

TITOLO - Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori *quality ed equity oriented* ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema.

N° identificativo della linea progettuale del programma CCM: 6.1

Analisi del problema

Nella popolazione di età uguale o superiore ai 75 anni, che rappresenta circa il 20% della popolazione generale nel nostro Paese, ma assorbe il 50% circa della spesa sanitaria pubblica (1), si concentrano i problemi di salute a maggior carattere di cronicità e i problemi assistenziali più complessi, riconducibili a condizioni di disabilità multiple e di non autosufficienza. A queste persone, al di fuori dei pur necessari ricoveri in strutture per acuti, il nostro sistema sanitario offre due alternative: l'assistenza domiciliare e la residenza sanitaria assistita (RSA). Entrambe queste soluzioni presentano tuttavia nelle diverse regioni una notevole variabilità di copertura e di assetti. Laddove non sia sufficiente l'offerta di assistenza domiciliare, l'RSA rimane spesso l'unica destinazione possibile collocandosi, di fatto, in una posizione intermedia tra le cure per acuti, l'assistenza di fine vita e l'assistenza a disabilità gravi e gravissime (inclusi gli stati vegetativi).

Le RSA hanno avuto in Italia un rapido sviluppo, negli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei posti letto, fino ad una stima, al 2007, pari a circa 270.000 – 300.000 ospiti (il 2-3% della popolazione anziana) (1)(2)(3). Una stima precisa, tuttavia, è ostacolata dalle diverse modalità di classificazione adottate dalle singole Regioni, nelle quali la denominazione corrente di RSA ha assunto significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc. (2). Molto variabili sono inoltre le condizioni strutturali e organizzative e la configurazione amministrativa; quasi inesistenti inoltre, come segnalato dal Progetto Mattoni (2), i dati disponibili sulle prestazioni offerte. Il Mattone n. 12 si è sviluppato infatti proprio per offrire soluzioni comuni alla carenza di dati sulle prestazioni erogate e di informazioni utili a costruire indici di *case-mix* assistenziale, nonostante alcune regioni avessero adottato propri strumenti, in alcuni casi basati su strumenti internazionali già validati (es. RUG, SVAMA). I risultati del Mattone 12 hanno poi dato seguito, nelle regioni, a sperimentazioni più ampie e strutturate di sistemi informativi basati su presupposti comuni.

In questo contesto generale, il monitoraggio dei più importanti problemi di qualità dell'assistenza per i soggetti accolti in RSA si presenta a tutt'oggi ancora difficile e affidato a fonti informative diverse: fonti amministrative (ad esempio: SDO e prescrizioni farmaceutiche, soprattutto con procedure di *record linkage*), valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (es. accreditamento istituzionale) e indagini *ad hoc* mirate a specifici problemi di salute. Un'indagine coordinata dal gruppo italiano PARI (4), che ha coinvolto 62 RSA distribuite in 5 regioni, ha evidenziato ben 84 problemi assistenziali: dalle ulcere da pressione alle cadute, dall'ansia alla tachicardia, dal dolore ai problemi di rapporti con i familiari o con i medici curanti. Un'indagine regionale di prevalenza condotta in Toscana, rivolta a 56 RSA a gestione pubblica (1.384 pazienti), ha rilevato una prevalenza di UdP pari al 10,2% (il 41,4% di queste a insorgenza successiva all'ammissione in RSA; il 62,4% di grado uguale o superiore al 2°) e di dolore di durata superiore a 30 gg pari al 32% (5). Un'indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da pressione, realizzata in tre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, ha evidenziato una frequenza elevata di questi due eventi: nelle RSA la prevalenza di infezioni era più elevata (14,6%) di quella mediamente riportata negli ospedali per acuti, nelle case protette inferiore ma sempre significativa (7,5%). Per alcune pratiche di prevenzione delle infezioni, solo 1/3 delle strutture disponeva di protocolli scritti (6). Un successivo intervento ha consentito di migliorare diversi aspetti della prevenzione delle infezioni, inclusa la sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuativa delle infezioni, effettivamente realizzato però in solo 2 strutture su 11 (7). Uno studio condotto in alcune RSA dell'ASP Brignole di Genova (Liguria) sta mettendo a punto gli elementi determinanti per costruire "modelli operativi di risk management". Lo studio consentirà di modificare il processo assistenziale, inserendo interventi di controllo in parallelo agli atti critici del nursing e dell'attività medica.

