

QUALITÀ, EQUITÀ E SICUREZZA IN RSA

Un Progetto regionale in Toscana

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

ASPETTI GENERALI
STUDIO PILOTA
PROGETTO REGIONALE

51

Dicembre
2009

**Qualità, Equità e Sicurezza
in RSA**

Firenze, dicembre 2009 (aggiornamento a luglio 2010)

Collana dei Documenti ARS
Direttore responsabile: Francesco Cipriani
Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138
Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498 del 19/06/2006
ISSN stampa 1970-3244
ISSN on-line 1970-3252

Stampa
Nuova MCS - Firenze

Qualità, Equità e Sicurezza
in RSA

Un Progetto regionale in Toscana

A cura di:

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - Osservatorio Qualità ed Equità
Coordinatore: Dr.ssa Stefania Rodella

AUTORI

Questo Rapporto è stato progettato e redatto da:

Stefania Rodella, Francesca Collini
 Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, Osservatorio Qualità ed Equità

con il contributo di:

Angela Brandi¹, Mariangela Castagnoli², Francesca Falciani³, Guglielmo Forgeschi⁴, Enrico Lumini⁵, Sara Madrigali⁶, Patrizio Nocentini⁷, Laura Rasero⁸, Daniele Raspini⁹, Monica Simonetti¹⁰

Collaborazioni in ARS

Caterina Baldocchi - Osservatorio Qualità ed Equità
Progetto grafico, impaginazione, revisione editoriale e pubblicazione sul sito web di ARS

Roberto Berni, Andrea Corsi - Tecnologie per l'informazione
Allestimento Portale e aggiornamenti

Silvia Fallani - Centro di Documentazione
Ricerche bibliografiche

Paola Serafini, ARS Toscana - Osservatorio Qualità ed Equità
Segreteria organizzativa

Coordinamento del Progetto regionale 'Qualità, Equità e Sicurezza in RSA'

ARS Toscana, Osservatorio Qualità ed Equità, ARS Toscana (Stefania Rodella)

Regione Toscana, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale (Patrizio Nocentini)

Regione Toscana, Centro Regionale Gestione Rischio Clinico (Riccardo Tartaglia)

RINGRAZIAMENTI

Un sincero ringraziamento a Direttori e operatori delle strutture che hanno aderito alla proposta di lavoro dell'ARS Toscana e che hanno reso possibile sia la realizzazione dello Studio pilota sia l'avvio del Progetto regionale.

Un ringraziamento speciale a: Donatella Coppedè (Pio Istituto Campana, Seravezza) e Bernardo Franco (Infermiere Coordinatore, ASP Martelli, Figline Valdarno) per il sostanziale contributo alla costruzione delle schede di rilevazione e all'attività di formazione in aula.

Copie di questo documento possono essere richieste a:

Caterina Baldocchi
 ARS Toscana, Osservatorio Qualità ed Equità
 Viale G. Milton, 7 - 50129 Firenze
 e-mail: osservatorio.qualita@ars.toscana.it

- ¹ Responsabile Infermieristico, Ostetrico e Tecnico Sanitario, Dipartimento ad Attività integrata Materno-Infantile, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze.
- ² Infermiera, LM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche; Componente Commissione Qualità e Sicurezza della Regione Toscana, Collaboratore ARS.
- ³ Coordinatrice dell'Osservatorio Lesioni Cutanee, Azienda Sanitaria Firenze.
- ⁴ Direttore Sanitario, Casa di cura Villa Fiorita, Prato.
- ⁵ Responsabile Unità Professionale Disciplinare EBN e Ricerca, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze.
- ⁶ Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Settore Integrazione sociosanitaria e Non autosufficienza..
- ⁷ Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Settore Integrazione sociosanitaria e Non autosufficienza.
- ⁸ Università di Firenze, Dipartimento Sanità Pubblica.
- ⁹ Direttore ASP Centro Residenziale Martelli, Figline Valdarno (Firenze); Vice Presidente Nazionale e Membro del Direttivo Nazionale ANSDIPP; *Italian Member of the General Board EDE (European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly)*; Iscritto nel Registro Nazionale Manager del Sociale.
- ¹⁰ *Health Search/CDS.*

HANNO COLLABORATO

Gruppo di Lavoro 'Progetto regionale RSA' - Fase Pilota

Associazione/AUSL	Struttura	Referenti
ARET - ANSDIPP	APSP Martelli - Figline Valdarno**	Daniele Raspini Bernardo Franco
ARAT	Villa Jole**	Giancarlo Girolami Patrizio Butini
ANSDIPP	APSP S. Chiara Volterra**	Fabrizio Calastri Gabriele Barsotti Paolo Bencini
ANSDIPP	APSP Casa di riposo Santa Maria della Misericordia Montespertoli **	Elisabetta Coccioli
AUSL I	APSP Casa G. Ascoli**	Antonella Rosa
AUSL 9	RSA Pizzetti	Anna Martini Valentina Bonucci
AUSL 11	Villa Serena, Montaione (FI)	Francesca Dezi Isabella Caponi
ANSDIPP/AUSL 12	Pio Istituto Campana, Seravezza**	Eugenia Stefanini Donatella Coppedè

* Strutture che hanno aderito alla fase Pilota

INDICE

Presentazione	7
PARTE I – L’ASSISTENZA RESIDENZIALE PER GLI ANZIANI	
Aspetti Generali	9
RSA, Nursing home, Long-term care: uno dei nodi dell’assistenza agli anziani	11
Introduzione	11
Strumenti regolatori	12
La qualità dell’assistenza e la qualità della vita in RSA: strumenti ed esperienze	21
La qualità dell’assistenza: approfondimenti	30
L’Assistenza Residenziale per gli Anziani in Italia	32
Normativa	32
Tipologia e distribuzione delle RSA	38
Struttura, organizzazione: le indagini ISTAT	39
Le prestazioni in RSA	40
La qualità dell’assistenza	42
Un sistema informativo per le RSA: la classificazione delle prestazioni	43
Il progetto Mattoni	45
L’Assistenza Residenziale per gli Anziani in Toscana	48
Normativa	48
PARTE II - IL PROGETTO QUALITÀ, EQUITÀ E SICUREZZA IN RSA	
Migliorare Conoscenze, Sorveglianza e Pratica	55
Sommario	57
<i>Background</i>	58
Lo Studio Pilota	59
La scelta delle priorità	59
Obiettivi specifici	62
Metodi	62
Indicatori	66
Risultati	70
Tabelle e Figure - Studio Pilota	75
Il Progetto regionale	84
Introduzione	87
Obiettivi	90
Organizzazione del Progetto	91
I Gruppi di Progettazione della Formazione	92
La formazione sul campo	93
La rilevazione	93
Metodi	94
Indicatori	97
Studi di caso	98
Altri aspetti	99
BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA	104
Bibliografia e sitografia essenziale	104
Normativa italiana	106
Normativa Regione Toscana	106
Elenco degli acronimi	107
ALLEGATI:	
1. Progetto Mattoni - Mattone 12 - Prestazioni residenziali e semi-residenziali	
2. Scheda rilevazione Ulcere da Pressione	
3. Scheda rilevazione Cadute Re.Tos _s	
4. Scheda segnalazione Cadute	
5. Scheda analisi Cadute	
6. Checklist sicurezza ambiente e presidi	
7. Scheda rilevazione valutazione multi-dimensionale Dolore	
8. Rilevazione strutture di accoglienza per anziani in Toscana (dicembre 2009)	

PRESENTAZIONE

Il mutato quadro normativo regionale, con riferimento alla Legge (LR 66/2008) istitutiva del fondo per la non autosufficienza e alla Legge (LR 82/2009) che disciplina l'Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del Sistema sociale integrato, spinge l'intero sistema dei servizi a ridefinire orientamenti, finalità e obiettivi delle politiche di salute verso le persone anziane.

Nel quadro delle nuove tipologie dei servizi per la persona anziana non autosufficiente indicate nell'Art. 7 della LR 66/2008 l'assistenza residenziale, così articolata e diffusa sul territorio, acquisterà rilievo strategico nella riorganizzazione dei servizi assistenziali e dovrà essere interessata da un processo necessario di sviluppo della qualità.

Il possesso dei requisiti di qualità indicati nel Regolamento di attuazione della LR 88/2009 non è sufficiente per avviare un processo di definizione di azioni, buone prassi, modalità di intervento, che possano influire sulla corretta e appropriata "cura" della persona ricoverata in RSA.

Il mutamento profondo del "profilo" della persona assistita in RSA le cui condizioni di bisogno assistenziale si sono modificate radicalmente in questi ultimi anni, rende indispensabile arricchire i contenuti clinici e di assistenza alla persona, tipici della residenza socio-sanitaria.

Lo sforzo compiuto dall'ARS, con il pieno sostegno degli Uffici regionali, dei gestori pubblici e privati delle RSA, degli stessi operatori, va in questa direzione, alla ricerca di evidenze scientifiche e di indicatori di qualità che permettano di misurare gli effetti positivi o negativi delle "cure" sulla persona ricoverata.

Gli esiti del lavoro sono pregevoli: siamo sicuri che sia possibile un impegno ulteriore per allargare la platea delle strutture coinvolte e la mappa degli indicatori di qualità da esplorare.

Gli strumenti e le modalità di intervento suggeriti dal Progetto/ricerca permetteranno infine di poter sostenere e guidare il coordinamento regionale della prima fase di Accreditamento delle strutture socio-sanitarie che dovrà concludersi nel prossimo anno.

Patrizio Nocentini

GUIDA ALLA LETTURA

Questo documento è organizzato in quattro parti. La prima parte discute aspetti generali dell'assistenza in RSA; la seconda è dedicata al Progetto regionale toscano, Studio Pilota (già concluso) e Progetto regionale vero e proprio (in corso); la terza parte riporta bibliografia e normativa essenziali; la quarta parte contiene gli allegati.

In ciascuna parte la numerazione delle note a piè di pagina è indipendente e riprende da I. Ulteriori sezioni con note a numerazione indipendente sono state considerate la sezione "Autori" e il "Sommario" che apre la parte II.

Figure e tabelle relative allo Studio Pilota sono state raccolte tra pag. 75 e pag. 86 e numerate in ordine progressivo, mantenendo il riferimento alla parte II del documento, a cui appartengono.

L'ultimo accesso a tutti gli indirizzi web menzionati è stato effettuato in data 14 agosto 2010.

PARTE I

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE PER GLI ANZIANI

Aspetti generali

RSA, NURSING HOME, LONG-TERM CARE: UNO DEI NODI DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

INTRODUZIONE

In molti Paesi dell'Europa e negli Stati Uniti, quando una persona anziana (o una persona più giovane con disabilità) richiede, nella vita di ogni giorno, più assistenza di quanta ne possano assicurare i familiari o gli amici più prossimi, soprattutto nei casi in cui l'autosufficienza sia compromessa e siano presenti problemi di incontinenza o disturbi mentali, si pone il problema di ricorrere a una struttura residenziale, che può avere denominazioni diverse a seconda del Paese in cui è collocata: in Italia si parla generalmente di Residenza Sanitaria Assistenziale, o RSA; nei Paesi di lingua anglosassone si parla di *nursing home*¹ o *long-term care*² (LTC). La stessa soluzione si prospetta quando un paziente anziano ha bisogno di assistenza infermieristica o riabilitativa nel periodo di convalescenza che fa seguito a un intervento chirurgico o a un ricovero in ospedale per un problema medico. Soluzioni alternative alla residenza sanitaria possono consistere in assistenza a domicilio, residenze protette, centri diurni; si tratta tuttavia di servizi ancora minoritari quasi ovunque, sebbene probabilmente in via di espansione, almeno nelle intenzioni, in molti Paesi.

Le Residenze Sanitarie Assistite si rivolgono a soggetti in condizioni di vita e di autonomia molto diverse tra loro e non è facile offrire servizi di qualità a una popolazione così eterogenea. Esiste comunque la tendenza pressoché generalizzata a un aumento dei Posti Letto (PL) dedicati a soggetti con disabilità gravi e destinati a un'accoglienza a lungo termine. Il rapporto dell'*Institute of Medicine (IOM)* "*Improving the quality of care in the nursing homes*", pubblicato nel 1986³, censiva al 1985 un numero totale di 15.000 *nursing home* negli Stati Uniti, per un numero complessivo di 1.500.000 PL; che, rapportati a una popolazione di circa 250 milioni di abitanti, equivaleva a un rapporto PL:abitanti pari a circa 1:166. Il *report* veniva commissionato all'IOM dall'*Health Care Financing Administration (HCFA)* in un momento storico in cui si poneva la necessità di modificare il sistema regolatorio delle *nursing home* finanziate da *Medicare* e *Medicaid* e in cui cresceva la percezione, anche pubblica, di una insoddisfatta e troppo disomogenea qualità dell'assistenza prestata da queste strutture, a fronte di un sistema di certificazione in vigore che, con tutta evidenza, non era in grado di garantire *standard* accettabili ed equi (vedi oltre, sistemi regolatori).

La Commissione Europea ha definito un'istituzione residenziale come "un edificio in cui vivono più di 30 persone, l'80% delle quali (almeno) versino in condizioni di disabilità fisica o psichica"⁴.

¹ *Nursing home* - Una struttura residenziale per persone con malattie o disabilità croniche, soprattutto persone anziane con problemi di alimentazione e di mobilità. Le *nursing home* vengono anche chiamate *convalescent home* o *long-term care facility* (*Medical Dictionary*, MedicineNet.com).

² *Long-term care facility* - Una struttura che fornisce assistenza riabilitativa, ristorativa e/o assistenza infermieristica esperata a pazienti o residenti che hanno necessità di assistenza nelle loro attività quotidiane. Le *long-term care facility* includono: le *nursing home* (v. nota 12), le strutture di riabilitazione, le strutture ospedaliere per i problemi di comportamento e gli ospedali per l'assistenza a lungo termine dei pazienti cronici.

³ *Institute of Medicine. Improving the Quality of Care in Nursing Homes. National Academy Press, 1986.*

⁴ La definizione è tratta dallo Studio "*Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*", pubblicato nel 2007, si è proposto di fornire evidenze scientifiche, a livello europeo, volte a stimolare la riallocazione delle risorse finanziarie per soddisfare al meglio i bisogni delle persone con disabilità, attraverso una transizione da grandi istituzioni a un sistema di servizi per assicurare una vita indipendente nella comunità. Nel perseguire i suoi obiettivi, il progetto ha consentito la raccolta di molte informazioni di rilievo, in ben 28 Paesi europei, riguardanti la distribuzione, l'organizza-

Anche in Europa, la costruzione di strutture residenziali è stata la tipica risposta, fin dagli inizi del 19° secolo, alle necessità di persone con disabilità fisiche e mentali e con bisogno di alloggio e di assistenza nella vita quotidiana. Spesso realizzate per alleviare la sofferenza e sulla base di nobili principi, sono purtroppo diventate, in molti casi, strumenti di segregazione e controllo, in cui venivano tollerati *standard* di cura anche molto scadenti. Dopo la seconda guerra mondiale quindi, in alcuni Paesi si sono sviluppate politiche volte al superamento della residenzialità⁵.

Sempre di più dunque, l'obiettivo dei servizi per le persone con disabilità fisiche o mentali in generale, e delle persone anziane in particolare, viene oggi visto non come la messa a disposizione di particolari programmi o edifici dedicati, ma come la disponibilità di una gamma flessibile di risorse e supporti che possano essere assemblati e adattati ai bisogni delle persone, mettendole in grado di vivere la vita che essi desiderano, ma con l'aiuto di cui hanno bisogno⁶: tra questi, le strutture residenziali possono continuare a rappresentare una soluzione (ma non l'unica alternativa), a cui ricorrere secondo criteri definiti, con garanzie sufficienti, in un sistema complessivo basato sul monitoraggio e sulla periodica rivalutazione della rispondenza a *standard* di qualità, sicurezza ed equità⁷.

STRUMENTI REGOLATORI

Negli Stati Uniti il Governo federale ha prodotto e aggiornato, soprattutto negli anni '70 e '80, diversi set di *standard* per la certificazione delle *nursing home*. Nel complesso, il sistema di regolazione si è basato su tre componenti:

1. criteri usati per determinare se la qualità dell'assistenza offerta fosse di livello accettabile e prestata in un ambiente pulito e sicuro;
2. procedure messe in atto per verificare se le strutture aderissero ai criteri;
3. procedure usate per rinforzare l'adesione ai criteri stessi (IOM, 1986).

Con il passare del tempo, è apparso evidente come i criteri così definiti, per lo più riferiti ad aspetti strutturali e ambientali, fossero insufficienti a monitorare la qualità delle cure effettivamente prestate agli ospiti; inoltre, l'adesione agli *standard* si configurava molto spesso come una *compliance* a documenti piuttosto che a pratiche; e la genericità di alcuni *standard* ne rendeva difficile la verifica da parte di valutatori non sempre adeguatamente formati. Esisteva infine una ridondanza non giustificata tra diversi set di criteri in uso per categorie di strutture, distinte sul piano amministrativo ma non altrettanto chiaramente differenziate sul piano dei servizi offerti.

Si è quindi via via sviluppata una diversa e più ampia prospettiva concettuale, più adeguata ad affrontare la qualità dell'assistenza nelle *nursing home* e modulata su alcune tendenze evolutive cruciali:

- dalla qualità strutturale alla qualità dei processi e dei risultati;
- dall'adempimento burocratico alla garanzia del servizio;
- dall'assistenza per singola disciplina (medica, infermieristica, riabilitativa, etc.) a quella interdisciplinare;

e sulla graduale consapevolezza del ruolo fondamentale che, nei confronti di pazienti

zione e i costi delle strutture residenziali per soggetti con disabilità fisiche e mentali.

⁵ Da un punto di vista generale, si deve anche ricordare che la segregazione in una istituzione di persone con disabilità, costituisce di per sé una violazione dei diritti fondamentali. Negli Stati Uniti, la ricerca dell'IOM ha dimostrato che le cure prestate in istituzioni di questo tipo sono spesso di qualità inaccettabilmente scadente e rappresentano serie infrazioni agli *standard* per i diritti fondamentali internazionalmente riconosciuti.

⁶ Ci si riferisce solitamente a questo approccio come "vita supportata" o "vita indipendente".

⁷ Vedi *report* cit. nota 3.

estremamente fragili e altamente istituzionalizzati, debba rivestire il rispetto dei diritti fondamentali delle persone.

Questa stessa evoluzione si è verificata, sia pure con tempi e modi differenziati, anche in molti Paesi europei e in Italia. Nel nostro Paese inoltre, proprio nel settore dell'assistenza residenziale, più che in altri ambiti dell'assistenza sanitaria e sociale, è andato consolidandosi un modello di Servizi (socio-assistenziali e socio-sanitari), basato sulla coesistenza di pubblico e privato, quest'ultimo soprattutto afferente al mondo del "Terzo settore" (cooperative sociali, imprese *non profit*, Onlus, etc.) Il pieno riconoscimento da parte del soggetto pubblico - originario detentore unico dei servizi di natura socio-assistenziale - degli altri attori che concorrono alla produzione del benessere sociale, ha comportato una pluralizzazione dei servizi. In conseguenza di ciò, negli anni più recenti, hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nella produzione di *welfare* i processi di esternalizzazione, ossia di affidamento della gestione di attività socio-assistenziali e socio-sanitarie a soggetti privati. Le ragioni sono state probabilmente diverse:

- necessità di attrarre nuove risorse e mettere in atto una sussidiarietà orizzontale relativa agli investimenti strutturali;
- necessità di ridurre i costi di gestione pubblica;
- impegno ad aumentare l'efficienza;
- tentativo di promuovere una maggiore partecipazione dei beneficiari;
- necessità di incrementare e diversificare la domanda di servizi;
- necessità di elevare la qualità delle prestazioni.

Tale modello, nei suoi presupposti di base, è orientato a combinare una regolazione pubblica forte, che operi e sia visibile soprattutto nell'ambito dei processi di programmazione, elaborazione di *standard* e verifica delle prestazioni, con la valorizzazione e l'istituzionalizzazione dell'interdipendenza fra i diversi attori⁸. La progressiva ridefinizione delle relazioni tra ambito pubblico e privato ha dato così spazio all'emergere di un nuovo modello di Governo. Quello che si chiede sempre più alle Amministrazioni pubbliche ormai non è più (solo) la produzione di beni o servizi, quanto piuttosto il farsi promotori (e garanti) dello sviluppo economico-sociale del proprio territorio di riferimento. Il modello organizzativo dell'imprenditoria sociale, ha avuto quindi un nuovo sviluppo, basato anche su reti complesse (*network organization*) di pubblici e privati, *profit* e *not-for-profit*.

In forza di ciò, nel definire le possibili forme di relazione contrattuale tra Enti pubblici e Privato Sociale, la normativa si è orientata verso una incentivazione della concorrenza basata sulla qualità delle prestazioni erogate, nell'intento di creare un settore di fornitori omogeneo e qualificato sotto il profilo dei requisiti organizzativi e strutturali, individuando in strumenti quali l'autorizzazione e l'accreditamento le modalità ottimali per conseguire tali obiettivi.

Il sistema di autorizzazione e di accreditamento dei servizi e delle strutture sociali è stato introdotto dalla **L. 328/2000**, sulla falsariga dell'analogo sistema attivato in precedenza nel settore sanitario, ma attraverso un quadro normativo meno consolidato. La normativa

⁸ ARESS Piemonte, Strutture Residenziali Sanitarie ed Assistenziali. Individuazione di Percorsi Assistenziali Integrati (PIC) e indicatori di processo funzionali alla definizione della normativa per l'Accreditamento. (www.aress.piemonte.it/Contenuti/4/7/PIC_accREDITAMENTO.pdf)

sociale prevede infatti l'autorizzazione e l'accreditamento (anche se nessuno dei due processi viene definito), mentre non viene citato esplicitamente l'accordo contrattuale tra il soggetto pubblico e il soggetto erogatore privato, previsto, invece, nell'accreditamento sanitario.

Secondo l'Art. 8 della L. 328/2000, è compito di ogni singola Regione stabilire con Legge i criteri per l'autorizzazione sulla base dei requisiti minimi definiti dallo Stato (**DPCM 21 maggio 2001, n° 308**); sarà poi il Comune, dopo aver verificato il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi, ad autorizzare i servizi e le strutture sociali pubbliche e private all'esercizio dell'attività. Per quanto riguarda l'accreditamento, la normativa nazionale si limita a stabilire le competenze istituzionali relative al processo, lasciando alle Regioni ampie possibilità d'interpretazione circa le funzioni dello strumento e i requisiti richiesti. Dunque, anche per l'accreditamento, spetta alle Regioni stabilire gli *standard*, ma, in questo caso, in modo totalmente autonomo, dato che essi non sono stati fissati a livello nazionale. Le Regioni si sono quindi attivate, negli ultimi anni, in tempi e con modi diversi.

Non è obiettivo di questo documento condurre una rassegna dello stato di attuazione della normativa regionale su autorizzazione e accreditamento del settore socio-sanitario ma, a titolo di esempio, illustriamo qui di seguito e in sintesi l'esperienza di alcune di esse, rimandando il lettore ad altre fonti per un maggiore approfondimento.

PIEMONTE

La Regione Piemonte ha provveduto a definire autorizzazione e accreditamento, mediante la **Legge Regionale (LR) 8 gennaio 2004, n. 1**, a sviluppo e integrazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione illustrati dal DPCM n 308/2001⁹ ¹⁰.

Nonostante la LR avesse definito l'accreditamento, al 2009 non era stato ancora prodotto il quadro normativo necessario per rendere operativo tale sistema sulle strutture residenziali e semi-residenziali sociali e socio-sanitarie. Se i Comuni infatti rimangono titolari del rilascio dell'autorizzazione (come disposto dalla L. 328/2000), i criteri per il conferimento dell'accreditamento, che tengono prevalentemente conto della qualità dei processi assistenziali e di cura, comportano una riorganizzazione complessiva del sistema di valutazione e vigilanza, da ricondursi al livello regionale e tale da operare in maniera omogenea, garantendo allo stesso tempo una sostanziale terzietà di valutazione anche nei confronti dei fornitori pubblici.

La **DGR 18-15227 del 30 marzo 2005**, nel definire criteri e modalità di convenzionamento delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti con le AUSL e i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali, aveva già introdotto il concetto di qualità; in essa veniva infatti richiesto alle strutture che intendono convenzionarsi con il sistema pubblico regionale, l'impegno formale a intraprendere un percorso migliorativo orientato all'acquisizione, nell'organizzazione dell'assistenza e del servizio¹¹, di ulteriori requisiti di qualità.

⁹ Con il DPCM 308/2001 lo Stato ha ottemperato all'obbligo attribuitogli dalla L. 328/2000, ovvero stabilire un livello minimo qualitativo (strutturale e organizzativo) nell'ambito dei servizi a ciclo residenziale e semi-residenziale, di riferimento per tutte le regioni, da soddisfare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

¹⁰ In Piemonte era comunque già presente e funzionante un sistema di autorizzazione per le strutture operanti nel settore socio-sanitario, molto più dettagliato di quello introdotto dal DPCM 308/2001. Tale sistema regionale si è andato definendo progressivamente nel tempo, come sovrapposizione di una serie di provvedimenti normativi, gli stessi che poi, in sostanza, hanno contribuito a fissare le caratteristiche del modello socio-sanitario residenziale per gli anziani (vedi Documento citato in nota 9).

¹¹ La stessa DGR definisce, quali requisiti minimi di qualità, la stesura di protocolli, sia sul versante igienico - ambientale che assistenziale, rivolti al miglioramento della qualità dell'intervento. Tali protocolli (previsti dall'all. C) restano praticamente autocertificati e non contengono indicatori di percorso e di risultato verificabili e quindi utilizzabili ai fini della valutazione della qualità; in definitiva hanno l'esclusivo compito di rappresentare un materiale documentale propedeutico.

Un Progetto assegnato al Piano di Attività e Spesa (PAS) dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AReSS) nel 2008, si è proposto di indicare PROFILI INTEGRATI DI CURA (PIC) per la prevenzione e la cura delle patologie più rilevanti, che riguardano gli Anziani non autosufficienti, con lo scopo evidente di farli diventare requisiti essenziali della normativa per l'Accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali. L'applicazione di tali PIC dovrebbe fornire inoltre una base oggettiva alle Commissioni di Vigilanza per la valutazione della qualità nelle Residenze.

I PIC principali riguardano soprattutto la MOBILIZZAZIONE, la NUTRIZIONE e la COGNITIVITÀ degli anziani non autosufficienti. A questi PIC si aggiungono dei Protocolli di attività relativi all'ACCOGLIENZA IN STRUTTURA e all'UMANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA NELLE RESIDENZE (si deve ricordare che la residenza sanitaria è, di fatto, la "casa" della persona che vi viene accolta).

EMILIA-ROMAGNA

15

Il concetto di accreditamento in ambito sociale e socio-sanitario¹² viene introdotto con la **LR 12 marzo 2003, n. 2**, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi dei servizi sociali", e precisamente con l'Art. 38) come modificato dall'Art. 39 della LR n. 20/2005 "Erogazione dei servizi mediante accreditamento" che recita testualmente:

Il processo dell'accreditamento si riconduce alle politiche del nuovo welfare locale, a completamento del processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra competenza sanitaria e competenza sociale.

Con la previsione dei tre momenti "autorizzazione", "accreditamento" "contratti di servizio", ancorché logicamente e giuridicamente diversi, ma propedeutici l'uno dall'altro, la LR 2/2003 ha previsto un diverso e crescente ordine di presupposti istituzionali al fine di incardinare o meno la struttura o il servizio nel circuito di erogazione dei servizi pubblici alla persona. L'esercizio di attività sociali e socio sanitarie è subordinato innanzitutto e comunque al rilascio dell'autorizzazione al funzionamento.

Nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 38 della LR 2/2003 e s.m.i, per l'erogazione dei servizi alla persona, i Comuni e le AUSL possono avvalersi di:

- aziende pubbliche di servizi alla persona (ex IPAB trasformate);
- soggetti del terzo settore (Cooperative sociali, Organizzazioni di volontariato etc.) o comunque soggetti senza scopo di lucro;
- altri soggetti provati con finalità lucrative;
- altri soggetti con personalità giuridica pubblica, costituiti con le modalità già previste dalla normativa nazionale o locale sulla gestione dei servizi pubblici locali, quali Consorzi, Istituzioni, Aziende Speciali;
- gestione diretta in economia.

Successivamente, con la **DGR 772/2007** "Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e socio-sanitario. Primo provvedimento attuativo Art. 38 LR 2/2003" si è provveduto a:

- definire i criteri generali e le linee guida di applicazione dell'accreditamento in ambito socio-sanitario e sociale;
- individuare i servizi relativamente ai quali esso trova applicazione, dando priorità per quanto

tico al convenzionamento.

¹² Fonte: Tinelli L, De Andreis L, De Rizzo S, Raspini D. Il Processo di Accreditamento istituzionale delle Strutture Residenziali per Anziani in Emilia-Romagna, Liguria, Toscana e Veneto: un'analisi comparata. Università di Bologna, Dipartimento di Scienze aziendali, Corso di Alta Formazione "Direzione Strategica delle Aziende di servizi alla persona" - Project Work, Anno 2009/2010.

attiene ai tempi di attuazione, ai servizi finanziati anche tramite il Fondo Regionale per la non autosufficienza;

- rimandare a ulteriori provvedimenti attuativi la definizione dei requisiti e delle procedure per l'effettiva applicazione dell'accreditamento.

Successivamente ancora, con la **LR n. 4 del 19 febbraio 2008** “*Disciplina degli accertamenti delle disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale*” (Capo II Art. 23 e seguenti) sono stati regolamentati gli istituti dell'accreditamento transitorio e dell'accreditamento provvisorio, al fine di consentire l'avvicinamento graduale e progressivo a requisiti e condizioni propri dell'accreditamento definitivo e di assicurare il raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria e complessiva dei servizi ed il superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona.

16

Per accreditamento istituzionale, pertanto in Emilia-Romagna si intende quell'atto amministrativo con il quale si riconosce ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività socio-sanitarie lo “*status*” di erogatori di prestazioni nell'ambito e a carico del Fondo Regionale per la non autosufficienza.

L'accreditamento istituzionale è inteso quindi come garanzia di offerta di livelli di qualità predefiniti: condizione necessaria per relazionarsi con il sistema del Servizio Sanitario Regionale e degli Enti locali, quindi all'inserimento della struttura/servizio nel “*sistema locale dei servizi in rete*”, parte del sistema integrato.

Si tratta inoltre di un atto di natura concessoria, che deve essere rilasciato secondo procedure ispirate dal carattere d'imparzialità, pubblicità e trasparenza.

Infine, con la **DGR n. 514 del 20 aprile 2009**, la Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna ha approvato il “*Primo provvedimento attuativo dell'Art. 23 della LR 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari*”. La DGR N. 514/2009, ha definito il percorso e le regole per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, prevedendo un percorso dinamico e progressivo per dar modo ai Comuni e ai soggetti gestori/erogatori sia pubblici sia privati di adottare gli adeguamenti organizzativi necessari per rispondere appieno ai requisiti qualitativi richiesti.

Il processo ha l'obiettivo di mettere a disposizione della collettività servizi che rispondono a precisi *standard* di qualità, in assenza dei quali non potranno essere erogati per conto della committenza pubblica. Con le regole per l'accreditamento introdotte dalla DGR 514/2009, la regione Emilia-Romagna intende superare l'anacronistico sistema degli appalti”, nella convinzione che esso mal si adatti alla specificità dei servizi alla persona e dei servizi socio-sanitari. Il soggetto accreditato a gestire i servizi in ambito sociale e socio-sanitario deve essere anche il soggetto erogatore dei medesimi servizi, non potendo l'accreditamento essere concesso a un soggetto che sia solo formalmente gestore del servizio in quanto ricorre a prestazioni assistenziali socio-sanitarie esterne per la produzione effettiva delle attività.

Inoltre l'accreditamento, quale atto di natura concessoria, comporta per il soggetto accreditato:

- l'accettazione di tariffe predeterminate attraverso l'introduzione di un sistema unico regionale di tariffe per la remunerazione delle prestazioni socio sanitarie;
- l'assunzione di un debito informativo verso le Amministrazioni competenti;
- l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, come previsto dalla LR 2/2003;
- l'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti, ma anche di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale;

La suddetta Delibera ribadisce inoltre il ruolo della programmazione territoriale (che avviene in sede di Comitato di Distretto), da parte degli Enti locali, quale sede che definisce il livello di servizi da garantire ai cittadini (tipologia e quantità) e l'avvio del percorso di accreditamento.

Il rapporto tra Pubblico committente ed Ente gestore, pubblico o privato che sia, sarà infine

disciplinato da uno specifico contratto di servizio. I servizi socio-sanitari accreditati dovranno avere una responsabilità gestionale unitaria, pubblica o privata ma con gli stessi doveri (un solo responsabile che risponda dell'intero processo assistenziale), prevedere una forte integrazione con i servizi sanitari e percorsi di qualificazione dei lavoratori con superamento graduale delle forme di lavoro precario e dequalificato.

La DGR 514/2009 ha individuato i primi cinque servizi da accreditare:

- Assistenza domiciliare;
- Centri diurni per anziani e disabili;
- Centri residenziali per anziani (ex case protette e RSA);
- Centri residenziali socio riabilitativi per disabili;
- Centri semi-residenziali socio riabilitativi per disabili.

Questi servizi rappresentano circa il 90% del totale dei servizi socio-sanitari erogati in Emilia-Romagna, interessano circa 40mila famiglie (36.500 anziani e 3.500 disabili), possono contare su circa 800 strutture (diurne o residenziali) e circa 300 servizi di assistenza domiciliare, con una spesa complessiva di circa 650 milioni di euro e un numero di operatori e occupati non inferiore ai 25 mila addetti (fonte RER).

I requisiti e i criteri per ottenere l'accreditamento definitivo sono quelli previsti nell'Allegato D della DGR 514/2009; i requisiti devono risultare presenti nell'erogazione dei servizi accreditati, definitivamente e pienamente dimostrabili, a decorrere dalla concessione dell'accreditamento definitivo.

In particolare, il soggetto gestore dei servizi accreditati definitivamente è tenuto ad assicurare che le attività assistenziali e di cura (compreso l'assistenza infermieristica e di riabilitazione) siano organizzate, gestite e svolte in modo unitario e integrato assicurandone la completa ed esclusiva responsabilità, garantendo altresì che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotta, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente.

Il 31 dicembre 2010 terminerà il rilascio degli accreditamenti transitori. A partire dal 1° gennaio 2011 saranno rilasciati gli accreditamenti definitivi. Il sistema sarà a regime entro il 31 dicembre 2013. Il processo prende il via dalla data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, dell'atto di definizione del sistema omogeneo di tariffa valido per tutti i servizi accreditati.

La responsabilità gestionale unitaria rappresenta la condizione gestionale ed organizzativa necessaria per la concessione dell'accreditamento. L'accreditamento del servizio viene cioè rilasciato al soggetto gestore, che provvede effettivamente all'erogazione delle prestazioni e che dispone effettivamente delle relative risorse. Spetta quindi a questo soggetto, che gestisce l'organizzazione, assume la direzione del personale e assicura le attività assistenziali e di cura di un servizio, presentare richiesta di accreditamento, con ciò provvedendosi a superare le situazioni in cui vi è una forma ibrida di gestione del personale che svolge le funzioni assistenziali.

L'accreditamento infatti deve essere riferito ad un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" – pubblico o privato che sia – in modo che venga garantita una responsabilità gestionale unitaria e complessiva¹³, e quindi:

- la responsabilità dell'intero processo assistenziale;
- la disponibilità di risorse umane e la dipendenza funzionale degli operatori;
- l'organizzazione complessiva del servizio e la sua responsabilità generale, ivi compresi i servizi

¹³ Questo sistema non riguarda comunque i servizi collaterali e strumentali, quali i servizi alberghieri inerenti la ristorazione, le pulizie, la sterilizzazione e il lavaggio dei letteracci, le manutenzioni, etc. che gli enti gestori continueranno a porre in essere e ad assicurare secondo le regole contrattuali previste.

di supporto comunque forniti;

- l'unitarietà del modello organizzativo di gestione del caso e degli strumenti per la pianificazione dell'assistenza nelle diverse fasi (valutazione dei bisogni);
- pianificazione e monitoraggio degli interventi e valutazione degli esiti degli interventi).

In definitiva, la normativa sull'accreditamento dell'Emilia-Romagna mira alla qualificazione del sistema d'erogazione dei servizi sociali per risolvere due criticità emerse nel corso degli ultimi anni: la diffusione del sistema degli appalti per l'affidamento dei servizi (con i conseguenti rischi per la qualità derivanti da criteri di aggiudicazione fondati sul prezzo) e le cosiddette "gestioni miste" tra soggetti pubblici e privati, che vedevano la compresenza nella struttura di più datori di lavoro.

La normativa descritta comporta implicazioni di una certa complessità ed è tuttora oggetto di dibattito. In particolare, suscitano perplessità alcuni aspetti:

- l'impatto della normativa sulle strutture di Aziende pubbliche di Servizi alla persona;
- la difficoltà di individuare le responsabilità gestionali unitarie;
- la severità delle procedure previste, con il rischio di un eccesso di burocrazia e di una difficoltà nella verifica;
- il vincolo imposto da un sistema regionale unico di tariffe;
- la difficoltà di garantire (sia pure gradualmente) requisiti strutturali quali il superamento delle camere con più di due letti e l'approntamento di un numero adeguato di camere a un letto.

VENETO

Con la **LR 22 di Agosto 2002**, la Regione Veneto¹⁴ ha normato le regole di "accesso al mercato" per tutte le strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali pubbliche e private che intendono erogare i loro servizi nel territorio regionale: per poter esercitare le loro attività e per poter eventualmente agire per conto del sistema socio sanitario regionale, devono dimostrare di possedere i requisiti individuati dalla Regione come necessari, attraverso due diversi percorsi: l'ottenimento dell'Autorizzazione all'esercizio e l'ottenimento dell'Accreditamento Istituzionale.

La LR 22/2002, nella sua impostazione originale, prende ispirazione dalle norme internazionali sui sistemi di gestione della Qualità: la prima edizione dei requisiti, soprattutto per quanto concerne l'Accreditamento Istituzionale, ricalca quanto previsto dalle norme per la certificazione di Qualità ISO 9001.

Il principio basilare dell'impostazione della LR 22/2002 consiste nel guidare le strutture venete, indipendentemente dal loro *status* giuridico, verso un uniforme livello qualitativo nell'erogazione dei servizi.

Nell'agosto 2004, con la Deliberazione di Giunta n. 2501, la Regione ha iniziato a dare attuazione alla LR 22/2002 e ha classificato le strutture in diverse tipologie, dette "**unità di offerta**", individuando i soggetti istituzionali preposti al rilascio delle Autorizzazioni e degli Accredimenti: in linea di massima si tratta della Regione per le strutture sanitarie e socio sanitarie e dei Comuni per le strutture sociali. Ha adottato inoltre il manuale delle procedure per l'ottenimento dei due provvedimenti.

Con la DGR 2501 si sono inoltre delineati i compiti dell'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria (ARSS), già istituita con la LR 32/2001, quale interlocutore per le strutture nel procedimento di adeguamento ai requisiti richiesti, e sono stati specificati i caratteri delle figure che, all'interno dei singoli Enti o Aziende, sono chiamati a supportare l'iter di ottenimento e mantenerlo nel tempo. Essi sono definiti come facilitatori: operatori qualificati di aziende pubbliche e/o private che, dopo aver frequentato

¹⁴ Vedi nota 12.

apposito corso formativo e aver superato l'esame di idoneità, supportano la fase di compilazione delle liste di verifica durante il processo di autovalutazione.

Sono identificati invece come valutatori le figure che, dopo aver frequentato apposito corso formativo e aver superato l'esame di idoneità, possono far parte del Gruppo Tecnico Multiprofessionale dell'ARSS, organo chiamato ad effettuare le visite di verifica presso le strutture per il rilascio dell'Accreditamento Istituzionale. Facilitatori e valutatori, inseriti in apposito albo regionale, sono tenuti a sottoscrivere un **codice deontologico** (Allegato 2 alla DGR 50/2004).

Con le **DGR 2473** e **DGR 3855**, sono stati approvati gli *standard*, cioè i requisiti, relativi all'Autorizzazione all'esercizio e all'Accreditamento Istituzionale.

Oggetto di una richiesta di Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento Istituzionale è il servizio che viene erogato e la capienza del servizio stesso: nel caso delle strutture residenziali per anziani, viene autorizzato e accreditato il numero di PL. Con la cosiddetta "**classificazione**" delle "**unità di offerta**" vengono delineate tutte le diverse tipologie di strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali presenti nella Regione e per ciascuna si individuano, oltre ai codici identificativi, **i soggetti preposti al rilascio dei provvedimenti** di Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento Istituzionale. Nessuna distinzione viene fatta sulla personalità giuridica del gestore del servizio: ciò che guida la classificazione (e tutta la normativa) è il tipo di servizio che viene erogato.

Per quanto concerne le strutture residenziali per anziani, la classificazione prevedeva, nella sua versione del 2004, la distinzione in "Casa di Riposo per persone anziane autosufficienti" e "Casa di Riposo per persone anziane non autosufficienti". La sperimentazione iniziata nel 2005 e conclusasi con l'approvazione della DGR 84/2007, ha portato alla definizione di un'unica unità di offerta "**Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti**" (al posto di "Casa di Riposo per persone anziane non autosufficienti") definito, nella DGR 84/2007, come "presidio che offre a persone non autosufficienti, di norma anziani, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti, non curabili a domicilio, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzate in base alla specifica unità di offerta". L'utenza è quindi di "persone di norma anziane in condizione di non autosufficienza secondo lo specifico bisogno assistenziale". La struttura deve avere un massimo di 120 PL, organizzati in nuclei con un massimo di 30.

La norma distingue tra "Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti con ridotto o minimo bisogno assistenziale" e "Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale". Quest'ultima definizione corrisponde a quella che, con la precedente normativa, era la Residenza Sanitaria Assistenziale RSA.

Il processo di Accreditamento Istituzionale non si esaurisce con il "provvedimento di accreditamento" o con il "provvedimento di diniego" ma continua con il monitoraggio, da parte dell'ARSS (su segnalazione) del mantenimento dei requisiti di accreditamento. Avendo carattere facoltativo, la domanda di Accreditamento Istituzionale è sottoposta ad un onere, determinato dalla Giunta Regionale in ragione della tipologia e della complessità della struttura interessata (Art. 19, comma 4 della LR 22/2002). Per l'unità di offerta "Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti", l'onere vigente è pari a Euro 2.410,00.

