferimento: giorno indice

2.5 Rimozione della contenzione a seguito di revisione

$$\frac{\text{numero di persone con contenzione fisica rimossa a seguito di revisione}}{\text{numero di persone contenute nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Esclusioni: persone alle quali è stata prescritta una contenzione temporanea ovvero che è stata prescritta per un evento di breve durata (inferiore a mezza giornata).

AREA N° 3: DOLORE

Nella popolazione anziana l'incidenza delle patologie cronico-degenerative che manifestano nel loro decorso una sintomatologia dolorosa tende ad aumentare con il crescere dell'età. Tuttavia, è stato evidenziato che gli anziani istituzionalizzati hanno un rischio significativo di ricevere un trattamento inadeguato per il dolore (Ferrel e altri, 1990). La prevalenza del dolore negli anziani varia, secondo vari studi, dal 45% a oltre l'80% e la popolazione residente nelle RSA sembra essere quella che presenta la maggiore quota di soggetti con dolore non controllato (Teno e altri, 2001). Da ciò nasce l'esigenza di fotografare la realtà della struttura attraverso indicatori di esito che permettano di conoscere quante persone presentano dolore rispetto al totale delle persone presenti in quella struttura in un giorno indice. Inoltre la presenza di un dolore moderato/severo può essere un sintomo di una patologia sottostante, modificabile con un trattamento clinico/farmacologico specifico. Una buona prassi è la valutazione medica completa comprendente anamnesi, esame obiettivo ed eventuali accertamenti diagnostici specifici in presenza di ogni dolore di recente insorgenza e di intensità moderata/severa.

La terapia con oppioidi è associata a degli effetti collaterali che possono essere rilevanti in termini di qualità di vita della persona. La stipsi è un effetto collaterale praticamente universale ed è un disturbo verso cui non compare adattamento nel corso del proseguo della somministrazione di oppioidi. Le linee guida consigliano un approccio proattivo a questo disturbo. L'indicatore vuole valutare la sensibilità del gruppo di lavoro agli effetti collaterali da oppioidi. L'uso contemporaneo di lassativi ed oppioidi è indicato in quanto lassativi di massa o naturali possono dare in questo specifico caso fecal impaction.

Uno degli aspetti critici che la letteratura internazionale identifica nella gestione di pazienti con dolore in RSA è la mancata verifica e condivisione dell'efficacia del trattamento proposto. La nuova strategia che viene sottolineata è quella di doversi occupare del risultato dell'intervento e non solo del processo. L'indicatore vuole verificare se il trattamento proposto è stato efficace nella riduzione del sintomo presentato. Il primo passo, anche se non esaustivo del processo e del risultato è la rivalutazione dell'efficacia del trattamento.

Per la valutazione del dolore si può fare riferimento a qualsiasi scala standardizzata validata in italiano. Per esempio: NRS, NOPPAIN, PAINAD, VNS, VRS, scala della faccia, MPQ, Abbey scale. Seguire la seguente griglia di riferimento:

Assenza di dolore	Dolore Lieve	Dolore moderato	Dolore severo
Qualsiasi scala: 0	Qualsiasi scala: 1-3	4 <= scala NRS – PAINAD <= 6	scala NRS - PAINAD >=7
		4 <= scala NOPPAIN < 26	scala NOPPAIN >=26

Il giorno indice per la rilevazione di questo indicatore è randomizzato su base mensile.

Riferimenti bibliografici:

Herman A:D: et al: Pain Management Interventions in the Nursing Home: A Structured Review of the Literature J Am Geriatr Soc 57:1258–1267, 2009.

R Baier: Ameliorating pain in Nursing Home. A collaborative Quality- improvement project. Journal of American geriatrics society 2004 52(12) 1988-19 Journal of American geriatrics society Volume 57, Issue 7, July 2009, Pages: 1258–1267

Codogan: A MDS prevalence of pain quality indicator: is it accurate and does it reflect difference in care process: Journal of American geriatrics society Volume 59, 2004, Pages: 281

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA DOLORE

Si ricorda che per tutti gli indicatori dell'area, il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

3.1 Persone valutate (per la presenza di dolore) nel giorno indice

$$\frac{\text{Numero di persone valutate (per la presenza di dolore) nel giorno indice}}{\text{Numero totale di persone presenti nel giorno indice}} \times 100$$

Esclusioni: persone non presenti in struttura nel giorno indice

3.2 Persone con dolore nel giorno indice

$$\frac{\text{Numero di persone con dolore, secondo la scala utilizzata, nel giorno indice}}{\text{numero di persone VALUTATE nel giorno indice}} \times 100$$

Esclusioni: persone non presenti in struttura nel giorno indice

3.3 Persone con dolore moderato nel giorno indice

$$\frac{\text{Numero di persone con dolore moderato, secondo la scala utilizzata, nel giorno indice}}{\text{numero di persone VALUTATE nel giorno indice}} \times 100$$

Esclusioni: persone non presenti in struttura nel giorno indice

3.4 Persone con dolore severo nel giorno indice

$$\frac{\text{Numero di persone con dolore severo, secondo la scala utilizzata, nel giorno indice}}{\text{numero di persone VALUTATE nel giorno indice}} \times 100$$