Fattori critici comuni agli studi menzionati sono, da un lato, la difficoltà di comporre un quadro completo e unitario della qualità dell'assistenza offerta in RSA; dall'altro, l'insufficiente diffusione, tra gli operatori sanitari, di validi strumenti di *assessment*, monitoraggio e gestione dei principali problemi di salute.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

E' necessario fare un passo ulteriore per consolidare e arricchire i sistemi di sorveglianza attualmente proposti e/o in uso nelle RSA, per lo più orientati alla valutazione dei bisogni dei pazienti e al monitoraggio di aspetti organizzativi delle strutture, con appropriate misure di processo e di esito della qualità dell'assistenza effettivamente prestata. Le soluzioni che si propongono in tal senso sono:

1. Ricognizione e analisi comparativa, nelle regioni partecipanti, di: a) normativa e stato di attuazione del processo di accreditamento istituzionale del settore sociale; b) sistemi informativi in uso per l'assistenza residenziale agli anziani, con particolare attenzione al livello di implementazione dei risultati del mattone

12 e ad esperienze (concluse o in corso) di rilevazione di ulteriori informazioni; c) modelli organizzativi e percorsi di cura in RSA, con particolare attenzione alla continuità con l'ospedale, all'esistenza di aree assistenziali con diverso livello di specializzazione, ai processi di gestione e qualificazione del personale, al livello di integrazione con i servizi di assistenza domiciliare.

2. Revisione della letteratura e delle esperienze relative a: a) sistemi di monitoraggio di processo ed esito della qualità dell'assistenza agli anziani accolti in residenze sanitarie - anche in collegamento con sistemi regolatori in uso - con particolare attenzione all'ambito europeo e nazionale; b) pratiche mediche e infermieristiche *evidence based* per l'assistenza a soggetti anziani, soprattutto non autosufficienti.
3. Costituzione di un gruppo interregionale multidisciplinare (con competenze di geriatria, farmacologia clinica, epidemiologia e salute pubblica, organizzazione dei servizi sociali) per la definizione di un modello concettuale di monitoraggio e valutazione di qualità dell'assistenza in RSA e di un sistema integrato di indicatori *quality ed equity oriented*, ad elevata fattibilità di rilevazione e integrazione con i sistemi informativi già in uso.
4. Validazione del/dei sistema/i di indicatori definito/i in un campione di RSA delle regioni partecipanti, condotta attraverso tappe consequenziali: a) formazione alla rilevazione di operatori e amministratori; b) rilevazione in un periodo campione; c) verifica di qualità e completezza dei dati raccolti e identificazione di criticità informative e organizzativo/assistenziali; d) revisione del sistema di indicatori; e) valutazione fattibilità rilevazione sistematica da fonti correnti.

Le soluzioni descritte sono finalizzate a diffondere nelle strutture residenziali conoscenze e strumenti di lavoro *evidence-based* e ad accrescere la disponibilità di informazioni per il miglioramento della qualità assistenziale, con particolare riguardo all'adozione di pratiche efficaci e alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Per completare il lavoro, si ritiene anche indispensabile fornire una risposta compiuta al "profilo giuridico" della RSA - a cui dovranno rispondere le norme in materia di autorizzazione e accreditamento - con l'approfondimento della evoluzione normativa e assistenziale, con le rispettive differenze tra le regioni, a cui queste strutture sono andate incontro negli ultimi 15 anni.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

