RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 1765 Seduta del 08/05/2014

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
PAOLA BULBARELLI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
ALBERTO CAVALLI
GIOVANNI FAVA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Mara Cristina Cantù

Oggetto

IL SISTEMA DEI CONTROLLI IN AMBITO SOCIOSANITARIO: DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA IN ATTUAZIONE DELLA DGR X/1185 DEL 20/12/2013

Si attesta la regolarità istruttoria del procedimento
Il Dirigente Laura Emilia Santina Lanfredini

Si attesta la conformità dell'atto a leggi e regolamenti
Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 51 pagine

di cui 47 pagine di allegati

parte integrante

VISTO l'art. 14 della l.r. 3/2008 in forza del quale la Regione svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività di vigilanza e controllo e le A.S.L. attuano la funzione di vigilanza e controllo sulle unità di offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;

VISTA la d.g.r. n. IX/3540 del 30.05.2012 all'oggetto: "Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo";

VISTA la d.g.r. n. IX/4980 del 07/03/2013 "Determinazioni in ordine al controllo di appropriatezza nel sistema sociosanitario in attuazione dei criteri di revisione delle funzioni di vigilanza e controllo delle A.S.L. di cui all'allegato C della d.g.r. IX/3540 del 30/05/2012".

CONSIDERATO che la d.g.r. n. IX/4980 del 07/03/2013 prevedeva per il 2013 una applicazione sperimentale degli indicatori per il controllo di appropriatezza al fine di diffondere prassi comune e condivisa nella loro adozione e misurazione, sia da parte delle A.S.L. che degli Enti gestori;

VISTI gli esiti della applicazione sperimentale degli indicatori individuati dalla d.g.r. n.IX/4980 del 07/03/2013, a seguito del monitoraggio effettuato da parte della D.G. Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato nonché le osservazioni pervenute da parte delle ASL e degli Enti Gestori;

RITENUTO opportuno ridefinire l'approccio metodologico alla costruzione degli indicatori di appropriatezza attraverso:

- la definizione delle principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario;
- l'individuazione delle aree più significative o "aree di appropriatezza specifica" per ciascuna tipologia di struttura/utenza;
- l'identificazione, nell'ambito delle "aree di appropriatezza specifica", degli indicatori di ciascuna unità di offerta che consentono di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale;

VISTA la d.g.r. n. X/1185 del 20/12/2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014", in particolare l'allegato 4 "Regole del sistema 2014 – ambito sociosanitario", che prevede la revisione del sistema di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociosanitarie, con l'obiettivo di favorire l'omogeneità di comportamento delle A.S.L. nell'esercizio delle suddette funzioni con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati;

STABILITO pertanto di approvare, gli allegati 1, 2 e 3 aventi ad oggetto "I controlli di appropriatezza per le unità d'offerta sociosanitarie", "Indicatori di appropriatezza generali e specifici" e "Indicazioni operative per i controlli di appropriatezza" quali parti integranti del presente provvedimento;

CONSIDERATO che per le unità di offerta afferenti all'area dipendenze e all'area riabilitazione/cure intermedie, attualmente oggetto di riordino, la definizione degli indicatori specifici è rimandata a successivo provvedimento e che pertanto nelle more della definizione degli indicatori specifici, la verifica di appropriatezza verrà effettuata solo per gli indicatori generali;

STABILITO che gli indicatori individuati costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale e che, per ogni indicatore a tutela di ogni utente, il livello di accettabilità ovvero la soglia che deve essere rispettata è pari al 100%.;

CONSIDERATO la possibilità di prevedere una soglia di tolleranza del 5% come clausola di salvaguardia statistica dell'errore sul valore totale degli indicatori applicabili ai FASAS campionati per il controllo;

RITENUTO pertanto di individuare, quale livello di accettabilità complessivo risultante dall'esito del controllo, un valore pari al 95% secondo le modalità di calcolo del livello di accettabilità, riportate a titolo esemplificativo, nelle tabelle 1 (esito positivo) e 2 (esito negativo) di cui al punto 7 dell'allegato 1;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, ai fini della più ampia diffusione;

VISTA la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 e s.m.i. ed i provvedimenti organizzativi della X legislatura;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

D E L I B E R A

1. di approvare gli allegati 1, 2 e 3 del presente provvedimento aventi rispettivamente ad oggetto "I controlli di appropriatezza per le unità d'offerta sociosanitarie", "Indicatori di appropriatezza generali e specifici" e "Indicazioni operative per i controlli di appropriatezza" quali parti integranti del presente provvedimento;

2. di stabilire che gli indicatori individuati costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale e che, per ogni indicatore, a tutela di ogni utente, il livello di accettabilità ovvero la soglia che deve essere rispettata, è pari al 100%.;

3. di prevedere la possibilità di una soglia di tolleranza del 5% come clausola di salvaguardia statistica dell'errore sul valore totale degli indicatori applicabili ai FASAS campionati per il controllo e di individuare, pertanto, quale livello di accettabilità complessivo risultante dall'esito del controllo, un valore pari al 95% secondo le modalità di calcolo di cui al punto 7 dell'allegato 1;

4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, ai fini della più ampia diffusione.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

I CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA PER LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

1. I controlli di appropriatezza

In aderenza a quanto previsto dalla DGR n. 1185/2013, il perseguimento degli obiettivi di efficacia, sicurezza ed efficienza e la necessità di creare un sistema finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi erogati in ambito sociosanitario, spingono verso una sempre maggiore esplicitazione, anche in questo settore, del concetto di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni all'utente.

Il sistema dei controlli deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza, anche identificando eventuali aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti, sulle quali agire in modo integrato tra ASL ed Enti Erogatori, al fine di garantire interventi/prestazioni sociosanitari realmente appropriati e adeguati al bisogno.

I controlli di appropriatezza sono effettuati dalle ASL in coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale e sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo in cui si trovino (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate).

Presupposto per effettuare il controllo di appropriatezza è la tenuta, la completezza, l'affidabilità, la correttezza, la congruenza delle informazioni contenute nel FASAS, predisposto a partire dal momento della presa in carico della persona assistita, che contiene tutta la documentazione obbligatoria riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale nella specifica unità d'offerta.

Si ribadisce che la responsabilità della presa in carico e le conseguenti strategie di intervento sono in capo all'équipe multidisciplinare dell'Ente Erogatore che, valutata la situazione dell'utente, definisce gli interventi necessari alla soddisfazione del bisogno.

Le norme regionali[1] prevedono che i controlli di appropriatezza effettuati dalle ASL sulle unità d'offerta sociosanitarie debbano essere volti a verificare:

1. la corretta classificazione della fragilità degli utenti, nel rispetto alle indicazioni regionali e/o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
2. la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico - funzionali - assistenziali utili all'espletamento delle verifiche;
3. la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale con quanto

[1] Legge Regionale n. 3/2008 e s.m.i., DGR n. 1185/2013

definito dal Progetto Individuale e dalla Pianificazione degli interventi;

4. l'evidenza nel Diario dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate da parte delle figure professionali appropriate.

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, sulla base degli esiti del monitoraggio dell'applicazione sperimentale degli indicatori individuati dalla DGR n.4980/2013 e delle osservazioni pervenute dalle ASL e dagli Enti Gestori, ha effettuato la revisione degli stessi.

La presente DGR definisce un set minimo di indicatori "generali" e "specifici" finalizzati a favorire nell'ambito del sistema sociosanitario lombardo l'uniformità metodologica per l'attuazione del processo assistenziale e del relativo sistema di controllo.

Per le unità d'offerta afferenti all'area dipendenze e riabilitazione/cure intermedie verranno rilevati solo gli indicatori generali in considerazione della revisione in atto del sistema.

Gli esiti della rilevazione degli indicatori, nel periodo dal 1 luglio 2014 al 31 dicembre 2014, non comporteranno l'irrogazione di sanzioni amministrative, che continueranno, invece, ad essere applicate in aderenza a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 3/2008 art. 15 comma 3 e s.m.i. e per quanto disposto dalla DGR n. 3540/2012.

2. Il processo assistenziale e l'appropriatezza degli interventi

Il processo assistenziale, nell'ambito del sistema sociosanitario, può essere inteso come l'insieme delle seguenti fasi/attività (vedi Figura 1):

1. Valutazione/rivalutazione multidimensionale dell'utente;
2. Definizione di una Progettazione;
3. Pianificazione degli interventi sulla base degli obiettivi previsti;
4. Attuazione, monitoraggio e verifica degli esiti.

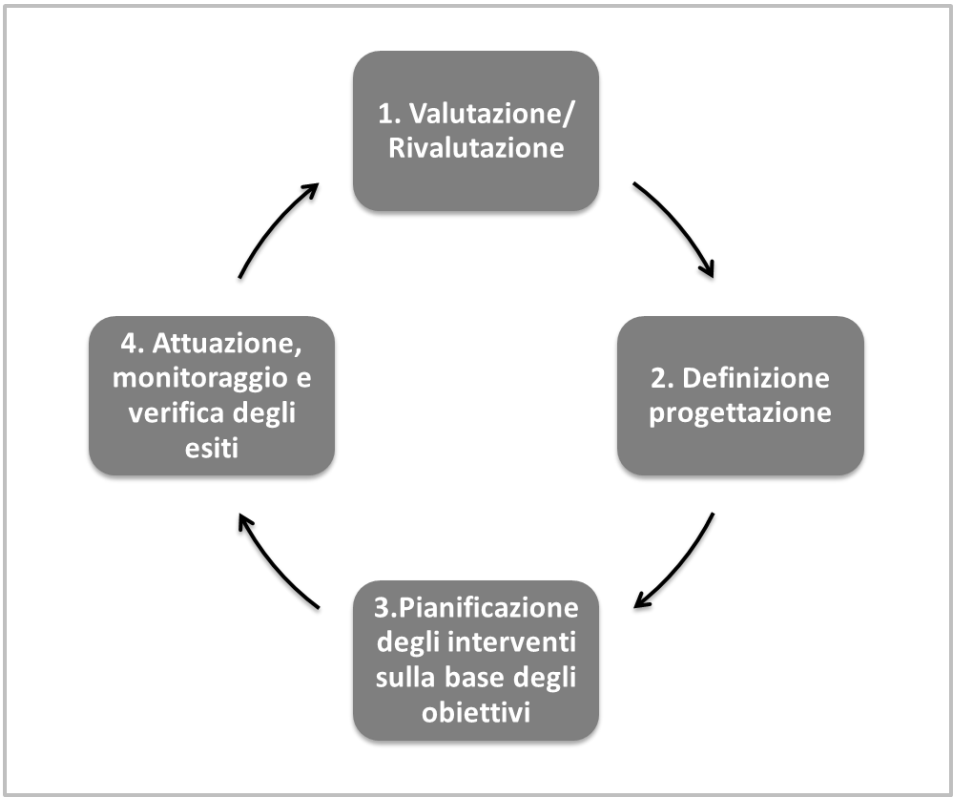

Figura 1

In tale contesto, l'appropriatezza della presa in carico è definita dal fatto che, dati determinati bisogni della persona, identificati attraverso la valutazione multidimensionale, vengano progettati, pianificati, attuati e monitorati interventi appropriati.