I requisiti sono classificati in diverse categorie:

1. Generali, cioè validi per ogni unità di offerta
2. Specifici per area, nel nostro caso persone anziane
3. Specifici per unità di offerta, nel nostro caso "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti"
4. Specifici per tipologia di ospite non autosufficienti "Centro di servizi per persone anziane"

non autosufficienti a ridotto-minimo bisogno assistenziale” e “Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale”.

LIGURIA

Il primo atto regionale della Liguria¹⁵ risale al 1999 con l’emanazione della **LR 20/99** (Art. 11 – 16). A seguire, con la **DGR n. 395/2002**, è stato approvato il primo manuale per l’accreditamento, nel corso negli anni ulteriormente modificato e integrato con altre norme quali la **DGR n. 1575/2003** e la **DGR 1544/2007** (Integrazione all’Allegato 2 D) “ strutture socio sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno” di cui alla **DGR 529/2007**.

Con questo atto la Giunta Regionale, valutata la situazione procedurale degli accreditamenti in Liguria, ha riscontrato tra i presidi accreditati tre profili:

- presidi con accreditamento istituzionale e presidi con accreditamento provvisorio in fase di auto- valutazione, per i quali è *in itinere* il rilascio dell’accreditamento istituzionale definitivo, ai sensi della L. 20/99;
- presidi a ciclo diurno: centri per anziani di primo e secondo livello, comunità alloggio e centri riabilitativi per disabili, nonché strutture per disabili gravi, con forme di accreditamento provvisorio, ai sensi dei provvedimenti nazionali e regionali, già collegati con i distretti Socio-sanitari;
- presidi socio-sanitari a carattere protetto (anziani e disabili) con accreditamento provvisorio per forme di lungo assistenza e mantenimento.

La Regione Liguria ha effettuato la ricognizione delle strutture dell’area socio sanitaria, stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali possono procedere alla stipula di nuovi contratti con le strutture accreditate.

A seguire sono state pubblicate due deliberazioni di Giunta Regionale: la **1795/2008**, “Approvazione del questionario di valutazione dei requisiti di accreditamento di cui alla DGR 529/2007 per le strutture residenziali assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) per anziani”, e la **n. 423/2009**, “Approvazione requisiti di accreditamento integrativi a quelli vigenti e modalità di rinnovo e di presentazione delle istanze per l’accreditamento istituzionale”.

L’accreditamento è obbligatorio solo per le Aziende Pubbliche; per le aziende private l’accreditamento istituzionale è volontario e, insieme all’autorizzazione, è il requisito per stipulare contratti con il Servizio Sanitario Nazionale al fine di produrre prestazioni sanitarie.

Per la concessione dell’accreditamento le strutture devono essere in possesso dell’autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune ove è ubicato il presidio, rispondere agli obiettivi e agli indirizzi di programmazione regionale, essere in possesso di ulteriori requisiti di qualificazione e presentare esito favorevole della verifica dell’attività svolta.

Con la LR 20/99 è stata istituita la Commissione tecnica di verifica (integrata poi dalla L. 12/2006), nominata dal Presidente della Giunta Regionale, che valuta i requisiti dei servizi e dei presidi sociali. Per quanto concerne le strutture residenziali e semi residenziali per anziani quali le RSA e le Residenze Protette, l’Agenzia Sanitaria Regionale, per le competenze ad essa conferite in materia di accreditamento con la LR 41/2006, ha predisposto uno strumento di valutazione dei requisiti di accreditamento costituito da un **questionario associato a un set di indicatori e ad una guida per l’uso**, con il quale viene effettuata un’analisi delle attività organizzative, di cura e di assistenza alla persona (compresa l’alimentazione, la socializzazione e l’animazione) nonché degli aspetti strutturali e impiantistici (compresi l’igiene e la pulizia).

Allo stato attuale, trattandosi sostanzialmente di una normativa assai recente che si è susseguita nel

¹⁵ Vedi nota n. 12.

corso degli ultimi due anni, complessivamente sono poche le residenze protette che hanno concluso l'iter dell'accreditamento e per le quali è stata emanata la relativa Delibera di Giunta Regionale. Molte sono invece le ASP e le Fondazioni, derivanti dalle ex IPAB, che hanno *in itinere* la procedura di accreditamento. A differenza di altre regioni, in Liguria la normativa di riferimento **non prevede un termine di scadenza** entro il quale è necessario presentare l'istanza, e pertanto le AUSL possono procedere alla stipula di nuovi contratti o mantenere in atto i contratti in essere con le strutture in possesso dell'accreditamento provvisorio o definitivo.

TOSCANA

Vedi oltre (Sezione "Le RSA in Toscana")

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E LA QUALITÀ DELLA VITA IN RSA: STRUMENTI ED ESPERIENZE

21

Come per altri settori assistenziali, la qualità dell'assistenza in RSA può essere analizzata da diversi punti di vista:

1. *aspetti strutturali*: edifici, spazi, arredamento, *comfort* e riservatezza, attrezzature e dispositivi medico-chirurgici, dotazione organica e competenze degli operatori);
2. *aspetti clinico-assistenziali* e di processo: presenza e utilizzo di protocolli per i problemi assistenziali più rilevanti (cadute, dolore, ulcere da pressione, incontinenza, nutrizione, infezioni, problemi mentali, disabilità gravi e gravissime, etc.), e per i trattamenti più critici (politerapie, uso di psicofarmaci, mezzi di contenzione etc.), livello di adesione a raccomandazioni di provata efficacia, gestione del rischio, relazione di continuità con l'ospedale e con il territorio, qualità e completezza del sistema informativo, utilizzo di indicatori;
3. *esiti clinici e non*: frequenza (prevalenza e incidenza) di problemi e complicanze cliniche (vedi punto 2) e comportamentali, mortalità, grado di soddisfazione degli ospiti e delle famiglie.

Gli strumenti principali per la verifica e il miglioramento della qualità dell'assistenza sono sostanzialmente:

- i percorsi di certificazione e accreditamento (istituzionale o di eccellenza);
- la rilevazione periodica di indicatori (da flussi informativi correnti o da indagini *ad hoc*);
- la messa in atto di progetti di miglioramento che coinvolgano gli operatori in cicli di azione-valutazione finalizzati a obiettivi definiti e sostenuti da interventi di formazione, misurazione e cambiamento.

Negli Stati Uniti esiste oggi un programma governativo dedicato alle *nursing home* certificate da *Medicare* e *Medicaid*, il programma *Nursing Homes COMPARE*¹⁶: le strutture vengono valutate secondo un insieme di criteri espliciti e il livello di qualità complessivo raggiunto da ogni singola struttura (espresso da un numero di "stelle" fino a 5) viene pubblicato *on line*. Le macro-aree di valutazione sono tre: stato di salute dei pazienti (valutato su visite ispettive ripetute), *staffing* e misure di qualità, queste ultime rappresentate da indicatori per l'assistenza a lungo termine e per quella a breve termine.

¹⁶ <http://medicare.gov/NHCompare>

I criteri per la misura dell'assistenza a lungo termine sono sette:

- a) il cambio di ADL (*Activities of Daily Living*) e di mobilità;
- b) l'elevato rischio di sviluppare una lesione da pressione;
- c) l'essere portatore di un catetere a lungo termine;
- d) la contenzione fisica;
- e) l'infezione del tratto urinario
- f) il dolore.

I criteri per misurare l'assistenza a breve termine sono tre:

- a) il *delirium*;
- b) il dolore;
- c) le lesioni da pressione.

22

Unitamente ai suddetti indicatori viene valutato il *risk adjustment* per struttura, secondo una *checklist* che prende in considerazione, ad esempio, la percentuale di residenti che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale e pneumococcica, la percentuale di residenti con un'infezione del tratto urinario; la percentuale di anziani che hanno una lesione da pressione¹⁷.

Negli USA è stata inoltre lanciata nel 2006 la Campagna nazionale "*Advancing excellence in America's nursing homes*"¹⁸, che si propone di aiutare le strutture a migliorare la qualità dell'assistenza e della vita per i loro ospiti (oltre 1,5 milioni di persone complessivamente), fornendo supporto tecnico attraverso un'infrastruttura *web*, rivolgendosi agli operatori sanitari e puntando a obiettivi di miglioramento clinici e organizzativi. La Campagna è promossa da diversi soggetti: gestori di *nursing home* e loro Associazioni, consumatori e loro Associazioni, operatori professionali delle strutture, Agenzie governative e private, Organizzazioni per il miglioramento della qualità dei servizi. La conduzione della Campagna è affidata a un Comitato che rappresenta 28 Organizzazioni partecipanti alla coalizione.

La Campagna lavora in stretto collegamento con altre iniziative nazionali come *Quality First*, *the Nursing Home Quality Initiative*, *the Culture Change Movement*, *the Quality Improvement Organization (QIO)* etc. Gli obiettivi individuati dal programma sono otto:

1. Ridurre il *turnover* del personale
2. Promuovere il "*consistent assignment*", cioè il rapporto preferenziale e stabile tra ospite e operatore
3. Ridurre al massimo divieti e i vincoli, in modo che ogni residente sia indipendente al meglio delle sua capacità
4. Prevenire le Ulcere da Pressione (UdP) e assicurare un loro trattamento appropriato quando si manifestano
5. Valutare e trattare in modo appropriato il dolore, al fine di ridurre al massimo gli episodi di dolore moderato o severo
6. Promuovere l'*Advance Care Planning*, cioè la discussione e pianificazione condivisa tra operatori e ospiti degli obiettivi da raggiungere nell'assistenza

¹⁷ Si veda a questo proposito anche: Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia-Romagna, Dossier n. 188 (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss188.htm)

¹⁸ www.nhqualitycampaign.org

7. Prestare attenzione costante e assicurare valutazione periodica della soddisfazione dell'ospite e della famiglia
8. Valutare periodicamente il grado di soddisfazione degli operatori.

Tra il 2006 e il 2009 il programma ha reclutato oltre 7.600 *nursing home*, acquisito l'iscrizione di almeno il 60% delle strutture in 15 Stati e almeno il 50% in 22 Stati.

In Europa il tema dell'assistenza residenziale agli anziani viene per lo più affrontato nell'ambito di una più ampia attenzione alla LTC, intesa come un insieme di servizi medici e sociali per le persone che hanno bisogno di assistenza e accompagnamento nelle attività di base della vita quotidiana, a causa di condizioni croniche o disabilità fisica e mentale. Queste attività di cura e supporto sono spesso sostenute, almeno in parte, da *caregiver* informali, come parenti o amici¹⁹.

Per fronteggiare le nuove sfide demografiche e le crescenti aspettative dei cittadini, l'Unione Europea sta promuovendo sforzi congiunti di modernizzazione; in particolare, raccomanda tre principali obiettivi a lungo termine per i sistemi sanitari nazionali, da perseguire in parallelo:

1. Assicurare un buon accesso ai servizi sanitari e sociali
2. Migliorare la qualità dell'assistenza
3. Assicurare la sostenibilità del finanziamento.

L'UE promuove il coordinamento delle politiche sanitarie nazionali sulla LTC attraverso il cosiddetto *open method of coordination*²⁰. Per i tre obiettivi indicati le azioni da compiere sono²¹:

Accesso

- Assicurare la disponibilità di *long-term care service* (come *mix* di servizi a domicilio, in comunità e istituzionali).
- Tempi d'attesa più brevi.
- Raggiungere tutta la popolazione attraverso una copertura assicurativa universale e cure sostenibili, che non producano impoverimento.
- Ridurre le differenze geografiche nella disponibilità e qualità delle cure.

Qualità

- Dare priorità ai servizi personalizzati, a domicilio e in comunità, per aiutare le persone a vivere nella propria casa il più a lungo possibile. Dove questi servizi non sono disponibili, ne deve essere promosso lo sviluppo attraverso un parallelo adattamento dei *setting* di cura istituzionalizzati

¹⁹ Dal portale dell'UE, (http://ec.europa/health/eu/care_for_me/long_term_care/index_en.htm)

²⁰ *Open Method of Coordination* (OMC): è stato definito come strumento dell'UE nella strategia di Lisbona (2000). L' OMC offre un nuovo *framework* per la cooperazione tra gli Stati Membri le cui politiche nazionali possano essere dunque orientate verso obiettivi comuni. Attraverso questo metodo, i singoli Stati si valutano reciprocamente (*peer pressure*) mentre alla Commissione è affidata la sorveglianza. Il Parlamento Europeo e la Corte di Giustizia virtualmente non entrano in questo processo. L'OMC acquista rilevanza in aree di pertinenza dei singoli Stati, come: occupazione, protezione sociale, inclusione sociale, educazione, politiche giovanili e formazione. Si basa principalmente su: a) identificazione congiunta di obiettivi; b) adozione congiunta di strumenti di misura (statistiche, indicatori, linee guida); c) *benchmarking* e scambio di *best practice* (con la sorveglianza della Commissione). In relazione alle aree di interesse, l'OMC include le cosiddette "*soft law*", con diversi gradi di *stringency* ma che non assumono mai la forma di direttive, Leggi o decisioni. Quindi, nel contesto della strategia di Lisbona, l' OMC chiede ai Paesi dell'UE di designare piani nazionali di riforma e di inviarli alla Commissione. (http://europa.eu/scadplus/glossary/open_method_coordination_en.htm)

²¹ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&landId=en>

- Riabilitazione
- Scelta informata
- Miglior coordinamento con assistenza medica, infermieristica, sociale e con le cure palliative
- Meccanismi di *quality assurance*

Sostenibilità

- Maggior coordinamento tra livelli di *budget* governativi e tra fondi sociali e sanitari, tali da consentire un adeguato continuum of care nonostante le differenze di livello e di modello organizzativo dei servizi a livello locale, regionale, nazionale
- *Mix* di finanziamento pubblico e privato sostenibile.
- Enfasi sulla *health promotion*, sulla prevenzione delle malattie e sulle politiche riabilitative a tutte le età, incluse quelle più avanzate.
- Assicurare sufficienti risorse umane attraverso *resources training* formale (e.g. geriatria), motivazione e buone condizioni lavorative; supporto ai *caregiver* informali (*training*, supervisione tra pari, *counselling*, *respite care*²², integrazione tra cure assicurate dalla famiglia e cure fornite a pagamento).

L'UE considera fondamentale il coordinamento nel campo della LTC; questi servizi sono infatti spesso inadeguati in molti Paesi e soffrono di carenze nella disponibilità e nella qualificazione del personale. Questo tipo di assistenza inoltre è destinato ad assumere rilevanza sempre maggiore (in termini di bisogni, domanda e costi) in concomitanza con l'allungamento della vita delle persone.

Il documento “*Long-term care in the European Union*”²³, pubblicato dalla Commissione Europea in aprile 2008, tratta con maggior dettaglio il tema della qualità della LTC, per la quale esiste un'ampia variabilità tra e nei Paesi; evidenze di problemi di qualità sono emerse da diverse fonti: media, gruppi di *advocacy*, *public review*, fornitori di servizi, associazioni con funzioni di accreditamento e monitoraggio. Esempi di qualità insufficiente sia in *setting* istituzionali che di comunità includono, tra gli altri: inadeguata copertura residenziale (*nursing home*), scarsa *privacy*, scarse relazioni sociali, uso scorretto di misure di contenzione. A livello internazionale, più ampio il documento presenta anche esperienze, strategie e proposte di singoli Paesi dell'Unione.

Negli **Stati che aderiscono all'Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)**, esistono notevoli differenze nella suddivisione delle responsabilità per la presa in carico (ruolo della famiglia o della rete sociale vs ruolo dei servizi pubblici), nei modelli di organizzazione dell'assistenza sanitaria e sociale, così come nella definizione dei confini tra assistenza medica e sociale; ne risulta una gamma differenziata di servizi, con distribuzione e ruolo variabile all'interno del sistema di protezione sociale dei singoli Stati (vedi Figura 1.1, pagina seguente).

Preoccupazioni per la scarsa qualità della LTC hanno indotto molti Stati Membri a introdurre o migliorare i sistemi di regolazione e la legislazione in direzione di un maggiore ruolo della valutazione e del miglioramento dei servizi; il miglioramento degli *standard* gioca un ruolo

²² Il termine inglese *respite care* indica un sollievo temporaneo per i *caregivers* dei malati, degli anziani e dei disabili.

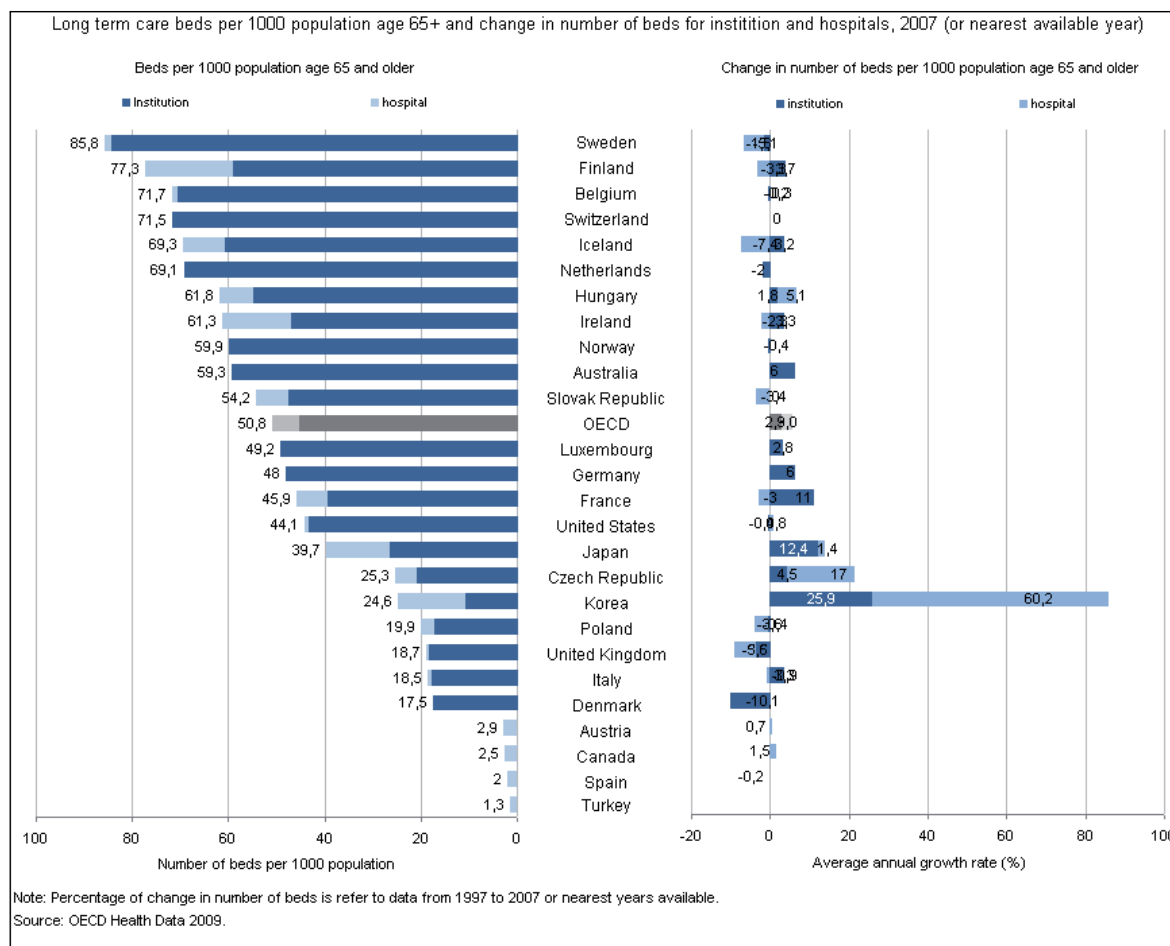
²³ Consultabile e scaricabile al sito: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

fondamentale nell' assicurare cure adeguate alle persone non autosufficienti, sia nel caso delle cure informali prestate dalla famiglia, sia nel caso dei servizi garantiti dalle istituzioni.

La crescente pervasività e la natura sempre più estesa dei servizi di LTC rende difficili le definizioni e la misura. Indicatori di qualità dell'assistenza sono stati sviluppati e applicati nel tempo, ma inevitabilmente risultano per lo più applicabili ad ambiti istituzionali piuttosto che a *setting* informali. L'OECD classifica gli indicatori nelle tre dimensioni di struttura, processo e *outcome* (vedi Box I, pagina successiva).

Sempre di più, le regole volte a presidiare la qualità della LTC stanno evolvendo da requisiti di base o minimi, di struttura e processo, verso meccanismi più complessi e *comprehensive* di *quality assurance*, che integrano indicatori procedurali e strutturali con indicatori di *outcome*, come ad esempio "formazione continua del personale" e "norme per la formazione" insieme a "meccanismi di protezione dei diritti dei pazienti".

Figura I.1 - Posti letto di *long-term care* per 1000 abitanti di età ≥ 65 anni, in ospedali o istituti: numero assoluto per l'anno 2007 (a sinistra) e percentuale di crescita media annuale 1997-2007 (a destra). Fonte: OECD Health Data 2009.



La qualità della LTC può essere assicurata attraverso meccanismi formali di regolazione e autorizzazione. La crescente enfasi sull'assistenza a domicilio o in comunità ha fatto tuttavia emergere la sfida della misurazione e del monitoraggio della qualità in *setting* diversi, nei quali gli indicatori di struttura o di processo sono spesso inadeguati.

Nonostante lo sviluppo consistente di indicatori per la valutazione di qualità dell'assistenza, l'uso di indicatori di *outcome* è ancora in una fase molto precoce in molti Stati Membri. D'altro canto, la qualità e la sua valutazione vengono sempre di più considerate un tema ampio, che include fattori importanti come il supporto ai *caregiver* della famiglia, una maggiore capacità di scelta dei *consumer*.

In *setting* informali la valutazione di qualità dell'assistenza si basa spesso quasi esclusivamente su misure soggettive che rilevano il grado di soddisfazione e le opinioni di pazienti e famigliari.

Un requisito di base dei meccanismi di *quality assurance* è che essi fungano da attivo deterrente dei maltrattamenti e degli abusi sui pazienti²⁴. Esistono in material buone pratiche applicabili (campagne di sensibilizzazione, numeri verdi, *standard* di qualità per i servizi residenziali, addestramento e formazione per i *caregiver* professionali e informali).

L'OECD fornisce un'ampia documentazione di iniziative e proposte nel campo della LTC²⁵.

26

Aree di valutazione della Long-term care

BOX I

Struttura (esempi)

- Qualità e sicurezza degli edifici (rischio di incendio, igiene e pulizia)
- Comfort degli alloggi
- Ampiezza delle stanze
- Rapporto operatori/ospiti; qualificazione degli operatori

Processo (esempi)

- Meccanismi in atto per proteggere i diritti degli ospiti
- Procedure ben funzionanti per il trasferimento e la dimissione
- Procedure per la valutazione dei residenti, mirata alla pianificazione dell'assistenza
- Disponibilità di servizi volti a ottenere e mantenere il miglior stato funzionale possibile
- Disponibilità di staff sufficientemente qualificato in turno, 7 gg. su 7
- Dieta ben bilanciata
- Accesso a servizi complementari (es. riabilitazione, farmacia, controllo delle infezioni)
- Rispetto dei requisiti di qualità della documentazione clinica
- Esistenza e mantenimento di un comitato per la *quality assurance*

Outcome (esempi)

- Prevalenza di UdP
- Prevalenza di malnutrizione (inclusa disidratazione)
- Entità del declino prevenibile di ADL e IADL
- Prevalenza di dolore mal controllato
- Uso di mezzi di contenzione fisica
- Uso di "pharmacological restraint"
- Uso di farmaci antipsicotici
- Prevalenza di infezioni
- Prevalenza di nutrizione con sondino
- Prevalenza di incontinenza fecale
- Numero di cadute; prevenzione delle cadute
- Coinvolgimento sociale e protezione della *privacy*

²⁴ Questo aspetto è stato sollevato durante la Conferenza "Protecting the dignity of older persons - the prevention of elder abuse", tenutasi a Bruxelles in marzo 2008. La Conferenza ha segnalato che la protezione della dignità e dei diritti fondamentali degli anziani fragili sta diventando una sfida di grande rilevanza per le società europee.

²⁵ http://www.oecd.org/document/61/0,3343,en_2649_33929_35490493_1_1_137407,00.html

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA: APPROFONDIMENTI

In una RSA i fattori di qualità dell'assistenza sono molto diversi da quelli che contano nei *setting* assistenziali per acuti; questo dipende dalle **caratteristiche dei pazienti**, dai loro **bisogni di cura**, dal **setting** in cui le cure vengono offerte, dalle aspettative degli ospiti e delle loro famiglie e dal fatto che, per molte delle persone assistite da una RSA, essa rappresenta di fatto la loro casa e non soltanto un luogo passeggero in cui essere curati per un problema medico. Di conseguenza, la qualità della vita è un concetto importante di per sé (quindi è un *outcome* atteso) ed è strettamente connesso alla qualità dell'assistenza in RSA²⁶.

Caratteristiche dei pazienti. Una *survey* nazionale condotta negli USA a fine degli anni '70, rilevava che il 75% dei residenti nelle *nursing home* era di età uguale o superiore a 75 anni, solo il 12% aveva un coniuge in vita, e la maggior parte di essi soffriva di un'ampia varietà di disabilità fisiche, emotive e cognitive. In termini ancora più espliciti, le persone istituzionalizzate risultavano in larga maggioranza *single*, vedove, senza figli, più povere rispetto alla popolazione generale anziana; dati, questi, estremamente importanti se si pensa alle relazioni, ampiamente dimostrate, tra l'esistenza di un supporto sociale e i bisogni o i risultati di salute.

Il rapporto dell'IOM classifica le persone accolte nelle *nursing home* in due gruppi, secondo la durata della loro permanenza in struttura: il gruppo più ampio, i *long-stayer*, è rappresentato da tutti coloro che non sono più in grado di vivere in condizioni diverse dalla istituzionalizzazione, per i quali la permanenza in struttura rappresenta una soluzione di vita definitiva e che vi rimangono per tempi lunghi, a volte molti anni, spesso fino alla morte; l'altro gruppo, quello degli *short-stayer*, è costituito da persone che provengono generalmente dall'ospedale e verranno poi dimesse a domicilio, o moriranno entro un tempo relativamente breve^{17 27}.

I bisogni di cura e assistenza. Molti degli *short-stayer* hanno bisogno di assistenza infermieristica e riabilitativa intensiva. I *long-stayer* hanno necessità molto varie, che oscillano tra i livelli modesti di assistenza a persone relativamente indipendenti, fino all'assistenza pressoché continua, in tutte le attività di vita quotidiana (ADL), per coloro che soffrono di disabilità fisiche o psichiche gravi o di grave incontinenza.

Il setting. Una residenza per anziani configura un luogo di trattamento ma anche un luogo di vita; include prestazioni sanitarie così come servizi di supporto sociale forniti a soggetti in condizioni di cronicità e di disabilità. Le *nursing home* (così come le RSA del nostro Paese) sono vere e proprie "istituzioni totali", nelle quali gli operatori sanitari, soprattutto quelli di supporto (*nurse's aid*, equivalenti probabilmente ai nostri OSS) rappresentano una larga parte del mondo sociale degli anziani e ne controllano i loro ritmi e attività quotidiani, per tutta la durata della loro permanenza, spesso anche molti anni. Di conseguenza, i problemi

²⁶ Vedi nota 3.

²⁷ Anche in Italia gli anziani che vivono in RSA vengono classificati in due gruppi analoghi: i cosiddetti «riabilitativi», che hanno necessità di un periodo più o meno lungo di degenza per stabilizzare le proprie condizioni dopo un ricovero ospedaliero, e gli ospiti permanenti, in regime di «mantenimento», che vengono ricoverati in residenza perché non sussistono più, per vari motivi, le condizioni sufficienti perché possano continuare a vivere al proprio domicilio. All'interno di questo secondo gruppo sono comprese le persone affette da demenza (soprattutto Alzheimer). Tra coloro che rientrano nel gruppo di «mantenimento» si distingue a volte tra due tipologie, secondo il grado di compromissione: i cosiddetti «non autosufficienti parziali» e i «non autosufficienti totali». La linea di demarcazione tra queste due categorie è peraltro piuttosto labile ed è condizionata dalle regolamentazioni regionali, che possono essere assai diverse tra loro (Vedi Testi A. et al, Tendenze Nuove. I/2010, pg 1-28).

di qualità delle cure mediche o infermieristiche, della ristorazione, della pulizia, problemi che potrebbero essere forse tollerati in una degenza ospedaliera di breve durata, diventano intollerabili e producono molto danno al benessere delle persone, perché costituiscono una parte integrante e stabile della loro vita quotidiana. Se in ospedale gli obiettivi di trattamento sono guidati dalla diagnosi, nelle residenze per anziani gli obiettivi di cura si basano sulla valutazione fisica e psico-sociale¹⁷.

I fattori di qualità dell'assistenza. I requisiti fondamentali della qualità dell'assistenza nelle residenze per anziani possono essere ricondotti a tre categorie: a) una valutazione accurata, completa e condotta con competenza, di ciascun residente; b) lo sviluppo di un piano di trattamento interdisciplinare, fondato sui risultati della valutazione; c) l'attuazione competente, coordinata e coscienziosa di tutti i punti del piano di trattamento. La valutazione dovrebbe essere periodicamente ripetuta, per consentire un continuo e progressivo aggiustamento del piano stesso.

Sebbene la garanzia di una diagnosi corretta sia assai rilevante per gli anziani istituzionalizzati che soffrono di diversi problemi medici, il problema trainante nella pianificazione dell'assistenza in RSA consiste nello **stato funzionale**, cioè la capacità del soggetto di svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, usare il bagno, spostarsi, nutrirsi, mantenere la continenza urinaria e fecale²⁸. L'importanza dello stato funzionale quale fattore predittivo di *outcome* è stata dimostrata da molti studi; analogamente, anche lo stato mentale è predittivo dei livelli di disabilità e dei bisogni di assistenza tra i residenti in *nursing home*. La *survey* americana stimava l'entità dei problemi di salute mentale o comportamentali in una percentuale compresa tra 50% e 66% degli ospiti, in gran parte riconducibile a situazioni di demenza senile, ma anche depressione e psicosi²⁹.

Pianificazione e attuazione dell'assistenza. La valutazione iniziale di un ospite in residenza per anziani dovrebbe includere: lo stato funzionale, le condizioni e i bisogni medici e odontoiatrici, lo stato mentale ed emotivo, le interazioni e il supporto sociale, le attività personali preferite e le circostanze finanziarie. Una valutazione interdisciplinare dunque, affidata a un *team* che comprenda, al minimo: un medico, un infermiere, un operatore sociale, un fisioterapista, con il supporto eventuale di altri specialisti o esperti, quali dentista, psicologo, audiologo e logopedista, podologo etc. Le valutazioni, iniziale e periodiche, dovrebbero essere registrate nel dossier individuale dell'anziano, in modo tale da essere comprese e usate da parte di ciascun componente dello *staff*, in ogni momento.

In sintesi, l'assistenza residenziale è finalizzata prima di tutto al sollievo di condizioni risultanti da disordini fisici e mentali cronici o dalle sequele cronicizzate di problemi di salute acuti. Ugualmente importante è il sollievo del dolore. Le condizioni croniche richiedono generalmente servizi di mantenimento o di recupero, con l'obiettivo di ottenere piccoli miglioramenti o contrastare il declino, piuttosto che concentrare sforzi intensivi su miglioramenti drastici e remissioni¹⁷.

²⁸ Vedi nota 3.

²⁹ Situazione, questa, in parte spiegata dalla massiccia dimissione di malati di mente dagli ospedali psichiatrici statali negli anni '70 (IOM, 1986 - cit. nota 3).

Criteri di valutazione della qualità dell'assistenza. Come per l'assistenza ai pazienti in fase acuta, la qualità dell'assistenza può essere valutata nelle *nursing home* in termini di struttura, processo e *outcome*. Lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti di valutazione validi e riproducibili è essenziale per assicurare, a livello individuale, un buon piano di trattamento; a livello di sistema, un buon sistema di monitoraggio, potenzialmente associato a un sistema di regolazione (certificazione, valutazione di *performance*). Molta ricerca è stata fatta in questo campo, soprattutto negli ultimi 20 anni, con la pubblicazione di lavori importanti come la "*Patient Classification for Long-term Care*"³⁰, mentre altre proposte sono state elaborate per la definizione/adozione di *Minimum Data Set (MDS)* utili a stabilire indicatori, *standard* e classificazioni (una, in particolare, in risposta a un mandato dei *Centers for Medicare and Medicaid Services*, vedi oltre, *Qualità della vita*).

Misure di qualità dell'assistenza³¹. Molti criteri e indicatori appropriati per la pratica delle cure primarie sono applicabili anche al *setting* delle *nursing home*, ad esempio:

- riduzione della PAO negli ipertesi;
- riduzione del dolore e miglioramento dello stato funzionale nell'angina;
- miglioramento della capacità visiva nei pazienti con cataratta;
- recupero funzionale e riduzione del dolore nei pazienti con sostituzione protesica dell'anca;
- recupero funzionale a seguito di *stroke*;
- incidenza di infezioni in soggetti portatori di catetere urinario;
- incidenza/prevalenza di UdP in pazienti allettati;
- miglioramento dell'umore in pazienti depressi.

La scelta delle misure da utilizzare dipende dagli obiettivi e dal contesto: ad esempio, misure adatte a *survey* di grandi dimensioni possono essere inadeguate per una sorveglianza locale in piccole strutture; misure adatte ad obiettivi di regolazione devono essere non ambigue, riproducibili, facilmente comprensibili da parte di chi applica il processo di regolazione, facilmente interpretabili anche in sede legale in caso di contenzioso; d'altro canto, misure di questo genere possono rivelarsi insufficienti o poco flessibili per obiettivi di *quality improvement*. Gli *outcome* maggiormente suggeriti per essere utilizzati in sede di regolazione sono per lo più eventi evitabili che possono verificarsi in ampi sottogruppi di popolazione quando le cure siano insufficienti o di qualità scadente: incidenza o prevalenza di UdP e di infezioni associate a cateteri urinari ne sono un esempio. Altri criteri e indicatori sono¹⁷:

- uso appropriato o eccessivo di psicofarmaci;
- eventi avversi da farmaci;
- protocolli di trattamento dell'incontinenza urinaria (l'eccessivo uso di cateteri, in alternativa a interventi di *training* o ad assistenza infermieristica, è considerato un indicatore di scarsa qualità delle cure);
- disidratazione;
- qualità della dieta, malnutrizione;
- utilizzo di misure di contenzione;
- andamento dello stato funzionale.

³⁰ IOM 1986, Voce 74, cap 2.

³¹ IOM 1986, Appendice E.

Inoltre, altri indicatori collegati al mantenimento delle cure personali possono essere rilevati con metodologie qualitative (osservazione e interviste agli ospiti) ed essere utilizzati per il calcolo di *score*³². Esempi di questo genere sono: pulizia di unghie e capelli, abbigliamento personale, pulizia degli indumenti, igiene orale quotidiana, pronta risposta degli operatori alle chiamate dei residenti, pulizia dei cateteri urinari etc. Infine, indicatori specifici di QoL possono essere adottati e monitorati periodicamente, con riferimento agli aspetti più importanti descritti nel paragrafo successivo, dedicato a questo aspetto.

Un elenco di indicatori per il monitoraggio della qualità della LTC è stato anche proposto nell'ambito dell'*International Quality Indicators Project (IQIP)*³³, in particolare appartenenti alle seguenti classi di criteri:

30

1. Cambiamento di peso imprevisto
2. UdP (prevalenza totale, prevalenza per stadi)
3. Cadute (incidenza totale, incidenza di cadute per singole cause – ad esempio a seguito di assunzione farmaci, per rischi ambientali, etc. - incidenza di cadute con esito - ferita, trauma - numero di pazienti con esperienza di cadute - *faller*)
4. Trasferimenti non programmati verso ospedali per acuti (entro 72 h dall'accoglimento in residenza, ricoveri per specifiche cause - scompenso cardiaco, valutazione o trattamento di fratture, sanguinamento gastrointestinale, infezione, etc.)
5. Infezioni nosocomiali (tratto respiratorio, infezioni urinarie sintomatiche, infezioni urinarie in pazienti con catetere)
6. Uso di mezzi di contenzione (numero di episodi, numero di episodi con uso di mezzi di contenzione di durata uguale o inferiore a 1 ora, di durata compresa tra 1 e 4 h etc., fino a oltre 24 h, uso di mezzi di contenzione dovuti a diverse cause - es. disordini cognitivi, rischio di cadute, comportamento pericoloso, etc.).

La Qualità della vita

Oltre ad obiettivi di qualità delle cure e buona salute fisica e psichica, l'assistenza residenziale agli anziani dovrebbe preservare e promuovere la qualità della vita (*Quality of Life, QoL*). In questo campo, la ricerca è ancora insufficiente³⁴. Per un anziano istituzionalizzato, la QoL può includere dimensioni come: un senso di soddisfazione riguardo se stessi, l'ambiente circostante, le cure ricevute, il raggiungimento di obiettivi considerati importanti e la capacità di mantenere un controllo accettabile sulla propria vita. Le opportunità di scegliere sono necessariamente limitate in una *nursing home*, ma probabilmente non così limitate come accade in alcune o molte di esse. La possibilità di partecipare allo sviluppo del proprio piano di trattamento, ma anche la possibilità di piccole scelte riguardo i pasti, l'abbigliamento, l'ora di risveglio e l'ora di andare a dormire, sono elementi determinanti della QoL. D'altro canto, fattori come la mancanza di riservatezza nel ricevere visite di amici e parenti, o al momento dell'assistenza medica e/o infermieristica, o l'impossibilità di stare soli, contribuiscono pesantemente a ridurre l'autostima e il senso di dignità personale. Altri elementi di rilievo sono dati dalla possibilità di impegnarsi in attività religiose, di interessarsi alla politica, si

³² IOM 1986, appendice E.

³³ www.internationalqip.com

³⁴ Kane RA et al. *Quality of life measures for Nursing Home residents.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2003) 58(3): M240-M248..

svolgere attività ricreative o di carattere sociale. E infine, anche la sicurezza finanziaria e dei propri averi, la sicurezza personale e la salute fisica e mentale, sono elementi importanti¹⁷. Molti degli aspetti rilevanti per la QoL sono interconnessi con la qualità delle cure. Uno studio condotto, sempre negli USA, negli anni '84 e '85, basato su confronti e discussioni con oltre 450 ospiti accolti in oltre 100 *nursing home* di 15 città, ha dimostrato che l'importanza maggiore veniva data alla qualificazione, competenza e propensione dello *staff* e alla qualità delle relazioni tra *staff* e ospiti³⁵. Molti ricercatori hanno inoltre sottolineato l'importanza di assicurare continuo accesso a esercizi riabilitativi-fisioterapici, quale risorsa per mantenere un soddisfacente stato funzionale.

In risposta alla riforma del sistema di regolazione delle *nursing home* americane, lanciata nel 1987, i *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) hanno commissionato la definizione di un MDS standardizzato per valutare l'assistenza ai residenti delle *nursing home*; un MDS era in uso, alla data del 1998, in tutte le *nursing home* finanziate con fondi federali, ma gli indicatori in esso contenuti, meglio sviluppati sul fronte della qualità delle cure, erano ancora insufficienti a valutare la QoL. Una ricerca condotta da una partnership tra università (Minneapolis, Pittsburgh) ha messo a punto una proposta, pubblicata nel 2003, basata sui *self-report* dei residenti, considerati come *gold standard*, e articolata su un insieme integrato di 10 domini, identificati attraverso tecniche di analisi fattoriale (Figura 1.2). La proposta è stata sperimentata in un campione di 1988 residenti, accolti in circa 40 *nursing home* di 5 Stati.

Gli autori concludono che una misurazione della QoL è fattibile sulla base di *self-report* degli ospiti, inclusi quelli con *deficit* cognitivi; sebbene sia necessaria ulteriore ricerca, l'approccio proposto viene ritenuto promettente sia per scopi regolatori, sia per obiettivi di *quality improvement*, sia per informazione al pubblico.

Figura 1.2 - Modello concettuale delle dimensioni di Qualità della Vita secondo i risultati di una ricerca condotta negli Stati Uniti (2003). Fonte: Kane RA et al. *Quality of Life Measures for Nursing Home Residents*. *Journal of Gerontology* 2003, 58; (3):240-248.



³⁵ Spalding Joy. 1985. *A consumer perspective on quality care: the residents' point o view. Analysis of residents' discussions*. National Citizens' Coalition for Nursing home reform. Washington D.C.

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE PER GLI ANZIANI IN ITALIA

NORMATIVA

Le basi normative nazionali riferite alle prestazioni residenziali per anziani sono relativamente modeste. Sinteticamente possono essere richiamati i seguenti atti:

L. 11 marzo 1988, n. 67 – Art. 20 (Legge finanziaria 1988).

La Legge autorizzava “l’esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l’importo complessivo di lire 30.000 miliardi” e la “realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e)³⁶ e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all’ambiente secondo standard che saranno emanati a norma dell’Art. 5 della L. 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri”.

DPCM 22 dicembre 1989 (atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semi-residenziali).

In questo Decreto³⁷ la RSA viene definita come “struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti” e vengono – probabilmente per la prima volta – definiti sia l’organizzazione per “nuclei”, sia la tipologia e le dimensioni (fino a un max di 120 posti, comunque organizzati in nuclei di 20 ospiti, in zone di alta densità abitativa e urbana), sia gli standard strutturali fondamentali.

Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani, parte del PIANO SANITARIO NAZIONALE 1994-1996 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 23 luglio 1994).

Un testo di Progetto Obiettivo per gli anziani era stato già licenziato dal Parlamento nel 1992. Nel DPR in questione, che ne recepisce le linee essenziali, si afferma che “Gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile”. Il progetto obiettivo recepisce il concetto secondo cui lo scopo precipuo dell’assistenza all’anziano è il mantenimento e il recupero dell’autosufficienza, la cui perdita, secondo la classificazione IDH dell’OMS (1980), è dovuta alla compromissione concomitante di più fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale. È pertanto necessario un approccio globale ed integrato alla persona, che identifichi le diverse componenti della compromissione e consenta la formazione di programmi di intervento individualizzati e continuativi. Integrazione, flessibilità e continuità sono pertanto le caratteristiche qualificanti dei servizi a favore degli anziani.

Gli interventi prioritari da compiere per gli anziani non autosufficienti sono:

- istituzione delle Unità di Valutazione Geriatriche (UVG) presso le divisioni di Geriatria e, in

³⁶ Si tratta di presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedali diurni.

³⁷ Successivamente sostituito dal DPR 14 gennaio 1997.

fase sperimentale, in alcune AUSL;

- attivazione o potenziamento dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in modo da assistere, entro il 1996, almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA;
- attivazione in via sperimentale, e gradualmente, della ospedalizzazione domiciliare nel 10% dei casi ospedalizzabili a regime;
- attivazione dei Centri diurni di Riabilitazione.