La realizzazione degli obiettivi proposti appare realistica e fattibile, tenuto conto delle esperienze già avanzate presenti nelle regioni partecipanti, a loro volta saldamente costruite su reti collaborative di strutture e di operatori. Alla fine del biennio sarà possibile: a) descrivere la qualità dell'assistenza in RSA nelle unità partecipanti, con particolare riguardo a problemi di maggior rilievo quali: ulcere da pressione, dolore, infezioni, cadute, assunzione di farmaci, misure di contenzione, malnutrizione ecc.; b) proporre un insieme di indicatori appropriati per il monitoraggio di aspetti traccianti per la qualità dell'assistenza in RSA e utilizzabili in affiancamento alle misure di valutazione dei bisogni già rilevabili dai sistemi informativi attualmente in uso; c) descrivere le principali criticità per la qualità dell'assistenza ed esplorare il ruolo eventuale di fattori organizzativi quali: dimensioni e complessità della strutture, gestione e organizzazione del personale di assistenza, livello di integrazione con l'ospedale e altri servizi territoriali; d) proporre un sistema integrato di misure e strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza in RSA, concettualmente coerente e operativamente ancorato sia al sistema informativo Mattone 12 sia al processo di accreditamento istituzionale.

La fase di applicazione/validazione includerà una stima di fattibilità e trasferibilità della proposta operativa alla luce delle conoscenze disponibili al momento dello studio. In particolare, verranno valutate: a) le risorse umane e strumentali necessarie per una rilevazione *quality ed equity oriented* allargata su base regionale; b) la fattibilità di una rilevazione sistematica da flussi correnti; c) eventuali barriere (strutturali, organizzative, formative, ecc) alla realizzazione delle soluzioni individuate. Si ritiene comunque che le fasi più impegnative saranno: sul piano organizzativo, la formazione e la raccolta dati nelle strutture; sul piano tecnico-metodologico, l'analisi integrata dei dati e il *record linkage* con dati amministrativi.

Bibliografia

1. Padovani G. *Il diritto negato* (pg 97 e seg.). Il Pensiero Scientifico Ed., 2008
2. Ministero della salute, Progetto Mattoni. Mattone n. 12 "Assistenza residenziale e semiresidenziale".
www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni
3. Rapporto CEIS - Sanità, 2008
4. Gruppo PARI-FV. *Epidemiologia dei problemi assistenziali legati a farmaci e presidi in RSA e Distretti*. Assistenza infermieristica e ricerca 2007, 26(3)
5. ARS Toscana. *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro*. Documenti ARS n. 37, 2008.
6. Moro ML, Mongardi M, Marchi M, Taroni F. Prevalence of Long-term care acquired infections in Nursing and Residential homes of the Emilia-Romagna region. *Infection* 2007; 35: 250- 255.
7. Mongardi M., Moro M.L., Grilli E. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Dossier 188, 2010.
8. Trabucchi M. "I vecchi la Città e la Medicina", Il Mulino, Bologna, 2005
9. Institute of Medicine. *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. 1986
10. Hurria A, Lachs MS, Cohen HJ, Muss HB, Kornblith AB. *Geriatric assessment for oncologists: rationale and future directions*. Crit Rev Oncol Hematol. 2006;59:211-7

Obiettivi e responsabilità di progetto

OBIETTIVO GENERALE

Definizione concettuale e operativa di un sistema di sorveglianza *quality ed equity oriented* in RSA e validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori di struttura, processo e di esito ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema.

OBIETTIVO SPECIFICO 1. Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona basato sull'integrazione concettuale e operativa tra requisiti di accreditamento e indicatori di processo e di esito (con riguardo a ulcere da pressione, cadute, infezioni, dolore, malnutrizione, incontinenza urinaria, utilizzo dei mezzi di contenzione, prescrizione di farmaci) e valutare fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative.

A partire dalla recente normativa per l'accreditamento del settore sociale e dal corrispondente processo di attuazione in corso, verrà elaborata una proposta concettuale e operativa per la valutazione integrata di indicatori di struttura, processo ed esito. I problemi di qualità indagati dagli indicatori saranno in particolare: ulcere da pressione, cadute, infezioni, dolore, malnutrizione, incontinenza urinaria, utilizzo dei mezzi di contenzione, prescrizione di farmaci. Per alcune delle dimensioni indagate, verrà esplorata la fattibilità di una rilevazione da dati amministrativi, anche attraverso l'ampliamento/modifica dei sistemi informativi ora in uso. Il campione di RSA coinvolto nello studio sarà pari a 35 strutture, per un totale di circa 2.000 pl.