3. Approccio metodologico per la costruzione degli indicatori di appropriatezza assistenziale: "generali" e "specifici"

L'approccio metodologico seguito per la costruzione degli indicatori di appropriatezza assistenziale è stato il seguente:

1. definizione delle principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario (vedi Figura 1);
2. individuazione delle aree più significative o "aree di appropriatezza specifica" per ciascuna tipologia di struttura/utenza;
3. identificazione, nell'ambito delle "aree di appropriatezza specifica", degli indicatori di ciascuna unità d'offerta che consentono di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale.

Rispetto a ciascun indicatore “generale” e “specifico” sono state definite le seguenti informazioni:

- la descrizione - indica l’informazione sintetica che si intende rilevare;
- il campione - identifica un sottoinsieme specifico e/o con particolari caratteristiche di una definita popolazione/universo, rispetto al quale verrà calcolato l’indicatore;
- la modalità di calcolo - descrive le modalità secondo le quali deve essere determinato l’indicatore;
- la fonte - individua le fonti documentali, in via non esclusiva, da utilizzare per effettuare le verifiche;
- la modalità di verifica - descrive le modalità secondo le quali dovrà essere svolta l’attività di verifica dell’indicatore.

4. Controlli di appropriatezza nella classificazione utente/prestazioni erogate

Il controllo si basa sulla verifica di coerenza tra la classificazione dell’utente risultante dai flussi di rendicontazione/debito informativo e l’esito della valutazione/rivalutazione dell’utente rintracciabile nel FASAS o dall’osservazione diretta dell’utente.

Le tempistiche per la valutazione e classificazione degli utenti, ove prevista, per la rivalutazione e l’eventuale riclassificazione sono fissate dai provvedimenti generali e specifici relativi alle unità d’offerta sociosanitarie.

Le équipe preposte al controllo di appropriatezza devono verificare in tutte le unità d’offerta che l’indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti, per es. in SOSIA, SIDI, ecc., sia sostenuta in modo congruente dalla documentazione raccolta nel FASAS.

L’équipe di controllo nel caso in cui lo ritenga necessario potrà provvedere all’osservazione diretta dell’utente, in presenza di un operatore della struttura.

Qualora non vi sia congruenza tra la classificazione dell’utente risultante dai flussi di rendicontazione/debito informativo e la documentazione contenuta nel FASAS a supporto della classificazione nelle unità d’offerta ove è prevista una classificazione dei livelli di fragilità, si dovrà procedere alla redazione di una nuova classificazione.

Nel caso in cui la ASL verifichi la non appropriatezza in una classe dello specifico sistema di classificazione per la unità d’offerta, ad es. classe 1 SOSIA attribuita dal Gestore invece della corretta classe 3 SOSIA, la rideterminazione della tariffa dovrà essere fatta:

- ove riscontrabile, a partire dal giorno in cui è mutata la condizione clinica che ha determinato la nuova classificazione;

- ove non riscontrabile, venendo meno il criterio della tracciabilità della documentazione sociosanitaria, a partire dalla data di presa in carico dell'utente da parte dell'unità di offerta.

Nell'evenienza contraria, ad es. classe 3 SOSIA attribuita dal Gestore invece della corretta classe 1 SOSIA, il riconoscimento della tariffa avverrà a partire dal giorno della verifica da parte dell'équipe di controllo. In tal caso, qualora trattasi di errore involontario, non si ritiene applicabile la sanzione prevista dell'art. 15 comma 3 bis lettera d) Legge Regionale n. 3/2008 e s.m.i.

In tutte le unità d'offerta, ove non è prevista una classificazione delle fragilità, si procederà al controllo di coerenza interna tra elementi documentali del FASAS e/o di coerenza tra gli elementi documentali del FASAS e le informazioni contenute nei flussi di rendicontazione/debito informativo.

Si precisa che per le unità d'offerta ove la valutazione è effettuata dalle ASL (ad oggi ADI), la verifica attiene alla coerenza tra l'esito della valutazione, quanto rendicontato tramite flusso informativo/debito informativo e le prestazioni erogate. Ciò, naturalmente, fatti salvi eventuali fatti intercorrenti giustificanti cambiamenti valutativi da inoltrare, quanto prima possibile, all'ASL di competenza.

In merito alle unità d'offerta, ove non è prevista una classificazione delle fragilità, si prevedono le seguenti fattispecie di incoerenza:

- assenza di FASAS;
- assenza di Progetto Individuale (nel caso della riabilitazione PRI);
- assenza della Pianificazione degli interventi (PAI, PEI, pri, etc.);
- assenza del Diario;
- presenza della prestazione nei flussi di rendicontazione/debito informativo, ma assenza della stessa nella documentazione a riscontro (es: prestazioni in flusso di rendicontazione in misura eccedente quanto registrato in FASAS);
- non appropriata erogazione della prestazione nei modi previsti dalle normative di settore (ad esempio nei consultori: relazioni impropriamente rendicontate come complesse, interventi ad alta integrazione non eseguiti dalle qualifiche previste, multiprofessionalità);
- prestazione erogata in assenza delle dovute prescrizioni mediche o in caso di presenza di prescrizione non compilata ai sensi della norma vigente;
- prestazione non appropriata rispetto alle indicazioni previste nelle certificazioni/prescrizioni mediche (ad esempio accoglienza in comunità terapeutica per tossicodipendenti con certificazione di abuso);
- non tracciabilità dell'effettiva e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali.

Nelle sopra descritte evenienze verranno applicate le seguenti misure:

- in ambito di regime ambulatoriale, domiciliare e diurno continuo della riabilitazione, consultori, SERT/NOA/SMI, *l'onere economico a carico del SSR previsto per la singola prestazione non verrà riconosciuto totalmente*;
- per le cure intermedie, per gli Hospice, per i CDI, per le Strutture Residenziali per soggetti con dipendenza patologica, per l'ADI e l'ADI Cure palliative ove è previsto un profilo o una tariffa giornaliera, l'*onere economico verrà decurtato in ragione del 30% per l'intero periodo contestato*.

5. Controlli di appropriatezza sulla congruenza tra FASAS e flussi di rendicontazione/debito informativo

Il controllo si basa sulla verifica di congruenza tra quanto riportato nella documentazione sociosanitaria (FASAS) e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico - funzionali - assistenziali utili all'espletamento delle verifiche.
In merito agli esiti del controllo si rimanda al paragrafo precedente.

6. Controlli di appropriatezza assistenziale

Gli indicatori di appropriatezza assistenziale "generali" si applicano a tutte le unità d'offerta sociosanitarie.

Per ciascuna tipologia di unità d'offerta è inoltre definito un set di indicatori "specifici", da applicarsi esclusivamente alla tipologia di unità d'offerta cui si riferiscono.

Si richiama la piena autonomia e la responsabilità professionale in capo all'équipe sanitaria o multi professionale che opera presso le unità d'offerta in merito alla scelta degli interventi/prestazioni sociosanitari erogati agli utenti.

Pertanto, laddove negli indicatori sia riportata la necessità di una valutazione nonché la presenza di un intervento allineato alla valutazione, la scelta di non intervenire - purché registrata e adeguatamente motivata all'interno del FASAS - può essere valutata positivamente ai fini dell'accettabilità dell'indicatore.

7. Esito dei controlli di appropriatezza

Gli indicatori individuati costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile

prescindere nell'ambito del processo assistenziale. Pertanto, per ogni indicatore, a tutela di ogni utente, il livello di accettabilità ovvero la soglia che deve essere rispettata al di sotto della quale si prevede l'applicazione del sistema sanzionatorio è pari al 100%. Tuttavia, è prevista una soglia di tolleranza del 5% come clausola di salvaguardia statistica dell'errore sul valore totale degli indicatori applicabili ai FASAS campionati per il controllo.

Ne consegue che il livello di accettabilità complessivo risultante dall'esito del controllo è pari al 95%.

Il livello di accettabilità complessivo è calcolato come il rapporto percentuale tra la somma degli indicatori soddisfatti e la somma degli indicatori applicabili, a seguito di sopralluogo ispettivo e conseguente verbalizzazione. A titolo esemplificativo, si riporta la modalità di calcolo del livello di accettabilità sia in caso di esito positivo (Tabella 1) sia in caso di esito negativo (Tabella 2).

Tabella 1

FASAS CAMPIONATI	**NUM. INDICATORI TOTALI (10), DI CUI APPLICABILI**	**NUM. INDICATORI SODDISFATTI**	**% DI RAGGIUNGIMENTO** ***(NUM. INDICATORI SODDISFATTI/ NUM. INDICATORI APPLICABILI)***
1°	10	10	100%
2°	8	8	100%
3°	9	8	89%
4°	6	6	100%
5°	7	6	86%
			LIVELLO DI ACCETTABILITA' RAGGIUNTO
TOTALE	40	38	**95%**

Tabella 2

FASAS CAMPIONATI	**NUM. INDICATORI TOTALI (5), DI CUI APPLICABILI**	**NUM. INDICATORI SODDISFATTI**	**% DI RAGGIUNGIMENTO** ***(NUM. INDICATORI SODDISFATTI/ NUM. INDICATORI APPLICABILI)***
1°	5	5	100%
2°	5	4	80%
3°	4	3	75%
			LIVELLO DI ACCETTABILITA' NON RAGGIUNTO → SANZIONE
TOTALE	**14**	**12**	**86%**

Fatta salva l'applicazione della sanzione amministrativa ai sensi della Legge Regionale n. 3/2008 art. 15 comma 3 e s.m.i. l'esito dei controlli può determinare:

- ✓ la rideterminazione della tariffa secondo la nuova classificazione di fragilità nelle modalità descritte al paragrafo 4;
- ✓ la decurtazione pari al 30% nelle modalità descritte al paragrafo 4;
- ✓ il mancato riconoscimento economico della prestazione nelle modalità descritte al paragrafo 4.

8. Indicazioni operative per i controlli di appropriatezza

Al fine di garantire una maggiore chiarezza espositiva e supportare gli Enti Gestori/le ASL nell'applicazione degli indicatori di appropriatezza, sono state inserite, nell'Allegato 3, una serie di definizioni e precisazioni relative ad argomenti specifici, ritenuti utili a chiarire elementi enunciati nelle tabelle riferite agli indicatori generali e specifici di cui all'Allegato 2 della presente DGR.