3.5 Tempestività del trattamento del dolore

$$\frac{\text{Numero di persone con dolore moderato o severo trattati entro 60 minuti dalla rilevazione}}{\text{numero di persone con dolore moderato o severo nel giorno indice}} \times 100$$

3.6 Monitoraggio dell'efficacia della terapia antalgica

$$\frac{\text{numero di persone con dolore moderato o severo con rivalutazione entro 60 minuti dall'intervento terapeutico nel giorno indice}}{\text{numero di persone con dolore moderato o severo trattati}} \times 100$$

Esclusioni: persone residenti non presenti in struttura nel giorno indice

3.7 Tempestività della valutazione medica del dolore

$$\frac{\text{Numero di persone con dolore moderato o severo, senza terapia in atto o con terapia risultata inefficace con valutazione medica entro 48 ore dalla rilevazione}}{\text{numero di persone con dolore moderato o severo nel giorno indice}} \times 100$$

3.8 Qualità della prescrizioni farmacologica di oppioidi in presenza di dolore

$$\frac{\text{numero di persone in terapia oppioide associata a lassativo}}{\text{numero di persone in terapia con oppioidi}} \times 100$$

3.9 Sistematicità della rilevazione del dolore (periodo di due settimane)

$$\frac{\text{numero di persone valutate, almeno una volta, per la presenza di dolore, con scala validata nel periodo di riferimento}}{\text{numero di persone presenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: due settimane indicate ogni mese sul sito www.indicaresalute.it – area DASHBOARD.

AREA N° 4: CURE DI FINE VITA

La gestione del residente nelle fasi terminali di vita implica una presa in carico globale del residente e del suo nucleo di relazione, al fine di permettergli di vivere fino alla fine con dignità e secondo i suoi desideri.

Ciò implica in primis l'eliminazione o la riduzione della sofferenza fisica, psichica, spirituale ed umana. A questo scopo è fondamentale garantire il riconoscimento, il trattamento, il monitoraggio dell'efficacia del trattamento di qualsiasi causa di sofferenza. Tutto il personale è implicato in questo percorso e le sue modalità di applicazione sono condivise ed esplicitate.

Con questo gruppo di indicatori si intende porre attenzione su come viene gestito il processo di accompagnamento alla fine della vita in RSA. In particolare l'attenzione viene posta alle équipe se si riuniscono e condividono gli interventi da adottare per accompagnare il residente durante la fase di "morte attiva", considerando la storia di vita, i desideri e le volontà di quel residente al fine di controllare i sintomi e garantire una buona morte e se vi è il coinvolgimento dei cari e familiari della persona stessa.

Morente/inizio del fine vita: l'identificazione del fine vita corrisponde all'identificazione di un cambiamento irreversibile. Può essere definito sulla base di scale standardizzate. Alcuni esempi di tali valutazioni possono essere:

- la valutazione basata sulla domanda sorprendente ("Saresti sorpreso se questa persona morisse nei prossimi 1-3 mesi?") che deve essere posta in équipe e la cui risposta deve essere registrata nella cartella clinica del residente;
- la compilazione e l'invio della scheda di segnalazione al Servizio di Cure Palliative della presenza in struttura di residente affetto da patologia neoplastica o da patologia non curabile è anche un'identificazione del percorso di fine vita;
- l'Indice prognostico multidimensionale (MPI) traduzione di Vidotto;
- Scale di valutazione MDS;

Riferimenti bibliografici

Gonzalo P et al: End of life transition among Nursing home residents with cognitive issues New England journal of medicine 365:13. 2011 1212

Mitchell S et al: The clinical course of Advanced dementia . New England Journal of medicine 2009. 361: 16. 1529

Ouslander J et al: Interventions to reduce Hospitalizations from Nursing Home: Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement project Journal of American geriatrics society 2011. 59: 745-753

The National Palliative care Program: Guidelines for palliative approach in residential Aged care Australian Government National Health and medical research Council 2006

Leland : Death and Dying . Management of patients with end stage disease Clinics in geriatric medicine 2000. 16 n 14. 875

Hanson L: Care of the dying in long-term settings. Clinics in geriatric medicine. 2000. 16.2. 225

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA CURE DI FINE VITA

Si ricorda che per tutti gli indicatori dell'area, il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

4.1 Persone decedute in RSA

$$\frac{\text{Numero di persone decedute in RSA}}{\text{Numero di persone decedute nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

4.2 Identificazione del fine vita in RSA

$$\frac{\text{Numero di persone identificate in fine vita e decedute in RSA nel periodo di riferimento}}{\text{numero di persone identificate in fine vita e deceduti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

4.3 Elaborazione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita

$$\frac{\text{Numero **PAI anticipati** per definire l'accompagnamento del morente}}{\text{Numero di persone in fine vita e deceduti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Inclusioni: al numeratore il n. di PAI anticipati per definire l'accompagnamento si riferisce alla popolazione del denominatore.

Al numeratore inserire il numero di PAI anticipati per definire l'accompagnamento, **ma anche** le riunioni di equipe (di almeno tre figure professionali diverse) formalizzate e registrate su diario clinico del residente con obiettivi ed interventi finalizzati ad accompagnare nel fine vita.