OBIETTIVO SPECIFICO 2 - Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema integrato di misurazione della qualità dei servizi alla persona (con riguardo a infezioni e lesioni da decubito, cadute, incontinenza urinaria, strumenti di contenzione, bagni di pulizia) e fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative.

I problemi di qualità indagati dagli indicatori saranno in particolare: infezioni e lesioni da decubito, cadute, incontinenza urinaria, strumenti di contenzione, bagni di pulizia. Gli indicatori verranno rilevati da diverse fonti informative (registrazione continuativa "sul campo", osservazione diretta, stima da fonti correnti, anche con procedure di record linkage). Il confronto con le fonti correnti e la stima per classi omogenee di case mix, per alcune delle dimensioni di interesse, consentirà di valutare la fattibilità di una futura rilevazione da dati amministrativi. Verrà coinvolto un campione di 23 strutture residenziali convenzionate per anziani, collocate in 4 aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, per un totale di circa 1.000 p.l.

OBIETTIVO SPECIFICO 3 - Identificare e rilevare un insieme di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità dei servizi alla persona, con particolare riguardo agli aspetti di personalizzazione e umanizzazione, all'assistenza di tipo alberghiero, all'assistenza di tipo riabilitativo, all'assistenza sociale e alla relazione coi familiari.

La selezione degli indicatori verrà effettuata a partire dal Manuale di accreditamento all'eccellenza delle strutture residenziali per anziani (Morosini e Piergentili, 1998, agg.to 2004 e 2009). Verranno inoltre messi a punto adeguati strumenti per la documentazione degli indicatori, incluse le griglie di valutazione e le procedure di integrazione con i sistemi informativi già in uso. Verrà infine effettuata l'analisi dei dati e la valutazione d'impatto dell'introduzione del sistema di indicatori. Il campione di RSA coinvolto nello studio sarà pari a 8 strutture dell'IRCSS S.Raffaele di Puglia e Lazio, per un totale di circa 700 pl.

OBIETTIVO SPECIFICO 4 – Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio degli eventi assistenziali avversi in area medica (es. *inadeguato monitoraggio clinico, gestione del consenso*) in area infermieristica (es. *errore di terapia, errore impiego dispositivi*), in area nursing tutelare (es. *cadute, fuga dalla residenza*), in area riabilitativa e psicosociale (es. *suicidio, dislocazione protesi*). in un campione di RSA.

*I problemi di qualità indagati saranno in particolare: eventi avversi e critici in area medica (es. *inadeguato monitoraggio clinico, gestione del consenso*) in area infermieristica (es. *errore di terapia, errore impiego dispositivi*), in area nursing tutelare (es. *cadute, fuga dalla residenza*), in area riabilitativa e psicosociale (es. *suicidio, dislocazione protesi*). Verrà coinvolto un campione di 10 RSA della Regione Liguria, per un totale di circa 700 pl.*

OBIETTIVO SPECIFICO 5 - Effettuare una ricognizione normativa dell'evoluzione del profilo clinico/assistenziale della RSA dal DPR 14 gennaio 1997 ai giorni nostri.

Il raggiungimento di tale obiettivo si rende particolarmente utile in considerazione delle modifiche avvenute nelle strutture residenziali per gli anziani non autosufficienti nel nostro paese; infatti, mentre la RSA individuata nella legge finanziaria del 1988 si configurava come struttura che doveva rispondere ai bisogni di lungo assistenza dei non autosufficienti, nel tempo la sua identità è andata via via modificandosi, anche con differenze tra le regioni, sia per l'evoluzione epidemiologica nei bisogni di assistenza (con l'aumento delle situazioni di cronicità complessa), sia per rispondere a una domanda aggiuntiva derivante dalla progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri.

