

XV° CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA  
Bologna, 8 -10 giugno 2017

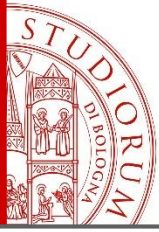
# Servizi di cure intermedie. *Metodi e strumenti per la valutazione delle qualità dell'assistenza*

**Prof.ssa Maria Pia Fantini – [mariapia.fantini@unibo.it](mailto:mariapia.fantini@unibo.it)**

Unità di supporto metodologico e statistico alla ricerca biomedica e sui servizi sanitari - UMES

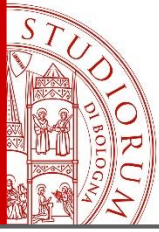
Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – DIBINEM

[www.dibinem.unibo.it](http://www.dibinem.unibo.it)

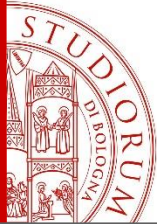


# DOVE SIAMO?

- È ormai riconosciuto che la situazione attuale di prestazioni frammentate di tipo sanitario e sociale nell'assistenza ai **pazienti anziani con multimorbidità e fragili**, non garantisce cure efficaci, efficienti e soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.
- Lo sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio sta assumendo un ruolo centrale e fondamentale per assicurare la continuità delle cure.
- Il **riorientamento** del focus del sistema di cure **verso le cure primarie**, le **cure intermedie** e la **gestione proattiva delle patologie croniche** rappresenta un caposaldo della programmazione sanitaria.



# LE CURE INTERMEDIE

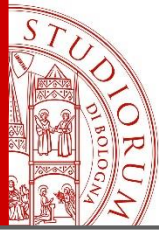


# Le «Cure Intermedie»

...prime concettualizzazioni...

## Si parla di Cure Intermedie dagli anni '90

- Obiettivi:
  - “preventivi” evitare le ospedalizzazioni non necessarie e fenomeni di “dimissione ritardata” rendendo disponibili alternative assistenziali all’ospedale, per rispondere ai bisogni sanitari con una intensità proporzionata alla necessità di cura e raggiungere una maggiore efficienza di sistema;
  - “riabilitativi” supportare la dimissione, facilitare l’accesso ai servizi di riabilitazione e recupero funzionale e favorire il rientro del paziente al domicilio.
- Criticità:
  - le evidenze non sono concordi sull’efficacia dei programmi di CI
  - ci sono differenze sostanziali rispetto a come le CI sono definite e implementate nei diversi Paesi
  - sussistono dubbi circa il numero e la tipologia di pazienti eleggibili



# Le «Cure Intermedie»

Cosa ci dice la letteratura\*

- Garantire assistenza a pazienti anziani e con condizioni complesse, **superando la specificità per singola patologia/condizione.**
- Offrire un supporto ai pazienti sia in **strutture residenziali** (community hospital, nursing home, ecc.) **sia al domicilio**
- Offrire un **servizio limitato nel tempo** (max 6 settimane), favorendo la transizione verso ulteriori forme di residenzialità a lungo termine solo quando non evitabili.
- Agire con **focus primariamente riabilitativo**, con un'attenzione particolare alla educazione terapeutica e all'autocura, assicurando **continuità e coordinamento tra i diversi servizi** (sanitari, sociali, ecc.).
- Contrastare il **declino funzionale e cognitivo dei pazienti**, garantire la qualità della vita e ridurre l'istituzionalizzazione a lungo termine.

National Institute for Health Research  
Service Delivery and Organisation Programme

## Intermediate care: a realist review and conceptual framework

### Executive Summary

Mark Pearson,<sup>1</sup> Harriet Hunt,<sup>1</sup> Chris Cooper,<sup>1</sup> Sasha Shepperd,<sup>2</sup>  
Ray Pawson,<sup>3</sup> and Rob Anderson<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Peninsula Technology Assessment Group (PenTAG), Peninsula College of Medicine &  
Dentistry, University of Exeter

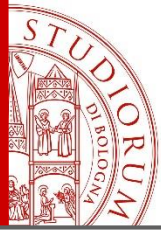
<sup>2</sup> Department of Public Health, University of Oxford

<sup>3</sup> School of Sociology & Social Policy, University of Leeds



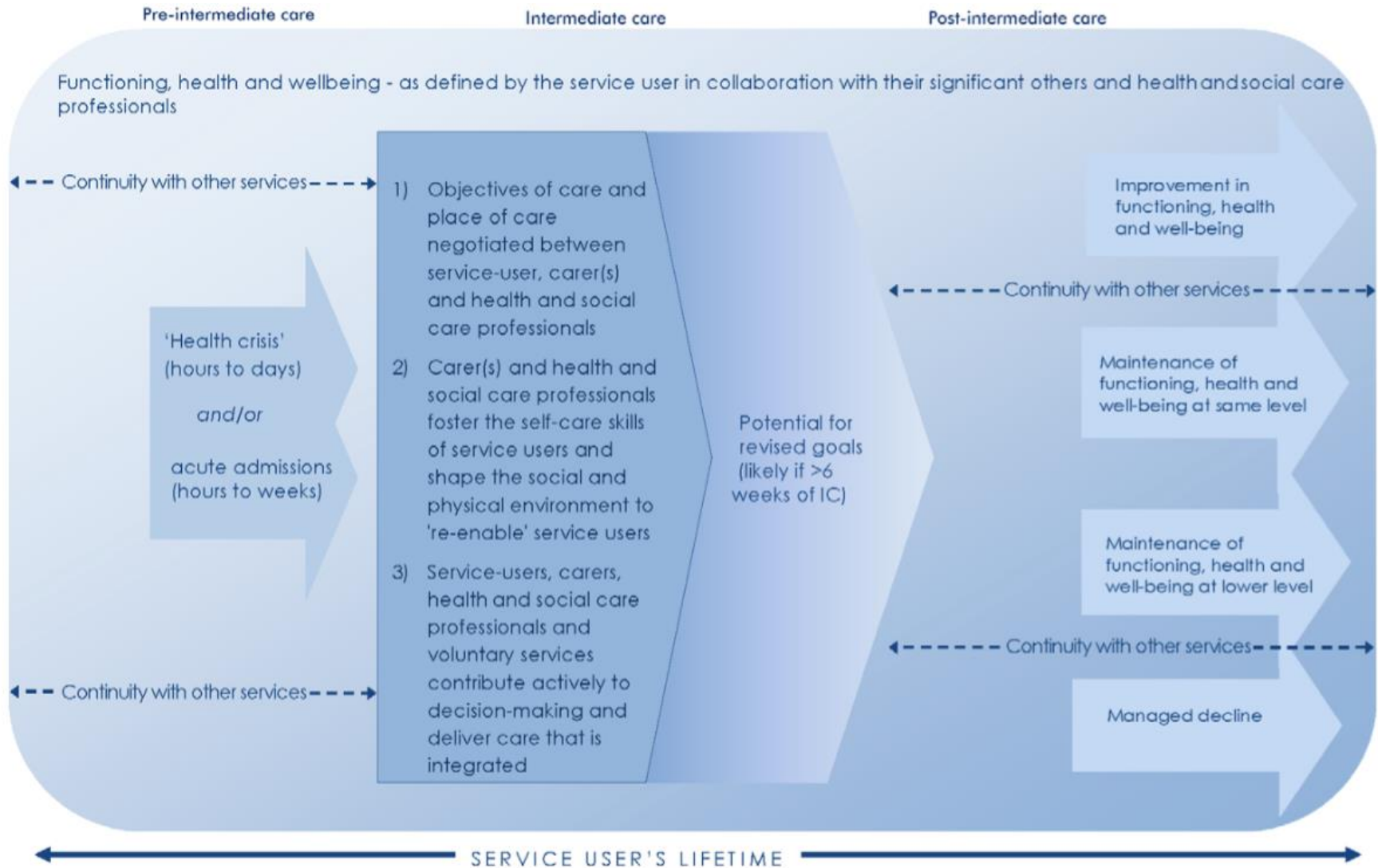
National Institute for  
Health Research