Mentre **interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni** vengono considerati i seguenti:

- adozione di misure atte a favorire la permanenza degli anziani in famiglia;
- adozione di misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati;
- nomina di un tutore esterno, a garanzia della gestione dei beni dell'anziano istituzionalizzato;
- adozione di sistemi nazionali uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani;
- attivazione di osservatori permanenti esterni al Servizio sanitario nazionale sulla qualità dell'assistenza erogata agli anziani.

33

Il DPR indica inoltre l'importanza di alcune aree di intervento:

- formazione degli operatori a vari livelli;
- interventi curativi e riabilitativi domiciliari, in regime di *day hospital* o presso centri diurni;
- creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale.

E fa riferimento ad apposite linee guida emanate dal Ministero della Sanità in agosto 1992 e inviate alle singole Regioni insieme ad altra documentazione utile a supporto di progetti concreti che le Regioni stesse dovranno attivare.

DPR 14 gennaio 1997 - atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie (emanato sulla base dell'Art.8, comma 4, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

Tale Decreto classificava tre tipologie di strutture, in base al tipo di prestazioni erogate: a) ricovero ospedaliero; b) assistenza specialistica (inclusa diagnostica strumentale e di laboratorio); c) assistenza in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.

In particolare, le RSA vengono definite come *“presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera”*. I soggetti candidati all'accoglienza in RSA sono dunque quelli che presentano caratteristiche simili a coloro nei quali risulta appropriata l'assistenza domiciliare (non autosufficienza, necessità di un livello elevato di tutela e assistenza alberghiera), ma per i quali la domiciliarizzazione appare impossibile per diversi motivi, soprattutto di carattere sociale.

L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali).

Con questa Legge la Repubblica italiana assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli Artt. 2, 3 e 38 della Costituzione.

Ai sensi dell'Art. 22 il Sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte". La Legge crea tre aree di intervento (perché spesso le persone non possono essere divise a metà fra sociale e sanitario), il sociale, il sanitario e il socio-sanitario.

L'Art. 10 è dedicato alle **Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza (IPAB)**, il cui riordino spetta al Governo, attraverso lo strumento del Decreto Legislativo. La Legge consente "la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica". Il modello di riferimento è quindi quello dell'azienda di servizi, dotata di autonomia nelle sfere indicate, i cui organi di Governo siano individuati nel Presidente e nel Consiglio di Amministrazione, mentre la gestione dovrebbe essere affidata a un Direttore generale il cui rapporto di lavoro potrà essere disciplinato da un contratto di diritto privato. La Legge prevede anche la possibilità di "trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato". E l'adozione di linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la fusione delle IPAB, ai fini della loro riorganizzazione

L'Art. 3 dispone che lo Stato, le Regioni e gli Enti locali, quali soggetti responsabili della programmazione ed organizzazione nell'ambito delle rispettive competenze, debbano seguire i **principi del coordinamento e dell'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione**, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro.

Inoltre, vengono affermati i principi della concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti privati che partecipano con proprie risorse alla gestione ed all'offerta dei servizi, nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio - sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

Gli Artt. 18 e 19 disciplinano rispettivamente il **Piano nazionale ed i Piani regionali degli interventi e dei Servizi sociali e il Piano di zona**. Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali è predisposto ogni tre anni dal Governo, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Il Piano nazionale dovrà indicare: le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali (previsti dall'Art. 22); le priorità d'intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivi e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico - fisica; le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro; gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie; gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali.

Per quanto riguarda **Autorizzazione e Accreditamento**, viene ribadito il ruolo dei Comuni nel rilascio della autorizzazione "in conformità ai requisiti stabiliti dalla LR, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali". I requisiti minimi nazionali a loro volta dovranno essere determinati a livello statale, in quanto rientra nelle funzioni dello Stato "il potere di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per l'aspetto della fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale; e la previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni". L'atto formale che determina questi requisiti uniformi

per tutto il Paese è un Decreto del Ministro per la Solidarietà sociale, emanato, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata”.

A proposito dell'accreditamento la Legge si limita ad enunciare: "I Comuni provvedono all'accreditamento". Spetta alle Regioni, sulla base dei requisiti minimi definiti dallo Stato, definire i criteri per l'accreditamento, e infine spetta allo Stato, "la fissazione "dei requisiti minimi, strutturali ed organizzativi". Unico requisito legislativo per l'accreditamento è che l'ente erogatore adotti la Carta dei servizi. Il riferimento allo strumento dell'accreditamento nella L. 328/00 è quindi piuttosto limitato.

I Comuni, oltre a provvedere all'accreditamento, corrispondono ai soggetti accreditati le **tariffe per le prestazioni erogate** nell'ambito della programmazione regionale e locale. Le tariffe comunali dovranno essere corrisposte sulla base delle determinazioni dei criteri per la definizione delle tariffe medesime, determinati dalle Regioni. In deroga viene previsto che i Comuni possano inoltre rilasciare delle "autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni".

La L. 328/00 prevede **titoli per l'acquisto di "servizi sociali"** (definiti *voucher*): la concessione su richiesta di tali titoli, può essere prevista dai comuni; i titoli sono spendibili solo presso soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali; spetta alle Regioni il compito di disciplinare i criteri e le modalità per concessione dei titoli sulla base degli indirizzi e dei criteri generali indicati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Ancora, la L. 328 pone una nuova attenzione al tema della **qualità dei Servizi sociali** e, in particolare, individua nella **Carta dei servizi** uno strumento finalizzato a "tutelare le posizioni soggettive degli utenti". L'Art. 13 infatti, prevede che "entro centottanta gg. dalla data di entrata in vigore della presente Legge, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la Solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali." Inoltre stabilisce che, entro sei mesi dall'emanazione da parte del Governo dello schema generale di riferimento, "ciascun Ente erogatore di servizi adotti una Carta dei servizi sociali e ne dia adeguata pubblicità agli utenti".

Infine, la L. 328 dedica attenzione al **Reddito Minimo di Inserimento**, istituito varato per la prima volta in via sperimentale dall'Art. 15 del D.lg. 18 giugno 1998, n. 237, come "misura di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale attraverso il sostegno delle condizioni economiche e sociali delle persone esposte al rischio della marginalità sociale ed impossibilitate a provvedere per cause psichiche, fisiche e sociali al mantenimento dei propri figli". Nella prospettiva della Legge il reddito minimo d'inserimento viene qualificato "come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni sociali, e le pensioni sociali" Il comma 2 dell'Art. 23 ne dà una definizione legislativa: "misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'Art. 22, comma 2, lettera a), della presente Legge".

DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, in GU n. 129 del 6 giugno 2001).

Questo Decreto dichiara che i progetti personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multi-dimensionali, costituiscono la modalità da scegliere nel fornire prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, a determinati problemi di salute. Fornisce inoltre definizioni articolate di "bisogno sanitario" e di "intensità" e "complessità" assistenziale e, soprattutto, di "**prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**"³⁸, di "**prestazioni sociali**

³⁸ Prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione

a **rilevanza sanitaria**³⁹ e di **“prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”**⁴⁰. Viene inoltre sottolineato che *“la programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale” e che “l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multi-disciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti”*.

DM 21 maggio 2001, n. 308 (regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’Autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a norma dell’Art. 11 della L. 328/2000).

Questo Decreto⁴¹ fissa dunque i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale di cui alla L. n. 328 del 2000, con previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni. Le regioni dovranno recepire e integrare il Decreto, individuando, se del caso, le condizioni in base alle quali le strutture sono considerate di nuova istituzione e le modalità e i termini entro cui prevedere, anche in regime in deroga, l’adeguamento ai requisiti per le strutture già operanti.

Le strutture e i servizi soggetti al Decreto sono quelle dedicate ai minori, ai disabili, agli anziani, alle persone affette da AIDS con necessità di assistenza continua, alle persone con problematiche psico-sociali. Fino all’entrata in vigore della disciplina regionale, i Comuni rilasciano autorizzazioni all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale a seguito della verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali e organizzativi di cui al Decreto stesso.

I requisiti comuni che devono essere posseduti dalle strutture prevedono in particolare:

- a) Ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l’uso di mezzi pubblici
- b) Dotazione di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione
- c) Presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate
- d) Presenza di un coordinatore responsabile della struttura
- e) Adozione di un registro degli ospiti e predisposizione per gli stessi di un piano individualizzato di assistenza

della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle Aziende USL e a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semi-residenziali.

39 Tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità’ o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari; b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semi-residenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità’ o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i LEA secondo la legislazione vigente.

40 Tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità’ o disabilità’ conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semi-residenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

41 Firmato dal Ministro Livia Turco.

- f) Organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti
- g) Adozione, da parte del soggetto gestore, di una Carta dei servizi sociali secondo quanto previsto dall'Art. 13 della L. n. 328 del 2000.

Il Decreto è anche interessante per la caratterizzazione delle diverse **tipologie di strutture**:

- a carattere comunitario: bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale e priva del necessario supporto familiare;
- a prevalente accoglienza alberghiera: bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa in relazione al numero di persone ospitate, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti;
- strutture protette: media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente;
- strutture a ciclo diurno: diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata, che possono trovare collocazione all'interno o in collegamento con una delle tipologie di strutture precedenti.

37

DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*). In questo Decreto l'assistenza residenziale e semi-residenziale agli anziani non autosufficienti viene declinata al punto H e ne vengono poi riassunte in Tabella le radici normative.

Il sistema dei LEA comprende uno strumento di monitoraggio, brevemente rinominato "sistema di garanzia" dallo specifico DM 12/12/2001, rappresentato da indicatori che investono tutti i livelli di assistenza e si esplicano in termini di costo, attività e risorse. Per alcuni settori dell'assistenza sanitaria consentono anche valutazioni di appropriatezza, qualità e *outcome*. La pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica. Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, il "sistema di garanzia" include, tra gli indicatori di "assistenza distrettuale":

- la percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- il n. di giornate in strutture semi-residenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani ogni 1.000 abitanti
- il costo pro capite per l'assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale, agli anziani
- il n. di posti in RSA per 1.000 anziani - Indicatore di offerta della residenzialità territoriale (indicatore di "mantenimento dei LEA")

La periodica revisione a cui i LEA dovrebbero essere sottoposti riveste particolare importanza, quanto a significatività di impatto, in ambiti quali l'ADI, l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti, la fornitura di protesi e ausili per disabili.

Un testo licenziato nel 2008 dal Governo Prodi è stato successivamente bloccato in sede di Corte dei Conti e poi ritirato da parte del Ministero del Welfare. E' seguita un'ulteriore fase di approfondimento degli aspetti relativi all'impatto economico-finanziario del provvedimento, al fine di garantire coerenza con la nuova cornice finanziaria di riferimento definita dal Patto della salute siglato dal Governo e dalle Regioni il 3 dicembre 2009⁴² e, successivamente, con le disposizioni

⁴² Nel Patto per la Salute 2010-2012 viene specificato quanto segue: "Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali, rivolte a pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che: a) anche al fine di agevolare i processi di de-ospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di PL di residenzialità e delle strutture di semi-residenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti

contenute nella Legge finanziaria per l'anno 2010, portando a un testo condiviso in sede tecnico-politica con le Regioni e successivamente inviato in febbraio 2010 al Ministero dell'Economia e delle finanze per il concerto tecnico.

Il testo così condiviso, secondo quanto affermato dallo stesso Ministro della Salute Fazio, include alcune sezioni relative ad **assistenza domiciliare e residenziale**, in particolare: a) per l'assistenza domiciliare lo schema di DPCM descrive le cure domiciliari da assicurare alle persone non autosufficienti, prevedendo una diversa complessità e intensità della risposta assistenziale in relazione alle specifiche necessità correlate allo stato di avanzamento della malattia in questione; b) per quanto attiene alla **assistenza residenziale e ospedaliera**, si prevede che le cure siano articolate in ambito residenziale su diversi livelli di intensità e complessità in relazione alle condizioni cliniche degli assistiti. La massima intensità assistenziale è garantita alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsabilità minimale e le gravi patologie neurologiche caratterizzate da complessità e instabilità clinica e gravissima disabilità che richiedono supporto alle funzioni vitali. Infine, per quanto attiene alle protesi, lo schema introduce numerose novità nell'elenco delle protesi e degli ausili garantiti ai disabili. Tra queste vi sono in particolare gli ausili di comunicazione interpersonale di vario genere⁴³.

38

TIPOLOGIA E DISTRIBUZIONE DELLE RSA

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 pubblica⁴⁴, 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, anche il nostro Sistema sanitario offre due alternative: l'assistenza domiciliare e la 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 a disabilità gravi e gravissime (inclusi gli stati vegetativi) e l'assistenza di fine vita.

Le RSA hanno avuto in Italia un rapido sviluppo, negli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei PL, fino ad una stima, al 2007, pari a circa 270.000 - 300.000 ospiti (il 2-3% della popolazione anziana)^{5 45 46}. Una stima precisa, tuttavia, è ostacolata dalle diverse modalità di

anziani e altri soggetti non autosufficienti, sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA; b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata ad una valutazione multi-dimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali; c) sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La valorizzazione delle prestazioni registrate in tali flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA, relativi all'assistenza residenziale e domiciliare. Quanto al monitoraggio e alla verifica dei LEA, si conviene di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia (di cui all'Art. 9 del D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56), nonché di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, e di monitorare l'andamento degli stessi LEA in relazione alla definizione dei costi *standard* in attuazione del federalismo fiscale.

⁴³ Si veda il sito web del Ministero della salute, sezione "Programmazione sanitaria e LEA", risposta del Ministro Fazio alla Camera all'interrogazione a risposta immediata sul tema «Iniziativa di competenza del Ministero della salute per la revisione dei LEA» (23 giugno 2010, n.3-01136). (www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/newsProgrammazioneSanitariaELea.jsp?id=1084&menu=inevidenza&lingua=italiano)

⁴⁴ Padovani G. Il diritto negato (pg 97 e seg.). Il Pensiero Scientifico Ed., 2008.

⁴⁵ Ministero della salute, Progetto Mattoni. Mattone n. 12 "Assistenza residenziale e semi-residenziale". (www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni)

⁴⁶ Rapporto CEIS – Sanità, 2008.

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, Lungo-degenze riabilitative etc.⁶. Molto variabili sono inoltre le condizioni strutturali e organizzative e la configurazione amministrativa; quasi inesistenti inoltre, come segnalato dal Progetto Mattoni⁶, 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.

STRUTTURA, ORGANIZZAZIONE: LE INDAGINI ISTAT

Annualmente, a partire dal 1999, l'ISTAT effettua un'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali, tramite un questionario postale.

Il DPR del 14 gennaio 1997 prevedeva una “*capacità ricettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti, articolati in nuclei da 10/20 soggetti*”, collocati in camere da 1 a 4 PL, garantendo in ogni camera la *privacy* e il movimento di carrozzine. Nelle strutture vengono identificate diverse **aree**:

- area residenzialità;
- area valutazione e terapie;
- area socializzazione;
- area generale di supporto.

Requisiti essenziali, sul fronte dei **processi assistenziali**, vengono inoltre considerati:

- la presenza di una valutazione multi-dimensionale effettuata attraverso strumenti validati;
- la raccolta dati delle singole valutazioni multi-dimensionali;
- stesura di un piano di assistenza individualizzato;
- coinvolgimento di ospite e famiglia.

Per quanto riguarda il **personale**, viene prevista la presenza di personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale, in relazione alla tipologia delle prestazioni erogate. Il personale deve operare secondo la logica dell'*équipe*.

La variabilità tra le Regioni, nell'attuazione della rete residenziale per gli anziani, è molto elevata, sia per caratteristiche strutturali, sia per requisiti di personale (si veda a questo proposito il rapporto CEIS, 2008). In alcune regioni inoltre, sono state realizzate strutture che, pur riconducibile alla tipologia della RSA, se ne discostano in vario modo: esistono le RSA-M (Residenze sanitarie ad alta medicalizzazione, istituite in Calabria), le RAF (Residenze Assistenziali Flessibili, istituite in Piemonte), le RSAO (Residenze Sanitarie Assistenziali a sede Ospedaliera, nella Provincia di Trento).

Nella sua rilevazione l'ISTAT ha adottato tre definizioni, applicabili alle strutture per anziani con elevata componente sanitaria:

Comunità Socio-riabilitativa - per individui con problemi sociali di diversa natura: anziani non autosufficienti, con *handicap* fisici, psichici o sensoriali; le prestazioni sono erogate nell'ambito di progetti specifici di riabilitazione e recupero e indirizzati, se possibile, al reinserimento del soggetto nella società.

Residenza Socio-sanitaria per anziani - per anziani non autosufficienti; le prestazioni sono ad alta integrazione sociale e sanitaria, con l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti

Residenza Sanitaria Assistenziale - per anziani non autosufficienti e per disabili; le prestazioni sono mediche, infermieristiche e riabilitative.

Il numero medio di nuove strutture residenziali, appartenenti a queste tre tipologie, che hanno avviato annualmente l'attività tra il 1950 e 2005, è andato aumentando progressivamente: da 17,5 nel 1950-1979 a 85,8 nel 2000-2005, con un picco di oltre 100 verificatosi nel decennio 1990-1999.

Sempre secondo l'ISTAT, al 31 dicembre 2005 esistevano in Italia circa 3.665 strutture residenziali per anziani, con una maggiore concentrazione nel Nord. Anche per quanto riguarda la dimensione delle strutture, misurata in termini di PL, nelle regioni del Nord sembrano concentrarsi quelle di dimensioni maggiori.

LE PRESTAZIONI IN RSA

Le già menzionate differenze regionali sono troppo rilevanti perché sia possibile, attualmente, identificare un modello (soprattutto concettuale) condiviso da tutti e in grado di mettere in relazione i livelli di assistenza prestati con la remunerazione degli erogatori. Manca quindi un insieme di criteri omogenei e consolidati utili a valutare le prestazioni offerte dalle RSA.

Il recente DM del 21 novembre 2008, per la verità, definisce le modalità con cui istituire una banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali; si tratta però di un documento tuttora in fase di attuazione, benché ufficiale. Esiste inoltre un Documento ancora ufficioso (una bozza di Decreto), relativo alla definizione dei LEA residenziali, che aspetta da tempo di essere approvato. Al momento attuale dunque, riferimenti normativi certi rimangono ancora il DPCM del 14 febbraio 2001 - relativo all'integrazione socio-sanitaria - e il DPCM 29/11/2001 - relativo ai LEA.

Un lavoro pubblicato recentemente⁴⁷ ha esplorato la relazione tra le caratteristiche specifiche dei pazienti e i tempi richiesti per l'assistenza, con relativa stima dei costi, al fine di identificare classi o profili omogenei di assorbimento di risorse. L'obiettivo principale dello studio era quello di compiere un primo passo, e formulare una prima proposta, per la messa a punto di un sistema tariffario nazionale, da modulare eventualmente a livello regionale; la metodologia utilizzata, basata soprattutto su casi di studio, fornisce tuttavia indicazioni interessanti per la classificazione clinico-assistenziale dei pazienti, punto di partenza fondamentale anche per una valutazione di qualità dei servizi.

In un campione di circa 600 pazienti, accolti in 7 residenze dell'ASP Emanuele Brignole di Genova, per un'intera settimana, sulle 24 h, sono stati rilevati i tempi di assistenza diretta

⁴⁷ Testi A et al., Tendenze Nuove 1/2010.

associati ad ogni atto sanitario (es. intervento del medico, con prescrizione di farmaci, visita medica, etc), tutelare (es. sostegno nelle attività motorie, accompagnare o assistere il paziente al bagno o in altre attività di vita quotidiana, etc.) e riabilitativo-attivante (es. supporto ad attività riabilitativo-motorie, al letto o con deambulazione o attrezzi). La rilevazione dei tempi di assistenza è stata effettuata con l'utilizzo di schede operatore-specifiche, in considerazione della molteplicità di figure professionali comunemente impegnate nell'assistenza in RSA: Operatori Socio Sanitari (OSS), Infermieri, Medici, Fisioterapisti (FKT), Animatori, Coordinatori. La complessità assistenziale di ciascun paziente è stata rilevata con due scale di VMD: la **scala AGED** (in vigore nella regione Liguria) e la **metodologia RUG** con indice di case-mix (CMI)⁴⁸ (Figura 1.3).

Figura 1.3 - Elenco gruppi RUG III con indici/peso di assorbimento risorse (Fonte: USA Health Care Financing Administration - Medicare PPS indexes for skilled nursing facilities 1998)

Rug	Codice	Descrizione	ADL	NMA index	Rehab index
1	RUC	Rehabilitation Ultra High	ADL 16-18	1.30	2.25
2	RUB	Rehabilitation Ultra High	ADL 9-15	0.95	2.25
3	RUA	Rehabilitation Ultra High	ADL 4-8	0.78	2.25
4	RVC	Rehabilitation Very High	ADL 16-18	1.27	1.41
5	RVB	Rehabilitation Very High	ADL 9-15	1.04	1.41
6	RVA	Rehabilitation Very High	ADL 4-8	0.81	1.41
7	RHC	Rehabilitation High	ADL 16-18	1.26	0.94
8	RHB	Rehabilitation High	ADL 9-15	1.06	0.94
9	RHA	Rehabilitation High	ADL 4-8	0.87	0.94
10	RMC	Rehabilitation Medium	ADL 16-18	1.35	0.77
11	RMB	Rehabilitation Medium	ADL 9-15	1.09	0.77
12	RMA	Rehabilitation Medium	ADL 4-8	0.96	0.77
13	RLB	Rehabilitation Low	ADL 9-15	1.17	0.43
14	RLA	Rehabilitation Low	ADL 4-8	0.80	0.43
15	SE3	Extensive Special Care 3	ADL > 6	1.58	
16	SE2	Extensive Special Care 2	ADL > 6	1.35	
17	SE1	Extensive Special Care 1	ADL > 6	1.17	
18	SSC	Special Care	ADL 17-18	1.23	
19	SSB	Special Care	ADL 15-16	1.05	
20	SSA	Special Care	ADL 4-14	1.01	
21	CC2	Clinically Complex with depression	ADL 17-18	1.20	
22	CC1	Clinically Complex	ADL 17-18	1.11	
23	CB2	Clinically Complex with depression	ADL 12-16	1.04	
24	CB1	Clinically Complex	ADL 12-16	0.94	
25	CA2	Clinically Complex with depression	ADL 4-11	0.83	
26	CA1	Clinically Complex	ADL 4-11	0.75	
27	IB2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 6-10	0.69	
28	IB1	Cognitive impairment	ADL 6-10	0.67	
29	IA2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 4-5	0.57	
30	IA1	Cognitive impairment	ADL 4-5	0.53	
31	BB2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 6-10	0.68	
32	BB1	Behaviour Problem	ADL 6-10	0.65	
33	BA2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 4-5	0.56	
34	BA1	Behaviour Problem	ADL 4-5	0.48	
35	PE2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 16-18	0.79	
36	PE1	Physical Function Reduced	ADL 16-18	0.74	
37	PD2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 10-15	0.72	
38	PD1	Physical Function Reduced	ADL 10-15	0.68	
39	PC2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 9-10	0.65	
40	PC1	Physical Function Reduced	ADL 9-10	0.61	
41	PB2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 6-8	0.54	
42	PB1	Physical Function Reduced	ADL 6-8	0.51	
43	PA2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil	ADL 4-5	0.48	
44	PA1	Physical Function Reduced	ADL 4-5	0.45	
nn	BC1	M3PI group not claculated due to data errors			

⁴⁸ Vedi oltre, sezione 'Progetto Mattoni', pag. 45. Ciascuno dei 44 raggruppamenti RUG-III ha un valore CMI associato che rappresenta il costo relativo di un livello medio di assistenza continuativa all'interno del gruppo, paragonata alla popolazione media residente.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

In Italia 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 PARI⁴⁹, che ha coinvolto 62 RSA distribuite in 5 regioni, ha evidenziato ben 84 problemi assistenziali: dalle UDP alle cadute, dall'ansia alla tachicardia, dal dolore ai problemi di rapporti con i familiari o con i medici curanti. 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 scritti⁵⁰. Un successivo intervento ha consentito di migliorare diversi aspetti della prevenzione delle infezioni: la definizione e condivisione di protocolli assistenziali, la definizione di procedure operative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici, la centralizzazione presso le Aziende sanitarie del processo di sterilizzazione, l'aumento della dotazione di presidi per l'igiene delle mani degli operatori, la registrazione di segni e sintomi per consentire l'identificazione tempestiva dei residenti con infezione in atto, la sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuativa delle infezioni (effettivamente realizzato però in solo 2 strutture su 11)⁵¹.

L'Indagine regionale di prevalenza condotta in Toscana nel 2006, 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%⁵².

I fattori critici comuni agli Studi menzionati risiedono, da un lato, nella difficoltà di comporre un quadro unitario della qualità dell'assistenza offerta in RSA, dall'altro, nella ancora scarsa diffusione, tra il personale sanitario, di strumenti adeguati di valutazione, monitoraggio e gestione dei principali problemi di salute. È necessario dunque fare un passo ulteriore per migliorare o consolidare le attività e i sistemi di sorveglianza e, allo stesso tempo, è urgente avviare o rafforzare specifici interventi/percorsi di formazione indirizzati all'adozione di pratiche di provata efficacia da parte del personale di assistenza. Infine, è opportuno costruire e sperimentare criteri e misure di processo e di esito pertinenti ad entrambi gli obiettivi.

⁴⁹ Gruppo PARI-FV. Epidemiologia dei problemi assistenziali legati a farmaci e presidi in RSA e Distretti. Assistenza infermieristica e ricerca 2007, 26(3).

⁵⁰ 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.

⁵¹ Mongardi M, Bedosti C, Moro ML e Gruppo di lavoro regionale Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Dossier 2004; 95, 121.

⁵² ARS Toscana. Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Documenti ARS n. 42, 2008.

UN SISTEMA INFORMATIVO PER LE RSA: LA CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI⁵³

Negli Stati Uniti, soprattutto a partire dagli anni '80, è iniziato lo sviluppo del sistema RUG (*Resource Utilization Groups*) che, attraverso diverse evoluzioni, è giunto alla attuale versione (RUG III) basata su 7 classi di assistenza e 44 gruppi iso-risorse⁵⁴.

Il RUG è parte essenziale di un più ampio sistema di valutazione multi-dimensionale (MDS) che si avvale di una piattaforma informativa comune anche ad altri ambiti assistenziali, incluse le Cure domiciliari (MDS-HC), i Servizi psichiatrici (MDS-MH e CMH) e le Cure palliative (MDS-PC)⁵⁵ Attualmente il sistema RUG è utilizzato negli Stati Uniti e in Canada come strumento ufficiale di rilevazione del *case-mix* e di remunerazione delle *nursing home*. Il RUG è stato validato ed è in corso di implementazione, oltre che in Italia, in Svizzera, in Norvegia, in Spagna, in Germania, in Gran Bretagna, nella Repubblica Ceca, in Islanda, in Finlandia e in Giappone⁵⁶.

In Francia negli anni '80 è stato sviluppato un sistema con caratteristiche simili, denominato "Grille AGIRR (*Autonomie gérontologique groupes iso ressources*)", basato su 6 gruppi iso-risorse assistenziali. La griglia AGIRR è stata adottata dal Governo francese con un Decreto che regola tutti i flussi informativi e la remunerazione delle strutture residenziali⁵⁷

In Australia è stato sviluppato un sistema autonomo, il RCS (*Resident Classification Scale*), che indaga le diverse aree del bisogno assistenziale con modalità simili al MDS/RUG⁵⁸.

In Italia il problema della classificazione di queste prestazioni è stato affrontato dalla fine degli anni '80. Dopo varie esperienze, basate sulla elaborazione di scale di valutazione geriatrica, si sono affermate applicazioni sistematiche di alcuni strumenti.

Innanzitutto sono state sviluppate verifiche di trasferibilità e di fattibilità di adozione dello strumento MDS/RUG. L'MDS è stato oggetto di numerose sperimentazioni su larga scala⁵⁹, realizzate però, probabilmente, in un periodo in cui il tessuto professionale del LTC italiano non era ancora pronto a utilizzare strumenti evoluti. Il **sistema RUG** è stato validato su un campione di RSA di 6 Regioni⁶⁰ e ha trovato applicazione in diverse realtà regionali.

In Liguria si è invece proceduto ad una revisione ed adattamento del sistema francese AGIRR, trasformato nella sua versione italiana con il nome di **AGED**.

Contemporaneamente un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità ha

⁵³ La stesura di questo capitolo si è ampiamente basata sulla documentazione del Mattone I2 (<http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>)

⁵⁴ Fries BE, Cooney LM Jr. *Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care*. Med Care. 23(2):110-22, 1985. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. *Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18)*. Med Care. 27(9):843-58, 1989. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. *Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III)*. Med Care. 32: 668-685, 1994. Schneider DP, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gormley WJ. *Case mix for nursing home payment: resource utilization groups, version II*. Health Care Financ Rev.:39-52, 1988.

⁵⁵ Morris JN, Hawes C, Fries BE et al. *Designing the National Resident Assessment Instrument*. Gerontologist. 30:293-307. 1990., Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. *Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA*. Age Ageing; 27(2): 19-25, 1997.

⁵⁶ Vedi allegato I Progetto Mattoni - Mattone I2 (pag. 134-135).

⁵⁷ *Journal Officiel du 29 mars 2000*.

⁵⁸ McCarthy ST, Lindsay-Smith E, Matsakidis D, Benson CG. *The Resident Classification Scale*. Med J Aust. 167(8):455, 1997.

⁵⁹ Bernabei R. *Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA*. Progetto Finalizzato Invecchiamento - CNR Roma 1995.

⁶⁰ Brizioli E, Bernabei R, Ferrucci L, Di Niro G, Masera F. *Validazione del Sistema RUG in Italia*. Bollettino delle Ricerche 2:59-76, 2000. Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy*. Aging Clin Exp Res. 15(3):243-253, 2003.

sviluppato uno strumento, il **VALGRAF**, basato sulla medesima filosofia del MDS, ma più elementare nella struttura e nella grafica⁶¹. Il VALGRAF, che contiene comunque al suo interno il RUG, è stato adottato dalla Regione Friuli. Infine, altre Regioni hanno preferito sviluppare sistemi di valutazione propri, in particolare:

- la Lombardia ha prodotto il sistema **SOSIA** (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza), applicato dal 2003, che valuta il "grado di fragilità degli ospiti delle RSA accreditate" e si basa su 8 differenti gruppi corrispondenti ad altrettanti livelli di intensità assistenziale.
- Il Veneto ha prodotto il sistema **SVAMA** (Scheda di Valutazione Multi-dimensionale dell'Anziano), costruito sulla base di singole scale di valutazione, in larga parte validate, che consente l'attribuzione della persona a 7 gruppi iso-risorse. La SVAMA è stata adottata formalmente dalla Regione (DGR Veneto n. 3979 del 9 novembre 1999) ed è entrata in uso, dopo un periodo di sperimentazione, quale unico e completo strumento di lavoro per l'accesso alla Rete dei servizi; consente la definizione di profili di autonomia dell'anziano con correlato carico assistenziale, utile ai fini programmatori e operativi.

In sintesi, attualmente il panorama dei sistemi in uso, con differenti gradi di applicazione, è il seguente (vedi Figura 1.4):

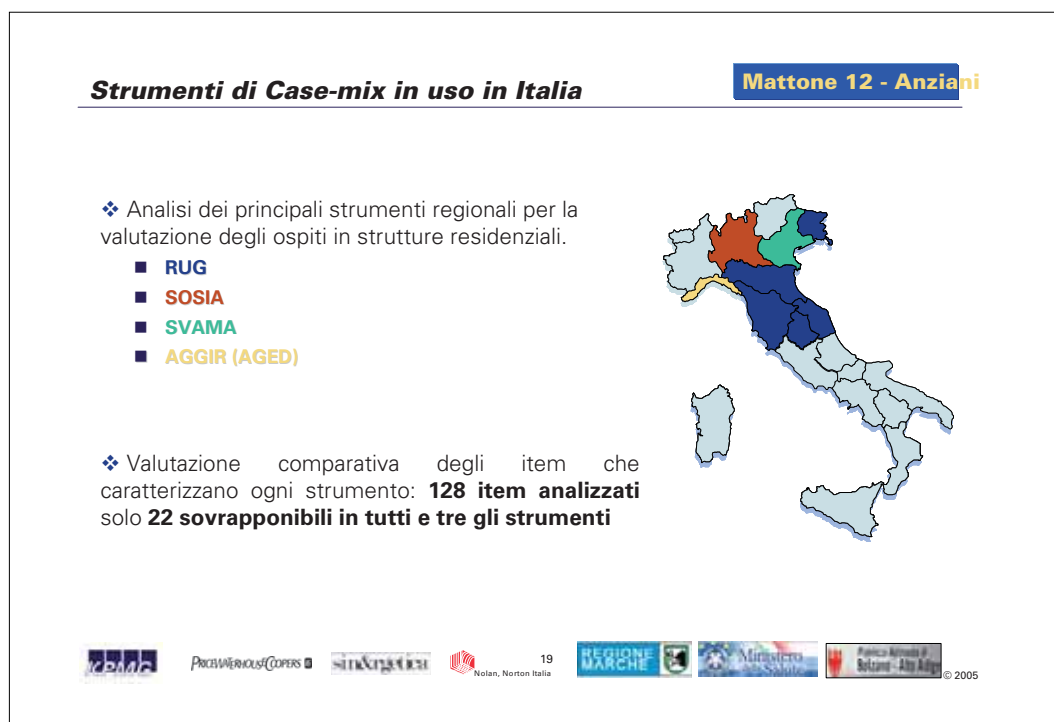
- | | |
|-------------------------|---------------|
| • Lombardia | SOSIA |
| • Veneto | SVAMA |
| • Friuli Venezia-Giulia | VALGRAF + RUG |
| • Marche | RUG |
| • Umbria | RUG |
| • Liguria | AGED |
| • Abruzzo | RUG |

Altre Regioni hanno operato scelte diverse, senza tuttavia aver ancora attivato un sistema di rilevazione stabile:

- | | |
|-------------------------|--|
| • Emilia-Romagna | sta sperimentando il sistema RUG |
| • Basilicata e Calabria | sperimentazione del RUG (non ancora avviata) |
| • Toscana | esperienza di applicazione del RUG |
| • Puglia | ha scelto il sistema SVAMA |
| • Sardegna | sta sperimentando un sistema proprio |

⁶¹ Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L et al. VALGRAF. Una nuova soluzione grafica per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette. *Geron*, 3(5)111-124, 1993. Morosini P, Gigantesco A. VALGRAF: uno strumento per la valutazione longitudinale dell'anziano. In *La Valutazione Multidimensionale Geriatrica*. Cester A, Piergentili P, Senin U. Edizioni Vega, 1999.

Figura I.4 - Distribuzione dei sistemi di classificazione del *case-mix* per le prestazioni di assistenza residenziale agli anziani in uso in Italia (Fonte: Progetto Mattoni, Mattone 12 <http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>)



IL PROGETTO MATTONI⁶²

I lavori del Mattone 12 erano stati inizialmente avviati nell'intento di individuare un Sistema informativo unico, su scala nazionale, per le RSA. Tuttavia, a causa delle resistenze, da parte delle Regioni, ad abbandonare i "propri strumenti", è stata presa la decisione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di *case-mix*, purchè operanti all'interno di un sistema univoco di classificazione delle prestazioni e capaci di alimentare un flusso informativo nazionale in grado di rappresentare almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i LEA effettivamente garantiti, gli andamenti di utilizzo delle prestazioni residenziali.

Il Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Mattoni (PM) ha innanzitutto proposto la seguente definizione delle **prestazioni residenziali e semi-residenziali**:

complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La condizione tipica della persona accolta in RSA include: a) la cronicità della situazione clinica; b) la relativa stabilità⁶³; c) un diverso grado di non autosufficienza. Parallelamente, le caratteristiche fondamentali delle prestazioni residenziali e semi-residenziali sono: a) la

⁶² La stesura di questo capitolo si è basata sulla documentazione del Mattone 12. (<http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>)

⁶³ Assumendo che una persona anziana affetta da una patologia cronica invalidante non possa essere definita stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano.

durata a lungo termine; b) un ambito di erogazione che si caratterizza per gli aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza⁶⁴; c) la capacità di assicurare eventuali e necessari trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), il cui livello assistenziale globale richiesto può risultare superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

Alle prestazioni residenziali si applicano i principi generali di universalità, equità ed appropriatezza validi per l'intero Sistema sanitario. L'accesso ad una RSA, tra le diverse accreditate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, dovrà essere subordinato ad una **Valutazione Multi-Dimensionale (VMD)** dei bisogni dell'utente il quale, a sua volta, potrà provenire dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie (Lungo-degenza o Riabilitazione) o dal domicilio.

La VMD è una metodica che consente di standardizzare la valutazione dei soggetti anziani integrando necessità assistenziali di tipo sanitario e sociale e predisponendo un piano di trattamento. Il Sistema VALGRAF utilizzato dal Friuli Venezia-Giulia è stato sviluppato dall'IISS quale variante del RAI (*Resident Assessment Instrument*) obbligatorio in USA - nel sistema *Medicare* - e in Canada. Il sistema SVAMA utilizzato dalla Regione Veneto ha caratteristiche simili.

Di norma una scheda di VMD produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente, fornendo le informazioni necessarie per alimentare i sistemi di “pesatura”. Dal database della VMD si può quindi costruire lo strumento di analisi del case-mix.

In Italia, il VALGRAF consente di alimentare il sistema RUG, mentre lo SVAMA ha un proprio sistema di pesatura; quanto al SOSIA, può essere considerato uno strumento di analisi del case-mix, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una VMD.

Per quanto riguarda la **durata**, la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione definitiva del percorso, ma come un “nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate”. Analogamente dovranno essere garantite soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare. L'unità elementare di misura delle prestazioni viene identificata nella giornata di degenza (e non nell'episodio di ricovero).

L'appropriatezza del *setting* assistenziale dovrà essere rivalutata periodicamente (almeno ogni 90 gg., e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le necessità assistenziali). A tale proposito sono state definite le seguenti tappe:

- A – Ammissione
- R – Rivalutazione periodica
- M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale
- D – Dimissione o trasferimento
- E – *Exitus*

⁶⁴ Distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (Riabilitazione e Lungo-degenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione e collocandosi in una fase temporale distinta della storia clinica di malattia secondo la successione acuzie / post-acuzie / cronicità.

La valutazione periodica consente di aggiustare o ridefinire nel tempo la durata delle prestazioni e l'eventuale possibilità di recuperare le condizioni di assistibilità a domicilio.

Infine, per quanto riguarda il **Sistema informativo**, si può prevedere un'articolazione in tre livelli di debito (Figura 1.5):

1. livello di AUSL (con compilazione di uno strumento di VMD, validato su base nazionale o internazionale e in grado di produrre un indice di *case-mix*);
2. livello regionale (con la produzione di indicatori sintetici di *case-mix*);
3. livello nazionale, con alimentazione di un Flusso di Assistenza Residenziale (FAR).

Il GdL del Mattone 12 ha validato, per l'automatica alimentazione del FAR, i seguenti sistemi in uso nelle diverse Regioni:

- MDS /RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGED

Concretamente, ciascuna regione quindi dovrà adottare una scheda di VMD (VAOR, SOSIA, SVAMA o VALGRAF) e un sistema di analisi del *case-mix* assistenziale (RUG, SOSIA, SVAMA, AGIR).

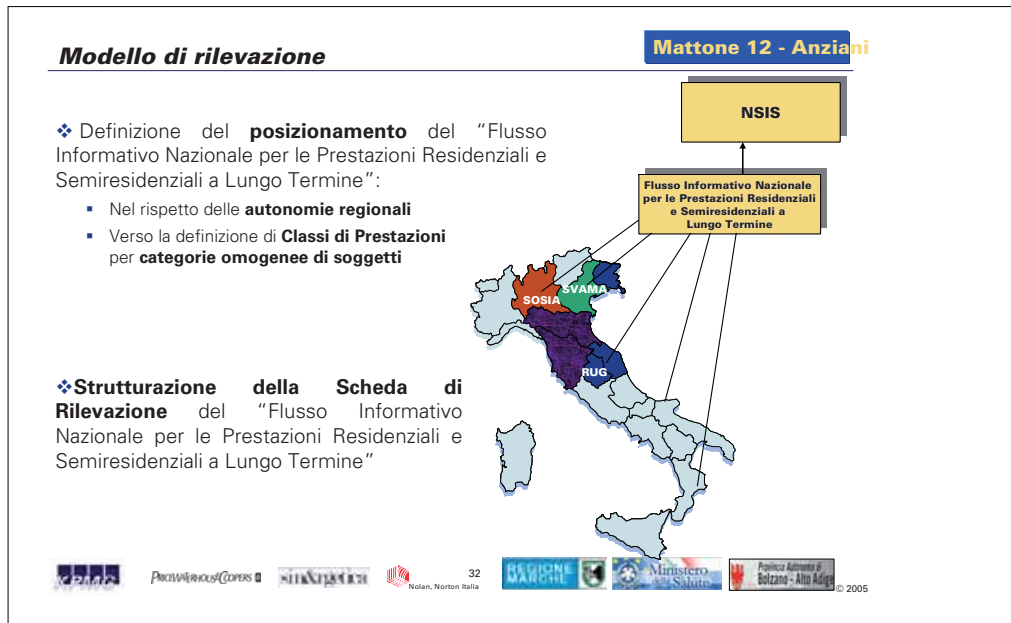
Per le Regioni che non hanno ancora avviato l'implementazione di uno degli strumenti indicati è auspicabile l'adozione del sistema RUG-MDS, la cui base dati è estendibile anche ad altre tipologie di prestazioni residenziali domiciliari e di post-acuzie.

Il GdL del Mattone 12 auspica inoltre che, a completamento del sistema RUG, venga previsto l'utilizzo completo del sistema MDS nella forma VAOR, messo a disposizione gratuitamente del Ministero della Salute.

A livello nazionale, ove ci aspetta un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale, lo strumento FAR⁶⁵ consentirà di monitorare l'erogazione dei LEA, il ricorso ai diversi regimi assistenziali e il consumo delle risorse, per la definizione e la valutazione delle politiche sanitarie.