4.4 Condivisione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita con i familiari/cari

$$\frac{\text{Numero di PAI anticipati per definire l'accompagnamento del morente condivisi con i familiari/cari}}{\text{Numero di PAI anticipati per definire l'accompagnamento del morente}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Esclusione: chi non ha familiari e chi non ha risposto all'invito della struttura a condividere il progetto di accompagnamento per il fine vita.

4.5 Rielaborazione in equipe dell'accompagnamento nel fine vita

Numero casi (di persone in fine vita e decedute) rielaborati e discussi in equipe nel periodo di riferimento
Numero di persone in fine vita e deceduti nel periodo di riferimento x100

Periodo di riferimento denominatore: mese precedente al mese indice (se inserisco gennaio = n. persone in fine vita e deceduti nel periodo di dicembre; se inserisco febbraio = n. persone in fine vita e deceduti nel periodo di febbraio, etc)

Inclusione:

- **al numeratore** inserire il numero casi di accompagnamento discussi e rielaborati insieme all'equipe in una riunione, focus, momento dedicato e formalizzato. Il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

- **al denominatore**, al fine di dare un congruo tempo per organizzare un momento dedicato alla rielaborazione, inserire il n. di persone decedute nel mese precedente a quello di riferimento. Si riporta tabella esemplificativa:

<i>mese di inserimento dati</i>	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
<i>AL DENOMINATORE: n. di persone in fine vita e deceduti nel mese di</i>	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre

Esclusione: /

AREA N° 5: NUTRIZIONE

Le persone anziane presentano un aumentato rischio per quanto riguarda lo sviluppo di malnutrizione proteico-calorica per svariati fattori di ordine sociale, fisico, fisiologico e psicologico. I residenti delle residenze sanitarie assistenziali sono a elevato rischio di malnutrizione per difetto, che costituisce un problema clinico-assistenziale particolarmente rilevante. Tale rischio va monitorato con strumenti validati al fine di adottare appropriati interventi di prevenzione e controllo. Un'efficace e tempestiva attività di screening nutrizionale all'interno delle strutture si associa ad una minor prevalenza di malnutrizione. Gli interventi nutrizionali richiedono un percorso specifico e personalizzato, correlato alle condizioni cliniche del residente.

Una perdita di peso del 5% in tre mesi o 10% in sei mesi, non pianificata/ intenzionale, nei pazienti anziani si associa a peggioramento dello stato funzionale e a un incremento della morbidità e mortalità. La prevenzione della perdita di peso è essenziale per assicurare un appropriato introito nutrizionale. La misurazione della perdita di peso è tra le più frequentemente utilizzate per la valutazione della qualità dell'assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali. Si tratta di un indicatore chiave per la governance nutrizionale delle residenze sanitarie assistenziali. Una perdita di peso significativa, non pianificata/intenzionale, può essere indicativa di un'assistenza o di un programma nutrizionale non gestiti correttamente. Su residenti che hanno fatto registrare una variazione di peso rilevante è necessario effettuare una valutazione completa a supporto dell'implementazione di appropriati trattamenti nutrizionali.

Per la valutazione dello stato nutrizionale si può fare riferimento a qualsiasi scala standardizzata validata in italiano; in particolare per il rischio malnutrizione fare riferimento ai seguenti valori:

- MNA screening ≤ 7 persona malnutrita (da 8-11 a rischio di malnutrizione; da 12 a 14: stato nutrizionale normale)
- MNA valutazione globale < 17 (da 17 a 23,5 rischio malnutrizione; da 24 a 30 ben nutrito)
- MUST ≥ 2 alto rischio di malnutrizione

Si considerano integratori naturali:

crema budwig, olio di oliva, budino, grana, joghurt, gelato, uovo, miele, omogenizzato

Riferimenti bibliografici

Salva A, Coll-Planas L, Bruce S, De Groot L, ed alt. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. J Nutr Health Aging. 2009 Jun;13(6):475-83.

European Centre for Social Welfare Policy and Research (Coordinator) Measuring progress: indicators for care homes. Vienna: 2010. Available from: www.euro.centre.org/progress.

Lorini C, Mencacci M, Bonaccorsi G. Quality of care in nursing homes: a review of literature regarding structure, process and outcome indicators related to the risk of malnutrition. Ann Ig. 2012 Sep-Oct;24(5):359-68.

Schönherr S, Halfens RJ, Meijers JM, Schols JM, Lohrmann C. Structural and process indicators of nutritional care: a comparison between Austrian hospitals and nursing homes. Nutrition. 2012 Sep;28(9):868-73.

Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, Bauer JM. Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and the malnutrition universal screening tool. J Nutr Health Aging. 2013 Apr;17(4):326-31.

van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. A systematic review of malnutrition screening tools for the nursing home setting. J Am Med Dir Assoc. 2014 Mar;15(3):171-84.

Van Nie-Visser NC, Meijers JM, Schols JM, Lohrmann C, Bartholomeyczik S, Halfens RJ. Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes. J Clin Nurs. 2011 Sep;20(17-18):2501-8.

G Akiko Kamikado Pivi, PH Ferreira Bertolucci, R Rizek Schultz. Nutrition in Severe Dementia. Current Gerontology and Geriatrics Research, vol. 2012

Murden RA, Ainslie NK. Recent weight loss is related to short-term mortality in nursing homes. J Gen Intern Med. 1994;9:648-50.