Published January 2013

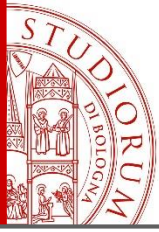


# Le «Cure Intermedie»

Conceptual framework for intermediate care\*



\*Pearson M, Hunt H, Cooper C, et al. **Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care.** Health Soc Care Community 2015;3:577-93



# IL NATIONAL AUDIT OF INTERMEDIATE CARE





# Le «Cure Intermedie»

L'esperienza inglese

## Cos'è il National Audit of Intermediate Care (NAIC)?

- Un **audit sui servizi di Cure Intermedie** in Inghilterra e Galles
- Sono stati raccolti dati di quattro anni a partire dal 2012 ed ora sta iniziando la raccolta dati per l'edizione 2017.
- Audit sul **livello organizzativo**: modello dei servizi, processi assistenziali svolti, risorse di personale ed economico-finanziarie.
- Audit sul **livello dei pazienti**: outcomes clinici e assistenziali e valutazione dell'esperienza riportata dai pazienti (PREM)

## I servizi analizzati vengono suddivisi in:

- **Crisis Response** - assistenza a breve termine per un massimo di 48 ore
- **Bed Based Services** - assistenza in strutture dotate di posti letto
- **Home Based Services** - servizi domiciliari di base
- **Re-ablement** - servizi di reinserimento sociale



# Le «Cure Intermedie»

L'esperienza inglese

## Come identificare le strutture di Cure Intermedie nell'ambito del NAIC?

definition of intermediate care provided by the Department of Health (*Intermediate Care - Halfway Home*, DH 2009); “a range of integrated services to promote faster recovery from illness, prevent unnecessary acute hospital admission and premature admission to long-term residential care, support timely discharge from hospital and maximise independent living”. This definition has been used to decide which health and social care services should be included in the National Audit of Intermediate Care.



# Le «Cure Intermedie»

L'esperienza inglese

## Chi ha partecipato al NAIC 2015?

- Clinical commissioning group (CCG): 61 (su 211)
- Local Health Authorities: 46
- Provider: 95

## I servizi analizzati sono stati 340:

- Crisis Response - 48
- Bed Based Services – **109**
- Home Based Services - 139
- Re-ablement - 44



National Audit  
of Intermediate Care  
Summary Report

# 2015

Assessing progress in services for older people aimed at  
maximising independence and reducing use of hospitals



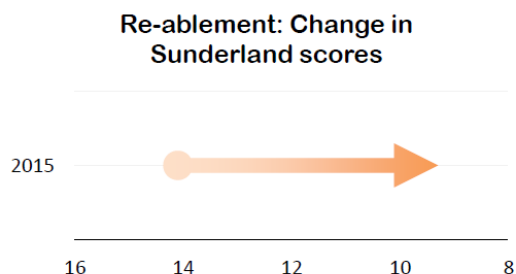
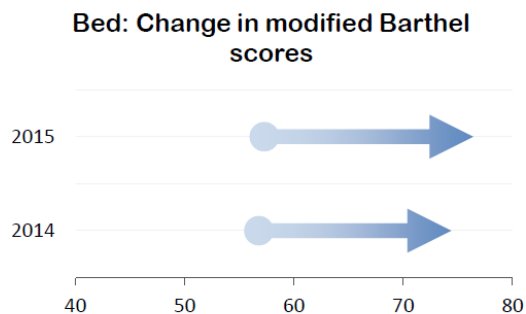
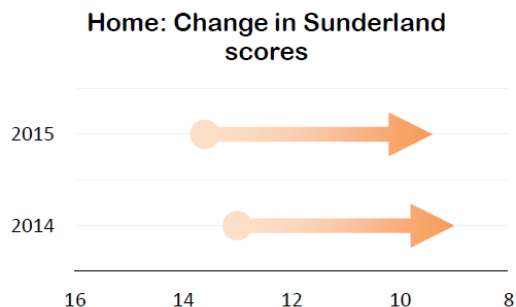
# Le «Cure Intermedie»

Cosa valuta il NAIC?

## 1. Le Cure Intermedie sono efficaci? La scala di Barthel modificata

### Outcome measure scores

	NAIC 2015 change
Bed	19.1
Home	4.2
Re-ablement	4.8



Online toolkit has individual service and service user results

National Audit of Intermediate Care

2015

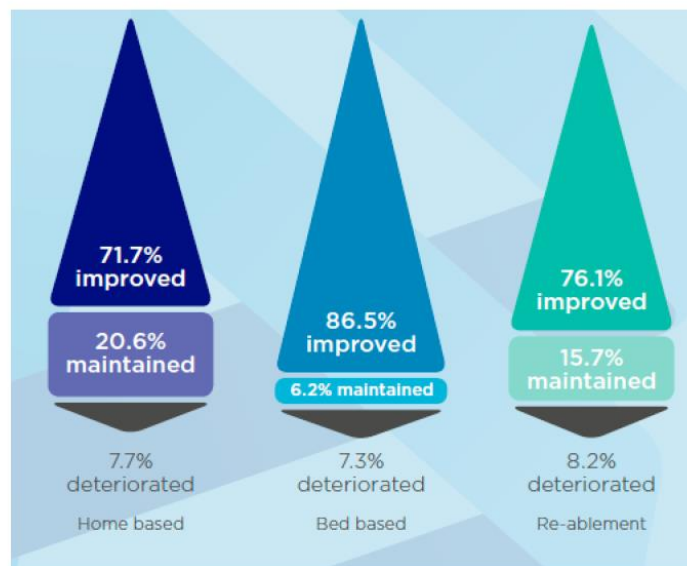
# Le «Cure Intermedie»

Cosa valuta il NAIC?

## 1. Le Cure Intermedie sono efficaci? La scala di Barthel modificata

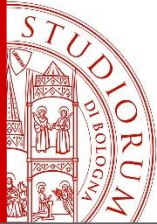
### Service user outcomes

% change in dependency



**Vast majority have a positive outcome**

National Audit  
of Intermediate Care  
**2015**



# Le «Cure Intermedie»

Cosa valuta il NAIC?

- **Barthel Index Modificato**: misura dell'attività della vita quotidiana e copre 10 domini

*Igiene personale, fare il bagno, alimentazione, uso di servizi igienici, salire e scendere le scale, vestirsi, controllo della minzione, controllo dell'alvo, camminare in piano e trasferimenti dal letto al letto e ritorno*

Il punteggio attribuibile al singolo dominio va da 0 (non è possibile eseguire attività) a 5, 10 o 15 (completamente indipendente).