GENERALI					
N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni/ N. totale FASAS di utenti campionati	-FASAS: 1. Documentazione attestante la valutazione/rivalutazione multidimensionale	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la presenza di una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la progettazione, la pianificazione e la tracciabilità degli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, l'esistenza della progettazione, della pianificazione e della tracciabilità degli interventi attuati
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la valutazione multidimensionale risulta coerente con la progettazione/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della valutazione multidimensionale rispetto alla progettazione
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la pianificazione risulta coerente con gli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della pianificazione rispetto agli interventi attuati
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali i dati del flusso informativo/debito informativo risultano congruenti con quanto contenuto nel FASAS/ N. totale di FASAS di utenti campionati	-FASAS di ciascun utente campionato: 1. Flussi informativi/debito informativo 2. Documentazione sociosanitaria all'interno del FASAS 3. Eventuale osservazione diretta della persona	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la congruenza tra i dati in esso contenuti e quanto rendicontato attraverso i flussi informativi/debito informativo

GENERALI					
N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
NOTA BENE - Gli indicatori 1, 2, 3.1 e 3.2 non si applicano nel caso in cui gli utenti usufruiscano di mono prestazioni presso le UDO (ad es. visita ginecologica, pap-test, colloquio di consultazione presso Consultorio, prelievi a domicilio, etc.). - Relativamente agli indicatori 1, 2, 3.1 e 3.2, quando applicati all'ADI/ ADI CURE PALLIATIVE per i controlli in itinere, il campione di riferimento sarà l'utente campionato per i controlli in itinere, e non il FASAS. Pertanto, la modalità di calcolo, la fonte e la modalità di verifica si focalizzano sulla documentazione presente al domicilio degli utenti campionati. - Relativamente all'indicatore 1, in merito al processo di valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni e all'indicatore 2, relativamente all'elaborazione della progettazione si precisa che, per l'ADI ordinaria, l'adempimento è in carico alle ASL.					

RSA						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Cadute	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio caduta	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio caduta
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
Contenzione fisica	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica	FASAS di utenti per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica al momento del controllo o precedentemente	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica/ N.totale FASAS di utenti campionati per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Diario con prescrizione medica completa 2. Scheda di monitoraggio	Al momento del controllo deve essere verificata, per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile l'utilizzo di strumenti di contenzione: a) la presenza nel diario clinico assistenziale della prescrizione medica completa dei seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione all'uso - eventuali pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - il n° di ore/ la frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - le modalità di controllo quotidiano dello strumento - le tempistiche di revisione periodica della prescrizione dello strumento (almeno trimestrale) b) la presenza di schede di monitoraggio coerenti con le modalità di controllo quotidiano dello strumento, previste dalla prescrizione medica, con riscontro di eventuali danni direttamente o indirettamente attribuibili alla contenzione stessa N.B. E' facoltà dell'unità di offerta prevedere una "scheda contenzione" aggiuntiva rispetto alla prescrizione medica nella quale siano rintracciabili gli elementi di cui alla prescrizione medica sul diario (punto a)
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione fisica che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	FASAS di utenti con prescrizione medica dei mezzi di contenzione	N. FASAS di utenti nei quali è presente il consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica sottoscritto/ N. Totale FASAS di utenti campionati con prescrizione medica dei mezzi di contenzione fisica	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica	Al momento del controllo deve essere verificata, all'interno del FASAS, la presenza del consenso informato sottoscritto all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile la prescrizione medica di mezzi di contenzione fisica
Dolore	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata la presenza, all'interno dei FASAS campionati, della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore nel 100% degli stati-episodi algici	FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto negli ultimi 3 mesi	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore negli ultimi 3 mesi nel 100% degli stati-episodi algici/ N. totale FASAS di utenti campionati nei quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto negli ultimi 3 mesi	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore devono essere verificati, all'interno del FASAS, i trattamenti effettuati per la cura del dolore per tutti i FASAS di utenti campionati nei quali è rintracciabile la valutazione positiva del dolore negli ultimi 3 mesi

RSA						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Lesioni da pressione	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti con rischio di sviluppare ulcere da pressione (per esempio Scala BRADEN ≤ 16) o con lesioni in atto, per cui si rilevano interventi appropriati	FASAS di utenti valutati a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto/ N. totale FASAS di utenti campionati con rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza, all'interno del FASAS, di interventi appropriati per tutti i FASAS di utenti con valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto
Nutrizione / Idratazione	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	N. FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive-trattamentali/ N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'attuazione del monitoraggio e/o di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione
Psicosociale	6.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata un'anamnesi sociale e familiare/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante l'anamnesi sociale e familiare	Al momento del controllo deve essere verificata per tutti i FASAS di utenti campionati la presenza della documentazione attestante la raccolta dell'anamnesi sociale e familiare completa dei dati relativi a: a) parte anagrafica (campo identificativo ospite univoco) b) care giver/ rete familiare c) livello di istruzione/ vita lavorativa d) interessi/ abitudini di vita e) eventuale presenza di una forma giuridica di protezione (con la specifica della stessa, della persona individuata e del relativo atto di nomina/designazione) f) inserimento nell'UDO (relazioni con gli altri ospiti, con gli operatori, con i famigliari/ care giver/ reti di prossimità/ servizi istituzionali)
	6.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative individuali e/o di gruppo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati nell'attività di animazione-educazione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di obiettivi individualizzati di area psico-sociale per tutti i FASAS di utenti campionati

RSA						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Cognitiva	7.1	Percentuale di FASAS di utenti, con deterioramento cognitivo, per i quali è prevista una specifica progettazione	FASAS di tutti gli utenti con MMSE ≤ 19	N. FASAS di utenti per i quali è prevista una specifica progettazione/ N. totale FASAS di utenti con MMSE ≤ 19	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una specifica progettazione per gli utenti con deterioramento cognitivo
	7.2	Percentuale di FASAS di utenti accolti in Nuclei Alzheimer (con CDR 2-3) coinvolti in programmi di stimolazione cognitiva globale, individuali o di piccolo gruppo *(Applicare solo per Nuclei ALZHEIMER)*	FASAS di utenti accolti in Nuclei Alzheimer (con CDR 2-3)	N. FASAS di utenti, accolti in Nuclei Alzheimer (con CDR 2-3), coinvolti in programmi di stimolazione cognitiva globale, individuali o di piccolo gruppo/ N. totale FASAS di utenti accolti in Nuclei Alzheimer (con CDR 2-3)	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, il coinvolgimento in programmi di stimolazione cognitiva globale individuali o di piccolo gruppo, di persone accolte in Nuclei Alzheimer Target: utenti accolti in Nuclei Alzheimer con grado di demenza moderato o moderato-severo (CDR 2-3)
Attività motoria	8	Percentuale di FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, il coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti

CDI						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Cadute	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio caduta	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio caduta
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
Contenzione fisica	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica	FASAS di utenti per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica al momento del controllo o precedentemente	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica/ N. totale FASAS di utenti campionati per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Diario con prescrizione medica completa 2. Scheda di monitoraggio 3. Evidenza documentale del coinvolgimento del Medico di cure primarie nella prescrizione medica	Al momento del controllo deve essere verificata, per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile l'utilizzo di strumenti di contenzione: a) la presenza della prescrizione medica completa dei seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione all'uso - eventuali pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - il n° di ore / la frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - le modalità di controllo quotidiano dello strumento - le tempistiche di revisione periodica della prescrizione dello strumento (almeno trimestrale) b) la presenza di schede di monitoraggio coerenti con le modalità di controllo quotidiano dello strumento, previste dalla prescrizione medica, con riscontro di eventuali danni direttamente o indirettamente attribuibili alla contenzione stessa N.B. E' facoltà dell'unità di offerta prevedere una "scheda contenzione" aggiuntiva rispetto alla prescrizione medica nella quale siano rintracciabili gli elementi di cui alla prescrizione medica sul diario (punto a) N.B. La prescrizione medica può essere redatta dal Medico di cure primarie oppure dal Medico di struttura sentito il Medico di cure primarie
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione fisica che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	FASAS di utenti con prescrizione medica dei mezzi di contenzione	N. FASAS di utenti nei quali è presente il consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica sottoscritto / N. Totale FASAS di utenti campionati con prescrizione medica dei mezzi di contenzione fisica	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica	Al momento del controllo deve essere verificata, all'interno del FASAS, la presenza del consenso informato sottoscritto all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile la prescrizione medica di mezzi di contenzione fisica

CDI						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Dolore	3	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata la presenza, all'interno dei FASAS campionati, della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
Nutrizione / Idratazione	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	N. FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive-trattamentali/ N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'attuazione del monitoraggio e/o di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione
Psicosociale	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata un'anamnesi sociale e familiare/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante l'anamnesi sociale e familiare	Al momento del controllo deve essere verificata per tutti i FASAS di utenti campionati la presenza della documentazione attestante la raccolta dell'anamnesi sociale e familiare completa dei dati relativi a: a) parte anagrafica (campo identificativo ospite univoco) b) care giver/ rete familiare c) livello di istruzione/ vita lavorativa d) interessi/ abitudini di vita e) eventuale presenza di una forma giuridica di protezione (con la specifica della stessa, della persona individuata e del relativo atto di nomina/designazione) f) inserimento nell'UDO (relazioni con gli altri ospiti, con gli operatori, con i famigliari/ care giver/ reti di prossimità/ servizi istituzionali)
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative individuali e/o di gruppo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati nell'attività di animazione-educazione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di obiettivi individualizzati di area psico-sociale per tutti i FASAS di utenti campionati
Cognitiva	6	Percentuale di FASAS di utenti, con deterioramento cognitivo, per i quali è prevista una specifica progettazione	FASAS di tutti gli utenti con MMSE ≤ 19	N. FASAS di utenti per i quali è prevista una specifica progettazione/ N. totale FASAS di utenti con MMSE ≤ 19	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una specifica progettazione per gli utenti con deterioramento cognitivo

CDI						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Attività motoria	7	Percentuale di FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, il coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti

RSD						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Funzioni primarie	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le funzioni primarie (respirazione, alimentazione, minzione, evacuazione, integrità cutanea)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le funzioni primarie/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle funzioni primarie
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono effettuati interventi coerenti con la valutazione	FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	N. FASAS di utenti con funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono messi in atto interventi appropriati/ N. totale FASAS di utenti campionati con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, la presenza di interventi coerenti alla valutazione per tutti i FASAS di utenti campionati
Mobilità	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene valutata l'abilità nelle funzione motorie (deambulazione, trasferimenti, rischio caduta)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata valutata l'abilità nelle funzione motorie/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione dell'abilità nelle funzione motorie	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione dell'abilità nelle funzione motorie
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
Dolore	3	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata la presenza, all'interno dei FASAS campionati, della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
Autonomia nella cura personale (igiene e abbigliamento) e nell'alimentazione	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione

RSD						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
	4.3	Percentuale di FASAS di utenti, con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, per i quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità	FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	N. FASAS di utenti nei quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, se sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione o a rispondere al bisogno assistenziale, per tutti i FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione
Aspetti cognitivo - comportamentali	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza per ciascun utente della valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo per i quali vengono attivate misure preventive-trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	N. FASAS di utenti nei quali risultano messe in atto di misure preventive-trattamentali per utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, la messa in atto di misure preventive-trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
Psicosociale	6.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione delle abilità occupazionali , personali e relazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	Al momento del controllo deve essere verificata per tutti i FASAS di utenti campionati, la presenza della documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali
	6.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)