CAPO PROGETTO: dr.ssa Stefania Rodella – ARS Toscana, Osservatorio qualità ed equità		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Direzione Generale Diritto alla Salute Regione Toscana Agenzia regionale di Sanità Università di Firenze (Dip.ti Farmacologia clinica, Geriatria, Igiene e Sanità Pubblica)	Dr.ssa Stefania Rodella ARS Toscana	Coordinamento del progetto Revisione e sistematizzazione letteratura ed evidenze Analisi integrata dei dati provenienti dalle diverse UO Diffusione risultati Compiti specifici per la Toscana: Definizione modello concettuale e operativo basato su accreditamento e indicatori di <i>performance</i> - Formazione operatori, rilevazione ed elaborazione dati in 35 RSA (circa 2000 PL)
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Regione Emilia Romagna Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale Aziende sanitarie Modena, Bologna, Imola e Ferrara	Dr.ssa ML Moro Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale	Formazione operatori Rilevazione indicatori da diverse fonti informative (registrazione continuativa "sul campo", osservazione diretta, stima da fonti correnti, anche con procedure di <i>record linkage</i>) Elaborazione dati relativi a 23 RSA (circa 1.000 PL) Stima indicatori secondo classi di <i>case-mix</i> e valutazione fattibilità rilevazione sistematica da fonti correnti
Unità Operativa 3		
Istituto Superiore di Sanità, CNESPS (Reparto salute Mentale) IRCSS S.Raffaele La Pisana	Dr.ssa Antonella Gigantesco CNESPS – Reparto salute Mentale	Selezione indicatori da Manuale Accreditamento Eccellenza RSA (Morosini, Piergentili, 2004 agg.to 2009) Messa a punto di griglie di valutazione indicatori Formazione operatori e rilevazione indicatori in 8 RSA di Lazio e Puglia, circa 700 pl) Elaborazione dati Valutazione impatto del sistema di monitoraggio
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Regione Liguria (Sistema Inf.vo Sociale e socio-sanitario) Agenzia Regionale Sanitaria Aziende Sanitarie 3 Genovese e 4 Chiavarese Tigullio - ASP Brignole	Dr.ssa Anna Banchemo - ARS Liguria	Formazione degli operatori in RSA Rilevazione eventi avversi e critici in 20 RSA (circa 1.000 PL) Gestione database ed elaborazione dati Valutazione di impatto del sistema di rilevazione adottato Ricognizione normativa dell'evoluzione del profilo clinico-assistenziale dal 1997 ad oggi