Il punteggio totale varia da 0 a 100 e permette di distinguere 5 categorie di livelli di dipendenza: totale (0-24), severa (25-49), moderata (50-74), lieve (75-90) e minima (91-99).

**Più alto è il punteggio più il paziente è indipendente e necessita di meno assistenza.**



## PROFILO DI AUTONOMIA (INDICE DI BARTHEL)

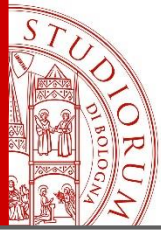
( Shah S, Vanclay F, Cooper B (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 42, 703-709)

Cognome ..... Nome .....

Items	Valutazione					data	data	data	data
Igiene personale	0	1	3	4	5				
Fare il bagno	0	1	3	4	5				
Mangiare	0	2	5	8	10				
Usare il WC	0	2	5	8	10				
Fare le scale	0	2	5	8	10				
Vestirsi	0	2	5	8	10				
Controllo urine	0	2	5	8	10				
Controllo alvo	0	2	5	8	10				
Camminare	0	3	8	12	15				
*Carrozzina	0	1	3	4	5				
Trasferimenti	0	3	8	12	15				
<b>Totale (0 ÷ 100)</b>									

La tabella seguente indica i livelli di dipendenza coi relativi carichi assistenziali

Categorie	Punteggi totali di Barthel modificato	Indice	Livello di dipendenza	Ore di assistenza necessarie per settimana
1	0 - 24		Totale	27.0
2	25 - 49		Severa	23.5
3	50 - 74		Moderata	20.0
4	75 - 90		Lieve	13.0
5	91 - 99		Minima	< 10

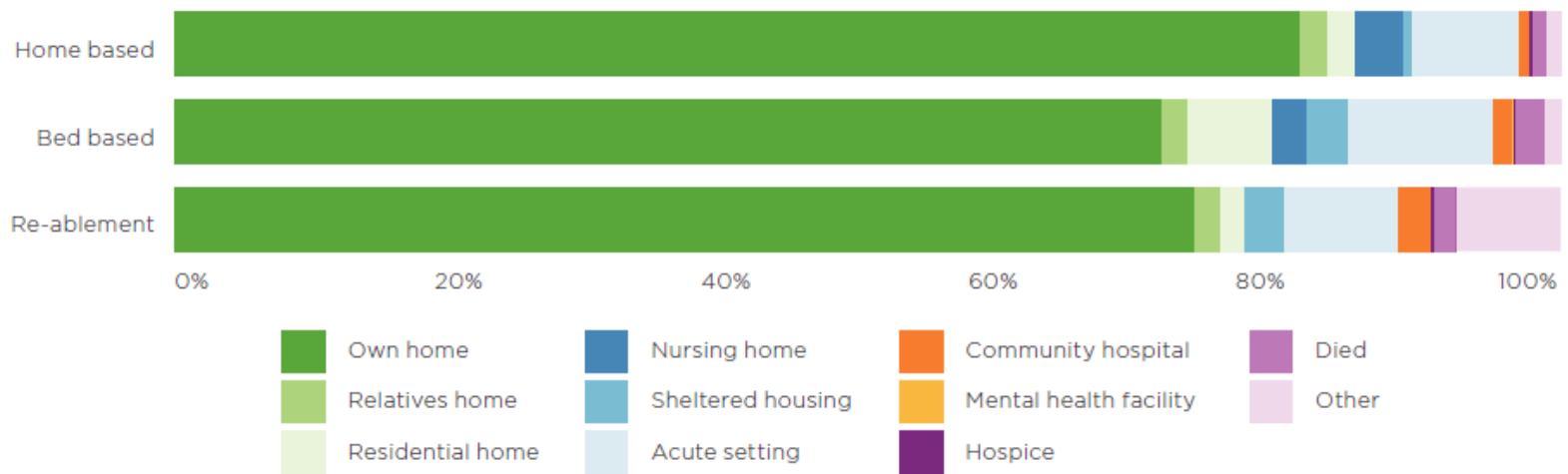


# Le «Cure Intermedie»

Cosa valuta il NAIC?

## 1. Le Cure Intermedie sono efficaci? La destinazione del paziente alla dimissione

Figure 6.9.5: Destination on discharge NAIC 2015







# Le «Cure Intermedie»

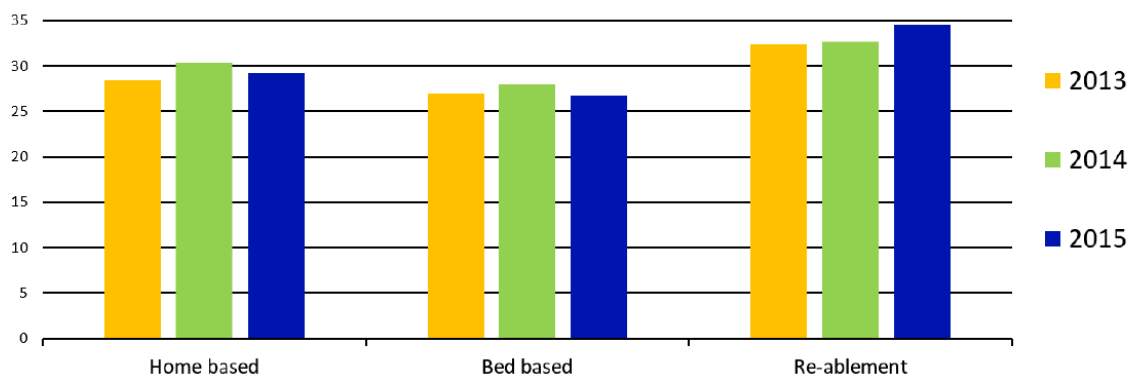
Cosa valuta il NAIC?

## 2. Le Cure Intermedie sono efficienti? Durata dalla degenza

### Length of stay (in days)

- No evidence of “correct” length of stay to optimise outcomes
- Average length of stay is fairly stable across all service categories
- Mean in the range 25 to 35 days

Average length of stay (days)



National Audit  
of Intermediate Care  
2015

# Le «Cure Intermedie»

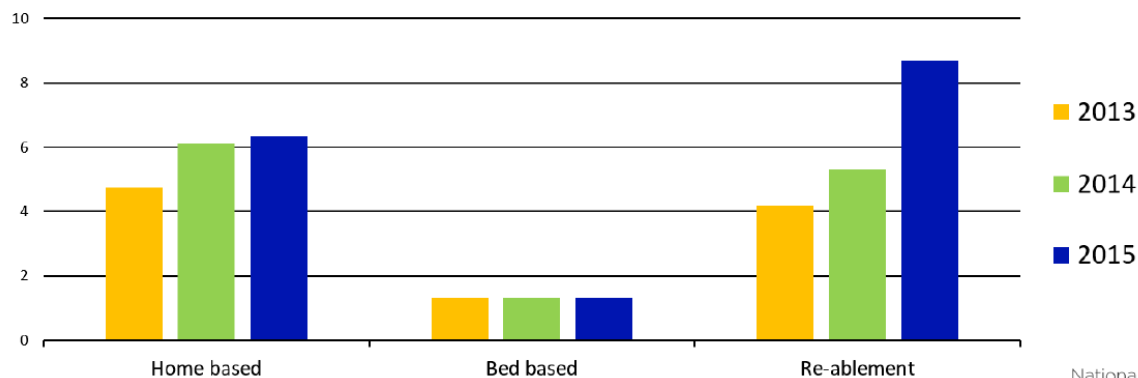
Cosa valuta il NAIC?