Ryan C, Bryant E, Eleazer P, Rhodes A, Guest K. Unintentional weight loss in long-term care: predictor of mortality in the elderly. *South Med J*. 1995;88:721-4.

RTI International. MDS 3.0 quality measures user's manual. v8.0. Baltimore (MD): Center for Medicare & Medicaid Services (CMS); 2013 Apr 15. 80 p.

Bell CL, Tamura BK, Masaki KH, Amella EJ. Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency, a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Feb;14(2):94-100.

Mitchell SL, Teno JM, Roy J, Kabumoto G, Mor V. Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA*. 2003 Jul 2;290(1):73-80.

Cervo FA, Bryan L, Farber S. To PEG or not to PEG: A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics*. 2006;61:30-35.

European Centre for Social Welfare Policy and Research (Coordinator) Measuring progress: indicators for care homes. Vienna: 2010. Available from: www.euro.centre.org/progress.

Cai S, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Bynum JP, Mor V, Teno JM. Do patients with advanced cognitive impairment admitted to hospitals with higher rates of feeding tube insertion have improved survival? *J Pain Symptom Manage*. 2013 Mar;45(3):524-33.

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA NUTRIZIONE

Si ricorda che per tutti gli indicatori dell'area, il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

5.1 Perdita di peso significativa

$$\frac{\text{Numero di persone con variazione (in diminuzione) non pianificata di peso} \geq 5\%}{\text{Numero persone presenti in struttura da almeno 3 mesi rispetto al giorno indice}} \times 100$$

Verificare dei residenti presenti nel giorno indice in struttura, quale è stata la variazione di peso nei 3 mesi precedenti a partire dalla data dell'ultimo peso nel mese di riferimento.

Esclusione: persone con giorni di presenza in struttura di meno di 3 mesi, escludere i sollievi

5.2 Valutazione rischio nutrizionale

$$\frac{\text{Numero di valutazioni del rischio nutrizionale effettuate in concomitanza con il PAI (primo o revisione) nel periodo di riferimento}}{\text{Numero PAI effettuati nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

5.3 Assunzione integratori naturali

$$\frac{\text{Numero di persone malnutrite che assumono integratori naturali con indicazioni formali}}{\text{Numero persone malnutrite sulla base della scala utilizzata nel giorno indice}} \times 100$$

Indicazioni formali: indicazioni scritte per la somministrazione del pasto presenti o al cucinino di piano o nella scheda assistenziali oppure nel PAI, di qualsiasi durata e per qualsiasi quantità.

Periodo di riferimento: giorno indice

5.4 Persone con disfagia

$$\frac{\text{Numero di persone disfagiche riconosciute tali nel periodo di riferimento}}{\text{numero persone presenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Valutazione disfagia: risultato positivo al test dell'acqua (sui 3 livelli) e/o valutazione clinica positiva alla disfagia

Periodo di rilevazione: mensile

5.5 Prevalenza PEG

$$\frac{\text{Numero di persone portatrici di PEG}}{\text{Numero persone presenti nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Esclusioni: persone sui posti di sollievo

5.6 Percorso di applicazione della PEG

$$\frac{\text{Numero di PEG che sono state posizionate a seguito di processo decisionale in struttura}}{\text{Numero persone portatrici di PEG}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

AREA N° 6: LESIONI DA PRESSIONE

Il problema delle lesioni da pressione e delle sue implicazioni sia di tipo etico che economico, ha assunto negli ultimi anni sempre più importanza.

Lesione da pressione: Lesione tissutale localizzata alla cute e/o ai tessuti sottostanti che insorge generalmente sopra una preminenza ossea. L'ulcera è il risultato di una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra un piano di appoggio e la superficie ossea, spesso combinata a forze di stiramento/taglio (NPUAP 2014).

Numero di persone con almeno una lesione da pressione: si riferisce al numero di persone presenti nel giorno indice mensile con almeno una lesione da pressione.

Numero di persone presenti: il numero di persone presenti in struttura il giorno indice.

Persone ammesse in struttura: si intende tutti i nuovi ingressi, i rientri da ricoveri ospedalieri e altre strutture.

Stadiazione: La classificazione adottata è quella proposta dall'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), che individua l'evoluzione delle lesioni da decubito in 4 stadi.

- Stadio I: area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra;
- Stadio II: lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma; si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescicola o bolla;
- Stadio III: perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi;
- Stadio IV: la lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli, tendini, strutture capsulari ed osso.

Scale utilizzate: si possono usare tutte le scale standardizzate quali la Braden, Knoll, Norton, Waterlow, Exton-Smith.

	Assenza di rischio	Basso rischio
Scala Braden	Valore \geq a 18	valore compreso tra 15 (compreso) e 18 (escluso)
Scala Norton Exton – Smith	Valore \geq di 16	valore uguale a 15 - 16

Note

In presenza di escara non essendo possibile stabilire il grado di lesione sino a quando questa non venga rimossa pertanto non vanno conteggiate nel calcolo degli indicatori 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 e 6.1.4

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA LESIONI DA PRESSIONE

6.1 Lesioni da pressione - prevalenza

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno una lesione da pressione}}{\text{Numero persone presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

6.1.1 Lesioni da pressione Stadio I

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno 1 lesione da pressione al primo stadio}}{\text{Numero totale delle lesioni da pressione nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Esclusioni: lesioni da pressione che non possono essere stadiate per presenza di escara.