RSD						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Vita di relazione	7	Percentuale di FASAS di utenti per cui sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali risulta la presenza di azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare all'interno del FASAS, la presenza di azioni messe in atto volte a favorire l'inclusione sociale o il sostegno alle relazioni interpersonali

CDD						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Funzioni primarie	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione delle funzioni primarie (respirazione, alimentazione, minzione, evacuazione, integrità cutanea)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione delle funzioni primarie/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle funzioni primarie. La valutazione deve essere redatta dalla Struttura, anche raccogliendo le informazioni necessarie per meglio definire i bisogni da professionisti/personale esterno alla struttura
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono effettuati interventi coerenti con la valutazione	FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	N. FASAS di utenti con funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono messi in atto interventi appropriati/ N. totale FASAS di utenti campionati con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare all'interno del FASAS la presenza di interventi coerenti alla valutazione per tutti i FASAS di utenti campionati
Mobilità	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione sull'abilità nelle funzione motorie (deambulazione, trasferimenti, rischio caduta)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata valutata l'abilità nelle funzione motorie/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione dell'abilità nelle funzione motorie	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione dell'abilità nelle funzione motorie. La valutazione deve essere redatta dalla Struttura, anche raccogliendo le informazioni necessarie per meglio definire i bisogni da professionisti/personale esterno alla struttura.
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
Autonomia nella cura personale (igiene e abbigliamento) e nell'alimentazione	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione

CDD						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
	3.3	Percentuale di FASAS di utenti, con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, per i quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità	FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	N. FASAS di utenti nei quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, se sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione o a rispondere al bisogno assistenziale, per tutti i FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione
Aspetti cognitivo - comportamentali	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza per ciascun utente della valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo per i quali vengono attivate misure preventive-trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	N. FASAS di utenti nei quali risultano messe in atto di misure preventive-trattamentali per utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/ N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, la messa in atto di misure preventive-trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
Psicosociale	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione delle abilità occupazionali , personali e relazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	Al momento del controllo deve essere verificata per tutti i FASAS di utenti campionati, la presenza della documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)
Vita di relazione	6	Percentuale di FASAS di utenti per cui sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali risulta la presenza di azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare all'interno del FASAS, la presenza di azioni messe in atto volte a favorire l'inclusione sociale o il sostegno alle relazioni interpersonali

CSS						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Funzioni primarie	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione delle funzioni primarie (respirazione, alimentazione, minzione, evacuazione, integrità cutanea)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la valutazione delle funzioni primarie/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle funzioni primarie. La valutazione deve essere redatta dalla Struttura, anche raccogliendo le informazioni necessarie per meglio definire i bisogni da professionisti/personale esterno alla struttura.
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono effettuati interventi coerenti con la valutazione	FASAS di utenti con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	N. FASAS di utenti con funzioni primarie compromesse e/o a rischio per i quali sono messi in atto interventi appropriati /N. totale FASAS di utenti campionati con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per tutti i FASAS di utenti campionati, la presenza di interventi coerenti alla valutazione
Mobilità	2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali o altre strategie di intervento motivate per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti
Autonomia nella cura personale (igiene e abbigliamento) e nell'alimentazione	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento)
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali sono state valutate le abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione
	3.3	Percentuale di FASAS di utenti, con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, per i quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità	FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	N. FASAS di utenti nei quali sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione/ N. totale FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, se sono previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione o a rispondere al bisogno assistenziale, per tutti i FASAS di utenti con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione

CSS						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Aspetti cognitivo - comportamentali	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza per ciascun utente della valutazione degli utenti a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo per i quali vengono attivate misure preventive - trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	N. FASAS di utenti nei quali risultano messe in atto di misure preventive-trattamentali per utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo/N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, la messa in atto di misure preventive-trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
Psicosociale	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione delle abilità occupazionali , personali e relazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	Al momento del controllo deve essere verificata, per tutti i FASAS di utenti campionati, la presenza della documentazione attestante la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di obiettivi individualizzati per le attività animative/ educative/ occupazionali (sia individuali che di gruppo)
Vita di relazione	6	Percentuale di FASAS di utenti per cui sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali risulta la presenza di azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, la presenza di azioni messe in atto volte a favorire l'inclusione sociale o il sostegno alle relazioni interpersonali

HOSPICE						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Presa in carico	1	Percentuale di utenti che rispettano i criteri di eleggibilità per le cure palliative, verificati attraverso il colloquio preliminare, ai sensi della DGR n. 4610/2012	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali sono rispettati i criteri di eleggibilità per le cure palliative ai sensi della DGR n. 4610/2012/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante i criteri di eleggibilità ai sensi della DGR n. 4610/2012	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per i FASAS campionati, il rispetto dei criteri di eleggibilità per le cure palliative, individuati attraverso un colloquio preliminare, ai sensi della DGR n. 4610/2012
Dolore	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata la presenza, all'interno dei FASAS campionati, della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona N.B. E' da intendersi la valutazione del dolore alla presa in carico, la rivalutazione e il monitoraggio conseguente
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore nel 100% degli stati-episodi algici	FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto negli ultimi 3 mesi	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore negli ultimi 3 mesi nel 100% degli stati-episodi algici/ N. FASAS di utenti campionati nei quali è rintracciabile il riscontro di dolore cronico e/o episodi di dolore acuto negli ultimi 3 mesi	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'esistenza di trattamenti per la cura del dolore cronico e/o degli episodi di dolore acuto
Accompagnamento al fine vita	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato 1. Documentazione attestante la valutazione del bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della documentazione attestante la valutazione del bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati effettuati interventi di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita	FASAS di tutti gli utenti per i quali è stato rilevato il bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita	N. FASAS di utenti per i quali sono stati effettuati interventi di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita / N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'attuazione di interventi di supporto all'utente e/o ai familiari per l'accompagnamento al fine vita
Protocolli assistenziali	4	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore (procedure e strumenti correlati)	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è stata verificata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali/ N. totale FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore (procedure e strumenti correlati)

ADI CURE PALLIATIVE (IN ITINERE E EX POST)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Comunicazione all'utenza	1	Percentuale di utenti per i quali si rileva l'avvenuta consegna del materiale informativo relativo a orari, referenti per contatti e/o reclami	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali si rileva l'avvenuta consegna del materiale informativo relativo a orari, referenti per contatti e/o reclami/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- Documentazione informativa presente al domicilio degli utenti campionati per controllo in itinere - Attestazione di ricevimento del materiale informativo da parte dell'utente/familiare/caregiver	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, presso il domicilio dell'utente, la presenza del materiale informativo completo di: a) orari e reperibilità sanitaria sulle 24h (ai sensi della DGR n. 3851/2012) b) composizione dell'equipe assegnata alle cure del singolo assistito, che riporta il nome e cognome del medico e dell'infermiere c) numero di telefono del medico reperibile d) numero di telefono per reclami In assenza del materiale informativo presso il domicilio dell'utente deve essere documentata dall'Erogatore l'attestazione di ricevimento del materiale informativo da parte dell'utente/familiare/caregiver
Presa in carico	2.1	Percentuale di utenti che rispettano i criteri di eleggibilità, verificati attraverso il colloquio preliminare, per le cure palliative domiciliari ai sensi della DGR n. 4610/2012	Utenti campionati per controllo in itinere/ex post	N. utenti che rispettano i criteri di eleggibilità per le cure palliative domiciliari ai sensi della DGR n. 4610/2012/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere/ex post	- Documentazione attestante i criteri di eleggibilità	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, il rispetto dei criteri di eleggibilità, individuati attraverso un colloquio preliminare, per le cure palliative domiciliari ai sensi della DGR n. 4610/2012.
	2.2	Percentuale di utenti per i quali è reperibile il PAI elaborato entro 72 ore (salvo urgenze) dalla data del primo contatto (DGR n. 3584/2012) *N.B. Per primo contatto, ai sensi della presente deliberazione, si intende la prima visita medica a domicilio, che coincide con la validazione della presa in carico, a conclusione della verifica dei criteri di eleggibilità ex DGR n. 4610/2012*	Utenti campionati per controllo in itinere/ex post	N. utenti per i quali è presente il PAI elaborato entro 72 ore dal primo contatto/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere/ex post	- PAI - Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza del PAI elaborato entro 72 ore (salvo urgenze) dalla data del primo contatto. In base alla DGR n. 4610/2012 la presa in carico è validata con la prima visita da parte del medico che segue il colloquio preliminare. Il PAI deve essere redatto entro 72 ore dalla prima visita che corrisponde con l'effettiva presa in carico. N.B. gli aggiornamenti del PAI possono essere presenti solo in diario
	2.3	Percentuale di utenti per i quali è presente il diario che riporta i dati di obiettività, soggettività ed interventi attuati peculiari di cure palliative	Utenti campionati per controllo in itinere/ex post	N. utenti per i quali è stato redatto in maniera corretta ed esaustiva il diario completo degli elementi di obiettività, soggettività ed interventi attuati/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere/ex post	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza del diario compilato in maniera corretta ed esaustiva. In particolare il diario dovrà essere completo dei seguenti elementi: - dati di obiettività - dati di soggettività - interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma utente-caregiver)
Dolore	3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione/rivalutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Utenti campionati per controllo in itinere/ex post	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati per controllo in itinere/ex post	- FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, l'esistenza della valutazione/rivalutazione del dolore alla presa in carico, ad ogni accesso medico-infermieristico e il relativo monitoraggio

ADI CURE PALLIATIVE (IN ITINERE E EX POST)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
	3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore	Utenti campionati per controllo in itinere/ex post con valutazione positiva del dolore	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore / N. totale FASAS di utenti campionati per controllo in itinere/ex post con valutazione positiva del dolore	- FASAS di ciascun soggetto campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore devono essere verificati, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, i trattamenti effettuati per la cura del dolore per tutti i FASAS di utenti campionati nei quali è rintracciabile la valutazione positiva del dolore N.B. Il trattamento del dolore deve comprendere gli interventi effettuati, sia farmacologici sia non farmacologici
Protocolli assistenziali	4	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore	Utenti campionati per controllo ex post (ove pertinenti)	N. FASAS di utenti nei quali è stata verificata la corretta e pertinente applicazione dei protocolli assistenziali/ N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post	- FASAS di ciascun soggetto campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore

ADI (IN ITINERE)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Comunicazioni all'utenza	1	Percentuale di utenti per i quali si rileva l'avvenuta consegna del materiale informativo relativo a orari, referenti per contatti e/o reclami	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali si rileva l'avvenuta consegna del materiale informativo relativo a orari, referenti per contatti e/o reclami/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- Documentazione informativa presente al domicilio degli utenti campionati per controllo in itinere - Attestazione di ricevimento del materiale informativo da parte dell'utente/familiare/caregiver	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, presso il domicilio di ciascun utente campionato, la presenza del materiale informativo completo di: a) orari b) numero di telefono del servizio di reperibilità, attivo per 7 giorni/settimana, disponibile dalle 9 alle 18 c) numero di telefono per reclami In assenza del materiale informativo presso il domicilio dell'utente deve essere documentata dall'Erogatore l'attestazione di ricevimento del materiale informativo da parte dell'utente/familiare/caregiver
Dolore (ad eccezione dei profili prestazionali "prelievi" ai sensi della DGR n. 3851/2012)	2	Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti nei quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- Documentazione attestante il monitoraggio del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore, ove applicabile, è necessario verificare per ciascun utente campionato il monitoraggio del dolore
Lesioni da pressione (ad eccezione dei profili prestazionali "prelievi" ai sensi della DGR n. 3851/2012)	3.1	Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione / N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- Documentazione attestante la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per ciascun utente campionato, la presenza della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione
	3.2	Percentuale di utenti con rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto per cui si rilevano interventi appropriati	Utenti campionati per controllo in itinere a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. utenti di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati /N. totale utenti campionati per controllo in itinere a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza, per ciascun utente campionato, di interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto
Diario	4	Percentuale di utenti per i quali è presente un diario in cui sono registrati gli eventi occorsi e gli interventi attuati	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali è stato redatto in maniera corretta ed esaustiva il diario in relazione agli eventi occorsi e agli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma utente-caregiver)/ N.totale utenti campionati per controllo in itinere	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare per ciascun utente campionato, la presenza del diario compilato in maniera corretta ed esaustiva in merito agli eventi occorsi e agli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma utente-caregiver)

ADI (IN ITINERE)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Riabilitazione	5.1	Percentuale di utenti per i quali sono presenti un PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo per le rispettive competenze (ai sensi della DGR n. 1375/2005) coerenti con i bisogni rilevati conformemente ai criteri di accesso definiti dal DDG n. 6032/2012	Utenti campionati per controllo in itinere (ove pertinenti)	N. utenti per i quali si rileva la redazione e la sottoscrizione del PRI/pri da parte dei componenti del team riabilitativo coerenti con i bisogni rilevati/N. totale utenti campionati per controllo in itinere (ove pertinenti)	- PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza del PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo coerenti con i bisogni rilevati. In assenza del PRI/pri presso il domicilio dell'utente, la documentazione deve essere prodotta dall'Erogatore all'Organismo di Vigilanza entro 48 ore.
	5.2	Percentuale di utenti nei quali sono rispettati i criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative in ambito ADI ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato 1	Utenti campionati per controllo in itinere (ove pertinenti)	N. utenti per i quali sono rispettati i criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative in ambito ADI / N. totale utenti campionati per controllo in itinere (ove pertinenti)	- Documentazione attestante la valutazione - PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, il rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative in ambito ADI ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato 1

ADI (EX POST)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Dolore (ad eccezione dei profili prestazionali "prelievi" ai sensi della DGR n. 3851/2012)	1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post	- FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante il monitoraggio del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, ove applicabile, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, il monitoraggio del dolore
Lesioni da pressione (ad eccezione dei profili prestazionali "prelievi" ai sensi della DGR n. 3851/2012)	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, la presenza della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti con ulcere da pressione in atto per cui si rilevano interventi appropriati	Utenti campionati per controllo ex post a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex posta rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, di interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto
Protocolli assistenziali	3	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS nei quali è stata verificata la corretta applicazione dei protocolli assistenziali/N. totale FASAS campionati	- FASAS di ciascun utente campionato - Protocolli assistenziali in uso	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, l'appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore
Diario	4	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente un diario in cui sono registrati gli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma utente-caregiver) e la motivazione della chiusura o della richiesta di rivalutazione	Utenti campionati per controllo ex post	N. utenti per i quali è stato redatto in maniera corretta ed esaustiva il diario in relazione agli interventi attuati e alla motivazione della chiusura o richiesta di rivalutazione/ N.totale utenti campionati per controllo ex post	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, la presenza del diario compilato in modo corretto ed esaustivo in merito agli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma utente-caregiver) e la motivazione della chiusura o della richiesta di rivalutazione

ADI (EX POST)						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Riabilitazione	5.1	Percentuale di utenti per i quali sono presenti un PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo per le rispettive competenze (ai sensi della DGR n. 1375/2005) coerenti con i bisogni rilevati conformemente ai criteri di accesso definiti dal DDG n. 6032/2012	Utenti campionati per controllo ex post (ove pertinenti)	N. utenti per i quali si rileva la redazione e la sottoscrizione del PRI/pri da parte dei componenti del team riabilitativo coerenti con i bisogni rilevati/N. totale utenti campionati per controllo ex post (ove pertinenti)	- PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza del PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo coerenti con i bisogni rilevati
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti nei quali sono rispettati i criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative in ambito ADI ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato 1	Utenti campionati per controllo ex post (ove pertinenti)	N. utenti per i quali sono rispettati i criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative in ambito ADI / N. totale utenti campionati per controllo ex post (ove pertinenti)	- Documentazione attestante la valutazione - PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, il rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato 1

CONSULTORI						
AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Accoglienza/ Orientamento	1	Percentuale di FASAS di utenti che hanno avuto un colloquio di accoglienza esitato in un percorso di valutazione/orientamento	FASAS di utenti per i quali è stato rendicontato un colloquio di accoglienza	N. FASAS di utenti per i quali è presente un percorso di valutazione/ orientamento/ N. totale FASAS di utenti per i quali è stato rendicontato un colloquio di accoglienza	- FASAS di ciascun utente campionato - Flusso previsto dal debito informativo (CONS)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'evidenza documentale di un percorso di valutazione/orientamento per tutti gli utenti per i quali è stato rendicontato un colloquio di orientamento
Situazioni complesse	2.1	Percentuale di FASAS di utenti con situazioni complesse per i quali sono stati effettuate visite colloquio da almeno due operatori con professionalità diverse	FASAS di utenti con situazioni complesse	N. FASAS di utenti per i quali sono state effettuate visite colloquio da almeno due operatori con professionalità diverse/ N. totale FASAS di utenti con situazioni complesse	- FASAS di ciascun utente campionato - Flusso previsto dal debito informativo (CONS)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'evidenza documentale delle visite colloquio effettuate da almeno due operatori con professionalità diverse
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti con situazioni complesse per i quali sono rintracciabili discussioni di équipe	FASAS di utenti con situazioni complesse	N. FASAS di utenti con situazioni complesse per i quali sono rintracciabili discussioni di équipe/ N. totale FASAS di utenti con situazioni complesse	- FASAS di ciascun utente campionato - Flusso previsto dal debito informativo (CONS)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'evidenza documentale delle discussione di équipe
Relazione con la rete dei servizi	3	Percentuale di FASAS di utenti con evidenza di incontri operativi tra gli operatori del Consultorio e operatori di altri Enti/Servizi mirati alla presentazione e alla discussione del caso, alla presa in carico, alla programmazione, al coordinamento e alla verifica del progetto di intervento incentrato sul singolo utente/famiglia	FASAS di utenti per i quali sono stati rendicontati incontri programmati con operatori di altri Enti/Servizi	N. FASAS di utenti per i quali sono presenti evidenze documentali degli incontri avvenuti tra operatori del Consultorio ed operatori di altri Enti/Servizi/ N. totale FASAS di utenti per i quali sono stati rendicontati incontri programmati con operatori di altri Enti/Servizi	- FASAS di ciascun utente campionato - Flusso previsto dal debito informativo (CONS)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, l'evidenza documentale dello svolgimento di incontri programmati, incentrati sul singolo utente/famiglia, tra operatori del Consultorio ed operatori di altri Enti/Servizi
IVG	4	Percentuale di FASAS di utenti che richiedono IVG con documentato counselling ai sensi dell'art 5 par. 1 legge 194/78 prima dell'eventuale prescrizione medica (escluse le situazioni di urgenza)	FASAS di tutti gli utenti che richiedono IVG	N. FASAS di utenti per i quali è presente almeno una seduta di counselling prima dell'eventuale prescrizione medica/ N. totale FASAS di utenti per i quali è stato richiesto IVG	-FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la registrazione di almeno un counselling (cod. prestazione 00102, ex DGR n. 4597/2012) prima dell'eventuale prescrizione medica

INDICAZIONI OPERATIVE PER I CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Il presente allegato contiene una serie di definizioni e precisazioni relative ad argomenti specifici, ritenuti utili a chiarire elementi enunciati nelle tabelle riferite agli indicatori generali e specifici di cui all'Allegato 2. Le definizioni e precisazioni non intendono esaurire tutti gli elementi trattati nell'Allegato 2, ma comunque impegnano gli operatori al loro rispetto.
In particolare, verranno riportate le seguenti definizioni e precisazioni:

1. FASAS
2. VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE DELL'UTENTE
3. PROGETTAZIONE (PROGETTO INDIVIDUALE)
4. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI (PAI, PEI, pri, etc.)
5. DIARIO
6. CONSENSO INFORMATO
7. PROTOCOLLO
8. PROCEDURA
9. LINEE GUIDA
10. DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA
11. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA
12. ATTUAZIONE DI MISURE PREVENTIVE PER GLI UTENTI A RISCHIO DI CADUTA E/O CADUTI
13. MEZZI DI CONTENZIONE FISICA
14. SCHEDA MONITORAGGIO DEGLI STRUMENTI DI CONTENZIONE
15. VALUTAZIONE DEL DOLORE
16. DOLORE CRONICO
17. DOLORE ACUTO
18. TRATTAMENTI PER LA CURA DEL DOLORE
19. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE ULCERE DA PRESSIONE
20. INTERVENTI APPROPRIATI PER GLI UTENTI CON VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE ULCERE DA PRESSIONE O CON LESIONI IN ATTO
21. VALUTAZIONE/MONITORAGGIO DELLO STATO NUTRIZIONALE/IDRATAZIONE
22. STIMOLAZIONE COGNITIVA
23. TEMPISTICHE DI VALUTAZIONE PER AREA DISABILI (Scheda SIDI)
24. ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO (Consultori)
25. SITUAZIONI COMPLESSE (Consultori)
26. PRESA IN CARICO (Consultori)
27. PRESA IN CARICO (ADI PALLIATIVE)
28. ADERENZA PROTOCOLLI (ADI Palliative e/o HOSPICE)
29. ADERENZA PROTOCOLLI (ADI)
30. EVENTI (ADI)

1. FASAS

Il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche riferite ai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione della situazione del singolo utente e, ove necessario e opportuno, del suo contesto famigliare. Tale sezione comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali e/o psico-sociali che attesti le valutazioni cliniche, relazionali, delle abilità funzionali dell'utente, etc. Tale sezione deve essere debitamente aggiornata con gli esiti delle eventuali rivalutazioni che dovessero rendersi necessarie nel periodo di presa in carico dell'utente. In particolare, dovrà contenere:
  - l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione);
  - le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno rilevato e può coinvolgere a seconda della situazione tutte o alcune delle seguenti aree tematiche:
    - area medica;
    - area psicologica;
    - area sociale;
    - area infermieristica;
    - area riabilitativa;
    - area educativo-animativa;
    - area dell'assistenza tutelare;
- della sezione relativa al percorso dell'utente nell'unità d'offerta. Tale sezione deve dare evidenza della Progettazione, della Pianificazione e attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate.

  Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza:
  - del *Progetto Individuale* (P.I.) relativo all'assistito (PRI - Progetto Riabilitativo Individuale nella riabilitazione);
  - della *Pianificazione degli interventi* – PAI (Piano assistenziale individuale) / PEI (Piano Educativo Individuale/ pri (programma riabilitativo individuale), etc.;
  - il *Diario* che può assumere diverse denominazioni in funzione delle figure professionali coinvolte nella Progettazione e nella Pianificazione (a titolo esemplificativo: diario clinico- assistenziale, diario infermieristico, diario educativo-animativo, etc.).

    Pertanto, le unità d'offerta sociosanitarie secondo la propria organizzazione potranno redigere un unico Diario con sequenza cronologica di eventi e interventi, o più sezioni del Diario redatte da ciascuna figura professionale, comunque tutte

collocate nel FASAS, costituenti parti integranti e sostanziali di un unico Diario personale.
  - i fogli unici di terapia farmacologica ove prevista;
- la sezione relativa alla modulistica comprendente:
  - i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati;
  - i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti;
  - la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista.

Indipendentemente dalla modalità di conservazione, cartacea o informatica, dei documenti, fatta salva la validità legale dei medesimi, si conferma la prerogativa di ottenere, da parte della vigilanza ASL in sede di espletamento dell'attività di vigilanza e controllo, copia cartacea dei documenti in qualunque modo essi siano conservati.

2. VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE DELL'UTENTE

La valutazione/rivalutazione è un processo di natura continua e dinamica che ha l'obiettivo di conoscere e comprendere lo stato di salute, complessivamente inteso e le abilità dell'utente. Essa consente di definire il Progetto e la Pianificazione degli interventi per l'utente.

La valutazione si compone, pertanto, di un'analisi accurata della storia, dello stato clinico, delle capacità e dei bisogni che la persona presenta e postula un periodico e costante aggiornamento.

La valutazione è un processo che viene effettuato dai diversi professionisti che compongono l'équipe di cura e assistenza.

La rivalutazione è un processo che si attua secondo cadenze temporali definite in sede di valutazione o al modificarsi delle condizioni della persona, rilevabili nei contenuti del Diario.

3. PROGETTAZIONE (PROGETTO INDIVIDUALE)

Il Progetto Individuale deve essere redatto secondo le tempistiche della normativa vigente (30 giorni dall'accoglienza/presa in carico dell'utente).

Il Progetto Individuale, sulla base della valutazione dei bisogni emersi, deve definire le aree di intervento ed esplicitare, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili. Il Progetto Individuale si caratterizza dei seguenti elementi:

- sintesi dei Bisogni come esito della valutazione/rivalutazione multidimensionale;
- individuazione dell'Area di intervento;
- descrizione degli Obiettivi della presa in carico;
- individuazione degli Indicatori (misurabili) relativi agli obiettivi;
- definizione dei Tempi di verifica per i singoli obiettivi.

Dove può ricorrere l'evenienza che la fase valutativa si prolunghi oltre i 30 giorni (esclusivamente per Consultori e Servizi Dipendenze Ambulatoriali), il Gestore è comunque tenuto, entro 30 giorni dall'accoglienza, all'elaborazione di un Progetto Individuale "provvisorio", che descrive e formalizza il percorso valutativo posto in essere. A seguito del percorso valutativo, che verrà attuato in tempi congrui e in funzione delle tempistiche definite dal Progetto Individuale "provvisorio", dovrà essere elaborato il Progetto Individuale definitivo.
Nel caso in cui la valutazione sia effettuata dalle ASL (ad oggi ADI), deve essere garantita la trasmissione del Progetto Individuale all'Ente Gestore, che si impegna alla conservazione dello stesso nel FASAS a domicilio dell'utente.
Il Progetto Individuale deve dare evidenza dell'informazione/condivisione con l'assistito o l'avente titolo o il famigliare o il caregiver.

4. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI (PAI, PEI, pri, etc.)

Risulta evidente che la Pianificazione degli interventi è fortemente condizionata dalla situazione clinica e socio-relazionale della persona, dalle abilità funzionali, dalle compromissioni cognitive.
Alla luce di quanto sopra, la Pianificazione degli interventi è costituita dai seguenti elementi:

- descrizione degli obiettivi individuati per le diverse aree di intervento;
- definizione degli interventi e delle modalità di attuazione (come? con quale intensità? dove? per quanto tempo?);
- individuazione dell'équipe o degli operatori coinvolti;
- declinazione delle attività di monitoraggio degli obiettivi e dei tempi previsti;
- evidenza della sospensione/interruzione degli interventi e relative motivazioni;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi individuati.

La Pianificazione degli interventi nel caso dell'ADI deve dare evidenza dell'informazione/condivisione con l'assistito o l'avente titolo o il famigliare o il caregiver.

5. DIARIO

Il Diario è il documento nel quale devono essere riportati da parte degli operatori dell'équipe:

- tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico con particolare riferimento alle variazioni delle condizioni dell'utente;
- le prescrizioni mediche diagnostico-terapeutiche, ecc. ;
- gli interventi preventivi, terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi, psicologici effettuati in relazione alla Pianificazione degli interventi (PAI/PEI/pri, etc.). Si ritiene, tuttavia, che:
    - per quanto riguarda le prestazioni routinarie di assistenza tutelare (interventi eseguiti da ASA/OSS) nelle strutture residenziali e semiresidenziali deve essere data evidenza unicamente delle prestazioni non effettuate o la cui esecuzione

è risultata difforme, sia in termini di tipologia che di modalità di erogazione, da quanto previsto nella Pianificazione degli interventi;
    - per quanto riguarda le attività educative/animative di gruppo, ove previste nelle singole progettazioni individuali, deve essere data unicamente evidenza nel Diario della mancata frequenza da parte dell'utente rispetto alla Pianificazione degli interventi ovvero di particolari comportamenti o reazioni durante la realizzazione di tali attività. Resta inteso che la partecipazione ad attività educative/animative di gruppo deve essere documentabile secondo le modalità organizzative individuate dall'unità d'offerta (ad es. registro presenze, etc.);
- le motivazioni a supporto di eventuali prestazioni previste ma non erogate, o erogate in modalità differenti rispetto a quanto pianificato e le eventuali modifiche, motivate, al piano di cura.

Ogni registrazione in Diario deve essere corredata di data, ora e firma dell'estensore (anche sigla, se esiste un registro aziendale delle sigle). Il redattore della nota deve essere sempre identificabile. Particolare attenzione deve essere posta alla tracciabilità puntuale dei farmaci somministrati agli utenti.

6. CONSENSO INFORMATO

Esercizio del diritto dell'ospite all'autodeterminazione rispetto alle scelte diagnostico/terapeutiche proposte. La scelta viene attuata al termine del processo informativo.

Titolare del bene giuridico tutelato è unicamente l'ospite che riceve la proposta diagnostico/terapeutica.

L'indicatore che richieda il consenso scritto non è applicabile, qualora ricorrano le seguenti fattispecie, adeguatamente documentate nel FASAS:

1. laddove ricorra lo stato di necessità ex Art. 54 c.p. [1];
2. laddove si tratti di prescrizioni fatte ad utenti in condizioni di incapacità naturale, perché privi in tutto di autonomia decisionale o temporaneamente/definitivamente incapaci di esprimere la propria volontà benché gli stessi non siano ancora interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno. In tale caso, si richiama la necessità di dare evidenza dell'informazione/condivisione con il famigliare o il caregiver. Inoltre, è necessario reperire, all'interno del FASAS, evidenza documentale dell'attivazione di percorsi finalizzati alla nomina di figure quali il tutore/l'amministratore di sostegno.

[1] Articolo 54 c.p. Stato di necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

7. PROTOCOLLO

E' uno schema di comportamento diagnostico–terapeutico predefinito e si riferisce ad una sequenza *prescrittiva* di comportamenti definiti.

Il mancato rispetto di un protocollo espone il professionista e l'organizzazione a potenziali rischi.

Per quanto sopra i protocolli adottati nelle diverse unità d'offerta devono:

- fare riferimento a quanto definito in ambito scientifico e/o normativo (Linee Guida, Best Practices);
- validati dal responsabile sanitario o dal responsabile dell'area di competenza a seconda della mission e dell'utenza assistita;
- essere assunti formalmente dal Soggetto gestore;
- essere conosciuti da tutti i professionisti interessati all'applicazione del protocollo;
- essere aggiornati e validati almeno ogni tre anni.

8. PROCEDURA

Si tratta di una sequenza di azioni tecnico-operative definite in modo più o meno rigido che descrivono singole fasi di processo per uniformare una data attività e comportamenti riducendo la discrezionalità del singolo.

Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come è fatto, dove, quando, perché e chi ne è responsabile.

Le procedure devono essere aggiornate ogni qualvolta sussistano nuove indicazioni scientifiche, ovvero variazioni nella modellistica organizzativa del gestore, ovvero qualora il gestore ne ravveda la necessità al fine di migliorare la qualità degli interventi.

9. LINEE GUIDA

''Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche''.

Field MJ - Guidelines for Clinical Practice: from development to use. 1992, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

L'obiettivo primario delle linee guida è di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai vari problemi di salute, secondo le conoscenze scientifiche del momento. Sono basate sul consenso delle specialità interessate, sulle evidenze cliniche e tendono, oltre che a garantire l'appropriatezza, anche al contenimento dei costi degli interventi e ad arrecare il minor disagio possibile al paziente.

10. DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA

La documentazione sanitaria e sociosanitaria testimonia gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di cura e assistenza. Costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico oltre che giuridico, sia per il cittadino che se ne può servire per far valere i propri diritti, che per la tutela dell'operato professionale degli operatori (DGR n.4659 del 9 gennaio 2013).

Permette di verificare l'effettuazione di un'azione prevista. La documentazione di un fenomeno o prestazione può avvenire attraverso l'uso di strumenti validati e oggettivi (ad es: scale di valutazione, registrazione della temperatura, ecc.) e attraverso metodologie correlate alle specifiche professionalità.

11. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Una valutazione clinica ed assistenziale globale è premessa fondamentale per cure di qualità.