## 2. Le Cure Intermedie sono efficienti? Tempi di attesa

### Signs of pressure on capacity: waits

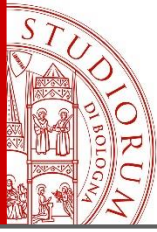
- Waiting times increasing trend
- Over 6 days in home based
- Waits for beds static: referral to commencement 3.0 days
- Re-ablement 8.7days

Average waiting times from referral to assessment (days)



National Audit  
of Intermediate Care

2015



# Le «Cure Intermedie»

Cosa valuta il NAIC

*Age and Ageing* 2015; **44**: 182–184

doi: 10.1093/ageing/afu174

Published electronically 5 November 2014

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.

All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

## COMMENTARIES

# The second national audit of intermediate care

JOHN YOUNG<sup>1</sup>, JOHN R. F. GLADMAN<sup>2</sup>, DUNCAN R. FORSYTH<sup>3</sup>, CLAIRE HOLDITCH<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Academic Unit of Elderly Care and Rehabilitation, Bradford Institute for Health Research, Bradford, West Yorkshire, UK

<sup>2</sup>Division of Rehabilitation and Ageing, School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK

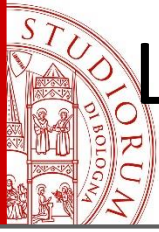
<sup>3</sup>Department of Medicine for the Elderly, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ, UK

<sup>4</sup>NHS Benchmarking Network, Manchester, UK

Address correspondence to: J. Young. Tel: (+44) 1274383406; Fax: (+44) 1274382766. Email: john.young@bthft.nhs.uk

## Abstract

Intermediate care services have developed internationally to expedite discharge from hospital and to provide an alternative to an emergency hospital admission. Inconsistencies in the evidence base and under-developed governance structures led to concerns about the care quality, outcomes and provision of intermediate care in the NHS. The National Audit of Intermediate Care was therefore established by an interdisciplinary group. The second national audit reported in 2013 and included crisis response teams, home-based and bed-based services in approximately a half of the NHS. The main findings were evidence of weak local strategic planning, considerable under-provision, delays in accessing the services and lack of mental health involvement in care. There was a very high level of positive patient experience reported across all types of intermediate care, though reported involvement with care decisions was less satisfactory.



# L'importanza dell'esperienza del paziente

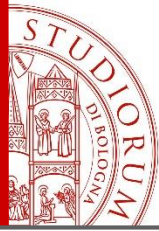


## RECOMMENDATIONS TO OECD MINISTERS OF HEALTH FROM THE HIGH LEVEL REFLECTION GROUP ON THE FUTURE OF HEALTH STATISTICS

*Strengthening the international comparison  
of health system performance through  
patient-reported indicators*

January 2017





# Valutare l'esperienza del paziente

## PREM (Patient Reported Experience Measure)

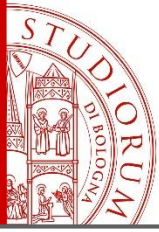
- Il PREM-IC (Intermediate Care) è stato utilizzato per la prima volta nel NAIC ed. 2013
- Sono state sviluppate **due versioni** del PREM: una per i **servizi “residenziali”** (es. Ospedale di Comunità) e una per i **servizi “domiciliari”** (es. Assistenza Domiciliare)

*Age and Ageing* 2015; **0**: 1–6  
doi: 10.1093/ageing/afv014

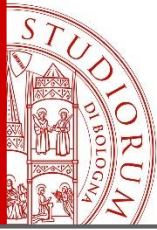
© The Author 2015. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.  
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

### **A Patient Reported Experience Measure (PREM) for use by older people in community services**

E. A. TEALE, J. B. YOUNG



# E IN ITALIA COSA SUCCEDE?



# Il contesto normativo ed organizzativo italiano

## Quadro nazionale

- **PSN 2006-2008:** «servizi di Cure intermedie” e “Ospedale di Comunità»
- **Schema di PSN 2011-2013:** «PL territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, all’interno di apposite strutture di cure intermedie»
- **Patto per la Salute 2014-2016:** «promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione» tramite gli OsCo
- **Regolamento nuovi standard ospedalieri (DM 70/2014):** «struttura intermedia», definita come struttura sanitaria a valenza territoriale, e particolare riferimento all’OsCo