Piano di valutazione

OBIETTIVO GENERALE	Definizione concettuale e operativa di un sistema di sorveglianza <i>quality ed equity oriented</i> in RSA e validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori di struttura, processo e di esito ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema.
Indicatore/i di risultato	a) Gruppo interdisciplinare interregionale b) tracciato Record e <i>database</i> comune c) strumenti di rilevazione specifici per i diversi problemi di qualità indagati d) Protocolli per formazione operatori e) protocolli per rilevazione e calcolo stime da diverse fonti
Standard di risultato	a) Modello concettuale per valutazione integrata qualità dell'assistenza in RSA b) Set multidimensionale e condiviso di indicatori di qualità dell'assistenza c) stime distribuzione, qualità e completezza degli indicatori d) Valutazione fattibilità per rilevazione da flussi correnti e) Valutazione trasferibilità e proposta operativa e
OB SP 1	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona basato sull'integrazione operativa tra requisiti di accreditamento e indicatori di processo e di esito (Toscana)
Indicatore/i di risultato	a) Gruppo regionale interdisciplinare per la definizione di metodi e strumenti di lavoro b) Gruppo di lavoro di operatori e referenti RSA coinvolte c) Strumenti di rilevazione specifici per i problemi di qualità indagati (vedi All. 2) d) <i>Database</i> regionale e) Protocolli per formazione operatori, protocolli per rilevazione e calcolo stime indicatori
Standard di risultato	a) Modello concettuale per valutazione integrata accreditamento – indicatori di qualità b) Set condiviso di indicatori di qualità dell'assistenza relativi ai problemi indagati (vedi Allegato 2) c) Stime distribuzione, qualità e completezza degli indicatori d) Stima fattibilità per rilevazione da flussi correnti e) Proposta operativa per estensione risultati a livello regionale
OB SP 2	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema integrato di misurazione della qualità dei servizi alla persona (Emilia-Romagna)
Indicatore/i di risultato	a) Strumenti di rilevazione specifici per i problemi di qualità indagati (vedi All. 2) b) Gruppo di lavoro di operatori e referenti strutture per anziani coinvolte c) Protocolli per formazione operatori, protocolli per rilevazione da diverse fonti informative e calcolo stime indicatori d) Procedure per record linkage, <i>Database</i> regionale
Standard di risultato	a) Stima valutazione di fattibilità del sistema di indicatori b) Stima distribuzione, qualità e completezza c) Stima fattibilità rilevazione da dati amministrativi, anche secondo classi di complessità degli ospiti d) Proposta operativa per estensione risultati a livello regionale
OB SP 3	Selezionare e rilevare un insieme di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità dei servizi alla persona, con riguardo agli aspetti di personalizzazione e umanizzazione, all'assistenza di tipo alberghiero, all'assistenza di tipo riabilitativo, all'assistenza sociale e alla relazione coi familiari (Lazio e Puglia)
Indicatore/i di risultato	a) Gruppo interdisciplinare per la definizione di metodi e strumenti di lavoro b) Strumenti di rilevazione specifici per i problemi di qualità indagati (vedi All. 2) c) Strumenti per la valutazione di qualità degli indicatori d) Protocolli formazione degli operatori, protocolli per rilevazione e calcolo stime indicatori
Standard di risultato	a) Set condiviso di indicatori di qualità dell'assistenza relativi ai problemi indagati (vedi Allegato 2) b) Stime distribuzione, qualità e completezza degli indicatori c) Valutazione impatto del sistema di indicatori nella pratica assistenziale delle strutture coinvolte

OB SP 4	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio degli eventi assistenziali avversi in un campione di RSA (Liguria)
Indicatore/i di risultato	Strumenti e procedure di rilevazione per gli eventi avversi e critici indagati (vedi All. 2) Gruppo di lavoro di operatori e referenti RSA coinvolte Protocolli per la formazione degli operatori - Database eventi avversi e critici - Protocollo per audit
Standard di risultato	Protocollo di uso corrente per rilevazione periodica o permanente di eventi avversi o critici nelle RSA coinvolte - Report eventi avversi e critici per il periodo in studio Valutazione impatto del sistema di monitoraggio su conoscenze, consapevolezza e pratiche del personale delle strutture e sull'organizzazione dei servizi residenziali
OB SP 5	Effettuare una ricognizione normativa dell'evoluzione del profilo clinico/assistenziale della RSA dal DPR 14 gennaio 1997 ai giorni nostri.
Indicatore/i di risultato	Criteri per la ricerca e classificazione dei documenti e atti di interesse Indice del report finale
Standard di risultato	Report finale

CRONOGRAMMA - I

Mese		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Azioni di coordinamento	Coordinamento progetto																									
	Revisione evidenze																									
	Analisi dati comuni e diffusione risultati																									
Obiettivo specifico 1	Completamento assetto org.vo + metodi e strumenti																									
	Costruzione database																									
	Formazione e rilevazione pilota																									
	Formazione e rilevazione estesa																									
	Analisi dati, val fattibilità rilevaz. da fonti amm.ve, e formulaz. proposte																									