⁶⁵ La scheda di FAR è stata oggetto di validazione nel corso di una doppia sperimentazione effettuata nella Regione Marche (maggio-giugno 2005) e nella Regione Liguria (novembre-dicembre 2006). Le due sperimentazioni avevano l'obiettivo di testare il grado di affidabilità della scheda FAR nel rilevare i dati dalle singole schede di rilevazione adottate a livello regionale (RUG, SOSIA, SVAMA, AGED). Nella sperimentazione condotta nella Regione Marche sono stati testati RUG, SOSIA e SVAMA. In quella condotta nella Regione Liguria sono stati testati RUG, SVAMA e AGED. In entrambi i casi si è rilevata una discreta concordanza, che ha portato a definire adeguata l'alimentazione della FAR da parte dei suddetti strumenti, anche se i processi semplificativi che l'operazione comporta determinano ovviamente perdita di informazioni e di sensibilità rispetto ai singoli strumenti di origine. Si può in conclusione affermare che la FAR rappresenta una adeguata scheda sintetica di flusso nazionale, da interpretarsi come strumento completo ed affidabile per quanto attiene ai dati amministrativi e per gli aspetti riferiti alle diagnosi ICD-9CM, mentre può essere utilizzata come una utile sintesi per quanto attiene agli altri aspetti clinici (Fonte: Mattone 12 - <http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>)

Figura I.5 - Schema dell'articolazione su 3 livelli del debito informativo riguardante le prestazioni di assistenza residenziale per gli anziani (Fonte: Progetto Mattoni, Mattone 12)



48

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI IN TOSCANA

NORMATIVA

In Toscana un numero complessivo di 390 strutture residenziali pubbliche e private provvede all'assistenza di oltre 16.000 anziani. Di questi oltre 11.000, ovvero oltre il 70%, sono in condizioni di non autosufficienza. Nello specifico sono presenti in Toscana, al 31 dicembre 2009, 74 Residenze sociali assistite con un totale di 2.054 PL, 10 Comunità alloggio protette con 124 PL, 21 Centri residenziali con 548 PL e 285 RSA con 13.468 PL di cui 2.123 per anziani autosufficienti e 11.345 per non autosufficienti (vedi anche Allegato 8). I pazienti sono frequentemente affetti da malattie croniche, comorbilità, problemi di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane. Al di là della variabilità in dimensioni, organizzazione, modello di *management*, finanziamento, personale o reclutamento di personale sanitario, il mandato di ogni singola struttura è quello di offrire, alle persone fragili che assiste, livelli accettabili di dignità personale, qualità e sicurezza.

La normativa regionale di riferimento per l'assistenza residenziale agli anziani poggia su alcuni atti principali, di cui vengono qui di seguito riportati gli elementi essenziali.

DGR della Toscana n. 402/2004 (Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti, in attuazione del PSR. 2002/2004 di cui alla DCR della Toscana n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA).

L'Allegato I.B di questa Delibera è dedicato alle strutture residenziali per le persone anziane e stabilisce le indicazioni e i parametri per l'articolazione "modulare" dei servizi, secondo le condizioni di autosufficienza. I moduli stessi sono rappresentativi quindi delle problematiche assistenziali di diversa tipologia.

Nel *modulo di base* gli ospiti sono inquadrati come in condizioni di "non autosufficienza stabilizzata". Si tratta di ospiti con esiti di patologie ormai stabilizzate, inseriti in progetti di lungo-assistenza, che possono presentare problemi quali malattie croniche in fase di discreto compenso, esiti stabilizzati di problemi ortopedici o neurologici o problemi funzionali che necessitano di un intervento fisioterapico di mantenimento. Per questi utenti deve essere garantita l'assistenza medica del Medico di Medicina Generale (MMG), l'assistenza infermieristica e alla persona, l'assistenza riabilitativa e l'attività di

animazione. Per la realizzazione di questa presa in carico si deve fare riferimento alla DCR della Toscana, n.311 del 1998, che definisce le regole della valutazione multi-dimensionale del Nucleo Valutativo Territoriale (NVT) e del piano di assistenza.

Nel *modulo di natura motoria* sono inseriti ospiti con “disabilità prevalente di natura motoria” che, in fase post-acuta e/o post-ospedaliera, necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di *ictus*, malattia di Parkinson, fratture) anche se hanno usufruito di un primo ciclo di trattamento riabilitativo. Per questa tipologia di ospiti deve essere prevista l'assistenza medica tramite l'MMG e del geriatra o altri specialisti, l'assistenza infermieristica ed alla persona e l'assistenza riabilitativa. La modalità di accesso avviene attraverso la dimissione programmata dall'ospedale o direttamente dal domicilio.

Il *modulo comportamentale* tratta di “disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale”, comprende soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, *wandering* (deambulazione finalistica). Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza. Le prestazioni da garantire sono l'assistenza infermieristica e alla persona, tutte le attività di animazione e riabilitazione psico-sociale e l'assistenza medica del MMG. Quest'ultima deve essere integrata dal geriatra e dai diversi specialisti che erogano la consulenza come proiezione delle UU.OO. dell'Azienda USL o dell'Azienda ospedaliera. L'accesso è consentito dopo la valutazione della demenza da parte delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) e la presa in carico dal NVT, per un inquadramento sia sanitario che sociale della situazione, secondo le specifiche disposizioni sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della persona affetta da demenza. La durata del ricovero dipende dal Piano di Assistenza Individuale o Personalizzato (PAI o PAP), in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso e comunque non oltre il terzo mese di permanenza in struttura.

Nel *modulo vegetativo* sono inseriti gli “stati vegetativi persistenti (SVP) con parametri stabilizzati e pazienti terminali”, i quali sono completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutriti in modo artificiale (Nutrizione Enterale=NE e Nutrizione Parenterale=NPT), allettati, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonomi nella funzione respiratoria o con patologie in stato terminale, la cui complessità clinica potrebbe essere affrontata anche al domicilio del paziente con gli idonei supporti e qualora la situazione socio-familiare lo permetta. A questi pazienti devono essere garantite l'assistenza infermieristica ed alla persona, l'assistenza riabilitativa e l'assistenza medica del MMG, per la quale si possono attivare le consulenze specialistiche con le stesse modalità di cui al punto precedente. L'accesso può avvenire attraverso la continuità fra dimissione programmata dall'ospedale o dal domicilio; la durata del ricovero in struttura residenziale varia secondo il PAI definito dall'*équipe* multi-professionale.

Lo schema che segue mostra il riepilogo dei posti che sono stati attivati sui 4 moduli in Toscana, secondo le direttive della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà che, di anno in anno, viene aggiornato, secondo le necessità socio-sanitarie del territorio regionale.

Per gli ospiti residenziali inseriti in questi moduli le norme regionali suggeriscono con enfasi quelle attività infermieristiche e di assistenza alla persona, oltre a quelle previste per l'assistenza sanitaria e dal profilo professionale, che sono particolarmente finalizzate alla realizzazione di piani di mobilitazione e prevenzione dell'insorgenza di lesioni cutanee e di infezioni, al controllo dell'integrità cutanea, alla prevenzione del rischio di caduta, e all'attenzione per l'ambiente di vita.

Tabella I.1 - Posti letto per ogni modulo attivato in Toscana, anno 2006 (vedi anche Allegato 8)

Moduli Attivati in Regione Toscana - 2006	N. posti
N. posti modulo base	6.064
N. posti modulo 2 - Motorio	132
N. posti modulo 3 - Comportamentale	833
N. posti modulo 4 - Vegetativo	32
Totale	7.061

Per le funzioni manageriali deve essere assicurata in particolare la funzione di coordinamento per una migliore garanzia di continuità assistenziale durante la residenza, ma soprattutto per realizzare un efficace livello di coerenza tra l'organizzazione dei servizi ed i piani assistenziali individuali.

LR 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

Con questa Legge la Regione Toscana disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali volto a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione. Il testo della Legge definisce come "interventi e servizi sociali" tutte le attività relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Il testo dedica inoltre l'Art. 4 alla definizione dei "Livelli essenziali delle prestazioni sociali", così come definiti dall'Art. 22 della L. 328/2000 e per i quali rimanda all'attuazione di quanto previsto dal Piano Integrato Sociale regionale.

Il Capo II della Legge, dedicato ai diritti di cittadinanza sociale, individua i soggetti istituzionali tenuti all'erogazione delle prestazioni, definisce le modalità per l'accesso al sistema integrato, sviluppa il tema del diritto all'informazione e alla comunicazione sociale, della Carta dei Servizi Sociali e della pubblica tutela.

Il **titolo II** della Legge illustra le componenti del sistema integrato: i soggetti istituzionali (comuni, comunità montane, provincia, regione), i soggetti sociali (famiglia, associazioni di familiari, il terzo settore, le relazioni sindacali, l'affidamento dei servizi). L'intero Capo III è dedicato alle strutture residenziali e semi-residenziali (Art. 20), tra cui quelle per gli anziani, e dedica l'Art. 25 all'istituto dell'**accreditamento**, dichiarando che entro un anno dalla data di entrata in vigore della Legge, la Giunta Regionale presenterà al Consiglio regionale una proposta di Legge avente ad oggetto la disciplina dei casi e delle modalità di accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private, ivi inclusi quelli che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, anche al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti.

Il **titolo III** della Legge sviluppa il tema della programmazione (regionale, zonale) e dell'organizzazione delle funzioni, definisce composizione e funzionamento della Commissione regionale per le Politiche sociali (Art. 28), costituita presso la Giunta Regionale; illustra all'Art. 31 i contenuti della Carta dei diritti di cittadinanza sociale (mappa dei percorsi, riferimenti ai livelli essenziali delle prestazioni, obiettivi e programmi di miglioramento della qualità della vita, sviluppo di forme di tutela e partecipazione attiva dei cittadini per il miglioramento dei servizi alla persona). Interessante il

contenuto dell'Art. 32, dedicato ai Patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale, nel quale si afferma la responsabilità degli enti locali nel promuovere, con il coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali, delle categorie economiche e di altri soggetti pubblici, patti che abbiano ad oggetto lo sviluppo locale e la coesione sociale mediante l'impiego di risorse umane, tecnologiche, finanziarie e patrimoniali, per la costruzione di reti di solidarietà sociale.

La Legge tratta poi gli aspetti gestionali e organizzativi e affronta il problema della valutazione e del monitoraggio del sistema integrato, basato su alcune componenti ben definite: l'osservatorio sociale, il sistema informativo sociale, la relazione sociale regionale, la relazione consuntiva di zona-distretto. Infine, vengono trattati gli aspetti relativi al finanziamento (fondo sociale, compartecipazione degli utenti, etc.).

Nel titolo IV si parla di integrazione socio-sanitaria: i comuni e le aziende unità sanitarie locali individuano modalità organizzative di raccordo per la gestione dei servizi, fondate sull'integrazione professionale delle rispettive competenze, e disciplinano i relativi rapporti finanziari, mediante accordi o convenzioni ai sensi della normativa vigente. Il coordinamento e l'integrazione degli interventi socio-sanitari si attua, ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, sulla base della valutazione multi-professionale del bisogno, della definizione del percorso assistenziale personalizzato e della verifica periodica degli esiti.

Le modalità di coordinamento fra le attività di integrazione socio-sanitaria e il complesso degli interventi sanitari vengono definite tramite accordi e convenzioni.

Infine, il titolo V sviluppa le politiche sociali integrate a favore di specifici gruppi di popolazione: le famiglie, i minori, gli anziani (Art. 54), i disabili, gli immigrati, i nomadi, le persone a rischio di esclusione sociale, le donne e i minori vittime di violenza in famiglia, i soggetti con necessità di tutela della salute mentale e le persone affette da dipendenze patologiche.

Delibera del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007 - Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010 - Allegato n. 3 (L'assistenza continua alla persona non autosufficiente).

Il Progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di una successiva Deliberazione della Giunta Regionale Toscana, è finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie e si assume anche il compito di dare indicazioni sulle modalità organizzative e gestionali di una struttura composta da un "reticolo di Organizzazioni". Il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce indicazioni ai servizi territoriali perché realizzino gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, e quelli nell'area della prevenzione, in modo da ritardare situazioni di gravità. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

I punti-chiave del Progetto sono: a) il "**punto unico di accesso**" (presente in ogni zona-distretto, configura il luogo dove si realizza concretamente l'integrazione socio-sanitaria; b) i "**punti insieme**" (che devono garantire l'accoglienza e la raccolta della segnalazione del bisogno, l'orientamento e l'informazione del cittadino, nonché l'avvio delle procedure relative alla presa in carico); c) l'**Unità di Valutazione Multi-disciplinare (UVM)**, costituita presso ogni zona distretto e composta, così come previsto dall'Art. 11 della LR 66/2008, da un medico di distretto, un assistente sociale e un infermiere. È di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica

per i PAP dedicati alle persone >65enni. Alla UVM compete la valutazione multi-dimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, la individuazione dell'indice di gravità del bisogno, la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), la sua condivisione con la persona e la famiglia e la individuazione e relativa nomina del responsabile del progetto.

Per quanto riguarda l'offerta dei servizi, viene ribadito l'orientamento del modello toscano verso la priorità strategica della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, attraverso l'incremento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, definendo le necessarie risorse, ed il sostegno domiciliare, così come previsto nel PSR. 2008-2010, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali.

LR n.66/2008 (Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza).

52

Questa Legge, nel rispetto dei principi di cui alla L. 8 novembre 2000, n. 328 e nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla LR 24 febbraio 2005, n. 41, istituisce il fondo regionale per la non autosufficienza, al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane (Art. 55 e Art. 54, comma 3 della LR 41/2005).

Si considerano non autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Le caratteristiche della non autosufficienza sono determinate dall'età delle persone, dalle distinzioni di genere, dai tempi e dai modi di insorgenza della disabilità. L'Art. 7 identifica le prestazioni a carico del fondo che, secondo quanto previsto dal PAP, possono corrispondere ai seguenti interventi:

- a) interventi domiciliari socio-sanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- b) interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- c) inserimenti in strutture semi-residenziali;
- d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- e) inserimenti permanenti in residenza.

La procedura per la valutazione della non autosufficienza è attivata dall'interessato, da un familiare o da altro soggetto definito, tramite la presentazione di una istanza, contenente la segnalazione del bisogno, ai presidi dedicati nelle zone-distretto di residenza della persona non autosufficiente; in particolare, tali presidi sono denominati "punti insieme" e assicurano l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione di non autosufficienza. Il tempo massimo di risposta del sistema all'istanza per l'accesso ai servizi viene stabilito in 30 gg..

Decreto del Presidente della Giunta Regionale 26 marzo 2008, n. 15/R (Regolamento di attuazione dell'Art. 62 della LR 24 febbraio 2005, n. 41).

Questo atto definisce: a) i requisiti minimi strutturali, organizzativi e professionali delle strutture residenziali e semi-residenziali soggette ad autorizzazione; b) i livelli di formazione degli operatori del sistema integrato sociale; c) i criteri di composizione, funzionamento e nomina delle commissioni (multi-disciplinare e regionale per le politiche sociali).

LR 28 Dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

La presente Legge, ai sensi della LR 24 febbraio 2005, n.41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), disciplina l'accreditamento delle strutture

residenziali e semi-residenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, compresi quelli che operano nelle aree dell'integrazione socio sanitaria, al fine di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni e l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni, nonché favorire la pluralità dell'offerta dei servizi. L'accreditamento attribuisce ai soggetti pubblici e privati l'idoneità ad erogare prestazioni sociali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti, ed ha validità su tutto il territorio regionale. L'accreditamento è obbligatorio per i soggetti pubblici. I destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili, anche tramite titoli di acquisto, la cui erogazione è subordinata alla definizione di un progetto individuale di intervento nell'ambito del percorso assistenziale personalizzato di cui all'Art. 7 della LR 41/2005, nel rispetto della disciplina dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e dell'Art. 14 della LR 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza).

L'accreditamento può essere richiesto dalle strutture pubbliche e private individuate, in possesso dell'autorizzazione al funzionamento. Il comune nel cui territorio è ubicata la struttura rilascia l'accreditamento a seguito della presentazione di dichiarazione sostitutiva sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, in ordine alle seguenti condizioni: a) possesso dell'autorizzazione al funzionamento; b) possesso dei requisiti contenuti nel regolamento di cui all'Art. 11. Il comune istituisce l'elenco delle strutture accreditate, prevedendone forme idonee di pubblicità e di aggiornamento. L'elenco è trasmesso alla Regione secondo le modalità previste nel regolamento di cui all'Art. 11. Il Comune effettua i controlli sulle strutture accreditate avvalendosi della commissione multi-disciplinare di cui agli Artt. 17 e seguenti del Decreto del Presidente della Giunta del 26 marzo 2008, n. 15/R (Regolamento di attuazione dell'Art. 62 della LR 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"). Il controllo in ordine al possesso delle condizioni di cui all'Art. 4, comma 2, è effettuato con metodo a campione entro novanta gg. dall'accreditamento. Il controllo in ordine al mantenimento delle condizioni di cui all'Art. 4, comma 2, e alla effettuazione della verifica di cui all'Art. 5 è effettuato sulla totalità delle strutture accreditate entro un anno dall'accreditamento e successivamente almeno ogni due anni.

Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 marzo 2010, n. 29/R (Regolamento di attuazione della LR 28 dicembre 2009, n. 82).

Questo regolamento costituisce attuazione dell'Art. 11 della LR 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato). Elementi fondamentali di questo atto sono gli Allegati: A, B e C (che riportano i requisiti richiesti per ciascuna tipologia di struttura/servizio) e D, E ed F (che elencano i relativi indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti).

Il totale degli *item* previsti è superiore a 200. Inoltre per essere accreditati è necessario produrre i seguenti documenti:

- 28 procedure (regola scritta e condivisa dagli operatori che definisce la sequenza delle attività e delle responsabilità);
- 24 protocolli (sequenza di comportamenti di tipo professionale, descritti in maniera puntuale);
- 10 documenti operativi (descrizione dettagliata da un punto di vista operativo delle modalità di esecuzione di una determinata attività);
- 7 piani di attività (documento che esplicita gli obiettivi delle attività da svolgere);
- 6 azioni per il miglioramento continuo (azioni da intraprendere nell'ottica di un continuo miglioramento del sistema).

Da segnalare il fatto che, in conseguenza dell'approvazione della LR n. 82 del 28 dicembre 2009 e del relativo regolamento attuativo, è stato sottoscritto un documento d'intesa tra l'Assessorato

alle politiche sociali della Regione Toscana, le Organizzazioni sindacali e le maggiori Associazioni in rappresentanza dei gestori delle RSA, che consenta di agevolare l'applicazione della nuova normativa attraverso la costituzione di un GdL in cui siano rappresentati i soggetti firmatari con il compito di:

- rilevare ed analizzare gli adempimenti da porre in essere sia da parte della Regione che da parte degli altri soggetti pubblici e privati coinvolti;
- predisporre strumenti tecnici (manuali operativi, modulistica, etc.) per facilitare e rendere omogenee le procedure da espletare da parte dei soggetti gestori al fine di richiedere l'accreditamento e di verificare il mantenimento dei requisiti previsti dal regolamento;
- individuare alcune strutture e servizi per ogni tipologia al fine di monitorare la prima applicazione della Legge e del regolamento, verificandone funzionalità ed efficacia;
- predisporre un Programma di formazione per le commissioni multi-disciplinare chiamata alla verifica dei requisiti di accreditamento.

54

Delibera di Giunta n. 370 del 22 marzo 2010 (Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana).

Con questa delibera il Progetto per l'Assistenza continua alla persona non autosufficiente viene approvato e viene rinviata a successivo Decreto dirigenziale l'approvazione delle nuove Procedure di valutazione multi-dimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con DCR n. 214 del 2 luglio 1991⁶⁶. Viene anche rinviata a successivo atto deliberativo la costituzione di 2 Tavoli tecnici regionali per il monitoraggio dell'efficacia e della validità degli indirizzi forniti dal Progetto per l'Assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana e dalle relative Procedure di valutazione multi-dimensionale.

Gli obiettivi del Progetto sono:

- copertura di 10.000 quote/anno per ricoveri permanenti e attuazione di inserimenti temporanei in grado di incidere significativamente (fino ad eliminarle) sulle liste di attesa;
- copertura della spesa del 50% per 200 quote in *Hospice* entro il 2010;
- valutazione dell'intervento assistenziale secondo i criteri dell'appropriatezza;
- definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- sostegno specifico agli interventi temporanei, in particolare riferiti ai percorsi di dimissione ospedaliera.

Questi interventi intendono consolidare il modello toscano di residenzialità per gli anziani non autosufficienti, orientato a favorire "...l'inserimento organico ed equilibrato in un'unica struttura di più tipologie di servizi..., per favorire la flessibilità delle prestazioni in relazione all'evoluzione della condizione e dei bisogni della persona e del relativo progetto assistenziale...", così come definito nella Deliberazione della GRT n. 402/2004.

Particolare attenzione viene data alla disponibilità di posti dedicati a ricoveri temporanei e per funzioni di "sollievo", in un sistema di interscambio tra servizi domiciliari e residenziali. Il ricovero di sollievo, funzionale alla sostenibilità delle altre risposte assistenziali, non può essere previsto per un periodo superiore ai 60 gg..

Infine, l'erogazione del contributo alla RSA, per la copertura della retta, è subordinato alla definizione di un PAP residenziale da parte della UVM e alla sua relativa sottoscrizione da parte della persona da assistere e/o dai suoi familiari.

⁶⁶ Si tratta del **Decreto n. 1354 del 25 marzo 2010** (Approvazione delle nuove procedure di valutazione multi-dimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02 luglio 1991).

PARTE II

IL PROGETTO 'QUALITÀ, EQUITÀ E SICUREZZA IN RSA'

Migliorare conoscenze,
sorveglianza e pratica

Studio Pilota e
Progetto regionale

SOMMARIO

Dall'analisi di un piccolo campione di pazienti (circa 600), sia pure non rappresentativo dell'intera popolazione toscana, emerge un primo inquadramento della popolazione assistita in RSA, con particolare riguardo ad alcuni problemi di salute da un lato e problemi strutturali dall'altro, confermando in parte quanto già riportato in letteratura (vedi sezione "Lo Studio Pilota").

I pazienti erano in maggioranza donne di età compresa tra i 70 e gli 84 anni; prima dell'arrivo in RSA presentavano almeno una patologia attribuibile a cause cardiache, cerebrovascolari o neurologiche. Complessivamente la proporzione di non autosufficienti era elevata; secondo i punteggi della valutazione MMSE (*Mini Mental State Evaluation*) e della scala ADL un terzo dei ricoverati presentava una grave compromissione delle abilità cognitive e più della metà risultava totalmente dipendente o con un livello di autonomia molto ridotto. Un ospite su quattro utilizzava ausili e/o aveva problemi abituali di incontinenza; ancora, oltre il 50% degli anziani appariva confuso e disorientato.

La prevalenza di UdP è risultata pari al 9% circa; nel 50% circa di questi pazienti una o più lesioni erano insorte durante la permanenza in RSA. Questi dati sono in linea con i risultati della precedente Indagine regionale, che aveva coinvolto 56 RSA pubbliche, rilevando una prevalenza pari al 10,2%, il 41,4% delle quali insorte successivamente all'ingresso del paziente¹.

Le cadute in RSA, identificate con l'apposita scheda di segnalazione, sono state complessivamente 116; lo stesso fenomeno, rilevato dalla scheda Re.Tos_s, è apparso decisamente sottostimato (soltanto 13 casi, su un totale di 538 schede consegnate)². La scheda Re.Tos_s ha inoltre identificato una proporzione di ospiti caduti, nei 6 mesi precedenti l'ingresso in RSA, pari al 25,1%; lo stesso fenomeno, riferito ai soli 3 mesi precedenti e rilevato dalla scheda di valutazione del dolore, è risultato pari all'11,5%. Il confronto tra le due rilevazioni sembra quindi suggerirne una concordanza di massima. Gli ambienti in cui si concentra il maggior numero di cadute sono: la camera da letto (scivolati sulle proprie urine o durante gli spostamenti tra camera e bagno) e la sala da pranzo (alzandosi dalla sedia o inciampando nella mobilia vicina).

Il 10,8% dei pazienti manifestava dolore acuto, mentre il dolore cronico era presente nel 26,7%. Nel 90% dei pazienti veniva rilevata un'assunzione di farmaci negli ultimi tre mesi (psicofarmaci o antidolorifici, oltre a antipertensivi e antidiabetici), anche se la scheda di rilevazione adottata non ha permesso di comprendere la modalità della loro assunzione (ad es. con una terapia continua oppure "al bisogno").

Nella successiva fase di estensione della rilevazione a livello regionale sarà necessario superare alcuni limiti della fase pilota, tra cui, in particolare: a) assicurare, per ciascun paziente, la raccolta di informazioni utili alla classificazione secondo *case-mix*; b) standardizzare i codici identificativi delle diverse schede, in modo da rendere possibile

¹ ARS Toscana. Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Documenti dell'ARS Toscana, n. 42, dicembre 2008.

² Vedi Figura II.6 a pag. 80.

BACKGROUND

Negli anni 2006-2007 sono state realizzate in Toscana alcune importanti iniziative finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie pubbliche, in particolare:

- nel 2006 l’Agenzia Regionale di Sanità, Osservatorio Qualità¹ (ARS-OQ) ha condotto un’indagine regionale volta a stimare la prevalenza di UdP e dolore in ospedale, nei pazienti assistiti a domicilio e nelle RSA pubbliche. I risultati dell’indagine sono stati presentati in una giornata di studio a fine 2006, trasmessi a tutte le Aziende, pubblicati sul sito dell’ARS e nel documento ARS n. 42²;
- nel 2007 il Centro Regionale per la Gestione Rischio Clinico (GRC) ha lanciato la Campagna ‘Prevenzione delle cadute in ospedale’ e, con la collaborazione di ARS-OQE, ha avviato un’Indagine regionale volta a stimare il rischio e la frequenza di cadute in oltre 100 reparti ospedalieri.

Il lavoro fatto ha consentito di costruire un’ampia rete collaborativa di strutture e di operatori e la messa a punto e condivisione di strumenti e metodi, di buona applicabilità e trasferibilità, per il miglioramento della pratica assistenziale.

I soddisfacenti risultati raggiunti hanno suggerito dunque la possibilità e l’opportunità di estendere tali iniziative all’intera rete delle RSA toscane, con un progetto integrato ‘qualità e sicurezza’ che affronti contemporaneamente il controllo delle UdP, del dolore e delle cadute, problemi di elevata frequenza e quotidiana rilevanza in queste strutture.

Il Progetto è stato promosso congiuntamente da ARS, Direzione Generale Diritto alla Salute, Area ‘Non Autosufficienza’³ e Centro GRC ed è stato presentato per la prima volta in data 19 marzo 2008 ai rappresentanti delle RSA pubbliche e private della Toscana.

Successivamente è stato attivato un tavolo tecnico di progettazione ed è stata elaborata una proposta operativa per la fase pilota, che comprendeva:

- la messa a punto di un Protocollo di indagine;
- la condivisione di strumenti di rilevazione standardizzati;
- un intervento formativo per gli operatori socio-sanitari di riferimento per la rilevazione dei dati in ciascuna struttura;
- la rilevazione di ciascuno dei fenomeni indagati in un gruppo ristretto di RSA che hanno aderito volontariamente a questa prima fase di sperimentazione;
- l’elaborazione dei dati e la successiva progettazione della stessa Indagine su tutto il territorio regionale.

Alla fase pilota del Progetto hanno aderito 8 Strutture. Lo Studio è stato effettuato nel periodo settembre 2008 - giugno 2009. La rilevazione sul campo per UdP e dolore si è svolta nella settimana 25 marzo 2009 - 9 aprile 2009 mentre la rilevazione per le cadute, a partire dalla stessa settimana, si è conclusa a giugno 2009.

¹ Da novembre 2008 Osservatorio Qualità ed Equità (OQE), secondo la LR 60/2008.

² ARS Toscana. Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Documenti dell’ARS Toscana, n. 42, dicembre 2008. (http://www.ars.toscana.it/c/document_library/get_file?uuid=831f8ce0-dc8e-48ff-b7fb-8d2e3c94a887&groupId=11868)

³ Ora denominata: Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Settore Integrazione sociosanitaria e Non autosufficienza.

LO STUDIO PILOTA

LA SCELTA DELLE PRIORITÀ

La scelta di affrontare in particolare UdP, dolore e cadute, tra i molti problemi di salute che generalmente affliggono le persone accolte in RSA, è stata dettata sia dall'esame della letteratura *evidence-based*, sia dalle conoscenze e dall'esperienza dei professionisti che hanno promosso il progetto, sia dall'esperienza specifica acquisita a riguardo nelle attività precedentemente portate a termine (v. *background*).

Ulcere da pressione⁴. Questo problema assorbe risorse e costi consistenti dal punto di vista gestionale ed economico, variabili secondo il grado di lesione e lo stato clinico-assistenziale dell'ospite⁵. Producono sofferenza fisica e psicologica e sottraggono dignità alle persone, costrette a degenze prolungate e sottoposte a trattamenti complessi, con medicazioni, farmaci e presidi antidecubito. Gli anziani residenti in RSA soffrono spesso di condizioni e problemi di salute che costituiscono fattori di rischio noti per queste lesioni, come incontinenza, malnutrizione e allettamento.

Nelle residenze per anziani le UdP si sviluppano più frequentemente nelle settimane immediatamente successive all'ammissione. Alcuni studi epidemiologici di grandi dimensioni condotti in diversi Paesi (Canada, Germania, Olanda, Svezia) hanno descritto una prevalenza variabile tra 6,4 (Germania) e 31,4% (Olanda)⁶.

In Toscana lo Studio regionale di prevalenza, effettuato nel 2006⁷, in ospedale e sul territorio, ha visto coinvolte, complessivamente, 56 RSA pubbliche, per un totale di 1.384 pazienti esaminati con una scheda di rilevazione basata sulle indicazioni dell' EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) e sulla Scala di Braden. L'indagine ha osservato una prevalenza complessiva pari al 9,8%, con una variabilità compresa tra 4,5% e 20,7%. La prevalenza delle lesioni di grado II o superiore è risultata pari al 7,4%, con una variabilità compresa tra 3,3% e 15,8%. Il 55% delle lesioni risultava insorto dopo l'ammissione, cioè durante il periodo di permanenza in RSA. L'utilizzo di Presidi Anti-Decubito (PAD) è stato rilevato nel 27,1% degli ospiti, ma solo il 6% rispondeva a specifiche tecniche pertinenti alle migliori raccomandazioni clinico-assistenziali.

Il Progetto ha quindi fornito dati preziosi per la conoscenza del fenomeno sull'intero territorio regionale e preliminari alla valutazione di adesione alle Linee Guida Regionali⁸, al monitoraggio con indicatori di processo e di esito e alla possibile formulazione di buone pratiche, in collaborazione con Il Centro Regionale GRC.

Dolore. Il problema del dolore è stato vissuto come prioritario dagli operatori delle strutture residenziali, proprio perché di difficile valutazione e gestione, specialmente in quegli ospiti che soffrono di un decadimento cognitivo più o meno grave, verosimilmente appartenenti

⁴ L'EPUAP definisce l'UdP come "area localizzata di danno tissutale causato da forze di pressione o da frizione o da una combinazione di queste", che si sviluppano in corrispondenza di prominenze ossee e che interessano nei 2/3 dei casi la pelvi e in 1/3 gli arti inferiori, in particolare i talloni.

⁵ NICE. "Pressure ulcer management- cost analysis of the new recommendations in the prevention and treatment of pressure ulcers quick reference guide", *Implementing NICE Clinical Guideline*, n.29, 2005.

⁶ Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna. Dossier n. 188, pg 28, 2010.

⁷ Vedi nota 3.

⁸ Linee Guida "Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento", PNLG 3 - Regione Toscana, 2005.

al modulo 3 - comportamentale (per persone con disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale). L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito questo sintomo come “*un’esperienza spiacevole sensoriale ed emotiva associata a un danno all’organismo attuale o potenziale e, come tale, un fenomeno complesso caratterizzato dalla soggettività di chi ne prova l’esperienza*”⁹.

Purtroppo, proprio per il carattere individuale del “sentire il dolore”, non sempre gli strumenti disponibili, anche a livello internazionale, sono efficaci e sensibili per un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico del sintomo.

Diversi Studi hanno affermato che, negli anziani che vivono in strutture residenziali, la percentuale di “sottotrattamento” del dolore risulta compresa tra il 45% e l’83% e che l’applicazione corretta di una scala di valutazione del dolore è possibile solo nel 60%-65% della popolazione residente in RSA; nella restante quota, infatti, diventa difficoltoso trattare il sintomo dolore per la complessità di “*tradurre ancor prima il sintomo*”¹⁰. Con il progredire del disturbo cognitivo infatti, l’applicazione delle scale più comuni non è più coerente con l’utilizzo per il quale sono state validate, così che la percezione e la soggettività del dolore interagiscono costantemente con altre componenti:

- affettiva-motivazionale, legata ai vissuti emotivi;
- cognitiva-valutativa, legata ai significati attribuiti ed alle strategie di risposta;
- discriminativa-sensoriale, legata a sede, tipo e caratteristiche del danno.

Si comprende pertanto come, sostanzialmente, l’approccio alla gestione del dolore nelle persone con grave demenza, debba tener conto del livello di *deficit* psico-fisico, della sensibilità e specificità della scala utilizzata e della capacità di osservazione del professionista.

Inoltre, un adeguato controllo del dolore negli anziani viene ostacolato o comunque reso più difficile da una serie di altri fattori:

- la difficoltà ad esprimere i propri bisogni, anche per motivi culturali;
- la convinzione che il dolore sia insito nel processo di invecchiamento;
- la scarsa sensibilizzazione degli operatori sanitari nel prestare attenzione a questo sintomo;
- l’insufficiente livello di competenza tecnico-professionale nella sua gestione¹¹.

Cadute. L’evento “caduta” si verifica spesso in RSA, anche se in poche realtà viene monitorato seguendo le indicazioni dell’*incident reporting*.

Molti Studi sono rivolti, ormai da anni e in parallelo con il crescente aumento dei contenziosi legali per danni subiti, alla rilevazione delle cadute e dei fattori di rischio in ambiente ospedaliero.

Dal precedente Progetto regionale “La prevenzione delle cadute in ospedale”¹², condotto su oltre 17.000 pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere toscane nell’anno 2007, è

⁹ International Association for the study of pain. *Pain Terminology*. 1979. (http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain)

¹⁰ Ferrel BA. *Pain Management*. Clinics in Geriatric Medicine, 16; 853-74, 2000.

¹¹ Teno JM, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, Mor V. *Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society, 52(5): 762-7;2004.

¹² Centro Regionale GRC, ARS Toscana, Rete HPH, Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università di Firenze. *La prevenzione delle cadute in ospedale*. Campagna per la sicurezza dei pazienti 2006-2007, Regione Toscana.

stato possibile inquadrare il fenomeno in tutti i suoi aspetti e poter sperimentare la scheda di studio degli ambienti e presidi, la scheda di segnalazione dell'evento caduta e, in particolare, la sperimentazione della scheda Re.Tos_s per la valutazione del rischio di caduta. Lo Studio ha permesso di mettere in evidenza e di quantificare i fattori di rischio noti anche a livello internazionale come: l'età anziana, l'assunzione di farmaci, la mobilità e la deambulazione, l'associazione a incontinenza, l'utilizzo del bagno, alcune fasce orarie etc.

Ancora difficile risulta una valutazione circa l'ambiente dove la persona è caduta, ma sono note le tre tipologie di caduta:

- **accidentale**, nelle quali la persona cade involontariamente a causa di fattori ambientali come il pavimento scivoloso o bagnato o la scarsa illuminazione o l'assenza di passamano;
- **imprevedibile**, per lo più legata alle condizioni fisiche dell'utente, come l'improvvisa perdita di equilibrio, l'infarto, l'ictus o il cedimento degli arti inferiori ed è a carico dell'utente stesso;
- **prevedibile**, cioè derivante da fattori già noti legati alle variabili di salute dell'utente, della sua motricità e deambulazione, dell'assunzione di farmaci, degli esiti di precedenti patologie invalidanti e di precedenti cadute, etc.

È proprio sui fattori predisponenti la caduta, cioè quelli accidentali e prevedibili, che le organizzazioni sanitarie e gli operatori devono formarsi per poter attivare azioni efficaci nel prevenire il verificarsi dell'evento. In uno Studio condotto da Morse nel 2002 la stima delle cadute in ospedale riconducibili alla categoria "prevenibili" si collocherebbe intorno al 78%¹³.

Lo Studio regionale. Dalle considerazioni relative ai problemi di salute menzionati è nata dunque la necessità di avviare uno studio regionale allargato per la qualità, l'equità e la sicurezza nelle RSA, esteso ai tre problemi ulcere, dolore e cadute. Prendendo spunto dalla precedente buona esperienza, è stata definita una strategia di cambiamento in base a uno schema concettuale ancorato a tre obiettivi:

- miglioramento delle conoscenze (insegnamento e diffusione di linee guida, strumenti di verifica, relazioni tecniche);
- miglioramento della sorveglianza (monitoraggio della prevalenza e dell'incidenza);
- miglioramento della pratica clinica (implementazione di comportamenti essenziali, efficaci e fattibili).

Il primo passo è stato proprio quello di realizzare lo studio pilota "Qualità, equità e sicurezza nelle RSA" che ha reso disponibili preziose informazioni agli operatori sanitari ed alle rispettive direzioni, soprattutto in termini di fattibilità.

¹³ Morse JM. *Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls*. American Journal of infection control, 30: 376-80; 2002.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il Progetto è stato lanciato nella prima metà del 2008 con i seguenti obiettivi:

a) Descrivere:

- il livello di rischio e la presenza di Udp;
- l'utilizzo dei PAD;
- la presenza di dolore;
- la presenza di dolore alla medicazione di una Udp;
- il livello di rischio e l'incidenza di cadute;
- il rischio associato ad ambienti e presidi;

nelle RSA della regione Toscana.

b) Identificare

Aree critiche per la qualità dell'assistenza, utilizzando i risultati dello studio come misurazione *baseline*.

c) Progettare

Un sistema di monitoraggio periodico, basato su indicatori *evidence-based* (EB) per la valutazione di impatto di interventi di miglioramento (ad esempio per l'implementazione di Linee Guida o raccomandazioni).

d) Rendere disponibili

Un metodo di lavoro e un insieme di indicatori scientificamente validi e applicabili a diversi livelli del Sistema sanitario regionale (Regione, Area Vasta, Azienda).

e) Promuovere

L'adozione di un linguaggio comune da parte della rete di operatori coinvolti quotidianamente nella pratica assistenziale delle RSA.

METODI

Disegno dello studio

Per **Udp e dolore** l'indagine è stata di tipo '*trasversale*', rispondente al disegno dell'indagine di prevalenza e basata sull'elaborazione di dati rilevati direttamente al letto del paziente e attraverso la consultazione della documentazione clinica. La rilevazione è stata effettuata contemporaneamente in tutti i centri reclutati.

Per le **cadute** l'indagine è stata di tipo '*longitudinale*' prospettico (durata 3 mesi), basata sull'elaborazione di dati rilevati al momento dell'ammissione in struttura del paziente e, successivamente, a intervalli regolari, nonché ad ogni cambiamento sostanziale delle condizioni cliniche. Anche in questo caso la documentazione clinica è stata di supporto, soprattutto per quanto riguarda i dati anagrafici. La rilevazione è stata effettuata contemporaneamente in tutti i centri reclutati, per il periodo stabilito.

Popolazione in studio

Otto RSA hanno aderito su base volontaria alla fase pilota del Progetto:

Tabella 11.1 – RSA pilota, marzo-giugno 2010

Struttura	N. PL Autosuff.	N. PL Non autosuff.
APSP Martelli - Figline Valdarno	12	88
Villa Jole - Bagno a Ripoli	19	101
APSP S. Chiara - Volterra	7	67
APSP S.M. Misericordia - Montespertoli	14	32
Pio Istituto Campana - Seravezza	3	45
APSP Casa Ascoli - Massa	1	44
RSA Villa Pizzetti - Grosseto	6	33
Villa Serena - Montaione	78	60
TOTALE PL	140	470

La popolazione indagata è stata pari a 610 pazienti di cui il 77% non autosufficienti.

Le **fonti** delle informazioni di interesse sono state:

- esame diretto e intervista al paziente,
- esame della documentazione clinica (medica e infermieristica) disponibile, per le variabili pertinenti allo studio,
- osservazione del paziente nel tempo (cadute).

Strumenti

Per ciascuno dei tre problemi indagati è stata utilizzata una scheda *standard* a lettura ottica messa a punto da ARS-OQE con il supporto di un gruppo tecnico composto da 48 operatori. Ciascuna scheda rappresenta un adattamento rispetto a schede analoghe già utilizzate nelle precedenti indagini regionali e nei rispettivi programmi in corso attivati in ambito ospedaliero.

Scheda di valutazione UdP

La scheda di valutazione delle UdP è stata costruita per diventare uno strumento di monitoraggio delle UdP nel tempo. La sua realizzazione ha tenuto conto di quella utilizzata nel precedente studio regionale del 2005. È composta da 2 parti, una dedicata a informazioni reperibili nella documentazione sanitaria (codice struttura, pazienti e rilevatore), l'altra comprendente 14 *item* specifici riguardanti il paziente:

- presa in carico;
- sesso, anno di nascita, peso, altezza;
- scala di Braden;
- incontinenza;
- fattori predisponenti;
- presidi di prevenzione presenti;

- schema personalizzato di rotazione della postura;
- viene alzato in poltrona;
- dimostra dolore correlabile a lesioni;
- presenza di ulcere di altra natura;
- presenza di UdP;
- sede e grado della lesione.

È stata utilizzata la scala di graduazione EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisor Panel*) su 5 livelli, per la valutazione delle ulcere presenti.

Scheda multi-dimensionale di valutazione del dolore

64

La scheda, realizzata da un GdL dedicato¹⁴, è composta di 3 parti:

Parte A - 1° valutazione; contiene domande riguardanti l'anagrafica dell'ospite, la presenza/ assenza di dolore, la rappresentazione grafica delle aree algiche, i valori di MMSE (*Mini Mental State Evaluation*) e ADL (*Index of Independence in Activities of Daily Living* di Katz), l'assunzione di farmaci e il tipo, il grado di comprensione dell'ospite, la presenza di ulcere, di traumi e cadute negli ultimi 3 mesi.

Inoltre, sono riportate 5 scale, tra le quali il rilevatore può scegliere quella ritenuta più idonea all'ospite per assegnare il punteggio della valutazione fatta:

- VAS (*Scala Analogica Visiva*) con punteggio da 0 a 10;
- NPIS (*Numeric Pain Intensity Scale*) con punteggio da 0 a 10;
- VDS (*Verbal Descriptor Scale*) con punteggio 0 – 2 – 4 – 6 – 8 – 10;
- FPRS (*Face Pain Rating Scale*) con punteggio 0 – 1/2/3 – 4/5/6;
- PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) con punteggio da 0 a 10.