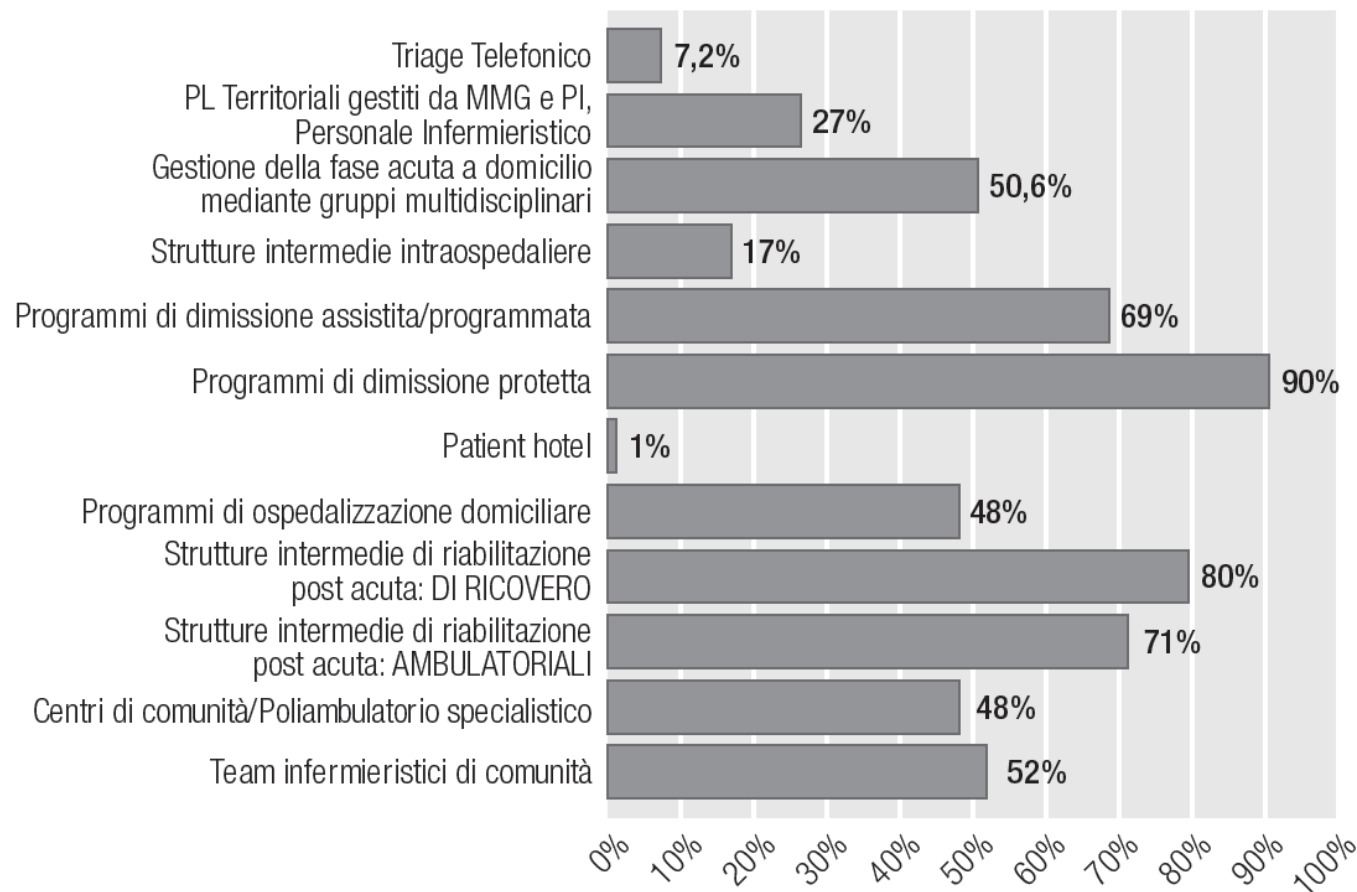
## Quadro regionale Emilia - Romagna

- **DGR 284/2013:** «strutture sanitarie territoriali intermedie di degenza temporanea»
- **DGR n.221/2015:** alcune indicazioni contenute nei «Requisiti specifici per l’accreditamento del Dipartimento di Cure primarie»
- **DGR n.2040/2015:** impulso allo sviluppo di OsCo nella «Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dal DM 70/2015»
- In attesa del **Documento programmatico regionale** sulla realizzazione degli Ospedali di Comunità nella RER...



# Cosa c'è in Italia?

Figura 16.2 **Iniziative di integrazione ospedale territorio adottate dalle 83 ASL rispondenti**

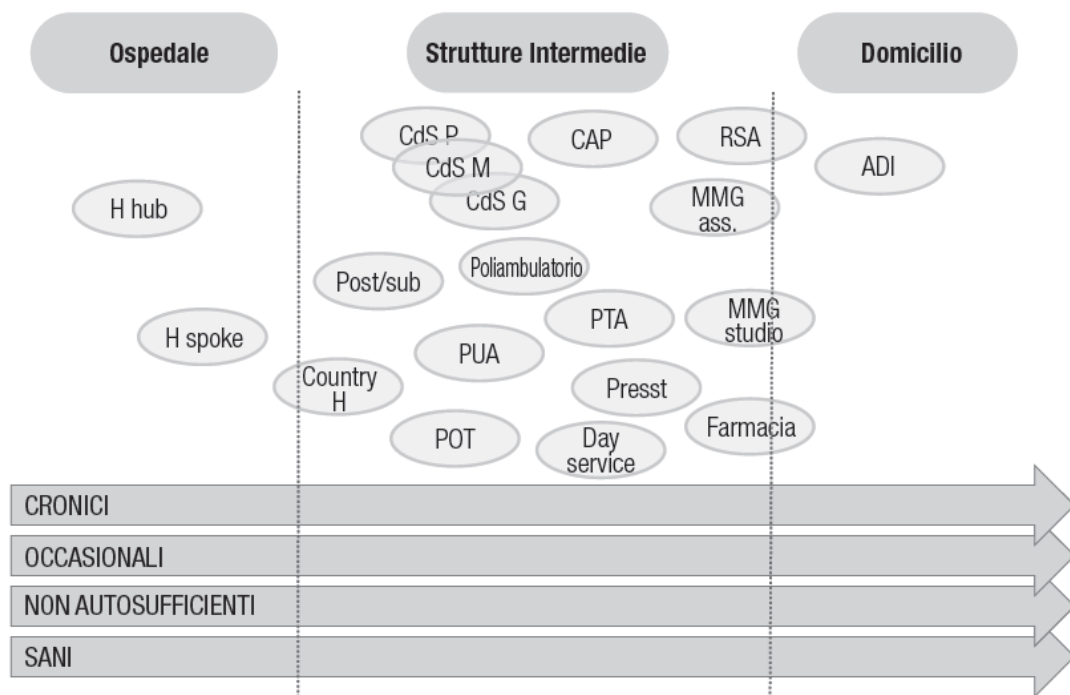




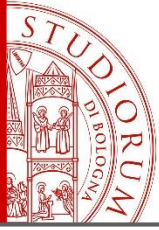
## 14 Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio

di Mario Del Vecchio, Anna Prenestini, Valeria Rappini<sup>1</sup>

Figura 14.1 Strutture e percorsi



Il tema delle strutture intermedie, entità che si collocano tra l'ospedale e il domicilio o più semplicemente – nella forma stilizzata della dialettica tra ospedale e territorio – il tema dello sviluppo di tutto ciò che non sia ospedale ed è quindi considerato territorio, attraversa il dibattito sulla sanità da molto tempo.



# Ospedali di Comunità

DM 70/2015

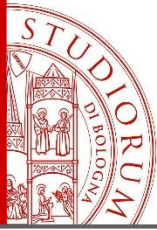
«Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o da pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN, e la responsabilità igienico - organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'OSCO prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di:

- sorveglianza infermieristica continuativa
- interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare);

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

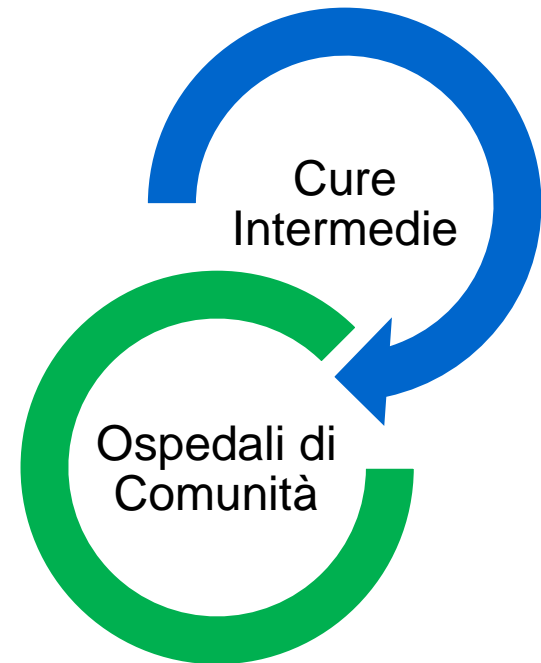
L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.»



# Ospedali di Comunità

Metodi e strumenti per la valutazione della qualità dell'assistenza

- L'ospedale di Comunità a quali tipologie di pazienti è rivolto (case mix) e quali tipologie di professionisti sanitari impiega (skill mix)?
- Gli Ospedali di Comunità «funzionano» (sono efficaci/efficienti)?
- Quali sono le caratteristiche di un «buon» Ospedale di Comunità dal punto di vista del paziente?