Il contenuto della valutazione, ovvero il livello di rischio stimato nella persona, deve essere segnalato sulla documentazione sociosanitaria ad opera dell'operatore responsabile dell'esecuzione della valutazione stessa, assicurando la corretta applicazione dell'eventuale strumento scelto (Ministero Salute).

In merito all'adozione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta della persona, le caratteristiche più significative dei test specifici sono: semplice esecuzione, breve durata, ripetibilità per consentire il monitoraggio.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si segnala che le evidenze disponibili mostrano che le qualità citate sono possedute dalla *Berg Balance Scale* (BBS), dal *Timed Up and Go* (TUG) e dalla *Tinetti Balance Scale.* Altri strumenti che valutano il rischio cadute sono: Morse, Conley, Stratify, Falls Efficacy Scale.

La valutazione del rischio di caduta degli assistiti deve essere effettuata in ognuna delle seguenti condizioni:

- all'ammissione della persona, particolarmente se anziana (età pari o maggiore di 65 anni);
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra struttura e prima della dimissione, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre l'assistito a maggiore rischio di caduta.

12. ATTUAZIONE DI MISURE PREVENTIVE PER GLI UTENTI A RISCHIO DI CADUTA E/O CADUTI

I programmi multifattoriali di prevenzione delle cadute indicati dal Ministero della Salute prevedono:

- strategie ambientali;
- correzione di eventuali condizioni patologiche;
- gestione della terapia farmacologica;
- programmi di esercizi fisici (potenziamento muscolare e dell'equilibrio);
- uso di ausili;
- gestione della eliminazione urinaria e fecale;
- limitazione della contenzione;
- educazione dell'assistito/caregiver.

13. MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

Sono da considerarsi mezzi di contenzione fisici (in letteratura più propriamente definiti "meccanici") tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitarne la libertà dei movimenti volontari.

Tipologie di strumenti di contenzione fisica:

- contenzione a letto: spondine (estese oltre i ¾ del letto), fasce, cinture, lenzuolo contenitivo;
- contenzione in carrozzina: cintura pelvica e addominale, corpetto, divaricatore inguinale, tavolino;
- mezzi di contenzione di segmenti corporei: cavigliere, polsiere, bracciali, manopole, tuta contenitiva (impediscono di accedere a parti del proprio corpo);
- mezzi di contenzione con postura obbligata: poltrone geriatriche (essendo basse impediscono di alzarsi).

Non sono considerati mezzi di contenzione fisica i seguenti: gessi ortopedici, bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa, dispositivi d'allarme al letto o alle porte, protezioni in velcro, speciali serrature a scatto e le spondine che proteggano metà o tre quarti del letto.

Il Ministero della Salute afferma che è necessario identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dalla persona, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa e che la contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari.

Importante precisare che, ad oggi, non ci sono studi che abbiano dimostrato una riduzione del rischio di cadute nei soggetti sottoposti a contenzione (per esempio con le spondine del letto) né un aumento del rischio di cadute nei soggetti non sottoposti a contenzione. Sembra quindi che, in particolare gli anziani, cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati

alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare (IPASVI-Federazione Nazionale Collegi Infermieri).

In letteratura l'uso di mezzi di contenzione non sempre trova riscontro quale supporto per la postura e la posizione seduta, in quanto vi sono strategie alternative come di seguito riportato:

- uso dei cuscini sulla sedie per migliorare la postura;
- incastrare più cuscini e utilizzare anche quelli con buco al centro per far stare comodi i pazienti seduti;
- posizionare cuscini sui braccioli della carrozzine per prevenire lo scivolamento laterale della persona;
- usare sedie con seduta profonda o sedie con schienale reclinabile;
- le persone prive di controllo del capo sono solitamente posizionate in carrozzina bascula.

14. SCHEDA MONITORAGGIO DEGLI STRUMENTI DI CONTENZIONE

Scheda dove registrare l'esecuzione del controllo sull'applicazione del dispositivo di contenzione, eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo, nonché il riscontro di eventuali danni direttamente e indirettamente attribuibili alla contenzione stessa e gli interventi, conseguentemente, adottati.

15. VALUTAZIONE DEL DOLORE

L'Accordo tra il Ministero della Sanità e le Regioni, provvedimento del 24 maggio 2001 "Linee Guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", auspicava che "*l'applicazione delle linee guida, destinate alle strutture sanitarie di ricovero e cura, possa diffondere la filosofia della lotta alla sofferenza a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali extra-ospedalieri*". Successivamente al sopracitato provvedimento, sia a livello nazionale che regionale, sono state emanate normative che affrontano il tema della valutazione e del trattamento del sintomo dolore, Lg. 38/2010 e DGR n. 4610/2012. L'art. 7 della Lg. 38/2010 dispone che siano tracciate le caratteristiche del dolore rilevato, la sua evoluzione, la tecnica antalgica ed i farmaci utilizzati, il risultato antalgico conseguito. Altresì, il comma 2 art. 7, afferma che le strutture hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore.

A tal fine, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si citano alcuni strumenti valutativi validati di possibile utilizzo.

Strumenti di valutazione self report più frequentemente utilizzati:

- Visual Analogue Scale (VAS) Scott J - Huskisson EC 1976, Kremer et al. 1981
- Numerical Rating Scale (NRS) Downie 1978, Grossi 1983
- Visual Numerical Scale (VNS) Minuzzo 2004
- Verbal Rating Scale (VRS) Tursky 1976, Gracely 1978
- Scala Espressioni Facciali (Picture Scale) Beltrutti - Lamberto 1997

La somministrazione delle scale di valutazione self report può essere ritenuta appropriata in caso di MMSE > 24 e/o CDR 0-0,5.
Si riportano di seguito alcuni strumenti di valutazione di tipo osservazionale:

- PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) (Warden, Hurley and Volicer, 2002, USA)
- NOPPAIN (Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument) (Snow, 2004, USA)
- The Abbey Pain Scale (Abbey, 2004, Australia)
- DOLOPLUS2 (Wary, 1992, France)
- ECPA (Echelle Comportamentale pour le Personne Agées)(Alix, 1993, France)
- ECS (Echelle Comportamentale simplifée) (Baulon, 1995, France)
- The Observational Pain Behaviour Tool (Simons &Malabar, 1995, UK)
- CNPI (Checklist of Non-verbal Pain Indicators) (Feldt, 2000, USA)
- PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) (Hadjistavropoulos, 2002,Canada)
- PADE (Pain Assessment in Dementing Elderly) (Villanueva, 2003, USA)
- RaPID (Rating Pain In Dementia) (Sign &Orrel, 2003, UK)
- Pain Assessment Tool for Use with Cognitive Impaired Adults (Davies, 2004, Australia)
- PATCOA (Pain Assessment Tool in Confused Older Adults) (Decker & Perry, 2003)

La somministrazione delle scale di valutazione osservazionale può essere ritenuta appropriata in caso di MMSE < 15 e/o CDR 3-4-5.
In caso di persone con MMSE compreso tra 20 – 24 e/o CDR 1, oppure con MMSE compreso tra 15 – 19 e/o CDR 2 si ritiene comunque appropriata la scala di valutazione scelta dal curante.
Si riportano, sempre a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcuni strumenti di valutazione di tipo osservazionale in uso nelle persone disabili che non hanno la capacità di riferire il proprio dolore:

- Chronic Pain Scale for Nonverbal Adults with Intellectual Disabilities (CPS-NAID) Burkitt, Breau, Salsman, Sarsfield-Turner & Mullen (2009)
- Non-communicating Adult Pain Scale (NCAPS) Lotan, Ljunggren, Johnsen, Defrin, Pick, & Strand (2009)
- Pain and Discomfort Scale (PADS) Bodfish, Harper, Deacon, Symons (Report; 2001) Phan, Edwards, Robinson (2005)

Per le persone con disabilità intellettiva è comunque da ritenersi appropriata la scala di valutazione scelta dal curante in considerazione della conoscenza dell'assistito.

16. DOLORE CRONICO

Il dolore cronico è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di auto-mantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quanto la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psico-relazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente. E'

rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche..). E' un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e frequentemente interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione. *(Ministero Salute).*

17. DOLORE ACUTO

Il dolore acuto ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all'intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. Attualmente le opzioni terapeutiche a disposizione per il controllo del dolore acuto, sono molteplici ed efficaci nella stragrande maggioranza dei casi *(Ministero Salute).*

18. TRATTAMENTI PER LA CURA DEL DOLORE

Sono da intendersi tutti i possibili trattamenti antalgici effettuati, sia farmacologici che non farmacologici.

19. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE ULCERE DA PRESSIONE

La valutazione del rischio di sviluppare un'ulcera da pressione si determina con l'integrazione fra il giudizio clinico e i risultati ottenuti da un affidabile e validato strumento di valutazione; ogni azione deve essere documentata e messa a disposizione dell'équipe di cura.

L'uso di scale di valutazione per l'identificazione del rischio di contrarre ulcere da pressione rappresenta un mezzo efficace per utilizzare al meglio le risorse, ottenendo il miglior rapporto costo/beneficio. La valutazione del rischio deve essere effettuata al momento dell'inserimento della persona in struttura. Si consiglia di aggiornare la valutazione ogni qualvolta si modifichino le condizioni cliniche della persona (evidence based).

La letteratura fornisce differenti strumenti di valutazione del rischio quali (espressi a titolo esemplificativo e non esaustivo) Braden, Norton, Waterlow, Knoll, Gosnell, Andersen, Reed, Norton Plus, Medley, Exton Smith, ma c'è ampio consenso nel ritenere che la Scala di Braden (Bergstrom, Braden et al., 1987), il cui uso è consigliato dalle Linee Guida internazionali AHRQ e dall'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), sia la più completa e riproducibile perché possiede la migliore capacità predittiva. Il *cut-off* per il rischio di lesione è pari a 16.

20. INTERVENTI APPROPRIATI PER GLI UTENTI CON VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE ULCERE DA PRESSIONE O CON LESIONI IN ATTO

La scelta degli interventi da mettere in atto per la prevenzione e la cura si basa sulle raccomandazioni esistenti in letteratura, che implicano anche la scelta di una superficie d'appoggio che riduca o ridistribuisca le pressioni. La scelta dell'ausilio si basa su una valutazione complessiva della persona e non solo sulla valutazione del livello di rischio misurato con scale specifiche.

Alla comparsa della lesione deve seguire una valutazione della causa, della sede, dell'aspetto della lesione (necrosi, granulazione, odore, colore ecc.), delle dimensioni (larghezza, lunghezza e profondità), del grado o stadio della lesione, della presenza di essudato e del tipo di essudato, dello stato della cute perilesionale, della presenza di segni locali di infezione, della presenza di tratti sotto minati, della presenza di dolore.

Per l'appropriatezza degli interventi si fa riferimento alle attuali evidenze scientifiche (evidence based).