6.1.2 Lesioni da pressione Stadio II

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno 1 lesione da pressione al secondo stadio}}{\text{Numero totale delle lesioni da pressione nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Esclusioni: lesioni da pressione che non possono essere stadiate per presenza di escara.

6.1.3 Lesioni da pressione Stadio III

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno 1 lesione da pressione al terzo stadio}}{\text{Numero totale delle lesioni da pressione nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Esclusioni: lesioni da pressione che non possono essere stadiate per presenza di escara.

6.1.4 Lesioni da pressione Stadio IV

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno 1 lesione da pressione al quarto stadio}}{\text{Numero totale delle lesioni da pressione nel giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Esclusioni: lesioni da pressione che non possono essere stadiate per presenza di escara.

6.2 Persone accolte in RSA con ulcere da pressione

$$\frac{\text{Numero di persone accolte in RSA con almeno 1 lesione da pressione}}{\text{numero di nuovi ingressi nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Si ricorda che il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

6.3 Lesioni da pressione - incidenza

$$\frac{\text{Numero di persone che hanno sviluppato almeno 1 lesione da pressione, in qualche stadio, nel periodo di riferimento}}{\text{numero giorni di effettiva presenza}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Inclusioni: nel numeratore inserire tutte le persone che hanno sviluppato almeno una lesione nel mese di riferimento sia in struttura sia fuori (es. usciti per ricovero o altro).

6.4 Lesioni da pressione – processo di presa in carico

$$\frac{\text{Numero di persone con valutazione di rischio di sviluppo di lesioni da pressione all'entrata in struttura, secondo la scala utilizzata}}{\text{numero di nuovi ingressi nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Inclusioni: per il dato al numeratore, inserire le persone con qualsiasi tipo di rischio (escludere solo i residenti per i quali il punteggio di scala è risultato pari a "rischio assente").

Si ricorda che il numeratore è da individuare dalla popolazione del denominatore: quante, delle persone che sono entrate nel mese considerato, hanno una valutazione di rischio da decubito?

Periodo di riferimento: mensile

6.5 Sviluppo nuove lesioni da pressione

$$\frac{\text{Numero di persone identificate a basso rischio, secondo la scala utilizzata, che hanno sviluppato almeno 1 lesione da compressione, nel periodo di riferimento}}{\text{Numero di persone identificate a basso rischio secondo la scala utilizzata}} \times 100$$

Inclusioni:

- **Denominatore:** Scala Braden: basso rischio valore compreso tra 15 (compreso) e 18 (escluso)
Scala Norton Exton – Smith: basso rischio valore uguale a 15 o 16
- **Numeratore:** si ricorda che il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore: delle persone identificate a basso rischio nel mese considerato, quante hanno sviluppato almeno una lesione da compressione?

Si ricorda di utilizzare per il calcolo l'ultimo dato di valutazione disponibile per ogni residente.

Periodo di riferimento: mensile

6.6 Lesioni multiple

$$\frac{\text{Numero di persone con 2 o più lesioni da pressione in qualche stadio, nel periodo di riferimento}}{\text{Numero di persone che hanno almeno 1 lesione da pressione in qualche stadio, nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Si ricorda che il numeratore è da individuare dalla popolazione del denominatore; del numero di persone che hanno almeno una lesione da pressione in qualche stadio nel mese considerato, quanti hanno 2 o più lesioni?

Periodo di riferimento: mensile

6.7 Interventi nutrizionali specifici

$$\frac{\text{Numero di persone con almeno una lesione, malnutrite con intervento nutrizionale (integrazione energetica – proteica)}}{\text{Numero di persone con almeno 1 lesione da pressione e malnutriti, secondo le scale utilizzate}} \times 100$$

Inclusioni:

- **Numeratore:** si ricorda che il numeratore va individuato nella popolazione del denominatore: tra le persone con almeno 1 lesione e valutati come malnutriti nel mese considerato, quanti hanno un intervento nutrizionale in atto?

Periodo di riferimento: mensile

AREA N°7: TERAPIA FARMACOLOGICA

La prescrizione farmacologica in RSA è una attività complicata e complessa. Sono presenti, per la tipologia dei ricoverati e del setting, complessità di tipo procedurale (come garantire la giusta somministrazione in ambienti con ridotte risorse?), di tipo farmacodinamico (ad esempio l'aumentata eterogeneità del ricoverato), di tipo farmacocinetico (ad esempio il limite della multipatologia e multifarmacologia), e di appropriatezza (come identificare la prescrizione giusta per quel residente e per quel percorso e fase di vita?).

La gran parte dei ricoverati sono anziani fragili, spesso con multimorbilità fisica cognitiva e funzionale, a bassa aspettativa di vita, ma ad alta aspettativa di qualità di vita. Per questa tipologia di ricoverati non esiste il supporto della medicina basata sull'evidenza e delle linee guida patologia specifica.