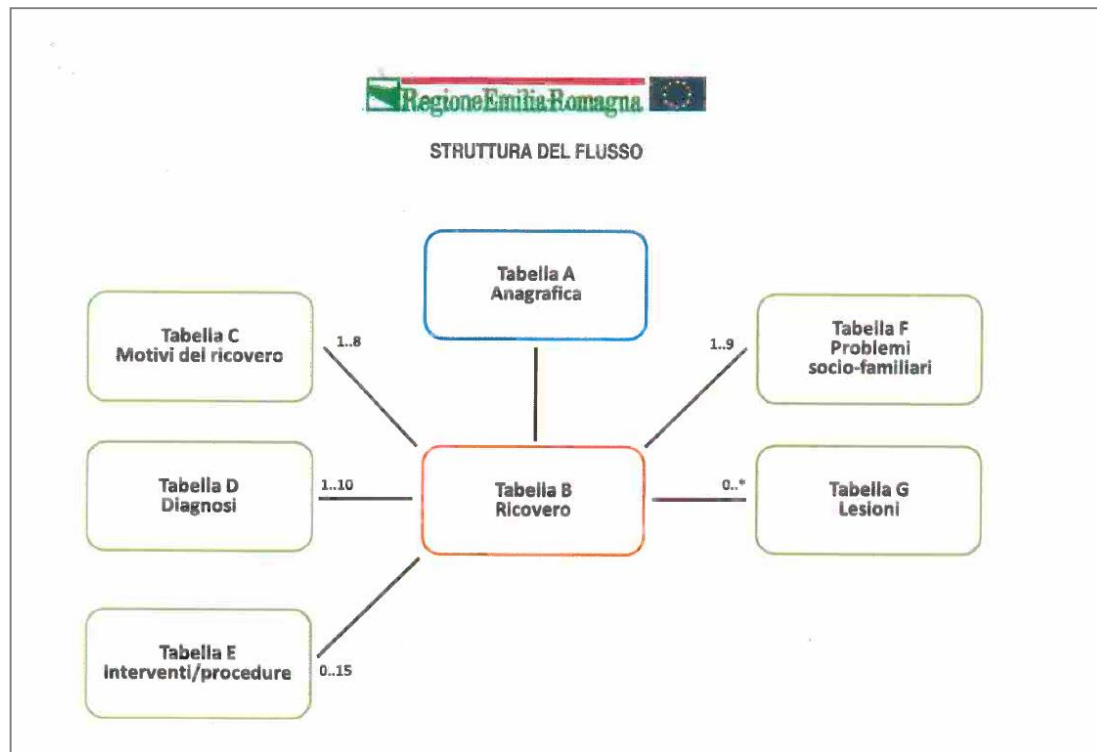
# Ospedali di Comunità

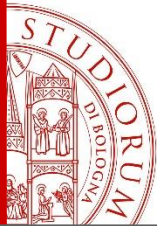
Il caso di studio della Regione Emilia – Romagna  
Flusso informativo SIRCO

La [circolare regionale n. 26 del 22 dicembre 2014](#) prevede la rilevazione sistematica delle attività assistenziali svolte negli OsCo regionali istituendo il flusso informativo SIRCO.

La [circolare regionale n. 16 del 23 dicembre 2015](#) ha inserito nel flusso SIRCO la valutazione del punteggio della scala di [Barthel Modificata \(BIM\)](#) all'ingresso e alla dimissione.

Pur in assenza di una univoca definizione del modello organizzativo al [31 dicembre 2016](#) erano attivi in RER 14 Ospedali di Comunità censiti nell'anagrafe regionale delle strutture.





# Ospedali di Comunità

Il caso di studio della Regione Emilia – Romagna\*  
Flusso informativo SIRCO

- **Obiettivi:**

- descrivere le caratteristiche dei pazienti (*case-mix*) che accedono a tre Ospedali di Comunità in Emilia Romagna
- Valutare indicatori di processo ed esito e confrontare i risultati con quelli NAIC 2015

- **Materiali e metodi**

- Tre OsCo valutati: Castel S. Pietro Terme (Ausl Imola)  
Fanano (Ausl Modena)  
Castelfranco Emilia (Ausl Modena)
- Fonte dei dati: Flusso regionale SIRCO 2016 (1 gennaio – 30 giugno)

\*Ospedali di comunità: dal case mix dei pazienti allo skill mix dei professionisti – Tesi di master in funzioni direttive e gestione dei servizi sanitari



# Risultati

I pazienti

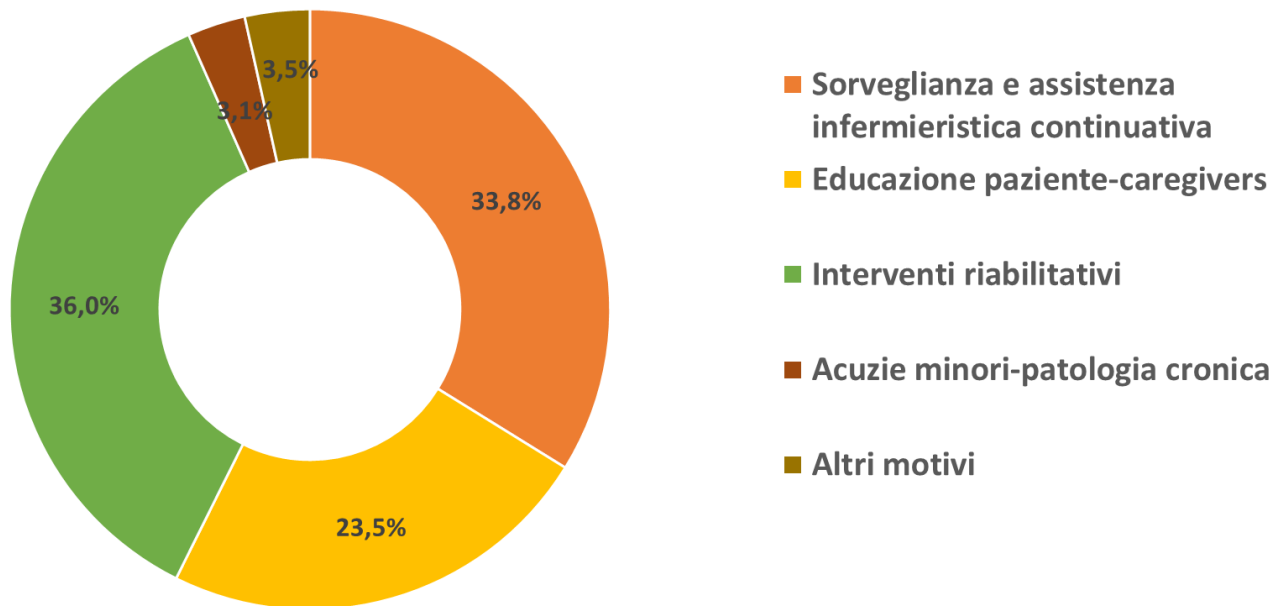
## Caratteristiche dei pazienti OsCo 2016

- 81,1 età media
- 64,9% donne

## Caratteristiche dei pazienti NAIC 2015

- 83 età media
- 60% donne

## Motivo del ricovero





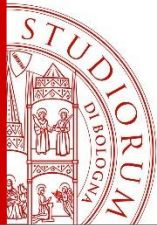
# Risultati

I ricoveri

## OsCo RER 2016

## NAIC 2015

• Durata media della degenza (gg)	21,9	28
• Provenienza del paziente	80,7% da ospedale 17,3% domicilio	51,8% da ospedale 40,1% domicilio
• Modalità di dimissione	72,1% domicilio 12,1% ospedale 8,6% protette in altre strutture	59,0% domicilio 13,7% ospedale 12,0% protette in altre strutture



# Risultati

Gli esiti

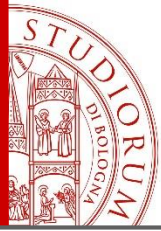
## Punteggio BMI nei tre OsCo 2016

## Punteggio BMI nel NAIC 2015

- Barthel Index Modificato (BMI):
  - 30,8 ammissione**
  - 45,2 dimissione**
  - 14,4 differenziale**
- 47,1 ammissione**
  - 65,2 dimissione**
  - 18,1 differenziale**

Struttura	Ammissione	Dimissione	Differenziale
Castel S. Pietro	24,4	37,6	13,1
Fanano	43,3	53,7	10,4
Castelfranco Emilia	24,7	44,3	19,6





# Valutare l'esperienza del paziente

## PREM (Patient Reported Experience Measure)

### Validazione del questionario PREM italiano:



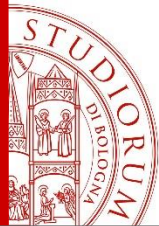
PREM tradotto e adattato al contesto italiano



199 questionari consegnati dagli infermieri da Dicembre 2015 a Ottobre 2016



Analisi e restituzione dei dati



# Valutare l'esperienza del paziente

## PREM (Patient Reported Experience Measure)

### IL QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATO DAL PAZIENTE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE.