21. VALUTAZIONE/MONITORAGGIO DELLO STATO NUTRIZIONALE/IDRATAZIONE

La valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico deve essere effettuata al momento dell'inserimento della persona in struttura. Si consiglia di aggiornare la valutazione ogni qualvolta si modifichino le condizioni cliniche della persona. Le buone prassi per effettuare la valutazione dello stato nutrizionale considerano i seguenti elementi:

- *Anamnesi ponderale*
    - Peso corporeo abituale
    - Peso corporeo attuale
    - Perdita di peso negli ultimi sei mesi > 5%
- *Anamnesi alimentare*
    - Distribuzione dei pasti e loro composizione quali-quantitativa
    - Consumo di integratori alimentari e/o voluttuari (dolci, alcool, bibite zuccherate)
    - Autonomia nell'alimentazione
    - Difficoltà nella masticazione
    - Presenza di disfagia
    - Presenza di disturbi dispeptici, diarrea, stipsi, anoressia, depressione
- *Esame obiettivo*
    - Secchezza della cute
    - Pallore cutaneo
    - Sarcopenia
    - Edemi declivi
    - Astenia

e almeno una delle seguenti strategie:

- valutazione multidimensionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo con strumenti quali MNA, MUST)

- rilevazione parametri antropometrici
- rilevazione parametri bioumorali

Il monitoraggio del peso corporeo è consigliabile a cadenza mensile, osservando l'andamento nei sei mesi precedenti.
Una diminuzione del 5 – 10% o dell'11 – 20% o maggiore del 20% rispetto al peso abituale, è indicativa rispettivamente di una malnutrizione lieve, moderata o grave.

La rilevazione dello stato di idratazione viene effettuata con la valutazione clinica della persona (segni e sintomi) e con la rilevazione dell'apporto idrico.
È importante valutare l'entità del deficit di liquidi. Le persone anziane con disidratazione di lieve entità hanno perso una quantità di liquidi equivalente a < 5% del peso corporeo, quelle disidratate moderatamente ne hanno perso circa il 10% e quelle disidratate in maniera grave ne hanno perso 15%.

22. STIMOLAZIONE COGNITIVA

Per stimolazione cognitiva globale si intendono gli interventi di riabilitazione multistrategici aspecifici che combinano elementi di riabilitazione neuropsicologica con altri tipi di trattamento, ad esempio reminiscenza, validazione, musicoterapia ecc. con una adeguata stimolazione motoria. Il Target della popolazione a cui tali interventi si rivolge è rappresentato dagli utenti accolti in Nuclei Alzheimer con grado di demenza moderato o moderato-severo (CDR 2 – 3).

23. TEMPISTICHE DI VALUTAZIONE PER AREA DISABILI (Scheda SIDI)

La valutazione dell'utente va effettuata al momento dell'ingresso e/o preliminarmente all'ingresso affinché la presa in carico avvenga secondo criteri di appropriatezza ai sensi dell' art. 4 comma e) dello "SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE" e dell'art. 1 "SCHEMA TIPO CONTRATTO D'INGRESSO" previsti dalla DGR n. 1185/2013.
Eventuali rivalutazioni saranno contestuali agli avvenuti cambiamenti dell'utente. Resta inteso che la trasmissione della scheda di valutazione SIDI segue le tempistiche dettate dalla circolare n. 2/2014.

24. ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO (Consultori)

Ai sensi della DGR n. 4597/2012, per accoglienza/orientamento si intende primo spazio di ascolto diversificato per accogliere ed orientare la domanda espressa dall'utente.
Viene svolto da un operatore tra le diverse figure professionali presenti nel Consultorio Familiare.

Non sono considerati "colloquio di accoglienza/orientamento" le comunicazioni telefoniche, i colloqui svolti in modo informale, l'attività di consulenza e altri accertamenti non strettamente connessi alla comprensione dei bisogni di cui l'utente è portatore. Il contenuto del colloquio di accoglienza/orientamento viene sinteticamente registrato nella cartella personale dell'utente.

25. SITUAZIONI COMPLESSE (Consultori)

Ai sensi della DGR n. 4597/2012, rientrano in questa tipologia di intervento le valutazioni dei singoli, delle coppie e delle famiglie, nonché le visite colloquio per le adozioni, l'affido familiare e la tutela minori.

Non sono considerati "visita colloquio" le comunicazioni telefoniche, i colloqui svolti in modo informale, l'attività di consulenza e altri accertamenti non strettamente connessi alla comprensione dei bisogni di cui l'utente è portatore.

Si richiamano le situazioni complesse previste dalla DGR n. 4597/2012:

- 00301 - Adozione nazionale/internazionale
- 00302 - Affido familiare
- 00303 - Tutela dei minorenni (Tribunale per i minorenni, Tribunale ordinario)
- 00304 - Interruzione volontaria della gravidanza di adulti
- 00305 - Interruzione volontaria della gravidanza di minorenni
- 00306 - Matrimoni tra minorenni
- 00307 - Nullità presso tribunale ecclesiastico

26. PRESA IN CARICO (Consultori)

Si definisce come l'assunzione di responsabilità rispetto all'iter di azioni e interventi specifici pensati attorno al soggetto richiedente cura e assistenza.

E' la modalità di governance di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.

Nell'ambito specifico dei Consultori Familiari si possono definire tre tipologie di "presa in carico":

- Presa in carico diretta - Si definisce come la risposta a bisogni che necessitano di un intervento tempestivo, in ragione di aspetti normativi e/o fisiologici oppure per pericolo per la salute dell'utente o di un suo congiunto.
- Presa in carico integrata - Si definisce come la risposta ad un bisogno valutato in accoglienza come multiproblematico; implica una valutazione ed un confronto multidisciplinare in équipe (es. intervento psicologico, assistenziale, problematiche genitoriali, disagi relazionali, disagi fisiologici di sospetta natura psicosomatica, problematiche sociali e relazionali, ...).
- Presa in carico semplice - Si definisce come la risposta ad un bisogno valutato in accoglienza come monoproblematico e che presume l'intervento di un solo professionista (es. visita ginecologica, pap test, colloquio di consultazione…).

27. PRESA IN CARICO (ADI PALLIATIVE)

Ai sensi della DGR n. 4610/2012, la presa in carico da parte dei Soggetti erogatori accreditati di cure palliative, sia per il livello residenziale sia per quello domiciliare, deve essere orientata a garantire al malato percorsi semplificati, tempestivi e flessibili di accesso ai servizi. La complessità e la variabilità dei bisogni del malato in fase terminale richiedono spesso interventi rapidi e una frequente rimodulazione dell'intensità di cura e del *setting* assistenziale. La richiesta di presa in carico da parte dei malati in fase avanzata ed evolutiva di una malattia inguaribile richiede molto frequentemente risposte immediate da parte del Soggetto erogatore di cure palliative. I percorsi di valutazione non devono portare a ritardi e dilazioni nell'attivazione dell'assistenza. Ad un avvio semplificato dell'assistenza deve invece seguire un attento monitoraggio dei criteri di appropriatezza del percorso sulla base di indicatori idonei alle cure palliative, validati in letteratura, con particolare riferimento al grado di instabilità clinica, alla presenza di sintomi di difficile controllo, alla necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o *Caregiver*.

Nel colloquio preliminare devono essere riportati i seguenti elementi caratterizzanti: informativa e condivisione relativa al percorso di cure palliative, criteri di eleggibilità.

Criteri Generali di Eleggibilità (CGE) (DGR n. 4610/2012 punto 4.2.1.) che consigliano e consentono l'inserimento del malato in un programma assistenziale fornito e gestito dalle Rete Regionale delle Cure Palliative e dalle sue sono articolazioni locali sono i seguenti:

1. stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile in base a criteri prognostici eventualmente validati in letteratura ed in base alla scienza, coscienza ed esperienza del/dei medico/i curante/i;
2. condivisione dell'avvio del percorso di cura da parte del nucleo famigliare, in particolare dal Caregiver e, quando possibile, da parte del malato, in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia;
3. valutazione del possesso dei requisiti indicati al punto 1. da parte del Medico di Medicina Generale di riferimento, e/o dallo specialista di branca di un Centro specialistico che ha in cura il malato (ad es. oncologo, internista, pneumologo, neurologo, nefrologo, cardiologo, infettivologo, geriatra) e/o dal medico responsabile di un Centro di cure palliative accreditato o da medici da lui formalmente delegati, operanti nello stesso Centro;
4. valutazione positiva all'avvio del percorso assistenziale da parte del Medico responsabile di uno dei Centri di cure palliative accreditati o da uno o più medici da lui formalmente delegati, d'intesa con il Medico di Medicina Generale. La valutazione è espressa dopo un colloquio con il/i famigliari e, qualora ritenuto possibile, con il malato. Il colloquio di valutazione va di norma effettuato presso il Centro accreditato e l'avvio del percorso di presa in carico, nel caso di set domiciliare, va validato con il primo accesso dell'équipe al domicilio;
5. al termine della valutazione di cui sopra, nel caso si ritenga appropriata la presa in carico del malato da parte della Rete di cure palliative nel set domiciliare, il medico

del Soggetto erogatore e il Medico di Medicina Generale definiscono la tipologia del livello assistenziale.

Criteri Specifici di Eleggibilità (CSE) (DGR n. 4610/2012 punto 4.2.2) la scelta dell'accesso iniziale del malato ad uno degli snodi della Rete Regionale di Cure Palliative o per il successivo eventuale passaggio da uno snodo all'altro, si basa sul seguente sistema valutativo multifattoriale:

1. valutazione delle volontà del malato;
2. valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo famigliare;
3. presenza o meno di un *Caregiver* attivo al domicilio nelle 24 ore;
4. valutazione del Care Manager/Case Manager/Referente clinico con particolare riferimento alle eventuali necessità di presenza continuativa (per più ore al giorno) infermieristica e di personale di supporto (OSS) al domicilio del malato, soprattutto se notturna;
5. valutazione della situazione logistico-strutturale-igienica domiciliare.

28. ADERENZA PROTOCOLLI (ADI Palliative e/o HOSPICE)

L'Ente erogatore dispone di:

- procedure per la presa in carico e per garantire la continuità assistenziale
- protocolli di intervento per il controllo del dolore
- protocolli della dispnea, dei sintomi gastroenterici e dei sintomi psico-comportamentali
- protocollo per la preparazione e supporto al lutto (per gli Hospice);
- prevenzione della sindrome da burn-out del personale (per gli Hospice).

29. ADERENZA PROTOCOLLI (ADI)

L'Ente erogatore deve disporre ed applicare i protocolli previsti dalla DGR n. 3541/12 così come modificata dalla DGR n. 3584/12.

30. EVENTI (ADI)

Per eventi si intendono tutte le informazioni clinico/assistenziali/riabilitative correlate all'utente, che determinano una ricaduta/modifica nel percorso clinico/assistenziale/riabilitativa del Servizio ADI, che sono registrate in modo coerente tra le varie figure professionali coinvolte (se più figure attive) e congruente ai nuovi bisogni/obiettivi.