La somministrazione della terapia è un processo complesso che comprende più fasi e che coinvolge più persone. Durante la somministrazione è facile andare incontro ad errore. L'errore può verificarsi in una qualsiasi fase del processo terapeutico e può determinare un evento avverso (adverse drug event), cioè un qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco. L'errore di terapia viene considerato un evento sentinella quando a esso consegue un evento avverso grave.

Processo di gestione della terapia:

- *Prescrizione del farmaco:* s'intende ogni indicazione medica rilasciata da un professionista autorizzato a prescrivere medicinali
- *Preparazione del farmaco:* va considerata quella fase del processo che inizia dopo la prescrizione del medico e precede l'assunzione. Di questa fase, fanno parte il giusto dosaggio, il giusto orario, il giusto farmaco.
- *Somministrazione del farmaco:* è la fase successiva alla preparazione e comprende: il giusto paziente, la giusta via di somministrazione e la verifica dell'avvenuta assunzione.

Farmaci antipsicotici: per il calcolo dell'indicatore 7.4 e 7.5 considerare i seguenti farmaci antipsicotici (tipici e atipici)

Farmaco	Principio attivo
Abilify	Aripiprazolo
Clopixol	Zuclopentixolo
Clozapina - leponex	Clozapina
Entumin	Clotiapina
Moditen	Flufenazina
Nozinan	Levomepromazina
Prozin - largactil	Clorpromazina
Risperdal	Risperidone
Serenase- haldol	Aloperidolo
Seroquel	Quetiapina
Talofen	Promazina
Trilafon	Perfenazina
Zyprexa	Olanzapina

Riferimenti bibliografici:

Steven A. Levenson . Evidence Rocks in Long-term Care, But Does It Roll? J Am Med Dir Assoc 2007; 8: 493-501
Debbie Tolson Medical Care in the Nursing Home Med Clin N Am 95 (2011) 595-614

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA TERAPIA FARMACOLOGICA

7.1 Errori farmacologici nella gestione della terapia

$$\frac{\text{Numero errori nel processo di gestione della terapia nel periodo di riferimento}}{\text{numero di persone presenti nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Inclusione: contare al numeratore tutti gli errori in fase di prescrizione, preparazione, e somministrazione della terapia farmacologica nel mese di riferimento.

Riferimenti bibliografici:

Noha Ferrah Systematic Review of the Prevalence of Medication Errors Resulting in Hospitalization and Death of Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc 2016.

7.2 Multifarmacoterapia - 1

$$\frac{\text{Numero di persone in trattamento con multifarmaco – terapia > 5 principi attivi}}{\text{numero di persone presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Al numeratore: persone che hanno più di 5 principi attivi, ovvero 6 e più principi attivi.

Inclusioni: nel conteggio dei principi attivi includere tutti i principi attivi come identificati dal CODIFA prescritti come terapia di base nel giorno indice, comprese le creme e gli unguenti che contengono un farmaco (es. cortisone)

Esclusioni: nel conteggio dei principi attivi escludere:

- le terapie al bisogno;
- la nutrizione enterale ;
- le creme e gli unguenti di tipo idratante che non contengono farmaco (esempio:, crema base);
- la terapia con sola fleboclisi per idratazione

Riferimenti bibliografici:

HM Holmes. Rational Prescribing for Patients With a Reduced Life Expectancy. Clinical pharmacology & Therapeutics | VOLUME 85 NUMBER 1 | JANUARY 2009

Bruce K. Tamura, MD Outcomes of Polypharmacy in Nursing Home Residents. Clin Geriatr Med 28 (2012) 217–236

Jeffrey Wallace Appropriate Prescribing and Important Drug Interactions in Older Adults. Med Clin N Am 99 (2015) 295–310

Antonio Cherubini Underprescription of Beneficial Medicines in Older People Causes, Consequences and Prevention . Drugs Aging 2012; 29 (6): 463-475

John E. Morley, MB, Polypharmacy in the Nursing Home. JAMDA – June 2009

AMANDA HANORA LAVAN. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age and Ageing 2017; 0: 1–8

Gunhild Nyborg . The Norwegian General Practice – Nursing Home criteria (NORGE-PH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. Health Care, 33:2, 134-141.

7.3 Multifarmacoterapia - 2

$$\frac{\text{Numero di persone in trattamento con multifarmaco} - \text{terapia} > 8 \text{ principi attivi}}{\text{numero di persone presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Al numeratore: persone che hanno più di 8 principi attivi, ovvero 9 e più principi attivi.

Inclusioni: nel conteggio dei principi attivi includere tutti i principi attivi prescritti come terapia di base nel giorno indice, in base alle note AIFA / CODIFA, comprese le creme e gli unguenti che contengono un farmaco (es. cortisone) **Esclusioni:** nel conteggio dei principi attivi escludere

- le terapie al bisogno;
- l'acqua della nutrizione enterale;
- le creme e gli unguenti di tipo idratante che non contengono farmaco (esempio: farmaci da banco, crema base);
- la terapia con sola fleboclisi

7.4 Utilizzo degli antipsicotici

Farmaci antipsicotici: per il calcolo degli indicatori 7.4 e 7.5 considerare i seguenti farmaci antipsicotici (tipici e atipici).