Parte B - Valutazione quotidiana e monitoraggio; la *checklist* comprende 9 *item* di osservazione diretta sulle attività quotidiane e prevede la descrizione e il valore della misurazione giornaliera del dolore sui tre turni di servizio degli operatori – mattina, pomeriggio, notte - nella struttura.

Il successivo monitoraggio da segnalare è comprensivo dei 7 gg. successivi la 1ª valutazione, con almeno una valutazione giornaliera per una settimana o comunque attraverso una pianificazione definita dall'*équipe* socio-sanitaria multi-disciplinare con l'ospite ed i suoi familiari, quando è possibile.

Parte C - Attivazione dell'*équipe* multi-disciplinare. Questa parte della scheda deve essere compilata dall'*équipe* multi-disciplinare, in modo da documentare (e favorire) la pianificazione degli obiettivi, l'attuazione degli interventi e la verifica dei risultati attesi seguendo strategie volte a garantire la presa in carico olistica dell'ospite, in una logica di utilizzo sistematico del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP). La scheda rileva:

- l'accertamento della presenza di dolore attraverso la segnalazione di “**red flag**” oppure di “**yellow flag**”,
- l'orientamento del trattamento da seguire (farmacologico, fisioterapico-riabilitativo, socio-relazionale).

¹⁴ Tre infermieri, 1 fisioterapista, 1 educatore professionale, 1 medico anestesista, esperto di Terapia antalgica e con la supervisione di un infermiere ricercatore esperto in gestione del dolore.

Scheda di valutazione del rischio di cadute Re.Tos₅

La scheda è stata approntata sulla base di una revisione della letteratura internazionale, quindi dei principali fattori di rischio di caduta, relativamente alle maggiori esperienze in applicazione della Scala Morse, Stratify e Conley.

La scheda, ulteriormente rivisitata per l'adozione in RSA, include i seguenti *item*:

- identificazione dell'ospite;
- anamnesi di cadute;
- patologie in corso;
- condizioni cliniche;
- alterazione dei sensi;
- eliminazione;
- mobilità;
- andatura e attività quotidiane;
- stato mentale;
- agitazione psico-motoria;
- terapia farmacologia;
- terapia endovenosa;
- variazioni cliniche.

65

La scheda è stata compilata al "tempo zero" della presa in carico dell'ospite, dopo 72 e 120 ore e in caso di insorgenza di variazioni cliniche, in qualsiasi momento del periodo di monitoraggio.

Scheda di segnalazione dell'evento "caduta"

Anche la scheda di segnalazione cadute in RSA è stata revisionata sulla base di quella già utilizzata nel progetto regionale ospedaliero.

Il *format*, molto semplice, contiene pochi *item* quali luogo, data, ora e dinamica dell'evento, chi è il soggetto caduto (ospite o visitatore) e lascia uno spazio libero per la descrizione da parte dell'operatore che è stato presente all'accaduto.

La scheda di segnalazione della caduta era accompagnata dalla scheda di analisi della caduta, la quale conteneva *item* molto specifici e circostanziati all'evento. Oltre ai dati anagrafici dell'ospite sono stati ben specificati:

- tipo di caduta;
- tipo di danno;
- luogo dell'evento;
- modalità della caduta;
- dinamica evento;
- fattori che possono aver contribuito all'evento;
- indice di priorità per l'*audit*.

È stato previsto un ulteriore spazio dedicato alla descrizione più dettagliata dell'evento, elemento necessario per la discussione all'interno dell'*équipe* e per la realizzazione dell'*audit*.

Checklist per la sicurezza di ambienti e presidi

Per poter determinare quali siano i reali fattori di rischio strutturali connessi ad ambienti e presidi, e quindi non dipendenti dalle condizioni degli ospiti della residenza, ma possibili determinanti di eventi “caduta”, è stata utilizzata la *checklist* già adottata per la valutazione della sicurezza di ambienti e presidi in ospedale (Campagna “Cadute” del Centro Regionale GRC), ma con alcune modifiche e adattamenti al *setting* residenziale.

Sono infatti inserite nella scheda tre sezioni specifiche per i requisiti di struttura (camere, bagni, corridoi, scale, spazi comuni, ambienti esterni, etc), di presidi ed ausili di comune utilizzo. Un’ultima sezione prevede la valutazione tecnica della temperatura, della luce e dell’illuminazione degli ambienti nei quali si muove l’ospite.

66

Modalità di rilevazione

Le rilevazioni sono state effettuate presso le RSA reclutate, con la collaborazione degli infermieri e degli operatori delle RSA stesse.

In particolare, per UdP e dolore la rilevazione è stata effettuata in una settimana definita (dal 25 marzo al 4 aprile 2009). La scheda UdP è stata compilata una sola volta per ciascun ospite mentre la scheda sul dolore è stata compilata in più momenti della settimana (valutazione positiva del dolore, sintomi di dolore, monitoraggio del dolore, etc).

Per le cadute, invece, la rilevazione è stata effettuata in modo prospettico, per la durata di 3 mesi, a partire dalla settimana definita per UdP e dolore.

Infine, la *checklist* ambienti e presidi è stata compilata con la collaborazione dell’esperto del Servizio di Prevenzione e Protezione della RSA, previa osservazione di tutti gli ambienti destinati all’uso degli ospiti, degli operatori e dei loro familiari. È stata compilata una sola volta, prima dell’avvio delle tre rilevazioni precedenti.

Prima dell’indagine i rilevatori hanno ricevuto una documentazione essenziale di supporto che comprendeva:

- obiettivi del Progetto;
- modalità di svolgimento dell’indagine (data, reparti, etc.);
- modalità di codifica di rilevatore e ospite;
- istruzioni operative per l’attuazione della rilevazione al letto del paziente (o al momento dell’ammissione in struttura), con materiale illustrativo appropriato per il riconoscimento e la corretta registrazione dei fenomeni indagati.

Le schede di rilevazione sono state assemblate per RSA e rese disponibili da ARS a ciascun Centro, che poi le ha inoltrate agli operatori di sua competenza, già identificati per la rilevazione e formati a questo scopo. Inoltre è stato attivato un *forum* sul sito dell’ARS, nel periodo di rilevazione, che ha permesso a tutti gli operatori delle RSA coinvolti nello Studio, di poter scambiare quesiti e chiarimenti.

Controllo di qualità

Il controllo di qualità delle schede compilate è stato effettuato sia sulla base della completezza delle variabili registrate sia sulle eventuali incongruenze tra variabili. Alcune incompletezze od incongruenze sono state corrette in modo indiretto, attraverso l'incrocio con altre informazioni rilevate da variabili pertinenti e correlate. Là dove non è stato possibile correggere i dati in questo modo, le informazioni mancanti ritenute di rilievo (con maggiore peso rispetto ad altre variabili) ai fini dell'indagine, sono state integrate con l'intervento del Gruppo di Coordinamento (GC), che ha richiesto direttamente agli operatori delle RSA le necessarie informazioni aggiuntive. Quando tutte le informazioni sono state complete la scheda è stata validata ed è entrata a far parte del *database* definitivo.

INDICATORI

L'indagine pilota nel suo complesso ha permesso di progettare e rilevare alcuni indicatori essenziali. Tra i molti possibili, raccomandati dalla letteratura e dalle esperienze internazionali, solo alcuni sono stati rilevati, per altri potrà essere valutata la rilevazione in una fase a regime del progetto, o in concomitanza con lo sviluppo del processo di accreditamento. Qui di seguito viene riportato un elenco dei possibili indicatori pertinenti ai problemi indagati, con una breve nota esplicativa.

UdP e dolore

Indicatori di sistema (o struttura) - Misurano il grado di adesione/adeguamento delle organizzazioni a condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologici, organizzativi) necessari a garantire un'assistenza di buona qualità per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle UdP. Sono di pertinenza prevalentemente della Direzione della struttura e rilevabili mediante indagini dirette (questionari) o mediante visite *on site* (es. visite di accreditamento). questi indicatori **non sono stati rilevati dall'indagine pilota**. Alcuni esempi sono:

- a. N/% RSA che hanno progettato interventi formativi sulle UdP e/o sul dolore negli ultimi *n*. anni (definire criteri di buona qualità degli interventi formativi sulle UdP);
- b. N/% RSA con esplicite procedure di fornitura dei PAD;
- c. N /% RSA con personale dedicato alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle UdP;
- d. N/% RSA che hanno attivato un sistema di monitoraggio della dimensione del fenomeno e dei costi dell'assistenza (anche nell'ambito di progetti di MQ);
- e. N/% RSA che adottano sistematicamente la valutazione di rischio per UdP con scala di Braden e/o la valutazione del dolore (con approccio multi-dimensionale);
- f. % infermieri che hanno partecipato a interventi formativi sulle UdP e/o sul dolore negli ultimi *n*. anni (v. criteri buona Q degli interventi formativi);
- g. % infermieri o fisioterapisti che hanno partecipato a interventi formativi sull'utilizzo dei PAD negli ultimi *n*. anni (v. criteri buona Q degli interventi formativi).

Indicatori di processo - Misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni nel processo assistenziale e nelle pratiche professionali. Sono di pertinenza prevalentemente degli operatori impegnati nell'assistenza diretta agli ospiti in RSA. Sono rilevabili in alcuni casi da flussi informativi, per lo più da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad*

hoc che utilizzino schede specifiche e standardizzate. Un'altra possibile fonte di rilevazione è rappresentata da indagini su opinioni ed esperienze dei pazienti. Esempi di indicatori di processo sono:

- a. % documentazioni cliniche che includono la valutazione per UdP con scala di Braden e/o il monitoraggio del dolore;
- b. % pazienti valutati periodicamente (ogni *n.* gg.) per rischio di UdP o per presenza di dolore
- c. % pazienti a rischio di UdP a cui è stato assegnato un presidio antidecubito raccomandato (o non raccomandato) dalle LG.
- d. % pazienti a rischio per i quali è documentato il riposizionamento
- e. % pazienti a rischio o con presenza di UdP (e loro *caregiver*) che hanno ricevuto materiale informativo di supporto per la gestione quotidiana del problema.

68

L'indicatore C è stato rilevato dall'indagine di prevalenza.

Indicatori di esito - Esplorano l'eventuale impatto finale delle pratiche assistenziali (ma anche di altre variabili inerenti sia l'organizzazione sia i pazienti e non sempre misurabili) su morbilità, dolore, percezione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di pazienti, famiglie e *caregiver*. Riguardano i pazienti e le persone che li assistono, i soggetti a rischio e le comunità nel loro insieme. Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di *risk adjustment*, non sempre attuabili. Sono a volte rilevabili da flussi informativi correnti, ma per le UdP questa fonte generalmente sottostima il fenomeno. I dati di prevalenza, benché imperfetti, possono essere ottenuti in modo relativamente semplice anche in campioni molto ampi. I dati di incidenza sono di più complessa acquisizione, maggiormente fattibile in ambiti ristretti (reparto). Le misure di qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione sono di acquisizione ancora più complessa e presuppongono comunque l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

L'indagine ha rilevato soprattutto indicatori di esito (tassi di prevalenza di UdP, tassi di prevalenza di soggetti a rischio, tassi di prevalenza di dolore, vedi Tabella II.2).

Cadute

Per questo problema, l'analisi dei risultati e il calcolo di indicatori pertinenti è stata basata sulle informazioni ricavate dall'utilizzo di tre schede:

- dalle schede di segnalazione è stata ricavata l'**incidenza** delle cadute e la **prevalenza** di 'soggetti caduti' (una o più volte). Utilizzando il periodo di arruolamento come fattore temporale e il totale dei pazienti ricoverati in struttura durante il periodo di arruolamento come denominatore, è stato possibile determinare una stima dell'incidenza delle cadute. Sempre considerando lo stesso denominatore, la prevalenza così calcolata non è da intendersi come prevalenza nella popolazione ma come frequenza relativa delle cadute in RSA nel periodo di osservazione;
- con le schede di valutazione del rischio di caduta è stata condotta la valutazione dei pazienti all'ingresso e durante il soggiorno in RSA. Le caratteristiche cliniche dei pazienti arruolati (che in letteratura sono state associate a livelli variabili di rischio di caduta) sono

state valutate attraverso distribuzioni di frequenza sulle condizioni cliniche riportate nella scheda. Il **rischio di cadere** potrà essere successivamente misurato sulla base di uno score di rischio messo a punto durante la sperimentazione della scheda Re.Tos_s condotta negli ospedali della Toscana (e ancora in corso mentre lo studio pilota sulle RSA veniva realizzato);

- attraverso le schede ambienti e presidi è stata fatta una valutazione della sicurezza degli ambienti interni ed esterni eventualmente utilizzabili su casistiche più ampie, per una correlazione con il rischio di cadute.

In Tabella II.2 sono riassunti gli indicatori menzionati.

Tabella II.2 - Lista di indicatori calcolati

UdP e dolore	Numeratore	Denominatore
% pazienti a rischio di UdP a cui è stato assegnato un PAD raccomandato (o non) da LG	N. pazienti con punteggio 6 -16 nella scala di Braden, a cui è stato assegnato un PAD	N. pazienti con punteggio tra 6 e 16 nella scala di Braden
Prevalenza di UdP	N. pazienti con UdP	Totale pazienti
Prevalenza di soggetti a rischio	N. pazienti con punteggio tra 6 e 16 nella scala di Braden	Totale pazienti
Prevalenza di dolore	N. pazienti con dolore, anche correlabile a lesioni/traumi/ulcere	N. pazienti con lesioni/traumi/ulcere
		Totale pazienti
Cadute	Numeratore	Denominatore
% soggetti con anamnesi di cadute (scheda ReTos _s)	N. pazienti con cadute nei 6 mesi precedenti il ricovero	Totale pazienti
Incidenza delle cadute (nel periodo osservato)	N. di schede di segnalazione cadute	Totale pazienti
Prevalenza di soggetti caduti	N. pazienti caduti così come da scheda Re.Tos _s , segnalazione cadute e dolore	Totale pazienti
% pazienti con condizioni cliniche in corso	N. pazienti con patologie in corso (cerebrovascolari, cardiache, neurologiche/psichiatriche)	Totale pazienti
Rischio di cadere* (valutazione effettuata all'ingresso, a 72 h , a 120 h e variazioni cliniche prima dei 3 o 5 gg. previsti)	N. pazienti nelle diverse classi dello score (Scala Re.Tos _s)	Totale pazienti

* l'indicatore non è stato calcolato in questa fase dello Studio poiché la definizione dello score, nell'ambito dell'indagine ospedaliera regionale, era ancora in corso.

Gestione ed elaborazione dati

L'implementazione degli archivi contenenti i dati rilevati attraverso le schede è stato effettuato da ARS una volta conclusa la fase di rilevazione e via via che le schede compilate sono state fisicamente trasmesse dai centri partecipanti in ARS.

Per la scheda UdP e Re.Tos_s è stato utilizzato un software per la lettura ottica (*Abbyy FormReader*

v. 6.5) che ha richiesto una massima precisione nella fase di compilazione dei questionari, ma che ha permesso in tempi rapidi di archiviare tutte le informazioni in *database* Oracle. Inoltre, il sistema ha consentito di disporre “a video” delle immagini relative ai questionari, consentendone anche una facile consultazione.

Per le restanti schede sono stati realizzati *database* Access corredati di una maschera per l'immissione manuale dei dati.

L'analisi descrittiva dei dati e il calcolo degli indicatori di interesse sono stati effettuati con il supporto del *software* STATA v10.0. Tutta l'elaborazione e la redazione dei *report* dei dati si è conclusa entro novembre 2009.

RISULTATI

I risultati dello Studio vengono esposti secondo le 3 aree di indagine già descritte nella sezione “Metodi”. Per ciascuna area viene indicata la fonte delle osservazioni e lo strumento utilizzato.

Nella Tabella 11.3 è riportata la distribuzione per età e sesso dei pazienti presenti nelle strutture (le informazioni derivano dai dati presenti nella scheda UdP).

Ulcere da pressione

Oltre due terzi dei soggetti osservati (594 pazienti su 610 presenti in struttura), sono stati presi in carico per un tempo superiore ai 12 mesi (Tabella 11.4).

Gli ospiti valutati con la scala di Braden, nel 52,9% dei casi non erano a rischio di sviluppare una lesione, nel 29,6% presentavano un rischio medio e nel 17,5% un alto rischio (Tabella 11.5). I maggiori fattori predisponenti sono riportati in Figura 11.2.

La presenza di presidi di prevenzione (superficie anti-decubito, con o senza motore, di altezza inferiore o uguale-superiore a 10 cm) è stata osservata per gli ospiti con UdP nell'87% circa dei casi (Tabella 11.6).

Il problema dell'incontinenza è stato riscontrato nel 70% dei pazienti, per lo più con frequenza abituale (70,7%).

La presenza di UdP è stata osservata in 53 pazienti (9%) e la metà di questi ha sviluppato una o più lesioni durante la permanenza in RSA (Tabelle 11.7 e 11.8). Da notare la discordanza tra il numero di pazienti segnalati con lesioni e quelli indicati nell'*item* 'presenza di UdP' in Tabella 11.8: 66 pazienti.

Il 37,7% circa degli ospiti ha dimostrato di avere dolore correlabile alla presenza di ulcere; questa informazione è risultata tuttavia non valutabile nel 20,8% dei casi.

Infine i pazienti con ulcere di altra natura costituivano il 5% dei casi (Tabella 11.9).

Cadute

Complessivamente le schede Re.Tos_s raccolte sono state 538 (88,2%) su un totale di 610 ospiti. I risultati di seguito riportati si riferiscono alla valutazione in ingresso e a 72 h.

Nei sei mesi precedenti la presa in carico da parte delle RSA, il 25,5% degli ospiti ha dichiarato di essere caduto, mentre nelle prime 72 h di permanenza in RSA le cadute verificatesi sono

state complessivamente 5 (Tabella 11.10).

Le condizioni cliniche analizzate attraverso questa scheda comprendono la presenza di patologie in corso: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche o psicologiche, la manifestazione di vertigini o capogiri, l'eventuale *deficit* della vista e dell'udito, la necessità di recarsi in bagno a intervalli inferiori alle 3 h e la perdita di urine o feci (Tabella 11.11). Nel 90% degli ospiti è risultata significativa all'ingresso in RSA la presenza di almeno una delle patologie sopra elencate.

La difficoltà nella deambulazione, l'eventuale utilizzo di ausili, la necessità di assistenza negli spostamenti e anche la difficoltà a muoversi nel letto contribuiscono ad aumentare il rischio di caduta per il paziente. Questi fattori sono riportati in Figura 11.3 dove si nota che la maggior parte degli ospiti aveva necessità di essere accompagnato dal letto al bagno e viceversa (56,5%) e si muoveva con difficoltà nel letto (42%); un ospite su quattro utilizzava presidi vari e un dato molto significativo è che il 15% degli anziani camminava aggrappandosi agli arredi circostanti.

La maggior parte dei pazienti presentava non solo un'andatura compromessa e la difficoltà a mantenere la posizione eretta, ma anche problemi a compiere attività quotidiane semplici come vestirsi o spogliarsi (Tabella 11.12).

Dai dati relativi alla valutazione dello stato mentale e dell'agitazione psicomotoria si evince che il 60,6% degli anziani era disorientato e/o confuso, circa la metà presentava alterazione della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo ed inoltre un paziente su tre era agitato (Figura 11.4).

Le terapie farmacologiche più frequenti hanno incluso: psicofarmaci (46,5%), diuretici (42,2%) e antipertensivi (35,9%) (Figura 11.5); per 14 casi (2,6%) era in corso un trattamento con infusioni endovenose.

In 28 casi si sono verificate variazioni cliniche, avvenute prima dei controlli previsti a 3/5 gg., che hanno comportato una rivalutazione del paziente (Tabella 11.13).

I risultati della rilevazione sulla sicurezza di ambienti e presidi sono riportati nel Box 2.

Valutazione del dolore

La rilevazione del dolore con la scheda multi-dimensionale è stata molto impegnativa per diversi motivi: primo fra tutti la difficoltà di scegliere tra più scale di misurazione del dolore, la necessità di recuperare alcune informazioni dalla documentazione sanitaria dell'ospite e, non ultima, la discrezionalità nell'osservazione diretta e nel monitoraggio quotidiano, elementi indispensabili per indirizzare l'ospite all'*équipe* multi-disciplinare.

Le schede complessivamente rilevate sono state 547 su un totale di 610 ospiti (89,7%). Di seguito riportiamo l'elaborazione della **parte A** - 1° valutazione - della scheda.

Al momento della somministrazione della scheda il 17% circa dei pazienti è stato valutato come autosufficiente, mentre i non autosufficienti sono risultati il 71% (Tabella 11.14). Questo dato può essere letto in parallelo con la distribuzione dei pazienti nei diversi moduli: il 71,5% è inserito nel modulo 1 (non autosufficienza stabilizzata), l'11% nel modulo 3 (disabilità prevalentemente di natura cognitivo/comportamentale) e una piccola quota nei restanti moduli 2 e 4 (Figura 11.7). Da segnalare il consistente numero di dati mancanti (*missing*) per

entrambi gli *item*: 12,1% e 16,6% rispettivamente.

Il dolore acuto è stato osservato nel 10,8% dei residenti mentre quello cronico nel 26,7%. Solo nel 5,5% dei casi sono presenti entrambi (Tabella 11.15).

Tra i 40 soggetti con lesioni cutanee il dolore è apparso riconducibile a questa causa in 14 casi (35%), nei 13 residenti con traumi è risultato correlabile all'evento in 7 casi (53,8%) e infine tra i 34 ospiti con ulcere il dolore è stato riportato da 8 pazienti (23,5%). Molto elevate però le percentuali di casi mancanti e non valutabili, che oscillano tra il 23% e il 29%.

Per la prima valutazione del dolore, ai pazienti è stata somministrata una delle cinque scale proposte, secondo la scelta del rilevatore. La scala PAINAD, la più utilizzata, è stata impiegata nel 21,2% dei casi, la VAS nel 19,4% dei casi e a seguire la VDS nel 14,3%. Meno adottate la NPIS (5,5%) e la FPRS (0,7%). Anche in questo caso da segnalare che nel 16,1% dei casi non vengono indicate scale di valutazione (Tabella 11.16).

Le valutazioni MMSE e ADL, recuperate dalla documentazione sanitaria, sono risultate presenti rispettivamente in: 122 (22,3%) e 225 ospiti (41%).

I punteggi della valutazione MMSE indicavano nel 37,7% dei casi una grave compromissione delle abilità cognitive, nel 23,8% una compromissione moderata o lieve ed infine il restante 38,5% non presentava alcun decadimento cognitivo (Tabella 11.17).

I punteggi della scala ADL hanno dimostrato che il 60% circa degli ospiti valutati era totalmente dipendente o con un livello di autonomia molto ridotto (0, 1-2), il 6,3% si trovava nella fascia intermedia (3-4) mentre il 33,5% poteva essere definito indipendente in tutte le funzioni (Tabella 11.18).

Più di un quarto dei pazienti non riusciva a comprendere le domande che gli/le venivano poste (Tabella 11.19).

Negli ultimi 3 mesi il 10,8% dei residenti era stato ricoverato principalmente per la riacutizzazione di patologie preesistenti tra cui le più frequenti risultavano essere: problemi generali, cardiovascolari, respiratori, ma anche 8 cadute (il 6,9% di tutte le segnalazioni pervenute attraverso l'apposita scheda, n=116) (Tabella 11.20).

BOX 2

Checklist per la sicurezza di ambienti e presidi – Risultati della rilevazione

Sono state compilate 87 schede (circa 10 schede per ciascuna struttura) in relazione alla diversa tipologia degli ambienti osservati, che potevano consistere in spazi o edifici interni ed esterni frequentabili o abitabili dagli ospiti; in ciascuno di questi ambienti sono stati valutati i pavimenti, l'illuminazione e la climatizzazione.

Tutte le strutture visitate sono state autorizzate e verificate dal punto di vista impiantistico e tecnologico da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL di riferimento territoriale e di conseguenza sono state sottoposte alle verifiche previste della Commissione appositamente costituita. Oltre alla struttura nel suo insieme sono stati visionati e valutati anche i presidi, gli ausili e gli arredi.

Attraverso la sezione I della scheda, che riguarda l'aspetto puramente strutturale degli ambienti, si è potuto rilevare che:

- nel 75% dei locali i pavimenti sono fatti di materiali scivolosi;
- nel 100% dei casi i pavimenti bagnati per la sanificazione giornaliera vengono segnalati con apposito cartello di pericolo;
- nel 30% dei casi le scale non presentano la fascetta antiscivolo;
- negli ambienti esterni sono presenti alcuni dislivelli del suolo;
- nel 36% dei casi i corrimano sono presenti almeno su un lato delle pareti dei locali ad uso degli ospiti ma non sono presenti nel 50% delle pareti degli ambienti esterni;
- nei bagni non è sempre presente il corrimano, nell'84% dei casi sono presenti le maniglie di presa e i pavimenti presentano caratteristiche antiscivolo;
- nel 77% dei casi nello spazio vasca/doccia sono presenti le sedute, fisse o mobili, per il posizionamento;
- il campanello di chiamata letto/bagno è presente nell'84% di queste stanze;
- l'illuminazione diurna e notturna è idonea nel 94% dei locali, compresi quelli esterni.

La sezione 2 (presidi e ausili) ha permesso di stabilire che:

- i deambulatori sono sufficienti per il numero dei pazienti ricoverati (100%);
- gli ausili per la movimentazione sono presenti in tutti i locali nei quali l'ospite viene mobilizzato (es. letto-poltrona e viceversa e palestra);
- le sedie a rotelle sono di diverso tipo; in particolare alcuni ospiti usano quella personale da diversi anni, spesso costruita con tecnologie diverse da quelle odierne o non provviste di poggia-piedi funzionante;
- il 50% delle sedie presenti in tutti gli ambienti visitati non è dotato di braccioli.

La sezione 3 (arredi) ha rilevato una forte eterogeneità tra le strutture, in particolare:

- nel 50% delle strutture i letti non sono regolabili in altezza; in alcune però sono presenti in forma mista, con/senza l'altezza regolabile e con/senza le ruote per favorire la movimentazione;
- la maggior parte degli ausili per le attività sanitarie, come ad esempio le aste per la terapia endovenosa, hanno 5 ruote sul basamento;
- i comodini e gli altri arredi dell'ospite non sempre rispondono a criteri ergonomici, anche se nel corso del 2009 diverse strutture stavano procedendo al rinnovo degli arredi.

Il portale

L'idea di realizzare un'applicazione *web* sul portale di ARS (mARSupio) è nata da varie esigenze emerse durante la fase pilota dello studio, ma soprattutto dalla necessità di garantire un luogo protetto per lo scambio di informazioni tra i componenti di una *community* di operatori destinata a crescere ulteriormente nel corso della successiva indagine regionale.

All'interno dell'area dedicata al progetto RSA, oltre a una breve descrizione del progetto, è possibile scaricare i materiali di lavoro, visualizzare l'intera rete delle RSA, consultare la mappa delle strutture che hanno partecipato alla fase pilota e che aderiranno alle fasi successive.

Attraverso il menu a sinistra della pagina *web*, strutturato in sezioni/aree, è anche possibile:

- consultare la documentazione sulla normativa italiana e toscana delle RSA e sulla principale letteratura disponibile;
- scambiare presentazioni delle giornate di incontro, *report* prodotti ed eventuali documenti tecnici;
- scaricare le schede di rilevazione utilizzate nell'indagine;
- consultare tutte le novità del progetto e ricevere informazioni sugli eventi collegati al Progetto.

Il portale verrà via via arricchito nel corso del Progetto regionale¹⁵ (v. oltre) e diventerà progressivamente lo strumento principale di accesso alle informazioni e al materiale di supporto per l'intera *community* che si andrà costruendo intorno alle attività e che conterà probabilmente qualche centinaio di operatori (Figura 11.1).

Figura 11.1 - Portale mARSupio - area RSA (indirizzo web: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/rsa/>)



¹⁵ Avviato durante l'estate 2010 e in corso al momento della pubblicazione di questo documento.

TABELLE E FIGURE - STUDIO PILOTA

DATI GENERALI

Tabella II.3 - Distribuzione per sesso ed età della popolazione in studio

Classi di età				Totale	%
	M	F	Missing		
30-54	4	2	2	8	1,3
55-69	26	21	1	48	8,1
70-84	94	143	7	244	41,1
85-94	34	171	8	213	35,9
>=95	6	64	2	72	12,1
Missing	3	5	1	9	1,5
Totale	167	406	21	594	100,0
%	28,1	68,4	3,5	100,0	

Tabella II.4 - Presa in carico del paziente da parte delle RSA

Preso in carico (mesi)	N.	%
0-2	41	6,9
3-6	37	6,2
7-12	45	7,6
>12	464	78,1
Non rilevabile	6	1,0
Missing	1	0,2
Totale	594	100,0

ULCERE DA PRESSIONE

Tabella II.5 - Distribuzione della casistica rispetto alla classi di rischio secondo la Scala di Braden

Classi di rischio	N.	%
No rischio (>16)	314	52,86
Medio rischio (13-16)	176	29,63
Alto rischio (6-12)	104	17,51
Totale	594	100,0

76

Figura II.2 - I principali fattori predisponenti

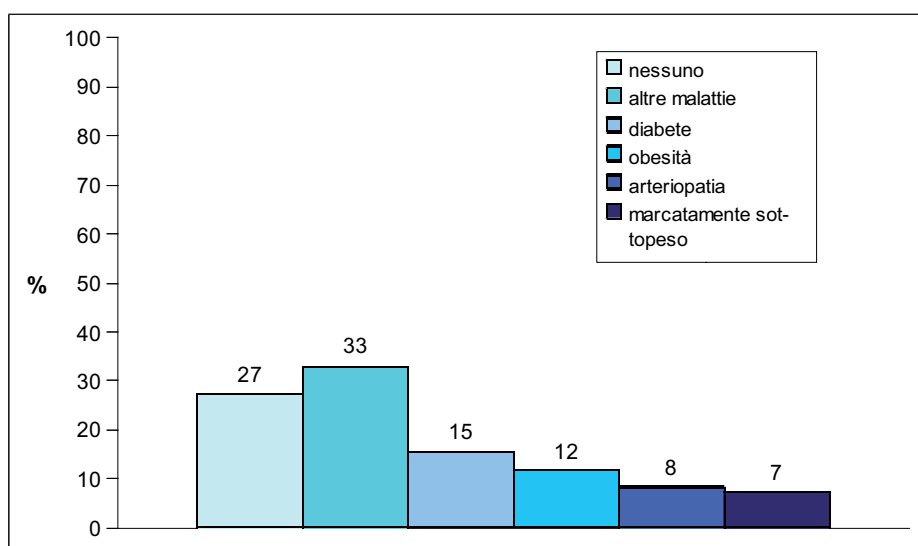


Tabella II.6 - Presenza dei presidi di prevenzione al letto del paziente

Presidi di prevenzione* presenti sul letto	Totale casi		Casi con UdP	
	N.	%	N.	%
Si	167	28,1	46	86,8
No	414	69,7	7	13,2
Missing	13	2,2	0	0,0
Totale	594	100	53	100

* superficie antidecubito con/senza motore di altezza <10cm/≥10 cm

Tabella II.7 - Momento di insorgenza delle ulcere da pressione

Momento di insorgenza UdP	N.	%
Prima della presa in carico in RSA	15	29,4
Durante la permanenza in RSA	25	49,0
A seguito di ricovero ospedaliero	0	0,0
Non documentato	11	21,6
Missing	2	3,8
Totale	53	100,0

Tabella II.8 - Numero di lesioni e di pazienti con lesioni

N. lesioni	N. pazienti	Lesioni totali
nessuna	528	0
1	55	55
2	7	14
3	1	3
4	1	4
5	1	5
6	1	6
Totale	594	87

Tabella II.9 - Altre tipologie di ulcere

Ulcere di altra natura	N.	%
Ulcere della gamba	11	1,9
Altro	19	3,2
Ulcere della gamba + altro	1	0,2
Missing	563	94,8
Totale	594	100,0

CADUTE

Tabella II.10 - Anamnesi di cadute avvenute nei 6 mesi precedenti il ricovero e/o durante la degenza

Cadute	N.	%
6 mesi prima		
si	137	25,5
no	401	74,5
Nelle prime 72 h		
si	5	0,9
no	532	98,9
Totale	538	100,0

78

Tabella II.11 - Patologie in corso, alterazione dei sensi ed eliminazione (è possibile la coesistenza di più condizioni cliniche nello stesso paziente)

Condizioni cliniche	Presenza di	%*	Missing	%
Vertigini nei 6 mesi precedenti	116	21,5	13	2,4
Vertigini nelle prime 72 h	48	8,9	7	1,3
Vista	71	13,2	0	0
Udito	107	19,8	0	0
Necessità bagno con frequenza elevata	179	33,3	2	0,4
Perdita di urine o feci	173	32,2	1	0,2

* Le percentuali sono calcolate sui 538 pazienti presenti nelle RSA

Figura II.3 - Mobilità del paziente all'ingresso

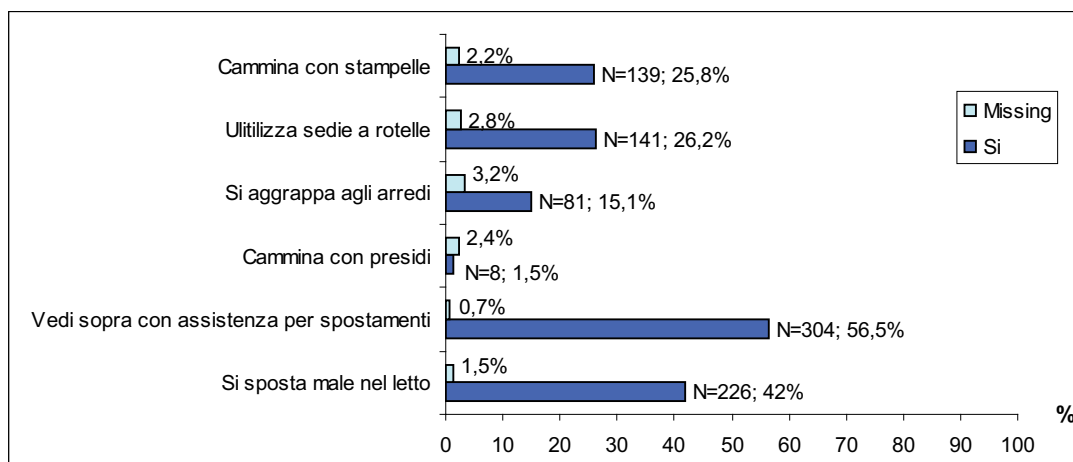


Tabella II.12 - Andatura e attività quotidiane (è possibile la coesistenza di più condizioni cliniche nello stesso paziente)

Problemi motori	N.	%*	Missing	%
Andatura compromessa	369	68,6	10	1,9
Difficoltà a mantenere la posizione eretta	323	60,0	10	1,9
Difficoltà a compiere le attività quotidiane	405	75,3	6	1,1

* Le percentuali sono calcolate sui 538 pazienti presenti nelle RSA

Figura II.4 - Stato mentale e agitazione psicomotoria

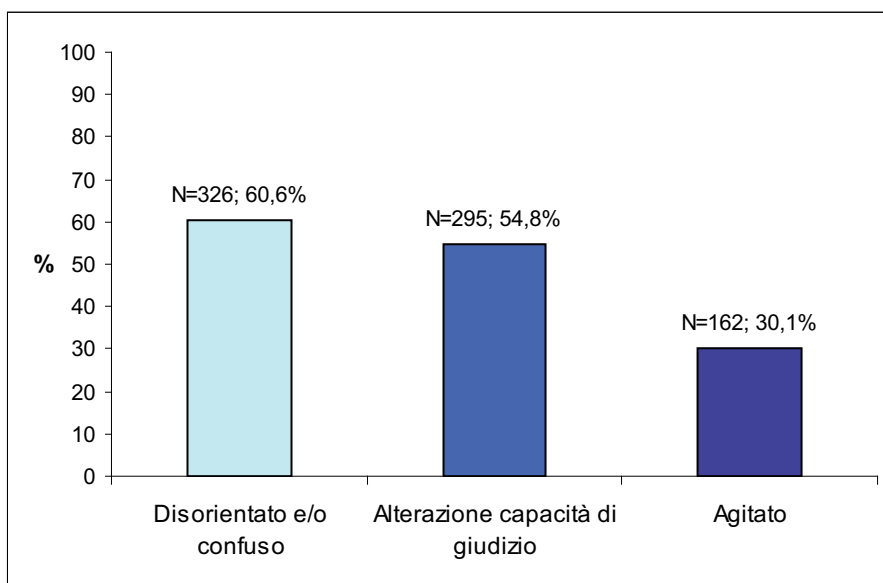


Figura II.5 - Assunzione di uno o più farmaci

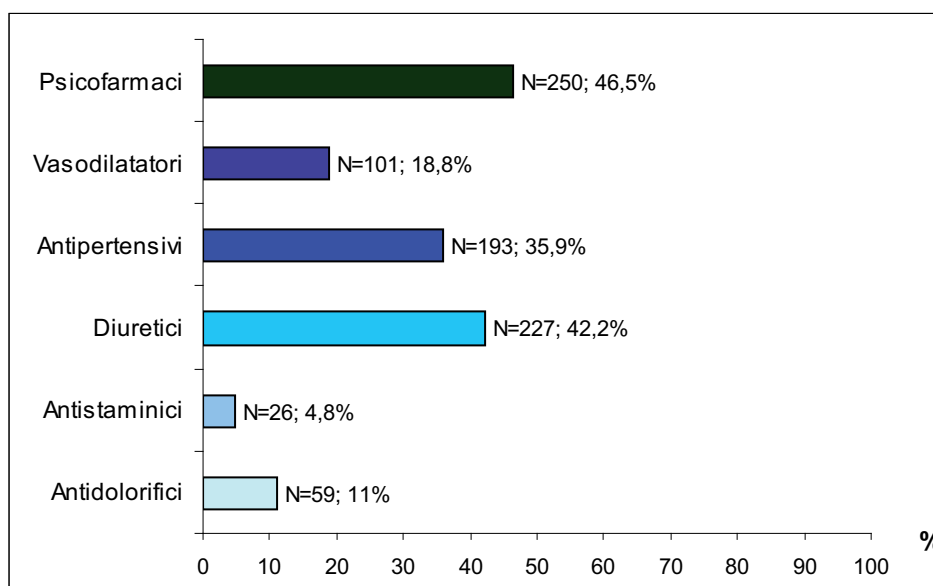
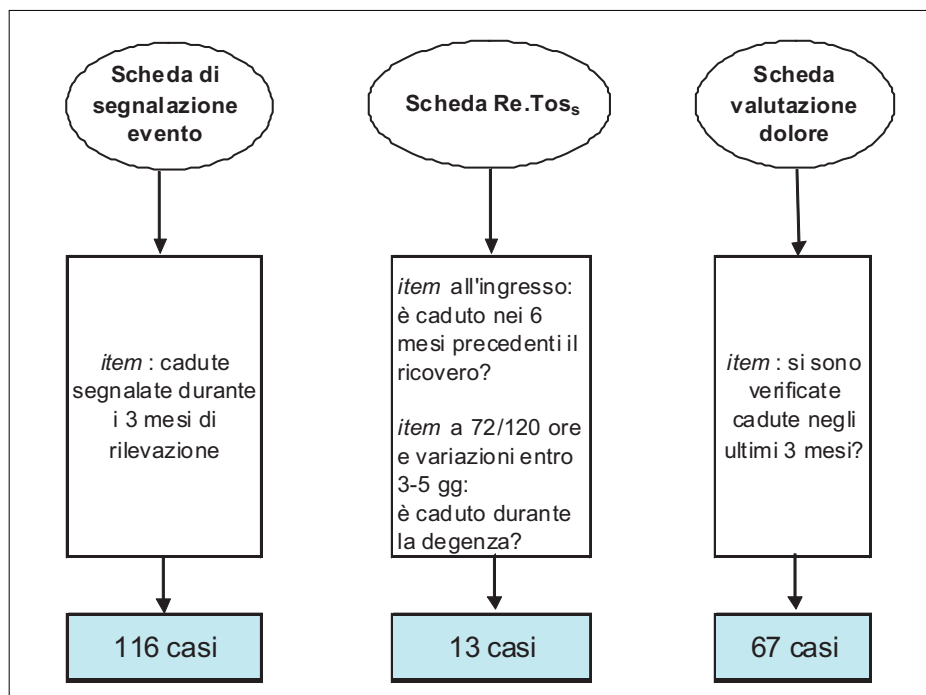


Tabella II.13 -Variazioni nelle condizioni cliniche se il paziente è stato rivalutato prima dei 3/5 gg. previsti

Variazioni cliniche	N.	%
Alterazione coscienza	4	14,3
Alterazione parametri vitali	8	28,6
Alterazione mobilità	6	21,4
Variazioni terapeutiche	1	3,6
Comparsa dolore	6	21,4
Altro	3	10,7
Totale	28	100,0

80

Figura II.6 - Item e casi riguardanti le cadute nelle tre schede dell'Indagine



DOLORE

Tabella II.14 - Valutazione del paziente al momento della somministrazione della scheda

Valutazione paziente	N.	%
Non autosufficiente	389	71,1
Autosufficiente	92	16,8
Missing	66	12,1
Totale	547	100,0

Figura II.7 - Moduli presenti nelle RSA

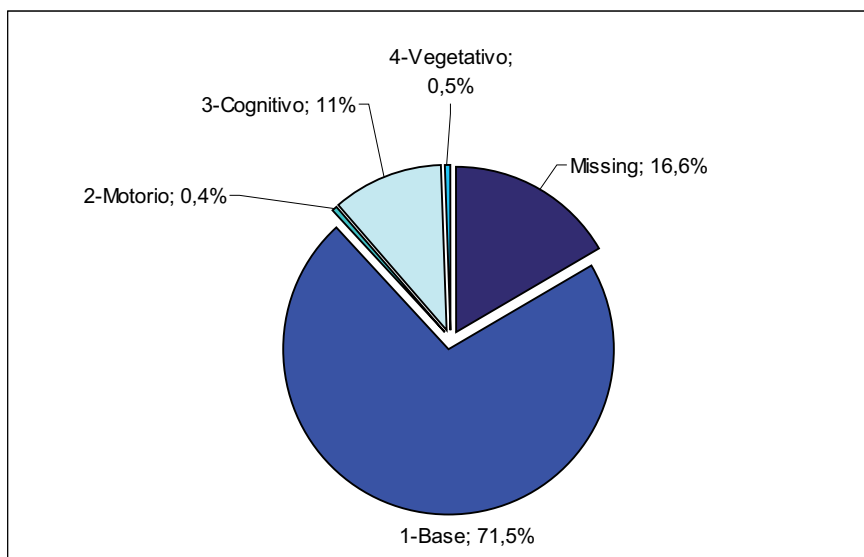


Tabella II.15 - Presenza di dolore acuto e/o cronico e dolore mai correlabile a lesioni, traumi e ulcere

Dolore	Totale	Correlabile		Mai correlabile	
	N. (%)*	N.	%	N.	%
Acuto	59 (10,8)	18/59	30,5	8/59	13,6
Cronico	146 (26,7)	11/146	0,1	32/146	21,9
Acuto + Cronico	30 (5,5)	6/30	0,2	4/30	13,3

* Calcolate sul totale dei pazienti (547).