CRONOGRAMMA - II

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
Obiettivo specifico 2	Completamento assetto org.vo + metodi e strumenti	Blue	Blue	Blue			Red						Red						Red						Red		
	Formazione e rilevazione sul campo		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue		Red	
	Calcolo indicatori, val. fattibilità rilevaz da fonti amm.ve										Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue		Red	
	Stime secondo case-mix e formulaz. proposta														Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	
Obiettivo specifico 3	Completamento assetto org.vo + metodi e strumenti	Blue	Blue	Blue	Blue																					Red	
	Formazione e rilevazione sul campo		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue		Red	
	Calcolo indicatori													Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue		Red	
	Stime impatto e formulazione proposta																		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	
Obiettivo specifico 4	Completamento assetto org.vo + metodi e strumenti	Blue	Blue	Blue	Blue		Red						Red						Red							Red	
	Formazione e rilevazione - I		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue						Red							Red	
	Costruzione e gestione database eventi avversi		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue		Red
	Stime impatto sulla pratica						Red			Blue	Blue	Blue	Blue						Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	
	Formazione e rilevazione II e formulaz. proposta						Red							Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	
OS 5	Ricognizione atti e documenti	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue			Red						Red							Red	
	Stesura report						Red	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue						Red							Red	

Piano finanziario per ciascuna unità operativa

Unità Operativa 1			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale €
Personale			
1 persona <i>part time</i> per coordinamento progetto (2 anni)	12.500,00	12.500,00	25.000,00
1 persona <i>part time</i> per ricerca e revisione letteratura (1° anno)	12.500,00	--	12.500,00
1 persona <i>full time</i> per progettazione formazione, coordinamento formazione in RSA e per supervisione alla raccolta dati (2 anni)	25.000,00	25.000,00	50.000,00
1 persona <i>full time</i> per analisi dati Toscana e integrata (2 anni)	25.000,00	25.000,00	50.000,00
2 persone <i>part time</i> per formazione in aula (1° e 2° anno)	12.500,00	12.500,00	25.000,00
Beni e servizi Spese per stampe, materiale informativo per le RSA, stampa schede e strumenti rilevazione, stampa pubblicazione finale e organizzazione seminari e convegno conclusivo	5.000,00	5.000,00	10.000,00
Missioni	3.000,00	3.000,00	6.000,00
Spese generali	6.000,00	6.000,00	12.000,00
Totale	101.500,00	89.000,00	190.500,00

Unità Operativa 2			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale €
Personale tutte le attività previste dal piano: supporto e organizzazione, formazione e rilevazione, gestione <i>database</i> ed elaborazione dati	25.000,00	25.000,00	50.000,00
Beni e servizi formazione, seminari, workshop, materiale formativo	12.500,00	12.500,00	25.000,00
Missioni	2.500,00	2.500,00	5000,00
Spese generali	--	--	--
Totale	40.000,00	40.000,00	80.000,00

Unità Operativa 3			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale €
Personale 1 ricercatore part-time per 2 anni	29.500,00	29.500,00	59.000,00
Beni e servizi Trasferimenti a IRCCS San Raffaele (1 ricercatore part-time per 24 mesi, rimborsi spese di viaggio per riunioni periodiche e formazione a cascata ecc.)	25.000,00	25.000,00	50.000,00
Missioni	2.000,00	2.000,00	4.000,00
Spese generali	3.500,00	3.500,00	7.000,00
Totale	60.000,00	60.000,00	120.000,00

Unità Operativa 4			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale €
Personale (per OS 4 e 5) tutte le attività previste dal piano: supporto e organizzazione, formazione e rilevazione, gestione <i>database</i> ed elaborazione dati	35.000,00	15.000,00	50.000,00
Beni e servizi consulenza esperti, acquisto computer portatile e <i>software</i> per elaborazione dati, stampe e materiale informativo	7.500,00	7.500,00	15.000,00
Missioni	2.500,00	2.500,00	5000,00
Spese generali	4.000,00	4.000,00	8.000,00
Totale	40.000,00	40.000,00	80.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale €
Personale	177.000,00	144.500,00	321.500,00
Beni e servizi	51.000,00	51.000,00	102.000,00
Missioni	10.000,00	10.000,00	20.000,00
Spese generali	13.500,00	13.500,00	27.000,00
Totale	251.500,00	219.000,00	470.500,00