Si prega di consegnare il questionario al paziente o al familiare che lo assiste.

### **QUESTIONARIO PREM – Valutazione dei Servizi residenziali di Cure Intermedie (Ospedale di Comunità).**

Vorremmo sapere cosa pensa dell'assistenza ricevuta presso il nostro servizio. Le Sue risposte ci aiuteranno a comprendere cosa stiamo facendo bene e che cosa potremmo fare meglio, in modo da poter fornire i migliori servizi possibili. La preghiamo di essere il più sincero possibile nel rispondere. Tutte le risposte saranno trattate in piena confidenzialità.

#### **Indicare chi compila il questionario:**

- Paziente  Familiare/Persona che lo assiste

Barrare con una croce le apposite caselle  (salvo diversa indicazione).

- 1. Il personale che si è preso cura di me aveva tutte le informazioni necessarie sulla mia malattia o condizione di salute**  
 Sì  
 No  
 Non so
- 2. Mi sono state date informazioni sufficienti sulla mia condizione di salute e/o sui trattamenti**  
 Non abbastanza  
 Nella giusta quantità  
 Troppo
- 3. Mi sono stati spiegati gli obiettivi da raggiungere durante il ricovero (ad esempio: muovermi in casa, essere indipendente in casa, essere in grado di andare a fare la spesa, comprendere meglio la mia salute)**  
 Sì  
 No
- 4. Sono stato coinvolto nella definizione di questi obiettivi**  
 Sì, sempre  
 Sì, a volte  
 No
- 5. Sono stato coinvolto nelle decisioni su assistenza, supporto e trattamento quanto avrei voluto**  
 Sì, decisamente  
 Sì, in una certa misura  
 No
- 6. La mia famiglia o la persona che mi assiste sono stati coinvolti in queste decisioni quanto avrei voluto**  
 Sì, decisamente  
 Sì, in una certa misura  
 No  
 Non c'era famiglia o persona disponibile ad essere coinvolto  
 Non ho voluto che la mia famiglia o la persona fossero coinvolti
- 7. Quando ho avuto domande importanti da fare, il personale mi ha risposto in modo soddisfacente**  
 Sì, sempre  
 Sì, a volte  
 No  
 Non ho avuto la necessità di chiedere
- 8. Ho avuto fiducia nel personale che mi ha assistito e aiutato**  
 Sì, sempre  
 Sì, a volte  
 No

Pag. 1 a 2

Versione: 4 – Data: 18/01/2016

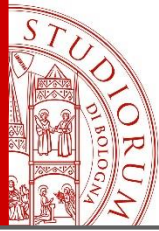
- 9. Sapevo sempre chi stava coordinando la mia assistenza**  
 Sì  
 No, ero io a coordinare la cura e l'assistenza  
 Non so / Non ne sono certo
  - 10. Sono stato coinvolto nelle decisioni riguardo il mio rientro a casa**  
 Sì, sempre  
 Sì, a volte  
 No  
 Non ho sentito la necessità di essere coinvolto
  - 11. Il personale ha tenuto conto della mia situazione familiare e domestica nell'organizzare il mio rientro a casa**  
 Sì, completamente  
 Sì, in una certa misura  
 No  
 Non è stato necessario  
 Non so
  - 12. Il personale ha dato ai miei familiari o a qualcuno a me vicino tutte le informazioni di cui avevano bisogno per prendersi cura di me**  
 Sì, decisamente  
 Sì, in una certa misura  
 No  
 Non ho voluto o non c'era bisogno che ne avessero
  - 13. Nel complesso, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità mentre ricevevo assistenza da parte di questo servizio**  
 Sì, sempre  
 Sì, a volte  
 No
  - 14. Da quando sono in cura presso questo servizio, le mie capacità di mantenere rapporti con gli altri sono migliorate**  
 Sì, decisamente  
 Sì, in una certa misura  
 No  
 Non mi preoccupavo di questo
  - 15. Sono stato sufficientemente informato sugli altri servizi disponibili, per persone con la mia condizione di salute, comprese associazioni di volontariato**  
 Sì  
 No
  - 16. Pensa ci sia qualcosa che avrebbe potuto rendere migliore la Sua esperienza del servizio?**  
 Sì  
 No
- Se sì, specifichi in dettaglio
- 

**GRAZIE PER IL SUO AIUTO E IL TEMPO DEDICATO A COMPILARE IL QUESTIONARIO**

Ospedale di Comunità

Pag. 2 a 2

Versione: 4 – Data: 18/01/2016



# Valutare l'esperienza del paziente

## PREM (Patient Reported Experience Measure)

### Regole di calcolo delle risposte

Ogni domanda è dicotomizzata in 0 e 1 attraverso lo schema proposto da Teale et al\* (1=avvenuto; 0=non avvenuto)