Tabella II.16 - Scale utilizzate e punteggi indicati

Scale	N. valutazioni	% valutazioni	Punteggio				
			Medio	Mediano	Min	Max	Missing
VAS	106	19,4	1,0	0	0	8	2
NPIS	30	5,5	2,8	2,5	0	8	3
VDS	78	14,3	2,1	2	0	6	54
FPRS	4	0,7	3,3	2,5	2	6	26
PAINAD	116	21,2	1,3	0	0	8	42
Nessun utilizzo	88	16,1					

82

Tabella II.17 - Punteggi della valutazione del *Mini Mental State Evaluation* (MMSE)

Punteggi della valutazione MMSE	N.	%
Grave compromissione abilità cognitive (<18)	46	37,7
Compromissione moderata/lieve(18-23)	29	23,8
Assenza decadimento cognitivo (>25)	47	38,5
Totale	122	100,0
Media	18,4	
Mediana	21,3	
Min	0	
Max	34	

Tabella II.18 - Valutazione su *Index of Independence in Activities of Daily Living* (ADL)

ADL	Valutazione ADL					Totale	% su totale
	0	1-2	3-4	5-6	Missing		
Si	15	120	14	75	0	224	41
Nd	1	0	0	0	206	207	37,8
Nv	0	0	0	0	116	116	21,2
Totale	16	120	14	75	322	547	100,0
% su totale	2,9	21,9	2,6	13,7	58,9	100,0	
% su chi ha la valutazione	6,7	53,6	6,3	33,5			

Il punteggio totale varia da 0 a 6 (0=dipendenza completa, e 6=indipendenza in tutte le funzioni)

Tabella II.19 - Comprensione delle domande

Comprensione domande	N.	%
Si	309	56,5
No	157	28,7
Nv	75	13,7
Missing	6	1,1
Totale	547	100,0

Tabella II.20 - Raggruppamenti di cause o patologie del ricovero avvenuto negli ultimi 3 mesi

Causa o patologia del ricovero negli ultimi 3 mesi	N.	%
Fratture e cadute	8	13,6
Problemi respiratori	6	10,2
Problemi cardiovascolari	11	18,6
Problemi cognitivo/psicologici	2	3,4
Problemi neuropsicologici	2	3,4
Problemi generali	20	33,9
Missing	10	17,0
Totale	59	100,0

IL PROGETTO REGIONALE

Carta d'identità

Tipo di progetto – regionale, collaborativo

Promosso da - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; Direzione Generale Diritto alla Salute (Area della Non autosufficienza)¹⁶; Centro regionale GRC

Coordinamento operativo – ARS Toscana, Osservatorio Qualità ed Equità, Dr.ssa Stefania Rodella

Tabella I.21 - Coordinamento e Comitato tecnico-scientifico: elenco dei partecipanti¹⁷

Ente	Nome	Struttura	Città, AUSL
ARS Toscana	Stefania Rodella	Osservatorio Qualità ed Equità	Firenze
Regione Toscana	Patrizio Nocentini	Direzione Generale Diritto alla Salute - Area 'Non Autosufficienza'	Firenze
Regione Toscana	Riccardo Tartaglia	Centro regionale GRC	Firenze
Università	Guglielmo Bonaccorsi	Dipartimento Sanità Pubblica	Firenze
Università	Mauro di Bari Enrico Mossello	Scuola di Specializzazione Geriatria	Firenze
Università	Alessandro Mugelli Alfredo Vannacci	Dipartimento Farmacologia Preclinica e Clinica	Firenze
Università	Laura Rasero	Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica	Firenze
AUSL 3	Carlo Biagini	Geriatria territorio	Pistoia
IPASVI	Claudia Monaci	Federazione Toscana	Grosseto
ANASTE	Paolo Moneti		Firenze
ANSDIPP	Daniele Raspini	Direttore APSP "Martelli"	Figline Valdarno (FI)
UNEBA	Carlo A. Orvietani		Livorno
AUSL 3	Monica Marini	Direzione infermieristica	Pistoia
AUSL 8	Patrizia Castellucci	Direttore Servizi Sociali	Arezzo
AUSL 9	Fabrizio Boldrini	Direttore Società della Salute	Grosseto
AOU Careggi	Alessandro Bussotti	Medico di Medicina Generale, Agenzia Continuità Assistenziale	Firenze
ASF 10	Andrea Valdré	Direttore Società della Salute Firenze Nord-Ovest	Firenze
AUSL 5	Giuseppe Cecchi	Direttore Società della Salute Pisa	Pisa
Direzioni Sanitarie AOU -AUSL	<i>In via di definizione</i>		

¹⁶ Ora denominata Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Settore Integrazione socio-sanitaria e Non autosufficienza.

¹⁷ Nel corso del progetto il CTS potrà essere integrato, laddove lo si ritenga opportuno, da ulteriori componenti e figure professionali.

Tabella I 1.22 - Elenco RSA partecipanti (n = 60, PL autosufficienti = 509, PL non autosufficienti = 2.778)

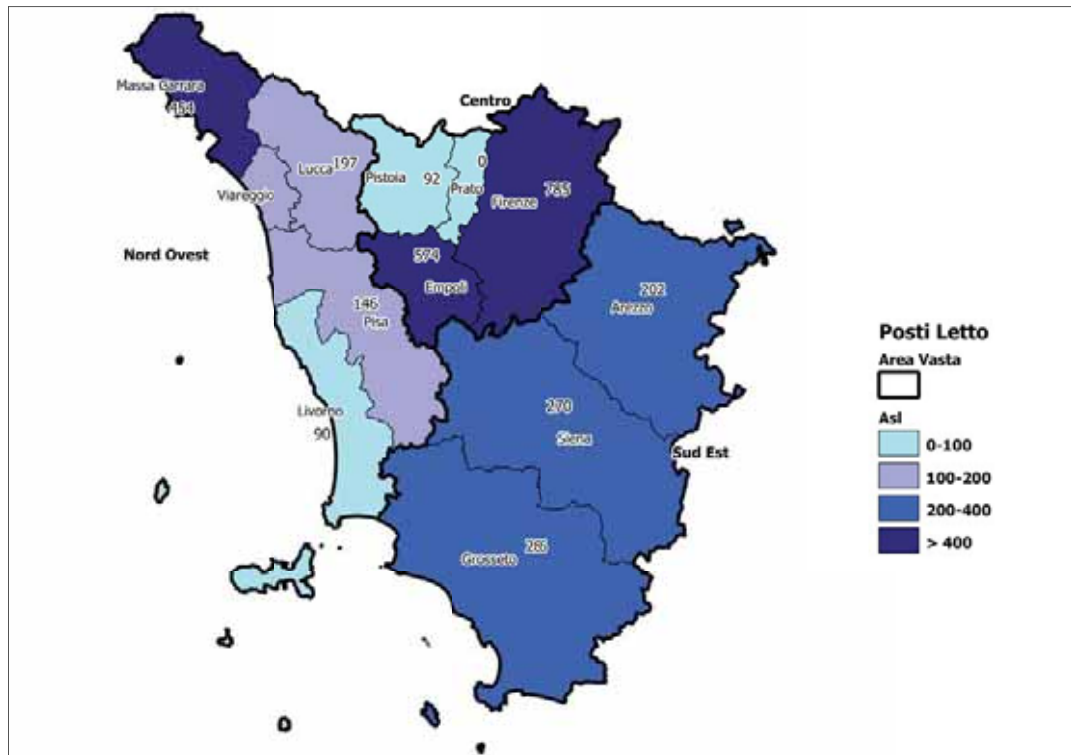
Città, AUSL	Struttura	N. PL Autosufficienti	N. PL Non Autosufficienti.
AUSL 1 Massa e Carrara	Istituzione Gestione Servizi per Anziani	30	40
	Casa Di Riposo Per Anziani G.Ascoli	4	40
	RSA Pontremoli	10	30
	RSA Fivizzano	7	21
	RSA Sanatrix - Aulla	20	38
	RSA Villa Verde - Comano	0	60
	RSA Villa Lory - Comano	20	20
	RSA Michelangelo - Aulla	0	40
	RSA Fontana d'oro - Mommio di Fivizzano	5	9
AUSL 2 Lucca	RSA Residence degli Ulivi - Podenzana	30	30
	RSA Il Sole - Altopascio	0	20
	RSA Pierotti - Coreglia Antelminelli	0	29
	RSA Villa Grassi Landi - Villetta S. Romano	0	44
	RSA Nobili - Giuncugnano	0	24
AUSL 3 Pistoia	RSA - Marlia	10	70
	RSA Bonelle - Pistoia	0	36
AUSL 5 Pisa	RSA Stella - Monsummano	0	56
	RSA Viale - Via Garibaldi, Pisa	0	32
	RSA Casa Mimosa - Via Torino, Pisa	0	40
	RSA Casciana Terme	0	40
AUSL 6 Livorno	ASP Santa Chiara - Volterra	2	72
	RSA Piombino	0	40
AUSL 7 Siena	RSA Campiglia Marittima	0	50
	ASP Città di Siena - Via Campansi, 18 Siena	71	199
AUSL 8 Arezzo	RSA Dario Maestrini - Arezzo	0	43
	RSA Boschi - Subbiano	0	40
	RSA S. Maria della Pace - Monte S. Savino	0	19
	RSA La Primula Blu - Camucia	0	20
	RSA - Castiglion Fiorentino	0	25
	RSA Pieve Santo Stefano	0	34
	RSA Santa Croce - Anghiari	0	21
AUSL 9 Grosseto	RSA Ferrucci - Grosseto	20	67
	ASP Piccolomini-Sereni - Sorano (GR)	5	20
	RSA Costa d'Argento - Orbetello	50	30
	RSA Le Prata - Pitigliano (GR)	27	28
	RSA Pizzetti - Grosseto	0	39
AUSL 10 Firenze	RSA Villa Solaria - Sesto Fiorentino	0	62
	RSA La Meridiana - Firenze	0	36
	RSA Villa Gisella - Firenze	0	153
	RSA La Cupolina - Firenze	0	115
	ASP Montedomini - Firenze	14	80
	RSA Ledanice - Scandicci	0	35
	RSA Villa I Pitti - Signa	2	70
	ASP Martelli - Figline Valdarno	11	87
Villa Jole - Bagno a Ripoli	19	101	

Tabella I I.22 (segue) - Elenco RSA partecipanti (n = 60, PL auto = 509, PL non auto = 2.778)

Città, AUSL	Struttura	N. PL Autosufficienti	N. PL Non Autosufficienti.
AUSL 11 Empoli	RSA Via volta Empoli	0	20
	RSA Via chiassatelle, Empoli	0	20
	RSA Via Neruda, Castelfiorentino	0	37
	RSA S. Menichetti Castelfranco	0	39
	RSA Le Vele Fucecchio	0	60
	Fondazione Centro Residenziale V. Chiarugi	24	96
	ASP Del Campana Guazzesi San Miniato (PI)	18	40
	Casa di Riposo S. Maria della Misericordia - Montespertoli	12	36
	Villa Serena - Montaione	98	74
AUSL 12 Viareggio	Istituto "Pio Campana" - Seravezza	0	44
	RSA Villa Ciocchetti - Pietrasanta	0	42
	RSA Casa dei Nonni - Camaiore	0	18
	RSA M.D. Barbantini - Viareggio	0	27
	RSA S. Lorenzo	0	60

86

Figura I I.8 - Distribuzione su territorio dei posti letto delle RSA partecipanti.



Avvertenza - la sezione che segue include alcune parti già contenute nelle sezioni precedenti. Si è deciso tuttavia di mantenerne invariato il testo poiché esso costituisce, nel suo insieme, il protocollo di studio del Progetto regionale.

INTRODUZIONE

In molti Paesi dell'Europa e negli Stati Uniti, quando una persona anziana (o una persona più giovane con disabilità) richiede, nella vita di ogni giorno, più assistenza di quanta ne possano assicurare i familiari o gli amici più prossimi, soprattutto se sono presenti problemi di incontinenza o disturbi mentali, si pone il problema di ricorrere a una struttura residenziale, che può avere denominazioni diverse a seconda del Paese in cui è collocata: in Italia si parla generalmente di residenza sanitaria assistita, o RSA; nei paesi di lingua anglosassone si parla di *nursing home* o *long-term care*. La stessa soluzione si prospetta quando un paziente anziano ha bisogno di assistenza infermieristica o riabilitativa nel periodo di convalescenza che fa seguito a un intervento chirurgico o a un ricovero in ospedale per un problema medico. Soluzioni alternative alla residenza sanitaria possono consistere in assistenza a domicilio, residenze protette, centri diurni; si tratta tuttavia di servizi ancora minoritari quasi ovunque, sebbene probabilmente in via di espansione in molti Paesi.

Le RSA si rivolgono a soggetti in condizioni di vita e di autonomia molto diverse tra loro e non è facile offrire servizi di qualità a una popolazione così eterogenea. Esiste comunque la tendenza pressoché generalizzata a un aumento dei PL dedicati a soggetti con disabilità gravi e destinati a un'accoglienza a lungo termine.

In Europa, la Commissione Europea ha definito un'istituzione residenziale come “*un edificio in cui vivono più di 30 persone, l'80% delle quali (almeno) versino in condizioni di disabilità fisica o psichica*”¹⁸. In Europa, come negli Stati Uniti, la costruzione di strutture residenziali è stata la tipica risposta, fin dagli inizi del XIX secolo, alle necessità di persone con disabilità fisiche e mentali e con bisogno di alloggio e di assistenza nella vita quotidiana. Spesso realizzate per alleviare la sofferenza e sulla base di nobili principi, sono poi diventate, in molti casi, strumenti di segregazione e controllo, in cui venivano tollerati *standard* di cura anche molto scadenti. Dopo la seconda guerra mondiale quindi, in alcuni Paesi si sono sviluppate politiche volte al superamento della residenzialità.

Sempre di più, l'obiettivo dei servizi per le persone con disabilità fisiche o mentali viene oggi visto dunque non come la messa a disposizione di particolari programmi o edifici dedicati, ma come la disponibilità di una gamma flessibile di risorse e supporti che possano essere assemblati e adattati ai bisogni delle persone, mettendole in grado di vivere la vita che essi desiderano, ma con l'aiuto di cui hanno bisogno¹⁹: tra questi, le strutture residenziali possono continuare a rappresentare una soluzione (ma non l'unica alternativa), a cui ricorrere secondo criteri definiti, con garanzie sufficienti, in un sistema complessivo basato sul monitoraggio e sulla periodica rivalutazione della rispondenza a *standard* di qualità, sicurezza ed equità²⁰.

¹⁸ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J. and Beecham J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Report of a European Study*. Vol. I. Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.

¹⁹ Ci si riferisce solitamente a questo approccio come “vita supportata” o “vita indipendente”.

²⁰ Lo studio “*Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*”, pubblicato nel 2007, si è proposto di fornire evidenze scientifiche, a livello europeo, volte a stimolare la riallocazione delle risorse finanziarie per soddisfare al

In Italia, nella popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni, che rappresenta circa il 20% della popolazione generale nel nostro Paese, ma assorbe il 50% circa della spesa sanitaria pubblica, 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, anche il nostro sistema sanitario offre due alternative: l'assistenza domiciliare e la 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). 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, Lungo-degenze riabilitative etc. Molto variabili sono inoltre le condizioni strutturali e organizzative e la configurazione amministrativa; quasi inesistenti inoltre, come segnalato dal Progetto Mattoni, 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, 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%. 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

meglio i bisogni delle persone con disabilità, attraverso una transizione da grandi istituzioni a un sistema di servizi per assicurare una vita indipendente nella comunità. Nel perseguire i suoi obiettivi, il progetto ha consentito la raccolta di molte informazioni di rilievo, in ben 28 Paesi europei, riguardanti la distribuzione, l'organizzazione e i costi delle strutture residenziali per soggetti con disabilità fisiche e mentali.

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. 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. 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 (Protocollo non pubblicato).

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.

È necessario dunque fare un passo ulteriore per migliorare o consolidare le **attività e 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; allo stesso tempo, è urgente avviare o rafforzare specifici interventi/percorsi di formazione indirizzati all'**adozione di pratiche di provata efficacia** da parte del personale di assistenza. Infine, è opportuno costruire e sperimentare criteri e misure di processo e di esito pertinenti ad entrambi gli obiettivi.

Il **Progetto regionale descritto in queste pagine** si propone di offrire un contributo in questo senso, con la messa a punto e sperimentazione di un insieme integrato di misure di qualità dell'assistenza in (un campione di) RSA della Toscana: i principali risultati attesi sono, da un lato, un'immagine *baseline* dell'assistenza in RSA basata su alcuni indicatori "traccianti", dall'altro la messa a fuoco di ambiti e opportunità di miglioramento organizzativo e professionale.

Il Progetto regionale prende l'avvio in un momento di convergenza tra diversi interventi: da un lato è in corso l'applicazione della normativa regionale sull'accreditamento del settore sociale, a cui le strutture residenziali partecipano provvedendo ai primi adempimenti entro il 21 settembre 2010²¹; dall'altro è in corso una prima valutazione sul livello di implementazione del sistema informativo proposto dal Progetto Mattoni. Questa concomitanza, seppure impegnativa sul piano pratico, potrà consentire di affrontare il tema della qualità dell'assistenza secondo un modello concettuale integrato, ancorato sia al processo di accreditamento istituzionale sia al sistema informativo del Mattone 12.

I risultati del Progetto potranno essere in parte trasferibili anche ad altri *setting* assistenziali coinvolti nelle cure agli anziani con disabilità e diversi gradi di autosufficienza, quale l'ospedale per acuti e l'assistenza domiciliare. Le attività che ne faranno parte saranno inoltre 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 assistenziale²².

²¹ DGR n. 29/R, 3 marzo 2010. regolamento di attuazione della LR 28 dicembre 2009 n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

²² Il Progetto regionale prende l'avvio nel momento in cui viene finanziato dal CCM un Progetto inter-regionale, della durata di 2 anni, dal titolo "Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multi-dimensionale di indicatori quality ed equity oriented ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema". Capofila del progetto è la Regione Toscana, Ente esecutivo è l'ARS, Coordinatore Scientifico la dr.ssa Stefania Rodella.

OBIETTIVI

Il Progetto RSA_QuEST fa seguito allo studio pilota condotto nel 2009, soprattutto con obiettivi di fattibilità, in 8 RSA della Toscana. La ricerca a livello regionale si propone gli stessi obiettivi, su scala più vasta:

Descrivere:

- livello di rischio e presenza di UdP
- utilizzo dei presidi antidecubito
- presenza di dolore
- presenza di dolore alla medicazione in presenza di UdP
- livello di rischio e incidenza di cadute
- livello di rischio di ambienti e presidi

nelle RSA toscane che aderiscono allo Studio.

Identificare:

aree critiche per la qualità dell'assistenza, utilizzando i risultati dello Studio come misurazione *baseline*.

Progettare:

un sistema di monitoraggio periodico, basato su indicatori *Evidence-Based* (EB) per la valutazione di impatto di interventi di miglioramento (ad esempio percorsi formativi o iniziative per l'implementazione di LG).

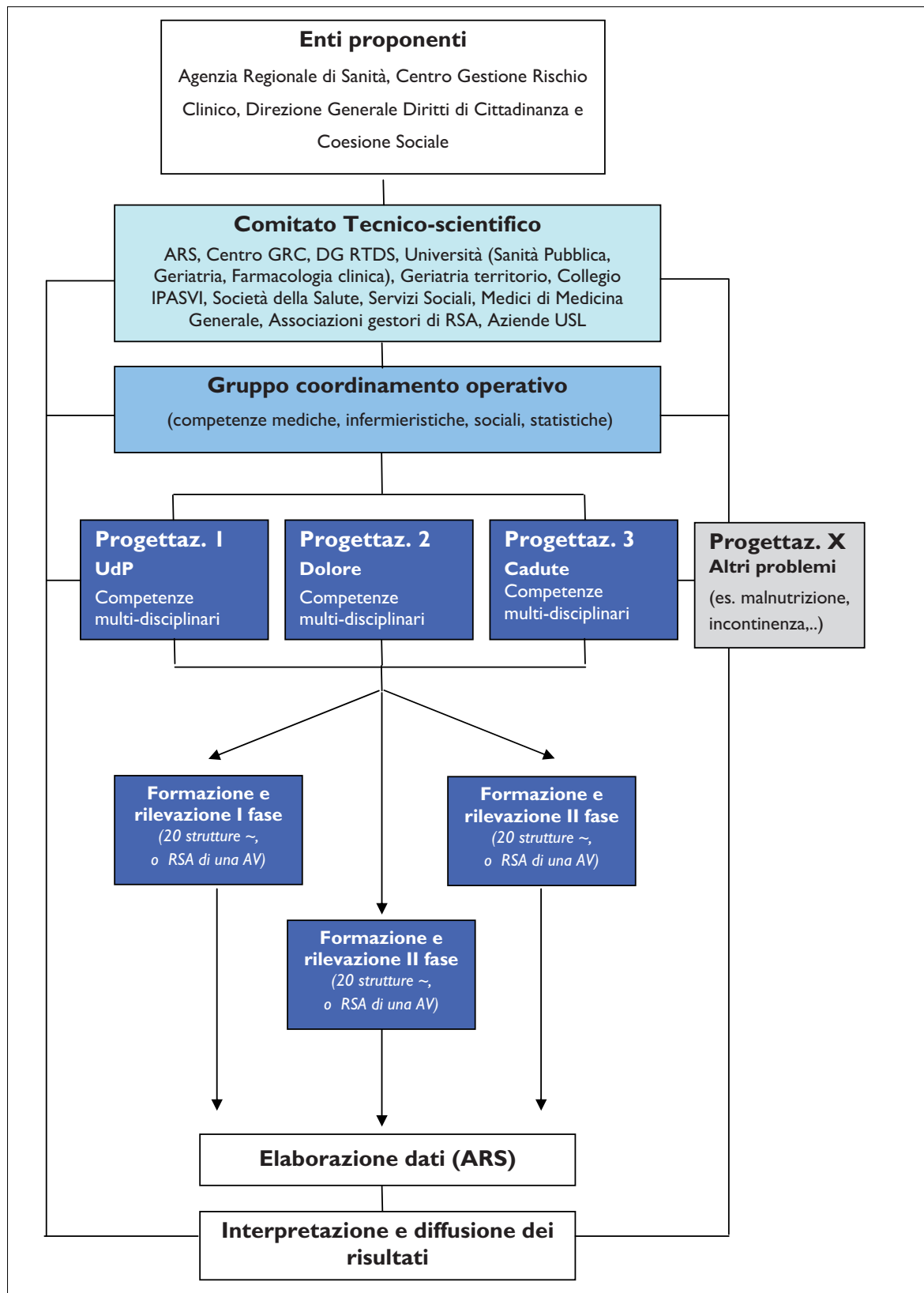
Rendere disponibili:

un metodo di lavoro e un insieme di indicatori scientificamente validi e applicabili a diversi livelli del Sistema Sanitario Regionale (Regione, Area Vasta, Azienda).

Promuovere:

l'adozione di un linguaggio comune da parte della rete di operatori impegnati quotidianamente nella pratica assistenziale delle RSA e l'integrazione tra diversi strumenti di sorveglianza e valutazione della qualità dell'assistenza,

ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO



ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO (segue)

Il GCO fornisce supporto scientifico, metodologico, organizzativo e tecnico in tutte le fasi operative della conduzione del progetto, in particolare per quanto riguarda:

- stesura e revisione del protocollo;
- allestimento materiale informativo (locandine, poster, *brochure*);
- identificazione dei professionisti che saranno coinvolti nelle fasi di progettazione della formazione e di formazione sul campo;
- coordinamento della fase di progettazione degli interventi formativi e degli strumenti di formazione e rilevazione;
- supporto organizzativo e logistico nell'allestimento degli strumenti didattici e delle schede di rilevazione;
- supporto organizzativo e logistico nell'organizzazione della fase formativa in AV;
- identificazione della popolazione *target* per la rilevazione;
- identificazione, presso ciascuna RSA, degli operatori che verranno coinvolti nella fase di formazione e di rilevazione;
- coordinamento delle fasi di raccolta ed elaborazione dati;
- stesura e revisione dell/i rapporto/i di ricerca;
- supporto metodologico e tecnico nell'interpretazione e diffusione dei risultati.

I componenti del GCO sono professionisti di area medica, infermieristica e statistico-epidemiologica, con competenza ed esperienza nella assistenza residenziale e nei problemi di salute che sono oggetto della ricerca.

Il GCO opera in stretto rapporto con il CTS e con i referenti delle RSA partecipanti alla ricerca. Il GCO è coordinato dall'ARS Toscana.

I GRUPPI DI PROGETTAZIONE DELLA FORMAZIONE (GPF)

I GPF hanno il compito di mettere a punto gli strumenti formativi e le schede di rilevazione pertinenti ai problemi di salute che sono oggetto della ricerca, in particolare ulcere da pressione, dolore e cadute. Ai GPF fanno capo le seguenti attività:

- revisione della letteratura;
- allestimento dei pacchetti formativi o "moduli" (obiettivi formativi generali e specifici, presentazioni, manuali, documentazione di supporto);
- allestimento del calendario degli interventi formativi;
- coordinamento dei formatori;
- supporto all'organizzazione on site degli interventi formativi;
- supporto all'organizzazione di un servizio di *help desk* durante la fase di rilevazione;
- presidio dei tempi per tutta la fase di formazione sul campo.

I GPF operano in stretto rapporto con il GCO, con i formatori e con i referenti delle RSA che partecipano alla ricerca.

I componenti dei tre GPF sono professionisti (da 3 a 5) di area medica e infermieristica con specifica competenza nei problemi di salute che sono oggetto della ricerca e con esperienza in metodologia della formazione in ambito sociale e sanitario.

Ciascun GPF nomina un proprio responsabile, che avrà il compito di convocare le riunioni, presidiare i tempi e i materiali di lavoro e mantenere i rapporti con il GCO e con gli altri interlocutori (RSA e formatori).

Oltre ai tre problemi “traccianti” già identificati, se giudicato opportuno dal CTS e fattibile dal GCO, potranno essere affrontati altri ambiti rilevanti per la qualità dell’assistenza in RSA, ad esempio: incontinenza, malnutrizione, prescrizione e utilizzo di mezzi di contenzione, etc.)²³.

LA FORMAZIONE SUL CAMPO

Gli obiettivi formativi generali di ciascun modulo saranno in sintesi:

- migliorare le conoscenze di base relative allo specifico problema di salute, con riferimento soprattutto a linee guida esistenti, scientificamente valide;
- sviluppare conoscenze di base relative agli strumenti di rilevazione (del rischio) più diffusi (schede, scale, etc.);
- sviluppare le capacità di base necessarie per la rilevazione nelle RSA;
- condurre simulazioni di compilazione.

93

Ciascun modulo si svolgerà secondo gli obiettivi formativi specifici già definiti in fase di allestimento dei moduli, in collaborazione con i GPF.

I formatori impegnati nei singoli moduli avranno il compito di raccordarsi tra loro per l’attività d’aula, registrare le presenze degli operatori e rendersi disponibili, nella successiva fase di rilevazione, per rispondere a eventuali dubbi o difficoltà dei rilevatori (*help desk*).

LA RILEVAZIONE

La fase di rilevazione si svolgerà contemporaneamente nelle RSA partecipanti al progetto, secondo le fasi e i gruppi stabiliti, e in date e periodi immediatamente successivi alla fase di formazione.

La fase di rilevazione si svolgerà in tre tappe:

- identificazione della popolazione *target* di residenti in RSA, a partire dai dati di struttura e di attività a disposizione per ciascuna struttura;
- rilevazione sul campo (al letto del paziente);
- primo controllo di qualità e trasmissione delle schede al GCO.

La rilevazione verrà effettuata dagli operatori delle RSA già identificati dal GCO nella fase di progettazione, in collaborazione con i referenti delle singole RSA partecipanti e con il supporto dei componenti del CTS che rappresentano le Associazioni dei gestori.

La fase di rilevazione è coordinata dal GCO, con il supporto locale dei referenti delle RSA e in stretta connessione con i formatori, per garantire la funzione di *help desk*, che sarà attiva per tutta la durata della rilevazione.

Ciascun rilevatore, concluso il suo lavoro, dovrà provvedere a un primo controllo di qualità e completezza dei propri dati e consegnerà poi le proprie schede al referente della sua struttura. Il referente provvederà a un secondo controllo di qualità delle schede consegnate da tutti i rilevatori della sua struttura e, successivamente, trasmetterà le schede raccolte al GCO, presso ARS.

²³ Si consideri che questa estensione potrà essere realizzata nell’ambito del già menzionato Progetto interregionale finanziato dal CCM..

La registrazione e l'elaborazione dei dati

L'intera fase è coordinata da ARS, che si occuperà di:

- effettuare un controllo di qualità dei dati su tutte le schede pervenute;
- effettuare la lettura delle schede e l'allestimento del *database*;
- effettuare le elaborazioni statistiche, secondo un protocollo definito.

La rilevazione verrà effettuata dagli operatori delle RSA già identificati dal GCO nella fase di progettazione, in collaborazione con i referenti delle singole RSA partecipanti e con il supporto dei componenti del CTS che rappresentano le Associazioni dei gestori.

I risultati delle elaborazioni verranno discussi in sede di GCO e di CTS. Alla discussione dei dati potranno partecipare anche i componenti del GPF e i formatori.

94

La diffusione dei risultati

Un protocollo di diffusione dei risultati verrà definito e approvato dal CTS. In fase di diffusione (via *web*, stampa o media) l'ARS fornirà supporto tecnico, metodologico e organizzativo (vedi anche sezione 9 in questo protocollo).

Il disegno dello studio

Lo studio corrisponde al disegno della *survey* per la raccolta di:

- dati di prevalenza per UdP e dolore;
- dati di incidenza per cadute (periodo di osservazione: 3 mesi, eventualmente prolungabile a 6 mesi).

Lo Studio include anche una fase di *follow up* breve, con 2 successive rilevazioni, nei pazienti in cui venga rilevata in prima battuta la presenza di dolore moderato o grave. Le due rilevazioni successive, a cui corrispondono due sezioni specifiche della scheda di rilevazione, hanno l'obiettivo di raccogliere informazioni relative al trattamento e all'attivazione dell'*équipe* multi-disciplinare.

L'inclusione di altri eventuali problemi di salute di interesse determinerà naturalmente la definizione del disegno più appropriato e dei corrispondenti metodi e strumenti di rilevazione.

METODI

Selezione del campione

La popolazione in studio è rappresentata dai pazienti ospiti delle 60 RSA partecipanti, che hanno aderito volontariamente allo studio. In totale, la popolazione indagata è pari a circa 500 ospiti autosufficienti e 2.778 non autosufficienti. Il campione così identificato rappresenta circa il 21% delle RSA presenti in Toscana e circa il 24% della popolazione assistita in RSA nella nostra Regione (vedi Tabella II.22 e Allegato 8).

Per le UdP la popolazione *target* della rilevazione sarà soprattutto costituita dai soggetti non autosufficienti. Per dolore e cadute la rilevazione riguarderà la totalità degli ospiti.

Comunicazione

Durante la fase di progettazione verrà organizzato anche una piccola campagna informativa, in particolare verranno allestiti poster, locandine e brochure con le caratteristiche e le tappe essenziali del progetto. Sviluppo del progetto, stampa e diffusione del materiale saranno a carico del GCO.

Formazione

La formazione sarà effettuata con riferimento a linee guida e indirizzi regionali (LG per le UdP pubblicate nel 2005 da un GdL del CSR e inserite nel Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG; indirizzi del PSR 2008-2010; programma di attività del Centro Regionale GRC; indirizzi della Commissione regionale di Coordinamento delle azioni di lotta al dolore)

La fase di formazione si svolgerà in tre "blocchi", ciascuno dei quali sarà condotto in un gruppo di strutture (circa 20) - o, in alternativa, in tutte le strutture di un'Area Vasta - e sarà rivolto agli operatori delle RSA incluse in ciascun "blocco".

Ciascun "blocco" sarà composto da 3 "sessioni" rispettivamente dedicate a UdP, dolore e cadute. Complessivamente, ciascun "blocco", della durata di 1,5-2 gg., sarà affidato a formatori (1 o 2) individuati sulla base di competenze ed esperienza nello specifico problema di salute e coordinati dal rispettivo GPF.

Progettazione pacchetti formativi

Vedi sezione "Gruppi di progettazione della formazione".

Allestimento strumenti di rilevazione

Per ciascuno dei problemi indagati verrà utilizzata una scheda *standard* a lettura ottica (sovrapponibile a quella utilizzata nella fase pilota, con alcune modifiche e integrazioni), che rappresenta un adattamento rispetto a schede analoghe già utilizzate nelle precedenti indagini regionali e nei rispettivi programmi in corso (in ambito ospedaliero).

Allestimento manuali istruzione per gli operatori

Prima dell'indagine i rilevatori riceveranno una documentazione essenziale in merito a:

- obiettivi del Progetto
- modalità di svolgimento dell'indagine (data, strutture, etc.);
- modalità di codifica di rilevatore e ospite;
- istruzioni operative per l'attuazione della rilevazione al letto del paziente (o al momento dell'ammissione in struttura), con materiale illustrativo appropriato per il riconoscimento e la corretta registrazione dei fenomeni indagati.

Le schede di rilevazione verranno assemblate per singolo centro e rese disponibili da ARS a ciascuna RSA, che poi le inoltrerà agli operatori di sua competenza (tramite il referente già individuato), già identificati per la rilevazione e già formati a questo scopo.

Le altre azioni fondamentali della fase di progettazione/formazione saranno:

- redazione e diffusione del calendario;

- organizzazione delle giornate di formazione;
- formazione in aula.

Rilevazione

Per UdP e dolore verrà effettuata presso i centri reclutati, in una settimana definita, con la collaborazione degli infermieri e degli operatori delle RSA. Per le cadute verrà effettuata in modo prospettico, per la durata di 3 (o 6) mesi, a partire dalla settimana definita per UdP e dolore. Le fonti dei dati saranno:

1. esame diretto e intervista al paziente;
2. esame della documentazione clinica (medica e infermieristica) disponibile, per le variabili pertinenti allo Studio;
3. osservazione del paziente nel tempo (cadute).

Codifica

A ciascun centro verrà attribuito un codice, prestampato sulle schede di rilevazione.

A ciascun rilevatore verrà attribuito un codice, identificato dal Gruppo di Coordinamento Operativo (GCO).

A ciascun ospite verrà attribuito un codice (probabilmente un numero progressivo (oppure altro codice eventualmente già in uso presso le RSA) dall'operatore che effettuerà la rilevazione.

Tutte le altre procedure di codifica saranno effettuate, presso l'ARS Toscana, nell'ambito del software per la lettura ottica delle schede.

Controlli di qualità dei dati

Il controllo di qualità delle schede compilate verrà effettuato sia sulla base della completezza delle variabili registrate sia sulle eventuali incongruenze tra variabili. Alcune incompletezze o incongruenze potranno essere corrette in via indiretta, attraverso l'incrocio con altre informazioni rilevate da variabili pertinenti e correlate. Laddove non sia possibile correggere i dati in via indiretta e le informazioni mancanti siano ritenute di rilievo (con maggiore peso rispetto ad altre variabili) ai fini dell'indagine, il GCO richiederà direttamente agli operatori delle RSA le dovute integrazioni. Quando tutte le informazioni saranno complete la scheda verrà validata ed entrerà a far parte del database definitivo su cui verranno effettuate tutte le elaborazioni.

Criteri di esclusione dei casi dalle analisi

Saranno escluse dalle analisi finali le schede con incompletezze gravi (secondo una *checklist* standardizzata, già utilizzata nello Studio pilota concluso nel 2009). In termini generali sarà considerata 'incompletezza grave' l'assenza di ogni informazione necessaria al calcolo degli indicatori di interesse e della loro distribuzione nella popolazione in studio.

Gestione e aggiornamento dell'archivio

L'aggiornamento dell'archivio verrà effettuato in ARS a partire dalla conclusione della fase di rilevazione e via via che le schede di rilevazione verranno trasmesse dalle strutture partecipanti.

L'archiviazione delle schede raccolte avverrà tramite un software per la lettura ottica (*Abbyy Formreader* versione 6.5) che richiede una massima precisione nella fase di compilazione dei questionari ma che ne permette in modo rapido l'archiviazione in un *database*. Inoltre, il sistema consente di disporre "a video" delle immagini relative ai questionari consentendone quindi una facile consultazione.

Il sistema a lettura ottica si compone di due fasi principali:

- a) l'acquisizione dell'immagine tramite la scansione;
- b) l'esportazione dei dati ad un *database* compatibile con il sistema.

Per l'esportazione e archiviazione dei dati finali verrà utilizzato un *database Access* che verrà implementato automaticamente al termine di ogni sessione di lettura delle schede. Il *database* dovrà essere costruito prima di procedere alla prima esportazione dei dati e dovrà contenere tutte le variabili previste dal questionario di rilevazione.

INDICATORI

Dall'Indagine regionale - considerata nel suo complesso - sarà possibile ricavare informazioni sulla rilevabilità e sul valore di alcuni indicatori essenziali, tra quelli elencati qui di seguito, a sviluppo di quanto già sperimentato nello Studio pilota:

UdP e dolore

*Indicatori di processo*²⁴

1. % documentazioni cliniche che includono la valutazione per UdP con scala di Braden e/o il monitoraggio del dolore
2. % pazienti valutati periodicamente (ogni n. gg.) per rischio di UdP o per presenza di dolore
3. % pazienti a rischio di UdP a cui è stato assegnato un PAD raccomandato (o non raccomandato) dalle linee guida.
4. % pazienti a rischio per i quali è documentato il riposizionamento
5. % pazienti a rischio o con presenza di UdP (e loro *caregiver*) che hanno ricevuto materiale informativo di supporto per la gestione quotidiana del problema.

L'indicatore C verrà rilevato dall'indagine di prevalenza.

*Indicatori di esito*²⁵

L'indagine rileverà soprattutto indicatori di esito (prevalenza di UdP, prevalenza di soggetti a rischio, prevalenza di dolore)

²⁴ Misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni nel processo assistenziale e nelle pratiche professionali. Sono di pertinenza prevalentemente degli operatori impegnati nell'assistenza diretta agli ospiti in RSA. Sono rilevabili in alcuni casi da flussi informativi, per lo più da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad hoc* che utilizzino schede specifiche e standardizzate. Un'altra possibile fonte di rilevazione è rappresentata da indagini su opinioni ed esperienze dei pazienti.

²⁵ Misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle LG su morbilità, dolore, percezione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di pazienti, famiglie e *caregiver*. Riguardano i pazienti e le persone che li assistono, i soggetti a rischio e le comunità nel loro insieme. Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di aggiustamento del rischio, non sempre attuabili. Sono rilevabili da flussi informativi correnti, ma per le UdP questa fonte generalmente sottostima il fenomeno. I dati di prevalenza, benché imperfetti, possono essere ottenuti in modo relativamente semplice anche in campioni molto ampi. I dati di incidenza sono di più complessa acquisizione, maggiormente fattibile in ambiti ristretti (reparto). Le misure di qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione sono di acquisizione ancora più complessa e presuppongono comunque l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

Cadute

L'analisi dei risultati e il calcolo di indicatori pertinenti sarà basata sulle informazioni ricavate dall'utilizzo di 4 schede:

- *Scheda segnalazione caduta* → *incidenza delle cadute*: utilizzando il periodo di arruolamento come fattore temporale e il totale dei pazienti ricoverati in struttura durante il periodo di arruolamento come denominatore, sarà possibile determinare una stima dell'incidenza delle cadute e la prevalenza di 'soggetti caduti' (una o più volte): la prevalenza così calcolata non sarà da intendersi come prevalenza nella popolazione ma come frequenza relativa delle cadute in RSA nel periodo di osservazione.
- *Scheda di valutazione del rischio di caduta* → *valutazione dei pazienti all'ingresso e durante il soggiorno in RSA*. Le caratteristiche cliniche dei pazienti arruolati (che in letteratura sono state associate a livelli variabili di rischio di caduta) verranno valutate attraverso distribuzioni di frequenza sulle condizioni cliniche riportate nella scheda. Il paziente verrà valutato all'ingresso in RSA e monitorato per tutto il periodo della degenza. In particolare l'operatore dovrà rivalutare il paziente a 72 h, 120 h, o qualora intervenga una variazione clinica prima dei 3 o 5 gg. previsti. Il rischio di cadere verrà misurato da uno score di rischio messo a punto durante la fase di sperimentazione della scheda Re.Tos₅ condotta negli ospedali della Toscana.
- *Scheda di analisi della caduta* → *valutazione delle circostanze e dei fattori associati alla caduta e analisi dell'eventuale correlazione con la caduta stessa*.
- *Scheda 'ambienti e presidi'* → *valutazione sicurezza degli ambienti interni ed esterni e analisi dell'eventuale correlazione con il rischio di cadute*.

98

STUDI DI CASO

In considerazione della pertinenza dei temi affrontati nel Progetto RSA_QuES_T con altre iniziative in atto, in Regione Toscana, nell'ambito dell'assistenza residenziale e dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti (con particolare riguardo alla istituzione del fondo per la non autosufficienza, alla istituzione dei Punti Insieme e alla recente normativa per l'accreditamento delle strutture sociali, nel corso del progetto verrà valutata la fattibilità di alcuni studi di caso.

Tali studi, da realizzarsi in alcune strutture particolarmente rappresentative (per tipologia, per area di collocazione, per casistica, per dimensioni etc.), potranno consentire:

- rilevazioni più specifiche (ad esempio di indicatori di processo);
- approfondimenti su aspetti gestionali
- sperimentazione dei requisiti di accreditamento e rilevanza di indicatori di struttura o di sistema²⁶.

A puro titolo di esempio vengono qui di seguito menzionati alcuni possibili indicatori:

1. N./% RSA che hanno progettato interventi formativi (su UdP, dolore o cadute) negli ultimi n. anni (definire criteri di buona qualità degli interventi formativi);
2. N./% RSA con esplicite procedure di fornitura dei PAD;

²⁶ Indicatori di struttura o di sistema. Misurano il grado di adesione/adequamento delle organizzazioni alle condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologici, organizzativi) necessarie a garantire un'assistenza di buona qualità. Sono di pertinenza prevalentemente della direzione della struttura e rilevabili mediante indagini dirette (questionari) presso o mediante visite *on site* (es. visite di accreditamento).