Farmaco	Principio attivo
Abilify	Aripiprazolo
Clopixol	Zuclopentixolo
Clozapina - leponex	Clozapina
Entumin	Clotiapina
Moditen	Flufenazina
Nozinan	Levomepromazina
Prozin - largactil	Clorpromazina
Risperdal	Risperidone
Serenase- haldol	Aloperidolo
Seroquel	Quetiapina
Talofen	Promazina
Trilafon	Perfenazina
Zyprexa	Olanzapina

$$\frac{\text{Numero di persone in trattamento con farmaci antipsicotici (tipici e atipici)}}{\text{numero di persone presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Inclusioni: vedere la tabella iniziale antipsicotici

Esclusioni: terapia al bisogno

Riferimenti bibliografici:

John E. Morley MB, BCh * Antipsychotics and Dementia: A Time for Restraint? JAMDA 13 (2012) 761e763.

Barbara J. Messinger-Rapport Updates from the AMDA Meeting. Clinical Update on Nursing Home Medicine: 2016. JAMDA 17 (2016) 978e993.

7.5 Utilizzo degli antipsicotici in persone senza una diagnosi primitiva psichiatrica

$$\frac{\text{Numero residenti in terapia con antipsicotici (tipici e atipici) senza una diagnosi primitiva psichiatrica}}{\text{Numero residenti in terapia con farmaci antipsicotici (tipici e atipici)}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Inclusioni: vedere la tabella iniziale antipsicotici

Esclusioni: terapia al bisogno

7.6 Utilizzo delle benzodiazepine

$$\frac{\text{Numero residenti in terapia con benzodiazepine}}{\text{Numero residenti presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Inclusioni:

- **Denominatore:** tutti i residenti presenti il giorno indice;

- **Numeratore:** utilizzare la tabella di riferimento dell'azienda per benzodiazepina - tutte le benzodiazepine.

Esclusioni: terapia al bisogno

Riferimenti bibliografici:

John E. Morley MB., BCh Sleep and the Nursing Home. JAMDA 16 (2015) 539e543

7.7 Utilizzo di inibitori della pompa protonica

$$\frac{\text{Numero residenti in terapia con inibitore della pompa protonica}}{\text{Numero residenti presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Inclusioni:

- **Numeratore:** per inibitori della pompa protonica si devono includere Omeprazolo, Lansoprazolo.....

Esclusioni: terapia al bisogno

Riferimenti bibliografici:

Joel J. Heidelbaugh. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. Ther Adv Gastroenterol (2012) 5(4) 219-232

Gwen M. C. Masclee. A Benefit-Risk Assessment of the Use of Proton Pump Inhibitors in the Elderly. Drugs Aging (2014) 31:263-282

Deborah Patterson Use of Proton Pump Inhibitors With Lack of Diagnostic Indications in 22 Midwestern US Skilled Nursing Facilities. JAMDA 14 (2013) 429e432

Emily Reeve. Feasibility of a Patient-Centered Deprescribing Process to Reduce Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors. Annals of Pharmacotherapy 2015, Vol. 49(1) 29- 38

7.8 Utilizzo di difosfonati / farmaci antiriassorbitivi

$$\frac{\text{Numero residenti in terapia con difosfonato o altro farmaco antiriassorbitivo}}{\text{Numero residenti presenti il giorno indice}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: giorno indice mensile

Inclusioni: per difosfonati – farmaci antiriassorbitivi vedere le note AIFA e/o il prontuario dell'azienda.

Riferimenti bibliografici:

Alexandra Papaioannou: Recommendations for preventing fracture in long-term care: CMAJ, October 20, 2015, 187(15) 1135

Gustavo Duque MD Clinical Practice in Long-Term Care. Treatment of Osteoporosis in Australian Residential Aged Care. Facilities: Update on Consensus Recommendations for Fracture Prevention. JAMDA 17 (2016) 852e859

AREA N°8: PERDITA FUNZIONALE

Le capacità funzionali di qualsiasi persona sono il risultato finale dell'interazione tra quell'individuo e l'ambiente che lo circonda. Diverse variabili intervengono in questa relazione attinenti all'individuo come ad esempio le capacità cognitive, psicologiche (motivazione, umore), fisiche (multimorbilità e instabilità clinica) e sociali, sia dipendenti dall'ambiente, come le caratteristiche fisiche e di facilità di fruizione, sia infine attinenti all'attività da svolgere come la complessità e l'interesse del compito.

In RSA questa relazione è resa più complicata da alcune peculiarità:

la dipendenza funzionale è una delle motivazioni al ricovero e l'intervento assistenziale uno dei compiti della struttura

le persone ricoverate hanno una alta fragilità fisica e cognitiva e sono particolarmente a rischio di perdita funzionale

la perdita delle capacità funzionali accompagna il percorso della terminalità

Dall'altra parte le capacità funzionali sono una dei determinanti della qualità della vita ed il mantenimento delle indipendenza uno dei compiti della RSA.

La perdita delle capacità funzionali è un problema diffuso in RSA, dai dati di letteratura interesserebbe circa 1/3 dei ricoverati.

La prevenzione della perdita funzionale delle persone ricoverate in RSA è un compito sistemico, infatti coinvolge tutto il personale, l'organizzazione della struttura e delle attività, continuo durante tutta la giornata e deve essere individualizzato alla specifica persona ricoverata, fondato sulle sue risorse fisiche e cognitive e sui suoi interessi.