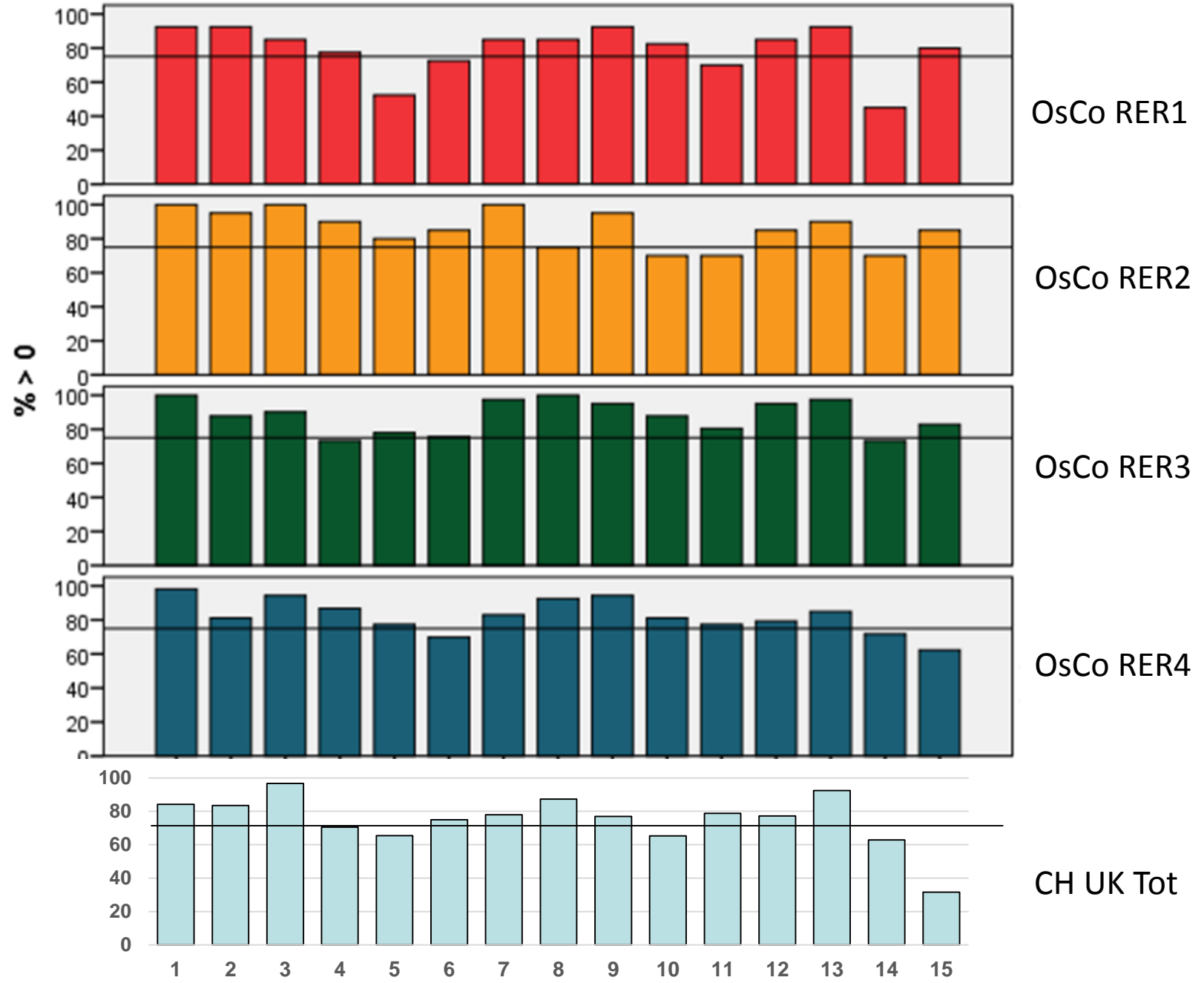
- **Percentuale di risposte positive: (utile per la valutazione interna)**

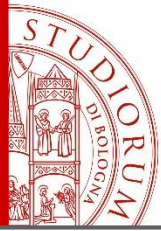
In ogni struttura si valuta la percentuale di risposte positive per ogni domanda calcolato sul totale dei questionari completi.

(Es. domanda1=75% vuol dire che tra tutti i questionari il 75% dei pazienti ha risposto positivamente «avvenuto»)

- **Summary score: (utile per la valutazione tra strutture o complessiva)**

Il punteggio sintetico si esprime come valore mediano della somma delle risposte positive di ogni questionario.

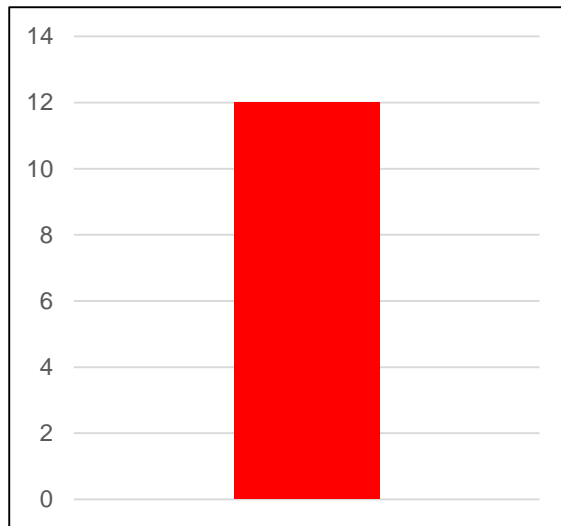




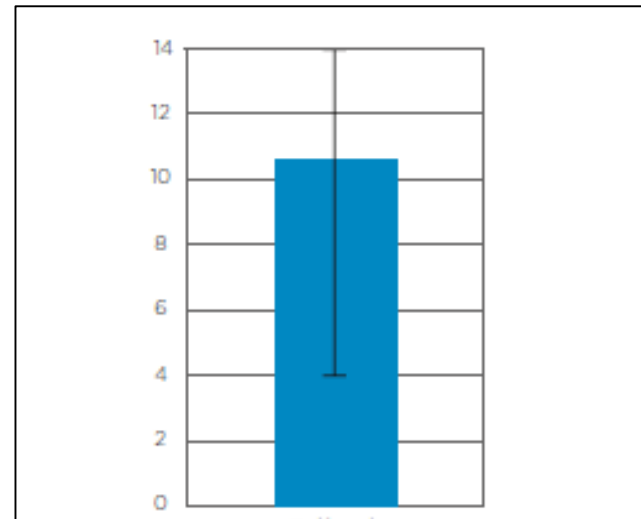
# Valutare l'esperienza del paziente

## PREM (Patient Reported Experience Measure)

Prem Summary Score  
OsCo 2016



Prem Summary Score  
bed based services NAIC 2015









# Word cloud risposte alla domanda aperta

Ci tengo a sottolineare che mia madre è stata seguita con grande attenzione e umanità. tutto il personale medico e infermieristico è stato unico. grazie

Capire bene quale era il percorso

Quando si suonava il campanello il personale tardava a venire. qualche elemento del personale potrebbe essere più gentile



La possibilità di gestire il tempo di riposo in condizioni più comode, il paziente può avere patologie che vengono sottovalutate. l'informazione fra strutture deve funzionare e non a compartimenti stagni.

Poca assistenza medica

Maggior personale, era limitato

Grazie

Grazie alle infermiere



# Domande aperte e sviluppi futuri

Ulteriori ricerche sono necessarie per una più approfondita valutazione dell'efficacia e della costo-efficacia degli OsCo rispetto a soluzioni assistenziali alternative (compreso il domicilio del paziente):

- Lo *skill-mix dei professionisti* coinvolti nell'assistenza ai pazienti è coerente con il *case-mix*? Eventuali differenze di *skill-mix* possono condizionare gli esiti per i pazienti?
- È possibile individuare il *case-mix* più adeguato per le funzioni attribuite agli OsCo? (Es. tracciando il profilo di morbosità?)
- È utile mappare il *percorso di cura dei pazienti ricoverati in OsCo, «prima» e «dopo»?*
- Come *considerare l'esperienza dei pazienti* tra gli indicatori di esito?
- Come definire una modalità di *analisi strutturata dei costi* degli OsCo ai fini di una *valutazione della costo-efficacia* dell'assistenza fornita?





XV° CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA  
Bologna, 8 -10 giugno 2017

---

# Servizi di cure intermedie.

## *Metodi e strumenti per la valutazione delle qualità dell'assistenza*

**Prof.ssa Maria Pia Fantini – [mariapia.fantini@unibo.it](mailto:mariapia.fantini@unibo.it)**

Unità di supporto metodologico e statistico alla ricerca biomedica e sui servizi sanitari - UMES

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – DIBINEM

[www.dibinem.unibo.it](http://www.dibinem.unibo.it)