3. N /% RSA con personale dedicato alla prevenzione, diagnosi e trattamento dei problemi di salute allo studio;
4. N./% RSA che hanno attivato un sistema di monitoraggio della dimensione del/i fenomeno/i e dei costi dell'assistenza (anche nell'ambito di progetti di MQ);
5. N./% RSA che adottano sistematicamente la valutazione di rischio per UdP (con scala di Braden) o per cadute, e/o la valutazione del dolore (con approccio multi-dimensionale);
6. % infermieri che hanno partecipato a interventi formativi (su UdP, dolore o cadute) negli ultimi n. anni (v. criteri buona qualità degli interventi formativi);
7. % infermieri o fisioterapisti che hanno partecipato a interventi formativi sull'utilizzo dei presidi antidecubito negli ultimi n. anni (v. criteri buona qualità degli interventi formativi).

L'eventuale realizzazione di studi di caso potrà consentire anche la sperimentazione dell'approccio dell'*equity audit*²⁷. In una fase più avanzata del progetto una proposta in tal senso verrà presentata da ARS al CTS.

ALTRI ASPETTI

Coinvolgimento delle strutture

Il coinvolgimento delle RSA nel progetto si basa su un'adesione volontaria, comunicata formalmente alla Direzione Generale per il Diritto alla Salute (DGDS), a seguito di una lettera cofirmata da DGDS e ARS.

Il coinvolgimento di manager e operatori delle RSA che parteciperanno allo Studio avverrà a partire dai rappresentanti delle Associazioni del CTS e con il supporto del GCO e dei GPF. In sequenza, verranno via via identificati, contattati e coinvolti, nelle diverse fasi del Progetto:

- i **referenti istituzionali delle RSA partecipanti**: ad essi verranno via via trasmessi i verbali degli incontri del CTS e, per conoscenza, le comunicazioni, a firma del coordinamento del Progetto, volte a informare sullo stato di avanzamento delle attività; ad essi è affidata l'identificazione dei referenti professionali.
- I **referenti professionali**, cioè gli operatori (per lo più infermieri) a cui faranno riferimento i componenti del GCO e dei GPF per l'organizzazione e la realizzazione delle attività di formazione e rilevazione; ad essi, direttamente o per conoscenza, verranno trasmesse tutte le comunicazioni inerenti lo sviluppo delle fasi operative del Progetto, la definizione di date, l'utilizzo di spazi per formazione o rilevazione, la diffusione di materiale informativo, etc.; ad essi è affidata, all'interno di ciascuna struttura, l'identificazione degli operatori che condurranno le attività di rilevazione e ad essi gli stessi operatori faranno riferimento per l'intera durata del Progetto.
- gli **operatori di assistenza**, cioè i destinatari delle attività formative e gli attori della rilevazione sul campo: ad essi verrà trasmessa tutta la documentazione di supporto necessaria alla rilevazione; ad essi sarà destinata l'attività di *help desk* che verrà mantenuta, a cura del GCO e dei GPF, per tutta la durata del Progetto.

Coinvolgimento degli stakeholder del sistema e attività di disseminazione

Fin dalla fase di avvio del Progetto verranno identificati i principali soggetti, individuali e/o istituzionali,

²⁷ *Equity audit*. Metodo per presidiare l'equità nelle organizzazioni sanitarie (*National Health Service 2003-2006*) mirato a controllare e promuovere l'equità nei percorsi assistenziali.

che potranno in diversa misura beneficiare dei risultati e della documentazione via via prodotti. La redazione e l'aggiornamento di un elenco di questi soggetti verrà curata dal CTS.

Per i singoli o i gruppi di *stakeholder* così identificati verranno definiti obiettivi e modalità di disseminazione, nonché i prodotti che ne saranno oggetto.

La trasmissione o diffusione dei dati, per il tramite di pubblicazioni scientifiche e/o di presentazione in congressi, convegni e seminari, partecipazione a studi multi-centrici, avverrà esclusivamente a seguito di un'elaborazione meramente statistica degli stessi, o comunque in forma assolutamente anonima e verrà sottoposta all'approvazione del parere del CTS.

Considerazioni etiche

100

Il Progetto verrà sottoposto al parere dei Comitati Etici (CE) delle Aziende in cui sono ubicate le RSA partecipanti e verrà trasmesso alla Commissione Regionale di Bioetica (CRB). Il presente Protocollo, con i relativi allegati (schede di rilevazione, informativa, modulo per il consenso informato, etc.) costituisce la documentazione fondamentale a disposizione dei CE.

In considerazione dell'estensione regionale dello Studio e della necessità di acquisire un parere omogeneo da parte dei CE, alla CRB, nel suo ruolo di coordinamento dei CE, verrà altresì chiesta la possibilità di illustrare il progetto nel corso di un incontro del coordinamento.

Nello sviluppo del progetto gli Enti proponenti, insieme al CTS, si impegnano ad attenersi agli indirizzi espressi dai pareri dei CE interpellati.

Riservatezza

Gli Enti proponenti si impegnano alla tutela dei dati personali sensibili, clinici e non, dei soggetti coinvolti nello studio secondo quanto stabilito in materia dalla normativa nazionale (D. lgs. 196/2003).

In particolare l'ARS - che si farà carico della raccolta, registrazione, gestione e archiviazione dei dati - ai sensi e per gli effetti della disciplina recata dalla LR 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e successive modificazioni e, specificatamente delle disposizioni di cui all'Art. 82 della medesima, si configura come ente di consulenza sia per la Giunta che per il Consiglio regionale, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, che svolge attività di studio e ricerca in materia di Epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari. La medesima Legge, secondo il combinato disposto degli Artt. 82, 82 bis, 82 ter e 82 novies decies autorizza l'Agenzia al trattamento di dati sensibili, ovunque collocati, per scopi di ricerca scientifica, specificando i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite.

Ai sensi dell'Art. 13 del Codice l'ARS dichiara quanto segue:

1. il trattamento dei dati sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti degli interessati, nel rispetto delle disposizioni di cui al Codice, dei Codici di deontologia e di buona condotta, di cui agli Artt. 105, c. 4 e 106 del richiamato Decreto legislativo, nonché nel rispetto delle disposizioni in materia adottate dall'Agenzia. Il trattamento avviene per le finalità di ricerca statistica e scientifica, di tutela di un terzo e della collettività;
2. il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;

3. i risultati del monitoraggio saranno presentati in forma aggregata in modo da non consentire l'identificazione dell'interessato;
4. il titolare del trattamento è: l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), con sede legale in Via V. Emanuele II , n. 64 - 50129 - Firenze nella persona del suo rappresentate legale il Presidente e-mail: presidente@ars.toscana.it; fax 055/4624330, tel.: 055/4624333;
5. il responsabile del trattamento dei dati è: la dott.ssa Stefania Rodella, Coordinatore dell'Osservatorio per la Qualità e l'Equità. Viale Milton, n. 7 - 50129 Firenze e-mail: stefania.rodella@ars.toscana.it; fax n 055/3841486, tel.: 055/4624397;
6. ogni interessato potrà rivolgersi al titolare o al responsabili per far valere i propri diritti, così come previsto dall'Art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm..

Fasi dello studio

101

Pacchetto di lavoro	Titolo	Tipo di attività*	Unità partecipanti	Responsabile
1	Comitato TS	C	Tutte	nominare
2	Coordinamento Operativo	C	ARS, Gruppo CO e GPF	ARS
3	Progettazione Formazione indagine UdP	C, P	ARS, Gruppo CO e GPF	ARS
4	Progettazione Formazione indagine dolore	C, P		ARS
5	Progettazione Formazione indagine cadute	C, P		ARS
6	Formazione sul campo	F	ARS, Gruppo CO, GPF, RSA	Definire
7	Rilevazione	R	RSA	ARS
8	Elaborazione dati	St	ARS	ARS
9	Diffusione risultati	Pubbl, SC	ARS, Comitato TS	CTS,ARS, DGDS
10	Studi di caso	Int	Definire	Definire
11	<i>Altro, da definire</i>

*Legenda tipo di attività

C – coordinamento; P – progettazione; F – formazione in aula; R – rilevazione; St – elaborazione dati; Pubbl – pubblicazioni a stampa o su web; SC – Seminari o Convegni; Int – Interviste e/o questionari a *key informant*

Elenco dei prodotti

Numero	Titolo	Pacchetto di lavoro	Tipo**	Livello di diffusione
P.1	Lettera invito a componenti CTS	1	Gest.	Rete progetto
P.2	Lettera nomina CTS			
P.3	Verbali sedute CTS			
P.4	Protocollo di studio	2	Met/Sc	Regionale
P.5	Materiale informativo (poster etc.)		Com.	Regionale
P.6	Elenco componenti GCO e GPF		Gest.	Rete progetto Rapporto di ricerca
P.7	Pacchetti formativi	2-5	Met/Sc	Rete progetto Rapporto di ricerca
P 8	Schede rilevazione	2-5	Met/Sc	Rete progetto, Rapporto di ricerca
P 8	Elenco formatori	2-5	Gest.	Rete progetto Rapporto di ricerca
P 9	Elenco referenti RSA	2	Gest	Rete progetto Rapporto di ricerca
P 10	Elenco operatori di ciascuna RSA per formazione e rilevazione	2-5	Gest.	Rete progetto Rapporti di struttura
P 11	Calendario giornate di formazione	6	Gest	Rete progetto
P 12	Software lettura ottica	7-8	Met	ARS
P 13	Manuale per rilevatori	2-5, 7	Met/Sc	Rete progetto Rapporto di ricerca
Altri	<i>Da definire</i>

**Legenda tipo di prodotto

Gest – gestionale; Met – metodologia; Sc – scientifico; Com – comunicazione

Cronogramma della I fase del Progetto (progettazione, formazione, rilevazione). Per il momento è esclusa la seconda fase del Progetto: elaborazione e interpretazione dati, diffusione risultati)

	1-15 Luglio	16-30 Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2011	Febbraio 2011
Attività principali									
Nomina Comitato TS									
Identificazione collaboratori a CTS, GCO e GPF									
Revisione protocollo									
Attività GCO									
Pacchetti formazione									
Programmazione dei formatori									
Formazione dei formatori									
Programmazione della formazione dei rilevatori									
Formazione e rilevazione I AVC						formazione	rilevazione	rilevazione	rilevazione
Formazione e rilevazione II									
Formazione e rilevazione III									
Rilevazione ambienti e presidi									
Rilevazione prospettiva cadute									
Parere Comitati etici									
Gruppo Coordinamento Operativo									
Censimento adesione RSA									
Elenco Referenti									
Elenco operatori RSA									
Progettazione poster ecc.*									
Incontri formatori					↑				
Gruppi Progettazione Formazione									
Revisione schede									
Stampa schede									
Allestimento slide									
Allestimento CD e video									
Allestimento manuale per rilevatori									
Organizzazione calendario									

Da fare (al 30.8.2010)

Fatto (al 30.8.2010)

Avvio da condividere con CTS e GCO

BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA ESSENZIALE

ARS Toscana. *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione*. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Documenti ARS n. 42, 2008.

Bernabei R. *Lo strumento di valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento - CNR Roma 1995*.

Brizioli E, Bernabei R, Ferrucci L, Di Niro G, Masera F. *Validazione del sistema RUG in Italia*. Bollettino delle Ricerche 2:59-76, 2000.

Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy*. Aging Clin Exp Res. 15(3):243-253, 2003.

Centro Regionale GRC, ARS Toscana, Rete HPH, Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze. *La prevenzione delle cadute in ospedale*. Campagna per la sicurezza dei pazienti 2006-2007, Regione Toscana.

Comondore VR, Devereaux PJ, Zhou Q, et al. *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2009; 339:b2732.

Cooney A, Murphy K, O'Shea E. *Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland*. Journal of Advanced Nursing 65(5), 1029-1038.

Donald IP, Glandman J, Conroy S, Vernon M, Kendrick E, Burns E. *Care home medicine in the UK - in from the cold*. Age and Ageing 2008; 37: 618-620.

Ferrel BA. *Pain management*. Clinics in Geriatric Medicine, 16; 853-74, 2000.

Fries BE, Cooney LM Jr. *Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care*. Med Care. 23(2):110-22, 1985.

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. *Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III)*. Med Care. 32: 668-685, 1994.

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. *Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-TI8)*. Med Care. 27(9):843-58, 1989.

Gerritsen DL, Steverink, Ooms NME, de Vet HCW, Ribbe MW. *Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment*. Qual Life Res 2007, 16:1029-1037.

Gruppo PARI-FV. *Epidemiologia dei problemi assistenziali legati a farmaci e presidi in RSA e Distretti*. Assistenza infermieristica e ricerca 2007, 26(3).

Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. *Development of the nursing home residents assessment instrument in the USA*. Age Ageing; 27(2): 19-25, 1997.

Herman AD, Johnson TM, Ritchie CS, Parmelee PA. *Pain management interventions in the Nursing Home: a structured review of the literature*. J Am Geriatr Soc 2009, 57:1258-1267.

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.

IASP. International Association for the study of pain. 1979.

Institute of Medicine. *Improving the quality of care in nursing homes*. 1986.

Kane RA. *Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research and policy agenda*. The Gerontologist Copyright 2003 by The Gerontological Society of America Vol. 43, Special Issue II, 28-36.

Kane RA et al. Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, Liu J, and Cutler LJ. *Quality of life measures for nursing home residents*. Journal of Gerontology 2003, 58; (3): 240-248.

Kirkevold Ø, Engedal K. *The quality of care in Norwegian nursing homes*. Scand J Caring Sci; 2006; 20; 177-183.

Kljøs Bø, Botten G, Romøren TI. *Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway*. International Journal for Quality in Health Care 2008, 20; 6: 433-438.

- Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J. and Beecham J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs*. Report of a European Study. Vol. I. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- McCarthy ST, Lindsay-Smith E, Matsakidis D, Benson CG. *The resident classification scale*. Med J Aust. 167(8):455, 1997.
- Meijer A, van Campen C, Kerkstra A. *A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands*. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(3):554-561.
- Ministero della salute. Progetto Mattoni. *Mattone n. 12 - Assistenza residenziale e semiresidenziale*. www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni
- Mongardi M, Moro ML, 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. Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna.
- Mongardi M, Bedosti C, Moro ML e Gruppo di lavoro regionale *Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani*. Dossier 2004; 95, 121. Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna.
- 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.
- Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L et al. *VALGRAF. Una nuova soluzione grafica per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette*. Geron, 3(5) 111-124, 1993.
- Morosini P, Gigantesco A. *VALGRAF: uno strumento per la valutazione longitudinale dell'anziano*. In *La Valutazione Multidimensionale Geriatrica*. Cester A, Piergentili P, Senin U. Edizioni Vega, 1999.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE et al. *Designing the national resident assessment instrument*. Gerontologist. 30: 293-307. 1990.,
- Morrissey Y, Bowman C, Carpenter I. *Assessment of patients in long-term care should be used to improve quality as well as allocate funds*. Age and Ageing 2006; 35: 212-214.
- Morse JM. *Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls*. American Journal of Infection Control, 30: 376-80; 2002.
- NICE. *Pressure ulcer management: cost analysis of the new recommendations in the prevention and treatment of pressure ulcers - quick reference guide*. Implementing NICE Clinical Guideline, n.29, 2005.
- Padovani G. *Il diritto negato*. Il Pensiero Scientifico Ed., 2008, pag. 97 e seg..
- Rapporto CEIS - Sanità, 2008, "Il governo del sistema sanitario".
- Regione Toscana. *Linee Guida "Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento"*. PNLG 3 - Regione Toscana, 2005.
- Schneider DP, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gormley WJ. *Case mix. for nursing home payment: resource utilization groups, version II*. Health Care Financ Rev 39-52, 1988.
- Spalding Joy. 1985. *A consumer perspective on quality care: the residents' point o view. Analysis of residents' discussions*. National Citizens' Coalition for Nursing home reform. Washington D.C.
- Tarricone R, Tsouros AD (E ditors). *The solid fact: home care in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Milano: Università Commerciale Luigi Bocconi, 2008.
- Teno JM, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, Mor V. *Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society, 52(5): 762-7; 2004.
- Testi A. et al, *Tendenze Nuove*. 1/2010, pg 1-28
- Trabucchi M. *I vecchi la Città e la Medicina*. Il Mulino, Bologna, 2005.

NORMATIVA ITALIANA

L. 11 marzo 1988, n. 67. Art. 20 (Legge finanziaria 1988).

DPCM del 22 dicembre 1989. Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semi-residenziali.

Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani, parte del PIANO SANITARIO NAZIONALE 1994-1996 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 23 luglio 1994)

DPR 14 gennaio 1997. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie (emanato sulla base dell'Art. 8, comma 4, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)

DPCM del 20 gennaio 2000. Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative.

L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali).

DPCM 14 Febbraio 2001. Decreto sulla Integrazione socio-sanitaria (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie).

DM 21 maggio 2001, n. 308 (Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'Autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a norma dell'Art. 11 della L. 328/2000).

DPCM 29 novembre 2001. Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

DM n. 43 del 22 febbraio 2007. Definizione degli *standard* relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'Art. 1, comma 169, della L. 30 dicembre 2004, n. 311.

NORMATIVA REGIONE TOSCANA

LR n. 72 del 3 ottobre 1997. Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.

DGR n. 402/2004 (Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti, in attuazione del PSR. 2002/2004 di cui alla DCR della Toscana n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA).

LR n. 41 del 24 febbraio 2005. Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

DCR n. 22 del 16 febbraio 2005. Piano sanitario regionale 2005-2007.

DCR n. 113 del 31 ottobre 2007 - Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010 - Allegato n. 3 (L'assistenza continua alla persona non autosufficiente).

DPGR n. 15/R del 26 marzo 2008. Regolamento di attuazione dell'Art. 62 della LR 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

LR n. 66 del 18 dicembre 2008. Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza.

DGR n. 67 del 2 febbraio 2009. Adeguamento per il 2008 e il 2009 della quota sanitaria nelle RSA Revoca della DGR 20 ottobre 2008, n. 831. LR 28 Dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

DPGR 3 marzo 2010, n. 29/R (Regolamento di attuazione della LR 28 dicembre 2009, n. 82).

DGR n. 370 del 22 marzo 2010 (Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana).

ELENCO DEGLI ACRONIMI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	<i>Activity Daily Living</i>
AGIRR	<i>Autonomie gérontologique groupes iso ressources</i>
AReSS	Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari
ARS	Agenzia Regionale di Sanità
CCM	Centro Controllo Malattie
CE	Comitato Etico
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>
CRB	Commissione Regionale di Bioetica
DGDS	Direzione Generale Diritto alla Salute
EB	<i>Evidence Based</i>
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisor Panel</i>
FAR	Flusso di Assistenza Residenziale
FPRS	<i>Face Pain Rating Scale</i>
GCO	Gruppo di Coordinamento Operativo
GdL	Gruppo di Lavoro
GPF	Gruppo Progettazione Formazione
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IQIP	<i>International Quality Indicators Project</i>
IPAB	Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linee Guida
LR	Legge Regionale
LTC	<i>Long-Term Care</i>
MMG	Medico di Medicina Generale
MMSE	<i>Mini Mental State Evaluation</i>
NE	Nutrizione Enterale
NPE	Nutrizione Parenterale
NPIS	<i>Numeric Pain Intensity Scale</i>
NVT	Nucleo Valutativo Territoriale
OMC	<i>Open Method of Coordination</i>
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PAD	Presidi Anti-Decubito
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PAINAD	<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>
PAP	Piano di Assistenza Personalizzato
PAS	Piano di Attività e Spesa
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIC	Profilo Integrato di Cura
PL	Posto Letto
PM	Progetto Mattoni
QIO	<i>Quality Improvement Organization</i>
QoL	<i>Quality of Life</i>
RAF	Residenza Assistenziale Flessibile
RCS	<i>Resident Classification Scale</i>
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSOA	Residenza Sanitaria Assistenziale a sede Ospedaliera
RUG	<i>Resource Utilization Groups</i>
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
SOSIA	Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza
SVAMA	Scheda di Valutazione Multi-dimensionale dell'Anziano
SVP	Stato Vegetativo Persistente
UdP	Ulcere da Pressione
UVA	Unità Valutativa Alzheimer
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
UVM	Unità di Valutazione Multi-disciplinare
VAS	<i>Visual Analogic Scale</i> (Scala Analogica Visiva)
VDS	<i>Verbal Descriptor Scale</i>
VMD	Valutazione Multi-Dimensionale

ALLEGATI

- 1. Progetto Mattoni - Mattone 12**
- 2. Scheda rilevazione Ulcere da Pressione**
- 3. Scheda rilevazione Cadute Re.Tos_s**
- 4. Scheda segnalazione Cadute**
- 5. Scheda analisi Cadute**
- 6. Checklist sicurezza ambiente e presidi**
- 7. Scheda rilevazione valutazione multi-dimensionale Dolore**
- 8. Rilevazione strutture di accoglienza per anziani in Toscana (dicembre 2009)**

ALLEGATO I

Progetto Mattoni SSN - Mattone I2 Prestazioni residenziali e semi-residenziali



Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Relazione Finale

(Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali)

113



PRICEWATERHOUSECOOPERS

sin&geica





Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

RIFERIMENTI	
Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Enrico Brizioli Regione Marche
Approvato da: Data	Cabina di Regia 21 Febbraio 2007



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

INDICE

1	INTRODUZIONE	5
2	PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI.....	6
2.1	DEFINIZIONE DI PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER ANZIANI.....	9
2.2	CRITERI DI ACCESSO E PERCORSI.....	10
2.3	CARATTERISTICHE TEMPORALI DELLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	10
2.3.1	Unità di misura	10
2.3.2	Cadenza delle valutazioni	11
2.3.3	Durata del trattamento.....	11
2.4	CARATTERISTICHE TECNICO-ORGANIZZATIVE DELLE STRUTTURE EROGATRICI	12
2.5	IL FLUSSO INFORMATIVO SUL “CASO TRATTATO”: I DATI RELATIVI ALLA PERSONA.....	13
2.6	I LIVELLI DEL DEBITO INFORMATIVO	14
2.7	LA VALIDAZIONE DELLA FAR.....	14
3	PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI	15
3.1	PRESTAZIONI RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA	16
3.2	PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER DISABILI.....	16
3.3	IL FLUSSO INFORMATIVO.....	17
4	PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE	19
4.1	CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI PSICHIATRICHE....	20
4.2	FLUSSO INFORMATIVO E STRUMENTI DI RILEVAZIONE E DI VALUTAZIONE	21
5	BIBLIOGRAFIA	22
6	ALLEGATI.....	24
6.1	PRESTAZIONI RESIDENZIALI : CODICI DI ATTIVITÀ (DISCIPLINA).....	24
6.2	SCHEDA INDIVIDUALE FLUSSO ASSISTENZA RESIDENZIALE (FAR) PER ANZIANI.....	27
6.2.1	Guida alla compilazione della scheda individuale FAR per anziani.....	30
6.2.2	Specifiche per l'implementazione del flusso informativo della scheda FAR per anziani	32
6.3	SCHEDA INDIVIDUALE FLUSSO ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI	73
6.3.1	Guida alla compilazione della scheda individuale per disabili.....	74
6.4	SCHEDA INDIVIDUALE FLUSSO ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE.....	76
6.4.1	Guida alla compilazione della scheda individuale per persone con patologie psichiatriche.....	77
6.5	SCHEDA RUG CON MANUALE	80
6.6	SCHEDA SOSIA CON MANUALE	80



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

6.7	SCHEDA SVAMA CON MANUALE	80
6.8	SCHEDA AGED CON MANUALE.....	80



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

1 INTRODUZIONE

Il mandato assegnato al Mattone 12 è riferito allo costruzione di un flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, adeguato ad alimentare in modo coerente il NSIS.

La costruzione di un flusso informativo unitario e coerente presuppone la individuazione di modelli organizzativi uniformi, ai quali siano riferibili le singole prestazioni e/o attività.

Nel settore residenziale si registra invece nelle diverse regioni una marcata variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, tali da imporre una ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni e la loro riconduzione ad un modello unitario condiviso.

E' apparso inoltre necessario costruire un modello di correlazione tra prestazioni, livelli assistenziali, remunerazione degli erogatori, al fine di definire criteri omogenei di valutazione degli ambiti prestazionali.

Sono stati quindi definiti i seguenti obiettivi:

- Definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni e degli ambiti di erogazione;
- Definizione dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni;
- Verifica delle condizioni e delle modalità di implementazione del sistema su un campione di regioni.

Nell'ambito di questo livello assistenziale, si è ritenuto di dover individuare almeno tre principali tipologie di utenza, che qualificano diversi modelli organizzativi e di flusso informativo:

- 1) Gli Anziani
- 2) I Disabili
- 3) Le persone affette da patologie psichiatriche

Appare essenziale sottolineare che le prestazioni dovranno essere definite in modo da poter essere coerentemente individuate nell'ottica della classificazione proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre, in considerazione della stretta connessione (e spesso sovrapposizione) tra l'assistenza residenziale ai disabili e le prestazioni di riabilitazione estensiva, si è ritenuto di dover estendere il campo di studio del Mattone a tutto il sistema riabilitativo extra-ospedaliero, nonché, in collaborazione con il Mattone n. 3 (Revisione del sistema DRG) della stessa riabilitazione ospedaliera.

Il programma del Mattone 12 è stato quindi integrato con il seguente obiettivo:

- Costruzione di un sistema di classificazione e flusso informativo delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, in collaborazione con il Mattone n. 3.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

2 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

Le basi normative nazionali riferite alle prestazioni residenziali per anziani sono relativamente modeste. Sinteticamente possono essere richiamati i seguenti atti:

- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988)
- DPCM. 22 dicembre 1989 (atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) successivamente sostituito dal DPR 14 gennaio 1997
- Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996
- DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria
- DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Di “prestazioni residenziali e semiresidenziali” viene inoltre fatto generico richiamo nel D.lvo 502/92 e successive modifiche, senza che i contenuti prestazionali del livello di assistenza fossero comunque definiti.

Sulla base di questi indirizzi generali le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni sulla spinta della domanda, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima attuale di circa 270.000, pari a circa il 2% della popolazione anziana.

Una stima precisa, tuttavia, è fortemente condizionata dalle diverse modalità di classificazione di queste strutture adottate dalle singole Regioni.

Si da atto infatti che la denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc.

Se l'esatta classificazione delle strutture è molto incerta, i dati sulle prestazioni erogate sono praticamente inesistenti, in assenza di un flusso informativo nazionale che consenta di rilevare l'episodio di ricovero e i codici anagrafici delle persone. Men che meno esiste un flusso in grado di costruire indici di case-mix assistenziale delle persone assistite e di valutare l'appropriatezza del trattamento.

Su queste basi il Gruppo di Lavoro ha iniziato la sua attività raccogliendo dati sui flussi informativi attualmente esistenti (rilevazione delle strutture a cura del Ministero della Salute e dell'ISTAT), sulle normative regionali e sui diversi sistemi di classificazione delle persone adottati.

I risultati della nostra analisi hanno evidenziato l'esistenza di flussi informativi non sistematici, con dati di dettaglio prodotti solo in alcune Regioni che hanno adottato propri sistemi di classificazione.

Gli strumenti adottati rappresentano in genere il superamento di semplici schede di rilevazione della disabilità e dei principali bisogni assistenziali nell'obiettivo di costruire strumenti che possano rilevare il case-mix assistenziale e pesare il carico di lavoro richiesto per l'erogazione del servizio.

In alcuni casi le Regioni hanno scelto la via dell'adozione di strumenti internazionali già validati, in altri casi hanno optato per la produzione di strumenti propri.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

In campo internazionale gli stati che per primi hanno registrato lo sviluppo dei sistemi residenziali si sono posti da tempo il problema della classificazione delle prestazioni.

Negli Stati Uniti esperienze di questo tipo hanno cominciato a maturare già negli anni '70 con alcuni tentativi di sistematizzazione dei flussi informativi. Negli anni '80, su mandato del Medicare, un gruppo di studiosi ha iniziato lo sviluppo del sistema RUG (Resource Utilization Groups), che attraverso diverse evoluzioni (RUG II, RUG T-18, RUG III) è giunto alla attuale formulazione che individua 7 classi di assistenza, declinabili in 44 gruppi isorisorse (Fries 1985, 1989, 1994, Schneider 1989).

Il RUG è parte essenziale del MDS, sistema di valutazione multidimensionale che consente la programmazione dell'assistenza e costituisce una piattaforma informativa comune ai sistemi residenziali, di post-acuzie (MDS-PAC), domiciliari (MDS-HC), psichiatrici (MDS-MH e CMH), cure palliative (MDS-PC) (Morris 1990, Hawes 1997)

Attualmente il sistema RUG è utilizzato negli Stati Uniti ed in Canada come strumento ufficiale di rilevazione del case-mix e di remunerazione delle Nursing Homes. Il RUG è stato validato ed è in corso di implementazione, oltre che in Italia, in Svizzera, in Norvegia, in Spagna, in Germania, in Gran Bretagna, nella Repubblica Ceca, in Islanda, in Finlandia e in Giappone (Ljunggren 1992, Ikegami 1994, Carillo 1996, Fulton 1998, Bjorkgren 1999, Topinkova 2000, White 2002, Brizioli 2003, Carpenter 2003 Laine 2006).

In Francia negli anni 80 è stato sviluppato un sistema con caratteristiche simili, denominato "Grille AGIRR (Autonomie gérontologique groupes iso ressources)" che definisce 6 gruppi isorisorse assistenziali. La griglia AGIRR è uno strumento molto semplice che stato adottato dal governo francese con un decreto che regola tutti i flussi informativi e la remunerazione delle strutture residenziali (Journal Officiel du 29 mars 2000).

In Australia è stato sviluppato un sistema autonomo, il RCS (Resident Classification Scale), che indaga le diverse aree del bisogno assistenziale con modalità simili al MDS/RUG (McCarthy 1997).

In Italia il problema della classificazione di questa prestazioni è stato affrontato dalla fine degli anni '80. Dopo varie esperienze, basate sulla elaborazione di scale di valutazione geriatrica, sono nate diverse esperienze di implementazione sistematica di strumenti.

Un gruppo di ricercatori dell'INRCA e dell'Università Cattolica di Roma hanno lavorato alla verifica delle condizioni di adozione dello strumento MDS/RUG.

L'MDS è stato tradotto ed è stato oggetto di numerose sperimentazioni su larga scala (Bernabei 1995), realizzate forse in un periodo in cui il substrato professionale del long term care italiano non era ancora pronto a utilizzare strumenti evoluti.

Il sistema RUG è stato validato in Italia su un campione di RSA di 6 Regioni (Brizioli 2000, , 2003), ed anche grazie alla sua struttura più leggera ha trovato subito applicazione in diverse realtà regionali.

In Liguria si è invece proceduto ad una revisione ed adattamento del sistema francese AGIRR, trasformata nella sua versione italiana con il nome di AGED.

Contemporaneamente un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità ha sviluppato uno strumento, il VALGRAF, basato sulla medesima filosofia del MDS, ma più elementare nella struttura e nella grafica (Morosini, 1993;1999). Il Valgraf, che contiene comunque al suo interno il RUG, è stato adottato dalla Regione Friuli.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Sulle base di specifiche esperienze di alcuni specialisti italiani altre regioni hanno preferito sviluppare sistemi di valutazione propri:

- La Lombardia ha prodotto il sistema SOSIA;
- Il Veneto ha prodotto il sistema SVAMA.

Il Sosia, (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) è una scheda di valutazione del "grado di fragilità degli ospiti delle RSA accreditate", sviluppata da tecnici della Regione Lombardia ed applicata dal 2003.

Consente di classificare le persone in 8 differenti gruppi che identificano differenti livelli di intensità assistenziale.

Lo Svama (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) è un sistema costruito sulla base di singole scale di valutazione, in larga parte validate, che consente l'attribuzione della persona a 7 gruppi isorisorse. La SVAMA è stata adottata con deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 3979 del 9.11.99 ed è entrata in uso, dopo un periodo di sperimentazione, quale unico e completo strumento di lavoro per l'accesso alla rete dei servizi nell'obiettivo di consentire la definizione di profili di autonomia dell'anziano con correlato carico assistenziale differenziato e offrire uno strumento funzionale ai fini programmatori ed operativi. Tale scheda ha ottenuto la validazione scientifica.

Attualmente il panorama dei sistemi in uso, con differenti gradi di applicazione, è il seguente:

- | | |
|------------------------|-----------------|
| -Lombardia | (Sosia) |
| -Veneto | (Svama) |
| -Friuli Venezia Giulia | (Valgraf + RUG) |
| -Marche | (RUG) |
| -Umbria | (RUG) |
| -Liguria | (Aged) |
| -Abruzzo | (RUG) |

Altre Regioni hanno inoltre già effettuato delle scelte, senza tuttavia aver ancora attivato un reale sistema di rilevazione:

L'Emilia Romagna sta sperimentando il sistema RUG.

Basilicata e Calabria hanno optato per la sperimentazione del RUG senza aver tuttavia avviato alcuna procedura di rilevazione.

La Toscana ha recentemente completato e pubblicato un lavoro sull'utilizzo del RUG (Francesconi 2006).

La Puglia ha scelto il sistema SVAMA.

La Sardegna sta sperimentando un sistema sviluppato in proprio.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Il Gruppo di lavoro del Mattone 12 ha iniziato il suo lavoro nell'obiettivo di individuare un sistema unico su scala nazionale.

Tuttavia ha dovuto presto prendere atto delle posizioni assunte dalle Regioni a salvaguardia dei "propri" strumenti" e dell'investimento su di essi effettuato in termini di sviluppo, formazione degli operatori, implementazione, costruzione dei flussi informativi.

Si è quindi giunti alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di case-mix, purchè operanti all'interno di un sistema univoco di classificazione delle prestazioni e capaci di alimentare un flusso informativo nazionale in grado di ricostruire almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente garantiti, i trend di utilizzo delle prestazioni residenziali anche in rapporto agli altri sistemi di offerta.

121

Su queste basi siamo giunti a formulare la seguente proposta finale:

2.1 DEFINIZIONE DI PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER ANZIANI

Si intendono per prestazioni residenziali e semiresidenziali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione.

La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

In considerazione della diffusione di strutture accreditate che svolgono prestazioni di Riabilitazione - anche intensiva - in regime "extra-ospedaliero", le stesse dovranno essere individuate con uno specifico flusso informativo che ne consenta la valutazione autonoma.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che una persona anziana affetta da una patologia cronica invalidante non potrà essere definita stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano.

La prestazione "residenziale", del resto, non si distingue necessariamente da quella "ospedaliera" per un diverso gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il livello assistenziale globale richiesto può risultare superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

La prestazione di ricovero in acuzie risulta altresì caratterizzata dalla necessità di risolvere in tempi brevi e con ampia disponibilità di professionalità e tecnologie, problematiche di salute classificabili come "critiche" in relazione alla fase di malattia ed alla necessità di disporre, in continuità di spazio e di tempo, delle massima quantità di opzioni diagnostico-terapeutiche.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Le prestazioni “residenziali” qualifica al contrario un ambito di erogazione che si caratterizza per gli aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza - anche in ragione della prolungata durata della degenza - e si colloca in una fase temporale distinta della storia clinica di malattia secondo la successione acuzie / post-acuzie / cronicità.

In considerazione della relativa variabilità dell’intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, in ragione dei diversi bisogni degli ospiti, risulta inoltre opportuno prevedere diversi livelli di accreditamento delle strutture coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali.

122

2.2 CRITERI DI ACCESSO E PERCORSI

L’accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

L’utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell’ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell’utente.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell’utente dall’ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare.

Modalità di accesso in linea con questi indirizzi sono del resto ampiamente utilizzate dalla diverse Regioni.

2.3 CARATTERISTICHE TEMPORALI DELLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2.3.1 Unità di misura

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell’episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza.

Valutando la prestazione non come “episodio di ricovero” ma come “giornata di assistenza” si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale vengono erogate in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell’assistenza residenziale.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

2.3.2 Cadenza delle valutazioni

La valutazione dell'ospite di sede di ammissione è necessaria per la sua corretta assegnazione al livello di assistenza richiesto e per la definizione del piano di trattamento. Appare evidente che le condizioni di erogazione saranno stabili e ripetibili, su base giornaliera solo finché rimangono stabili le condizioni cliniche e di autosufficienza dell'ospite, al cui variare varierà necessariamente l'intensità dell'assistenza.

E' necessario quindi prevedere una rivalutazione periodica dell'ospite al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

La rivalutazione dell'ospite andrà quindi effettuata almeno ogni novanta giorni, e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le sue necessità assistenziali.

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

- A – Ammissione
- R – Rivalutazione periodica
- M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale
- D – Dimissione o trasferimento
- E – Exitus

2.3.3 Durata del trattamento

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione.

La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quel livello assistenziale.

La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, per cui le valutazioni periodiche dovranno verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche valutare se, a parità di condizioni, possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio.

In questa ottica l'utilizzo delle prestazioni residenziali in fase di post-acuzie, per periodi massimi predeterminati e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, dovrà essere interpretato e gestito come percorso di dimissione protetta ove il ricovero residenziale a termine avrà lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

E' appropriato quindi l'utilizzo di questa modalità assistenziale per persone che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque persone con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero (Unità di Lungodegenza) o richiedano trattamenti riabilitativi intensivi (Unità di Riabilitazione).



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

2.4 CARATTERISTICHE TECNICO-ORGANIZZATIVE DELLE STRUTTURE EROGATRICI

Essendo la prestazione intesa come un “unicum” organico e risultando fortemente caratterizzata e condizionata dalla organizzazione generale e dalle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice, la sua individuazione e codifica è necessariamente connessa:

- a) alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali della struttura erogatrice (o del nucleo specializzato all’interno della stessa), che definiscono l’attività svolta e si esplicitano in specifici “codici di prestazione”;
- b) alle caratteristiche della persona, al fine di individuare il “caso trattato” attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l’appropriatezza del trattamento erogato.

Le caratteristiche di cui al punto (a) dovranno essere definite dal modello regionale di accreditamento, e rese coerenti da un codice nazionale di classificazione.

Le caratteristiche di cui al punto (b) dovranno essere rilevate mediante specifici strumenti di valutazione della persona e di analisi del case-mix assistenziale (vedi punto 1.5).

Le strutture erogatrici dovranno inoltre essere definite in modo da poter essere coerentemente individuate nell’ottica proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull’Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Per una corretta definizione delle prestazioni si ritiene quindi di dover procedere ad una classificazione dei “nuclei erogativi” basata sulle loro caratteristiche tecnico-organizzative, individuando i seguenti “codici di prestazione”.

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Le prestazioni individuate con i codici di prestazione R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “cure intensive o estensive” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “assistenza e terapie di mantenimento”, classificabili come prestazioni sanitarie e valenza sociale.

L'erogazione delle prestazioni così individuate avviene, di norma, all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza.

E' auspicabile che più “nuclei” riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all'interno della medesima struttura residenziale.

Nelle strutture residenziali viene garantita l'offerta di prestazioni riabilitative di mantenimento o di completamento di programmi di riabilitazione post-acuzie, con le stesse modalità e principi con i quali gli stessi vengono erogati a domicilio.

All'interno dei medesimi complessi residenziali possono coesistere Moduli o Servizi di Riabilitazione Intensiva o Estensiva, coerentemente destinati alla gestione della Post-acuzie, rispondenti alle specifiche regolamentazioni di settore e inseriti in un proprio distinto flusso informativo in virtù di un “codice di attività” autonomo (vedi codici prestazioni della riabilitazione).

125

2.5 IL FLUSSO INFORMATIVO SUL “CASO TRATTATO”: I DATI RELATIVI ALLA PERSONA

Al fine della corretta pianificazione delle cure e della individuazione del corretto livello di assistenza da erogare l'accesso alle strutture residenziali è subordinato alla compilazione e utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD) che costituisce debito informativo a livello di ASL.

Lo strumento di VMD dovrà essere validato su base nazionale o internazionale ed in grado di produrre un indice di case-mix assistenziale costruito su indicatori sintetici di assorbimento di risorse assistenziali, che rappresenta debito informativo regionale.

Lo strumento di VMD dovrà inoltre essere in grado di alimentare in modo automatico la scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) approvata dal Gruppo Allargato del Mattone 12 (vedi allegato), che costituisce debito informativo a livello nazionale.

Gli strumenti testati dal gruppo di lavoro e validati per l'automatica alimentazione della FAR sono:

- MDS /RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGED

Per la descrizione dei singoli strumenti, che sono stati oggetto di ampia illustrazione da parte delle Regioni nel corso del lavoro del Mattone, si rimanda a bibliografia ed allegati.

Tutte le regioni sono tenute ad adottare uno degli strumenti testati.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

I dati di flusso regionali verranno quindi successivamente filtrati dal software FAR, in grado di alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei.

Le Regioni saranno tenute ad integrare il flusso con le informazioni necessarie alla alimentazione del FAR che non dovessero risultare presenti nello strumento adottato.

E' esclusa la compilazione diretta del FAR da parte delle strutture erogatrici, il cui debito informativo è necessariamente costituito dalla scheda di VMD e di analisi del Case-mix adottata a livello regionale.

Per le Regioni che non hanno ancora avviato la implementazione di uno degli strumenti indicati è auspicabile la adozione del sistema RUG-MDS, strumento con una solida base di documentazione scientifica, validato su scala nazionale ed internazionale e costruito su una base dati estendibile ad altre tipologie di prestazioni residenziali domiciliari e di post-acuzie. E' auspicabile peraltro che, a completamento del sistema RUG, venga previsto l'utilizzo completo del sistema MDS nella forma VAOR, messo a disposizione gratuitamente del Ministero della Salute dalla società INTERRAI titolare del Copyright

126

2.6 I LIVELLI DEL DEBITO INFORMATIVO

Il flusso informativo residenziale risulta caratterizzato da tre diversi livelli di debito informativo.

L'opzione su tre livelli è motivata dal diverso utilizzo delle informazioni:

- 1) A livello di struttura, ove appare necessario disporre di un completo strumento di valutazione multidimensionale idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento (strumento : sistema di VMD: VAOR, SOSIA, SVAMA, VALGRAF);
- 2) A livello regionale, ove appare necessario disporre di strumenti di analisi del case-mix assistenziale a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità (strumento sistema di analisi del Case-mix assistenziale: RUG, SOSIA, SVAMA, AGIR);
- 3) A livello nazionale, ove ci aspetta un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale, al fine di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, il ricorso ai diversi regimi assistenziali ed il consumo delle risorse, la definizione delle politiche sanitarie nazionale (strumento: FAR, flusso assistenza residenziale).