È un processo che può essere separato in alcune fasi:

- riconoscimento, cioè la capacità di identificare modifiche della capacità funzionale del soggetto e questo è un compito del personale di assistenza che è più a contatto con il ricoverato e lo aiuta e supporta
- diagnosi cioè identificare la causa della perdita funzionale, che può essere compito medico o infermieristico
- prognosi, cioè definire la reversibilità o meno della perdita funzionale
- trattamento della eventuale patologia sottostante o adeguamento dell'intervento assistenziale.

Riferimenti bibliografici:

Morley J et al: Nursing home care Mc Grave Hill 2013

Debbie Tolson Medical Care in the Nursing Home Med Clin N Am 95 (2011) 595-614

Boockvar K. Nursing assistants detect behavior change in nursing home residents that precede acute illness : Development and validation of an Illness Warning instrument. Journal of american geriatrics society 48: 1086-1091 . 2000

Chen J: Terminal trajectories of functional decline in the long-term setting . Journal of gerontology 2007, vol 62A N 5; 531-536

Burge E: Factor favoring a degradation or an improvement in activities of daily living performance among nursing home residents: A survival analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics 56(2013) 250-257

Levy C. Sequence of functional loss and Recovery in Nursing Homes . Gerontologist 2016 ;56. N 1, 52-61

Wojtusiak j: Predicting functional decline and Recovery for Residents in Veterans Affairs Nursing Homes .The Gerontologist 2016, vol 56, N 1; 42-51

FORMULE DEGLI INDICATORI – AREA PREVENZIONE PERDITA FUNZIONALE

Si ricorda che per tutti gli indicatori dell'area, il numeratore è da individuare tra la popolazione del denominatore.

8.1 Valutazione delle capacità funzionali all'ingresso

Si tratta di un indicatore di processo e uno strumento indispensabile di buona pratica clinica, che ha come obiettivo quello di fotografare le capacità funzionali della persona al momento dell'ingresso in struttura al fine di progettare l'assistenza personalizzando gli interventi.

$$\frac{\text{numero di persone accolte nel periodo di riferimento con scala Barthel compilata entro 48 ore dall'ingresso}}{\text{numero di nuovi ingressi nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di riferimento: mensile

Inclusione: tutti i residenti accolti nel periodo di riferimento.

Esclusione: ricoveri in posti di sollievo.

Note operative: Utilizzare la scala di Barthel funzionale e Barthel mobilità in uso per gli adempimenti del flusso N-SIS.

Riferimenti bibliografici:

Boockvar K. Nursing assistants detect behavior change in nursing home residents that precede acute illness: Development and validation of an Illness Warning instrument. Journal of American geriatrics society 48: 1086-1091. 2000

Joseph G. Ouslander: Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement Project Journal of American geriatrics society 59. 745-753.2011

8.2 Monitoraggio perdita funzionale da istituzionalizzazione

Il rationale dell'indicatore è quello di documentare la incidenza nella struttura della perdita delle capacità funzionali nei nuovi ingressi.

$$\frac{\text{Numero di persone accolte nel periodo di riferimento con una perdita delle capacità funzionali}}{\text{numero di nuovi ingressi nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: mensile

Numeratore: è definito dal confronto delle valutazioni di Barthel entro 48 ore e entro il primo mese (valutazione flusso NSIS per il PAI d'ingresso), quindi analizzare tutti gli ingressi del mese precedente al mese di riferimento.

Denominatore: tutti gli ingressi del mese precedente al mese di riferimento.

Inclusioni: tutti i nuovi ingressi nel periodo di riferimento

Esclusioni: ricoveri in posti di sollievo

La seguente tabella, in formato Excel, sarà da compilare a parte per il periodo di sperimentazione degli indicatori (anno 2018) come strumento per evidenziare in quali item c'è effettivamente una perdita funzionale:

Nuovi ingressi del periodo di riferimento	Barthel funzionale							Barthel mobilità		
	Alimentazione (max 10)	Abbigliamento (max 10)	Cura personale / igiene personale (max 5)	Fare il bagno/doccia (max 5)	Continenza intestinale (max 10)	Continenza urinaria (max 10)	Uso servizi igienici (max 10)	Trasferimenti letto/sedia (max 15)	Camminare in piano (max 15)	Salire/scendere le scale (max 10)
Res 1 -ingresso										
Res 1 - 1° mese										
Res 2 -ingresso										
Res 2 - 1° mese										

8.3 Presa in carico della perdita funzionale

$$\frac{\text{Numero di persone con perdita funzionale che hanno un PAI specifico non programmato} *}{\text{numero di persone con perdita funzionale nel periodo di riferimento}} \times 100$$

Periodo di rilevazione: mensile

Numeratore: inserire le persone con perdita funzionale che hanno un P.A.I. specifico non programmato finalizzato alla presa in carico della perdita funzionale oppure una riunione in equipe (di almeno 3 figure professionali diverse) registrata in diario con il medesimo obiettivo.

Denominatore: tutti le persone con perdita funzionale rilevata nel mese precedente al mese di riferimento.

Inclusioni:/

Esclusioni: ricoveri in posti di sollievo