2.7 LA VALIDAZIONE DELLA FAR

La scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) è stata oggetto di validazione nel corso di una doppia sperimentazione effettuata nella Regione Marche (maggio-giugno 2005) e nella Regione Liguria (novembre-dicembre 2006).

Le due sperimentazione avevano l'obiettivo di testare il grado di affidabilità della scheda FAR nel rilevare i dati dalle singole schede di rilevazione adottate a livello regionale (RUG, SOSIA, SVAMA, AGED).

Nella sperimentazione condotta nella Regione Marche sono stati testati RUG SOSIA e SVAMA.

In quella condotta nella Regione Liguria sono stati testati RUG SVAMA e AGED.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

I risultati delle due sperimentazioni sono riportati in allegato.

In entrambe i casi si è rilevata una discreta concordanza, che ha portato a definire adeguata l'alimentazione della FAR da parte dei suddetti strumenti, anche se i processi semplificativi che l'operazione comporta determinano ovviamente perdita di informazioni e di sensibilità rispetto ai singoli strumenti di origine.

Si può in conclusione affermare che la FAR rappresenta una adeguata scheda sintetica di flusso nazionale, da interpretarsi come strumento completo ed affidabile per quanto attiene ai dati amministrativi e per gli aspetti riferiti alle diagnosi ICD-9CM, mentre può essere utilizzata come una utile sintesi per quanto attiene agli altri aspetti clinici.

127

3 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate in Italia da un'ampia varietà di strutture.

Il Decreto sulla Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) consente di classificare queste prestazioni, in ragione del diverso impegno per interventi di tipo sanitario in:

- Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (art. 3, comma 1)
- Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (art. 3, comma 2). In quest'ultima categoria sono ricomprese le Prestazioni ad elevata Integrazione Socio-Sanitaria (art. 3, comma 3) a totale carico del SSN.

Rientrano nel perimetro di copertura del SSN le prestazioni Sanitarie a valenza Sociale e quelle Socio-Sanitarie ad Elevata Integrazione Sanitaria.

Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) individua come "Livello Essenziale di Assistenza" la assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali" erogata con le caratteristiche "dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle RSA per disabili", così come definiti dalla Linee Guida sulla Riabilitazione del 7 maggio 1998 (Allegato 1.B. attività territoriali residenziali e semiresidenziali).

Individuando le prestazioni ad Integrazione Sociosanitaria il Decreto prevede inoltre, per il macrolivello assistenza territoriale residenziale, che le attività riferibili a "prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale" comportino per gli utenti una partecipazione alla spesa pari al 30% per i disabili gravi e al 60% per i disabili semplicemente privi di sostegno familiare. Restano invece escluse dalla partecipazione le prestazioni erogate in favore di persone in programmi diagnostico-terapeutici con responsabilità minimale, o di minori con disturbi comportamentali o con patologie di interesse neuropsichiatrico (Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli a) e b)).

Questa classificazione delle tipologie di prestazione, con riferimento al loro inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza ed alla copertura da parte del SSN, suppone la definizione di un flusso informativo capace di distinguere le diverse tipologie di prestazioni.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Si propone quindi di procedere a una classificazione delle prestazioni che tenga conto di questa logica procedurale e che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee Guida per la Riabilitazione, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria e del Decreto sui LEA.

Le tipologie di prestazioni da individuare risultano quindi:

3.1 PRESTAZIONI RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

128

Codice Prestazione	Descrizione
RRE1	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1)
RRE2	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli. - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2)

Nota: Si precisa che il flusso informativo della riabilitazione intensiva viene regolato dal Mattone 3 "Evoluzione del sistema DRG".

3.2 PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER DISABILI

Codice Prestazione	Descrizione
RD1	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti gravi o con responsabilità minimale che necessitano di cure medico/infermieristiche complesse per il supporto a funzioni vitali - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a)).
RD2	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti, in età evolutiva, affette da minorazioni plurisensoriali. - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a)). Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
RD3	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b)). Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
RD4	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi).
RD5	Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia. - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare).



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Per ogni tipologia di prestazioni viene previsto un analogo livello Semiresidenziale, definibile con uno specifico suffisso.

3.3 **IL FLUSSO INFORMATIVO**

Il Flusso informativo prevede la compilazione di una scheda contenente dati anagrafici ed amministrativi, il codice di attività che identifica la prestazione, i codici ICD-9 relativi alle diagnosi principale e secondarie ed ulteriori dati riferiti alle caratteristiche della persona.

Su questo ultimo aspetto le problematiche della persona disabile devono essere valutate da almeno tre punti vista:

- Un punto di vista assistenziale, valutabile con i medesimi strumenti adottati dalle regioni per la rilevazione del case-mix assistenziale delle RSA anziani.
- Un punto di vista riabilitativo, che almeno per le strutture più orientate ad obiettivi di cura deve essere valutato con strumenti in grado di valutare gli outcome funzionali
- Un punto di vista socio-relazionale e di attività, che deve essere valutato nell'ottica del sostegno alle attività residue ed alla qualità della vita della persona.

I dati relativi al Case-mix assistenziale saranno raccolti con gli strumenti SOSIA, SVAMA, RUG, VALGRAF, AGED o con le rispettive varianti tarate sulla popolazione disabile giovane ed adulta. Il debito informativo per questi dati può essere limitato al Livello Informativo Regionale, con trasmissione a livello di NSIS dei medesimi dati raccolti ed analizzati dalla FAR.

I dati relativi agli obiettivi riabilitativi, e i dati relativi agli obiettivi socio-relazionali saranno raccolti ed analizzati attraverso la scheda ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). (WHO 2002, Ustun 2003, Leonardi 2005).

La scheda ICF potrà essere inizialmente adottata come strumento ad uso della struttura erogatrice di prestazioni, con funzione di guida alla definizione del piano di trattamento.

Poiché contiene numerose informazioni adeguate a valutare anche lo stato funzionale e il carico assistenziale, viene proposto lo sviluppo di uno specifico studio per l'utilizzo della ICF in una ottica di valutazione del carico assistenziale e del recupero funzionale.

Lo studio potrà essere effettuato come Ricerca Finalizzata ex art. 12 o come prosecuzione del presente Progetto Mattoni, e potrà avere come obiettivo finale la sostituzione completa dei diversi strumenti di analisi del case-mix adottati dalle regioni per le RSA disabili con la scheda ICF, eventualmente integrata.

La rilevazione, verrà effettuata con le medesime cadenze delle strutture residenziali,

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

- A** – Ammissione
- R** – Rivalutazione periodica
- M** – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale
- D** – Dimissione o trasferimento
- E** – Exitus



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

In merito ai flussi informativi vengono definiti i seguenti livelli di debito:

1) A livello di struttura:

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);
- Scheda di analisi del Case-mix assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili);
- Scheda ICF.

2) A livello regionale

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);
- Scheda di analisi del Case-mix assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili).

3) A livello nazionale

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

4 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Il Gruppo di Lavoro sul Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale, attivato presso il Ministero della Salute, ha lavorato in parallelo alle attività del Mattone n.12 giungendo a definire un aggiornamento delle strutture erogatrici in linea con le indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale ed in coerenza con gli indirizzi del Mattone n. 1.

Il sistema residenziale psichiatrico trova i propri presupposti nei seguenti riferimenti normativi:

- DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della salute mentale 1998-2000”;
- DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- Accordo Conferenza Stato-Regioni 11.10.2001 “Il sistema informativo nazionale per la salute mentale”.

131

Le modalità attuative di questi servizi avviate dalle regioni italiane sono molto difformi e non esiste un flusso informativo codificato in rapporto alle prestazioni ed agli utenti.

Anche nel settore della Salute Mentale è apparso quindi opportuno giungere ad una corretta definizione delle “prestazioni” residenziali, che sono riferibili a cure erogate nella fase della post-acuzie e della cronicità, caratterizzare da differenti livelli di assistenza in ragione delle condizioni degli ospiti e da diversa compartecipazione alla spesa.

Il progetto Obiettivo Salute Mentale (DPR 10 novembre 1999) definisce le strutture residenziali come :

STRUTTURE RESIDENZIALI: Sono strutture extraospedaliere che accolgono persone che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell’arco delle 24 ore:

- a) SR con presenza continua di personale sanitario lungo l’arco delle 24 ore;
- b) SR con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta;
- c) SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.

Ad avviso del Gruppo di Lavoro del Mattone 12 una classificazione di questo tipo, per essere riferibile ad un concetto di “prestazione” deve essere integrata con elementi che qualificano le caratteristiche peculiari della prestazione e le sue finalità, riferibili ai trattamenti post acuzie o alla gestione della cronicità.

Si è quindi proposto un modello di classificazione delle prestazioni, con i relativi codici di attività, che viene presentato di seguito.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

4.1 CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM. Le strutture sono organizzate in nuclei completamente autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono persone che necessitano di ospitalità nell'intero arco delle 24 ore, anche con livelli di intensità assistenziale differenti.

Le **prestazioni residenziali** si suddividono in due macro tipologie: Prestazioni terapeutico-riabilitative e prestazioni socio-riabilitative.

132

Prestazioni Residenziali Psichiatriche		
Codici prestazione		descrizione
RP1		Prestazioni residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative Sono erogate in strutture per persone che, nella fase di acuzie e post acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.
	RP1.1	Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolte persone, anche nella fase post acuzie, che richiedono interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è indicativamente di 18 mesi.
	RP1.2	Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive Sono erogate in strutture che accolgono persone con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo. La durata della degenza può essere protratta in rapporto allo sviluppo dei programmi riabilitativi. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:
	RP1.2.1	Il personale sanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
	RP1.2.2	Il personale sanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
RP2		Prestazioni residenziali psichiatriche socio-riabilitative Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di persone caratterizzate da un relativo grado di autonomia nella vita quotidiana ma che necessitano di una soluzione abitativa protetta. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. Non viene individuata una durata massima di degenza.
SRP		Prestazioni semiresidenziali psichiatriche (SRP) L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono le persone durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate con le stesse modalità operative previste per la residenzialità.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

4.2 **FLUSSO INFORMATIVO E STRUMENTI DI RILEVAZIONE E DI VALUTAZIONE**

Anche per le prestazioni in ambito psichiatrico viene prevista la costruzione di un flusso informativo basato su tre livelli di debito informativo: Nazionale, Regionale e di ASL(DSM).

- 1) A livello nazionale:
 - Caratteristiche della persona: dati anagrafici e Asl di residenza)
 - Diagnosi principale (ICD9-CM)
 - Tipologia di prestazione erogata (codice di prestazione)
 - Data di ammissione e data di dimissione per ogni tipologia di prestazione erogata nel tempo
 - La provenienza (ospedale, domicilio, altra struttura residenziale con relativo codice di attività)
 - La destinazione dopo la dimissione (ospedale, domicilio, altra struttura residenziale con relativo codice di attività).
- 2) A livello regionale:
 - Dati richiesti a livello regionale
 - Specifici dati sul livello di autonomia della persona, sui bisogni assistenziali e sulla tipologia di trattamenti effettuati, attraverso strumenti validati in ambito psichiatrico.
- 3) A livello di DSM e si singola struttura:
 - Ogni persona dovrà comunque essere valutata con strumenti di valutazione multidimensionale e scale psichiatriche in grado di misurare l'evoluzione del quadro clinico ed assistenziale, che dovrà risultare monitorato in cartella con i parametri indicati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale.

133

Il flusso informativo deve garantire la raccolta di informazioni necessarie ad implementare il flusso informativo nazionale; deve rilevare i dati anagrafici, socio-demografici e clinici per ogni persona, le giornate di degenza e le attività erogate distinte in: attività cliniche rivolte alla persona, attività rivolte alla famiglia, attività di riabilitazione (individuali e di gruppo) e di inserimento lavorativo, attività risocializzanti ed espressive (individuali e di gruppo), attività di supporto sociale.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

5 BIBLIOGRAFIA

Bernabei R. Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento – CNR Roma 1995.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*; 316: 1348-1351, 1998.

Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scan J Publ Health*, 27(3):228-234. 1999.

Brizioli E, Bernabei R, Ferrucci L, Di Niro G, Masera F. Validazione del Sistema RUG in Italia. *Bollettino delle Ricerche* 2:59-76, 2000.

Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res*.15(3):243-253, 2003.

Buchanan JL, Andres PL, Haley SM, Paddock SM, Zaslavsky AM. Evaluating the planned substitution of the minimum data set-post acute care for use in the rehabilitation hospital prospective payment system. *Med Care*. 42(2):155-63, 2004.

Carpenter I, Perry M, Challis D, Hope K. Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). *Age and Ageing* 32(3):279-85, 2003.

Carillo E, Garcia-Altes A, Peiro S et al. Sistema de clasificacion de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilisation Groups, version III. *Validacion en Espana. Rev Gerontol*; 6: 276–284, 1996.

De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 35(3):421-31. 2005.

Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Gerontol*; 49: 1-76, 2001.

Francesconi P, Cantini E, Bavazzano E, Lauretani F, Bandinelli S, Buiatti E, Ferrucci L. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging Clin Exp Res*. 18(2):133-140, 2006.

Fries BE, Cooney LM Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care*. 23(2):110-22, 1985.

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18). *Med Care*. 27(9):843-58, 1989.

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III). *Med Care*. 32: 668–685, 1994.



Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Fulton TR, Wilden BM. Patient requirements for nursing care: the development of an instrument. *Can J Nurs Adm*; 11: 31–51, 1998.

Hawes C, Morris J, Phillips C, Mor V, Fries B. Reliability estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS). *Gerontologist*, 35(2):172-178, 1995.

Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing*; 27(2): 19–25, 1997.

Ikegami N, Fries BE, Takagi Y, Ikeda S, Ibe T. Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities. *Gerontologist* 34: 628–39, 1994.

Laine J. RUG-III for exploring the association between staffing levels and cost-efficiency in nursing facility care in Finland. *Health Care Manage Rev.* 2006 Jan-Mar;31(1):73-77, 2006.

Leonardi M, Bickenbach J, Raggi A, et al. Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network. *J Headache Pain.* 6(3):159-64. Review, 2005.

Ljunggren G, Fries B, Winblad U. International validation and reliability testing of a patient classification system for longterm care. *Eur J Gerontology* 1: 372–83, 1992.

McCarthy ST, Lindsay-Smith E, Matsakidis D, Benson CG. The Resident Classification Scale. *Med J Aust.* 167(8):455, 1997.

Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L et al. VALGRAF. Una nuova soluzione grafica per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette. *Geron*, 3(5)111-124 , 1993.

Morosini P, Gigantesco A. VALGRAF: uno strumento per la valutazione longitudinale dell’anziano. In *La Valutazione Multidimensionale Geriatrica*. Cester A, Piergentili P, Senin U. Edizioni Vega, 1999.

Morris JN, Hawes C, Fries BE et al. Designing the National Resident Assessment Instrument. *Gerontologist.* 30: 293–307.1990.

Schneider DP, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gormley WJ. Case mix for nursing home payment: resource utilization groups, version II. *Health Care Financ Rev.*:39-52, 1988.

Topinkova E. et al. Case-mix classification in post-acute and long-term care. Validation of Resource Utilization Groups III (RUG-III) in the Czech Republic. *Cas Lek Cesk.* 2;139(2):42-48, 2000.

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. *Residenze Sanitarie per Anziani*. Edizioni il Mulino, Bologna 2002.

Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 25(11-12):565-571, 2003.

White C, Pizer SD, White AJ. Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. *Health Care Financ Rev.* 24(2):7-15. 2002.

ALLEGATO 2

Scheda rilevazione Ulcere da Pressione *(Studio Pilota)*



Qualità e Sicurezza nelle RSA - Studio Pilota "Ulcere da Pressione"

CODICE RSA: Codice Paziente: (nro progressivo) — (anno) Codice Rilevatore:

1. PRESA IN CARICO

- 0 - 2 mesi
 3 - 6 mesi
 7 - 12 mesi
 > 12 mesi
 non rilevabile

2. SESSO

- M F

3. ANNO DI NASCITA

4. DATI RILEVATI IN CARTELLA

Peso Sì No Non valutabile

Altezza Sì No Non valutabile

5. SCALA DI BRADEN

<p>Percezione sensoriale</p> <p><input type="radio"/> non limitata <input type="radio"/> leggermente limitata <input type="radio"/> molto limitata <input type="radio"/> completamente limitata</p>	<p>Umidità</p> <p><input type="radio"/> mai bagnato <input type="radio"/> occas. bagnato <input type="radio"/> spesso bagnato <input type="radio"/> costant. bagnato</p>	<p>Attività</p> <p><input type="radio"/> cammina frequentemente <input type="radio"/> cammina occasionalmente <input type="radio"/> in poltrona <input type="radio"/> completamente allettato</p>
<p>Mobilità</p> <p><input type="radio"/> limitazioni assenti <input type="radio"/> parzialmente limitata <input type="radio"/> molto limitata <input type="radio"/> completamente immobile</p>	<p>Nutrizione</p> <p><input type="radio"/> eccellente <input type="radio"/> buona <input type="radio"/> probabilmente inadeguata <input type="radio"/> molto povera <input type="radio"/> non rilevabile</p>	<p>Frizione e scivolamento</p> <p><input type="radio"/> nessun problema <input type="radio"/> problema potenziale <input type="radio"/> problema</p>

6. INCONTINENZA

<p>Incontinenza</p> <p><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>Frequenza Incontinenza</p> <p><input type="radio"/> Occasionale <input type="radio"/> Abituale</p>
<p>Tipo Incontinenza (risposta multipla)</p> <p><input type="radio"/> Urina <input type="radio"/> Fecale</p>	<p>Ausilio presente (risposta multipla)</p> <p><input type="radio"/> catetere vescicale <input type="radio"/> condom <input type="radio"/> pannolone per adulti</p>

7. FATTORI PREDISPONENTI (risposta multipla)

- presenza di apparecchi gessati o trazioni diabete
 edemi diffusi arteriopatia
 marcatamente sottopeso altre malattie
 obesità nessuno

8. PRESIDI DI PREVENZIONE PRESENTI

Sul letto Sì No

Se Sì

- superf. antidec. con motore, altezza inferiore a 10 cm (sovramaterasso)
 superf. antidec. con motore, altezza uguale o sup. a 10 cm (materasso)
 superf. antidec. senza motore, altezza inferiore a 10 cm (sovramaterasso)
 superf. antidec. senza motore, altezza uguale o sup. a 10 cm (materasso)

2929195313543

Qualità e Sicurezza nelle RSA - Studio Pilota "Ulcere da Pressione"

9. SCHEMA PERSONALIZZATO DI ROTAZIONE DELLA POSTURA

- Si No Non valutabile

10. VIENE ALZATO IN POLTRONA?

- Si No

Se si

- cuscino antidecubito, altezza inferiore a 7cm
 cuscino antidecubito, altezza uguale o superiore a 7cm
 nessuna superficie speciale

11. PRESENZA UDP

- Si No

Se si

- prima della presa in carico in RSA
 durante la permanenza in RSA
 post ricovero ospedaliero
 non documentato

12. SEDE E GRADO (secondo scala di graduazione EPUAP) SOLO DELLE UDP

Mediane

Sacro 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Occipite 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altro 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Scala di graduazione EPUAP

- 1 Eritema resistente alla digito pressione
- 2 Abrasioni / vescicola
- 3 Necrosi / profonda cavità
- 4 Esposizione tendini, ossa, articolazioni
- 5 Escara chiusa

Dx

Trocantere 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Ischio 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Malleolo 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Tallone 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altra 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Sx

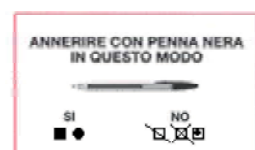
Trocantere 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Ischio 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Malleolo 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Tallone 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altra 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

13. DIMOSTRA DOLORE CORRELABILE ALLA PRESENZA DI ULCERE DA PRESSIONE?

- Si No Non valutabile

14. ULCERE DI ALTRA NATURA

- ulcere della gamba
 altro



ALLEGATO 3

Scheda rilevazione Cadute Re.Tos_s *(Studio Pilota)*

Qualità e Sicurezza nelle RSA - Studio Pilota "La prevenzione delle cadute"

144

QUESITI	INGRESSO		72 ORE		120 ORE		VARIAZIONI CLINICHE*	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE								
Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STATO MENTALE – AGITAZIONE PSICOMOTORIA								
E' disorientato e/o confuso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta alterazione della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' agitato eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TERAPIA FARMACOLOGICA (vedi elenchi farmaci)								
Assume psicofarmaci ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assume 1 o più dei seguenti farmaci (possibile più di una risposta)								
vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antiipertensivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diuretici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antistaminici per uso sistemico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidolorifici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TERAPIA ENDOVENOSA								
Il paziente viene trattato con infusioni endovenose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* **VARIAZIONI CLINICHE** Data variazioni cliniche / /

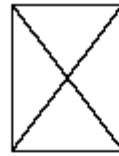
Se hai rivalutato il paziente prima dei 3 o 5 giorni previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato? (possibile più di una risposta)

Alterazione stato di coscienza Variazioni terapeutiche importanti e/o effetti collaterali terapia
 Alterazione parametri vitali Comparsa dolore
 Alterazione mobilità Altro

ALLEGATO 4

Scheda segnalazione Cadute *(Studio Pilota)*

Scheda di segnalazione delle cadute in ospedale* (da consegnare al facilitatore)



Evento

Descrizione (luogo e dinamica, eventuali conseguenze):

Data _____

Ora _____

Soggetto caduto

Paziente

Visitatore

IMPORTANTE: Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.

Autore della segnalazione

Nome e Cognome _____

Reparto / Servizio _____

Data segnalazione _____

*Gli eventi da segnalare sono:

- cadute senza danno
- cadute con danno

CADUTA: Evento in cui il paziente/visitatore viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a ritornare nel letto o sulla poltrona/sedia.

ALLEGATO 5

Scheda analisi Cadute *(Studio Pilota)*

Scheda di analisi delle cadute in ospedale



Ricostruzione dell'evento

SEGNALATORE (professione) Medico Medico in formazione Medico consulente Tecnico
 Infermiere Infermiere in formazione OTA/OSS Altro

Data segnalazione _____ Reparto / Servizio _____

Paziente Visitatore*
*compilare solo descrizione evento

Anno di nascita _____ Sesso M F N° nos.

Selezionato a rischio con la scala di valutazione Sì No

Tipo di caduta: Con danno Senza danno

Tipo di danno: Trauma cranico Fratture Distorsioni
 Contusioni Ferite Altro _____
 Escoriazioni Ematomi Non rilevato

Data caduta _____ Ora caduta _____ N° giornata di degenza _____

Luogo dell'evento: Camera Corridoio Bagno Scale Esterni
 Sala d'attesa Ambulatorio Sala operatoria Altro _____

Modalità caduta: Dal letto Dal letto con spondine Dalla sedia a rotelle Dalla sedia
 Dalla barella Dalla barella con spondine Dalla posizione eretta Non rilevato

Dinamica evento: Non rilevato Camminava per andare in bagno
 Aspettava in barella Durante movimentazione assistita
 Effettuava l'igiene personale Aspettava in sedia a rotelle
 Camminava in corridoio Scendeva dal letto Saliva sul letto
 Trasferimento autonomo letto/barella/carrozzina/sedia Altro _____

Pre-analisi dell'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento:

CONDIZIONI DEL PAZIENTE

- Condizioni cliniche
- Cadute pregresse
- Alterazione dei sensi
- Problemi di eliminazione
- Mobilità
- Terapie farmacologiche
- Andatura e attività quotidiane
- Stato mentale
- Abbigliamento / calzature
- Altro _____

ORGANIZZAZIONE

- Carico assistenziale
- Turni di lavoro
- Comunicazione
- Protocolli/procedure
- Altro _____

AMBIENTI / PRESIDI

- Mezzi di contenzione
- Pavimento
- Corridoio
- Deambulatore
- Sedia a rotelle
- Barella
- Camera
- Letto
- Asta per flebo
- Comodino
- Bagno
- Ausili movimentazione
- Altro _____

Valutazione

Indice di priorità: Verde Giallo Rosso

FACILITATORE: Nome e Cognome _____ Firma _____
 Data, li _____

ALLEGATO 6

Checklist sicurezza ambiente e presidi (Studio Pilota)

Check list

sicurezza ambiente e presidi



Unità Operativa o Servizio _____ Valutatori (SEP, GRC) _____

Sezione 1

PAVIMENTI: Scivolosi Dislivelli o buchi Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio

CORRIDOI: Corrimano Illuminazione diurna Illuminazione notturna
 Presenza di materiali o di mobilio ingombranti

SCALE: Corrimano su almeno un lato Gradini dotati di antiscivolo

Sezione 2

DEAMBULATORI: Maniglie deteriorate Instabile

SEDIE A ROTELLE: Freni efficienti Braccioli rimovibili
 Ruote efficienti Poggiatesta funzionanti

BARELLE: Spondine adattabili in altezza Spondine bloccabili all'altezza desiderata
 Ruote efficienti Freni efficienti

AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI: Disponibili in reparto Numero sufficiente Efficienti
 Presenza ripostiglio/magazzino dedicato

Sezione 3

CAMERE: Dimensione minima rispettata Apertura porta verso l'esterno
 Interruttori accessibili Interruttori visibili al buio Luci personali sulla testata letto
 Illuminazione diurna Illuminazione notturna
 Veneziane / tende Presenza comoda Luci notturne percorso camera/bagno

LETTI: Adattabilità in altezza Spondine adattabili in altezza Spazio tra le sbarre
 Spondine rimovibili Spondine completamente abbassabili
 Campanelli chiamata raggiungibili Ruote efficienti Freni efficienti

GRADINO RIMOVIBILE: Superficie antiscivolo Instabile Pedata sufficiente Piedini antiscivolo

ASTE PER FLEBO: Integrate nel letto Regolabili in altezza Ruote efficienti Base a cinque piedi

COMODINO: Tavolo servitore Ruote efficienti Freni efficienti
 Piano di appoggio regolabile in altezza Piano di appoggio girevole

BAGNI: Dimensione minima rispettata Apertura porta verso l'esterno Interno camera
 Interruttori accessibili Interruttori visibili al buio
 Illuminazione diurna Illuminazione notturna Doccia Vasca
 Maniglie doccia/vasca Campanelli chiamata raggiungibili dalla doccia/vasca
 Tappetini antiscivolo Accessibile con carrozzina

RILEVAZIONI TECNICHE (10 ril. per reparto):

Luce:

Temperatura:

Corridoi:																			
Camere:																			
Scale:																			

ALLEGATO 7

Scheda rilevazione valutazione multi-dimensionale Dolore (Studio Pilota)

Scala Multidimensionale di valutazione del dolore			
<i>A- 1° valutazione</i>			
Sesso <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Anno di nascita <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Codice ospite <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Codice RSA <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Cod. rilevatore <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Modulo RSA <input type="radio"/> 1 base <input type="radio"/> 2 motorio <input type="radio"/> 3 comp. <input type="radio"/> 4 veg.	Data prima compilazione <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
L'ospite riferisce dolore acuto? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no dolore cronico? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Sono presenti lesioni cutanee? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Se si, dimostra dolore correlabile? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> nv Sono presenti traumi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Se si, dimostra dolore correlabile? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> nv. Sono presenti ulcere? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Se si, dimostra dolore correlabile? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> nv. Si sono verificate cadute negli ultimi tre mesi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	Rappresentazione grafica delle zone-aree algiche		MMSE <input type="checkbox"/> nd <input type="checkbox"/> nv Valutato <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ADL <input type="checkbox"/> nd <input type="checkbox"/> nv Valutato <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
			L'ospite dimostra di comprendere le domande? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> nv Si sono verificati ricoveri in ospedale negli ultimi 3 mesi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Se si, inserire causa o patologia: _____ Sono stati assunti farmaci negli ultimi tre mesi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Se si, specificare: <input type="radio"/> psicofarmaci <input type="radio"/> fans <input type="radio"/> antidolorifici <input type="radio"/> oppiacei <input type="radio"/> antipertensivi <input type="radio"/> diuretici <input type="radio"/> antistaminici <input type="radio"/> _____
		1. viso 2. torace 3. epigastrio dx 4. epigastrio sx 5. coscia dx 6. coscia sx 7. ginocchio dx 8. ginocchio sx 9. gamba dx 10. gamba sx 11. piede dx 12. piede sx 13. collo 14. scapola sx 15. scapola dx 16. braccio sx 17. sacro 18. braccio dx 19. anca sx 20. anca dx 21. polpaccio sx 22. polpaccio dx 23. tallone sx 24. tallone dx 25. testa	
		<input type="radio"/> osservazioni _____	

SCORE utilizzato

- VAS : da nessun dolore ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ a massimo possibile
- NPIS: da nessun dolore ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ a massimo
- VDS: ① nessun dolore ② medio ④ moderato ⑥ severo ⑧ estremo ⑩ fortissimo
- FPRS: ① - nessun dolore ② ③ - moderato ④ ⑤ ⑥ - il più forte possibil
- PAINAD: da nessun dolore ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ a massimo

Valutazione al momento della somministrazione scheda: Ospite auto Ospite non auto

C – Attivazione dell’equipe multidisciplinare

- **L'accertamento della presenza di dolore** deve attivare contemporaneamente il MMG e l'equipe multidisciplinare (Infermiere, Fisioterapista, Ed. Professionale o altro professionista della sfera sociale)

- PRESENZA DI RED FLAGS (presenza di neoplasia, trauma recente, intervento chirurgico recente, ricovero in ospedale recente...)
 - PRESENZA DI YELLOW FLAGS (episodi di ansia-depressione, presenza di disorientamento S-T, riduzione delle capacità nelle ADL, disturbi della sfera socio-relazionale, modifica del comportamento...)
- **Il trattamento** deve essere orientato in base alla valutazione dell’equipe nelle tre sfere di trattamento:
- FARMACOLOGICO (analgesici, antinfiammatori, oppiacei...)
 - FISIOTERAPICO-RIABILITATIVO (terapie fisiche es. TENS, Magnetoterapia; riabilitazione motoria individuale, ginnastica di gruppo...)
 - SOCIO-RELAZIONALE (supporto psicologico, ROT, validazione, gruppo di auto-mutuo-aiuto...)

- **Note:** (La presenza di Yellow e Red Flags potrebbero essere utili come ulteriore “campanello di allarme” e aiutare gli operatori a scegliere il trattamento più idoneo in relazione al disturbo dell’anziano...(vedi parametri socio-relazionali nelle yellow flags).

☒: Scala multidimensionale valutazione dolore

Rev: 2.3

Data, 04 marzo 2009

ALLEGATO 8

Rilevazione strutture di accoglienza per anziani in Toscana (Dicembre 2009)

Tabella 1 - Numero di strutture per tipologia e per titolare attività suddivise per Aziende USL e zone della Toscana, dicembre 2009.

Az. USL	Zona	Residenza Sociale				R.S.A.	TOTALE	Comune	Az. USL	Comunità Montana	N. Strutture per titolare attività			
		Assistita	Sociale	Comunità Protetta	Alloggio						Centro Residenziale	ASP	Privato Sociale e ONLUS	Privato
1	Massa Carrara	3	0	0	0	13	16	0	2	0	0	0	14	
	Lunigiana	0	0	0	0	7	9	2	0	0	0	0	7	
2	Lucca	2	0	0	0	8	8	0	2	0	0	5	1	
	Valle del Serchio	0	0	0	0	6	15	4	2	0	0	8	1	
3	Pistoia	2	2	1	1	11	16	0	6	0	0	3	7	
	Pistoiese	3	0	0	0	5	8	0	3	0	1	1	3	
4	Prato	0	0	0	0	17	17	0	2	0	0	14	1	
	Pratese	0	0	0	0	3	4	0	2	0	1	0	1	
5	Pisa	3	1	1	0	9	13	2	2	0	0	9	0	
	Valdera	5	0	1	1	11	17	0	6	0	1	1	9	
6	Livorno	1	0	0	0	8	9	0	0	0	0	4	5	
	Bassa Val di Cecina	0	0	0	0	3	3	0	2	0	0	0	1	
7	Stiena	6	2	2	0	10	18	4	0	0	0	1	13	
	Livornese	2	0	0	0	3	5	4	0	0	0	0	1	
8	Arezzo	4	0	0	0	8	12	1	0	0	4	3	4	
	Alta Val d'Elsa	2	0	0	0	2	4	0	3	0	0	0	1	
9	Grosseto	8	0	0	0	16	24	4	2	0	4	0	14	
	Senese	2	0	0	0	5	7	4	0	0	0	2	0	
10	Firenze	13	1	0	5	26	45	1	1	0	3	18	22	
	Florentina	1	0	0	2	10	13	1	0	0	0	5	7	
11	Empoli	0	0	0	0	17	17	0	1	0	3	0	13	
	Empolese	1	0	0	0	11	12	1	0	0	0	1	10	
12	Viareggio	2	0	0	0	4	6	3	2	0	1	4	1	
	Versilia	0	3	5	15	23	23	0	1	0	0	14	8	
TOTALE		74	10	21	285	390	40	56	0	28	104	156	5	

Figura 1 - Tipologia di strutture in Toscana, dicembre 2009.

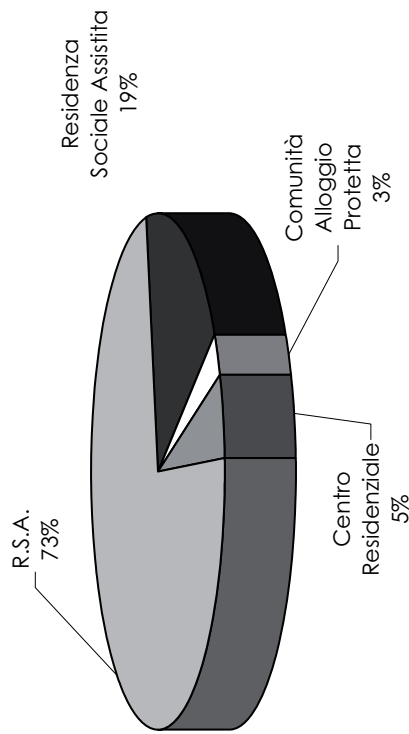


Figura 2 - Tipologia di strutture in Toscana per titolare attività, dicembre 2009.

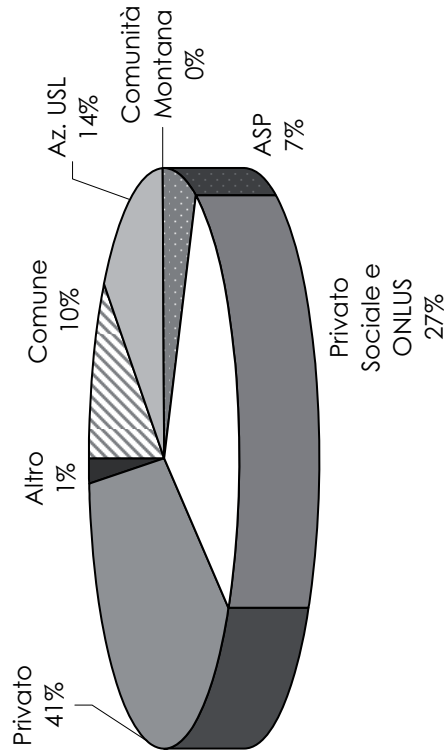


Tabella 2 - Numero di posti letto per pazienti autosufficienti e non autosufficienti suddivisi per Aziende USL e zone della Toscana, dicembre 2009.

Az. USL	Zona	n. posti per autosufficienti	n. posti per non autosufficienti convenzionati	n. posti per non autosufficienti non convenzionati	TOTALE
1 Massa Carrara	Lunigiana	309	64	344	717
	Apuane	107	109	49	265
2 Lucca	Valle del Serchio	46	205	30	281
	Piana di Lucca	219	241	9	469
3 Pistoia	Pistoiese	102	283	152	537
	Valdinievole	128	130	74	332
4 Prato	Pratese	48	546	112	706
	Alta Val di Cecina	19	105	6	130
5 Pisa	Valdera	130	225	76	431
	Pisana	213	441	39	693
6 Livorno	Bassa Val di Cecina	90	218	70	378
	Val di Cornia	20	90	32	142
7 Siena	Elba	16	30	4	50
	Livornese	255	358	67	680
8 Arezzo	Alta Val d'Elsa	53	163	0	216
	Val di Chiana	157	210	80	447
9 Grosseto	Senese	29	62	0	91
	Casentino	57	115	5	177
10 Firenze	Valtiberina	5	90	0	95
	Valdarno	34	352	92	478
11 Empoli	Val di Chiana	108	86	33	227
	Aretina	70	283	66	419
12 Viareggio	Colline Metallifere	60	153	2	215
	Colline Albegna	145	117	5	267
TOTALE	Amiata Grossetana	108	80	14	202
	Grossetana	30	253	0	283
TOTALE CONVENZIONATI + NON CONVENZIONATI	Fiorentina	672	1.440	148	2.260
	Nord-Ovest	96	472	78	646
TOTALE	Sud-Est	82	924	0	1.006
	Mugello	60	610	1	671
TOTALE CONVENZIONATI + NON CONVENZIONATI	Empolese	175	390	38	603
	Valdarno Inf.	43	154	0	197
TOTALE	Versilia	149	400	117	666
	TOTALE	4.417	9.879	1.898	16.194
TOTALE CONVENZIONATI + NON CONVENZIONATI					11.777

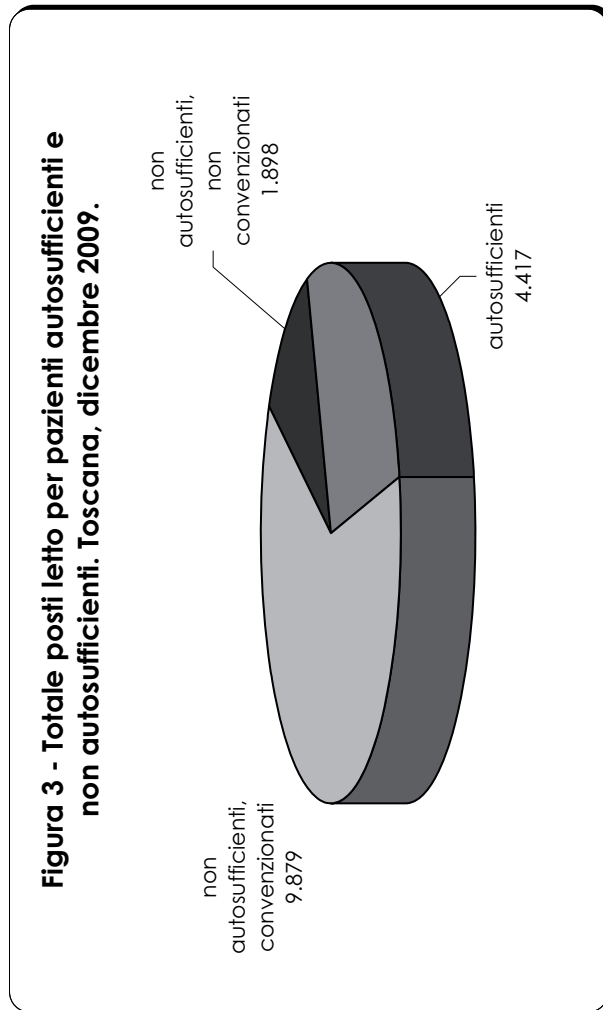


Tabella 3 - Numero di posti letto per tipologia di strutture suddivisi per Aziende USL e zone della Toscana, dicembre 2009.

Az. USL	Zona	n. posti per tipologia					TOTALE
		Residenza Sociale Assistita	Comunità Alloggio Protetta	Centro Residenziale	R.S.A.		
1 Massa Carrara	Lunigiana	145	0	0	572	717	
	Apuane	35	0	0	230	265	
2 Lucca	Valle del Serchio	0	0	0	281	281	
	Piana di Lucca	151	0	0	318	469	
3 Pistoia	Pistoiese	23	19	25	470	537	
	Valdinievole	85	0	0	247	332	
4 Prato	Pratese	0	0	0	706	706	
5 Pisa	Alta Val di Cecina	0	14	0	116	130	
	Valdera	75	12	0	344	431	
6 Livorno	Pisana	137	0	42	514	693	
	Bassa Val di Cecina	6	0	0	372	378	
7 Siena	Val di Cornia	0	0	0	142	142	
	Elba	0	0	0	50	50	
8 Arezzo	Livornese	114	23	0	543	680	
	Alta Val d'Elsa	53	0	0	163	216	
9 Grosseto	Val di Chiana	94	0	0	353	447	
	Amiata Senese	29	0	0	62	91	
10 Firenze	Senese	356	0	0	861	1.217	
	Casentino	0	0	0	177	177	
11 Empoli	Valtiberina	0	0	13	82	95	
	Valdarno	0	0	0	478	478	
12 Viareggio	Val di Chiana	42	0	11	174	227	
	Aretina	0	0	25	394	419	
TOTALE	Colline Metallifere	56	0	0	159	215	
	Colline Albegna	63	0	0	204	267	
TOTALE	Amiata Grossetana	7	0	78	117	202	
	Grossetana	10	0	0	273	283	
TOTALE	Fiorentina	514	10	131	1.605	2.260	
	Nord-Ovest	25	0	82	539	646	
TOTALE	Sud-Est	0	0	0	1.006	1.006	
	Mugello	19	0	0	652	671	
TOTALE	Empolese	0	0	0	603	603	
	Valdarno Inf.	15	0	0	182	197	
TOTALE	Versilia	0	46	141	479	666	
	TOTALE	2.054	124	548	13.468	16.194	

Regione Toscana
 Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
 Settore Integrazione Sociosanitaria e Non Autosufficienza

Tabella 4 - Indici di copertura sulla popolazione anziana per tipologia di struttura suddivisi per Aziende USL e zone della Toscana, dicembre 2009

Az. USL	Zona	Indice di copertura sulla popolazione >65 anni										Indice di copertura sulla popolazione >75 anni									
		POP >65 anni	% p.l. RA	% p.l. CAP	% p.l. CR	% p.l. RSA	POP >75 anni	% p.l. RA	% p.l. CAP	% p.l. CR	% p.l. RSA	POP >75 anni	% p.l. RA	% p.l. CAP	% p.l. CR	% p.l. RSA					
1 Massa Carrara	Lunigiana	15.207	0,95	0,00	0,00	3,76	8.393	1,73	0,00	0,00	6,82										
	Apuane	33.970	0,10	0,00	0,00	0,68	16.701	0,21	0,00	1,38											
2 Lucca	Valle del Serchio	15.303	0,00	0,00	0,00	1,84	7.882	0,00	0,00	3,57											
	Piana di Lucca	36.556	0,41	0,00	0,00	0,87	18.369	0,82	0,00	1,73											
3 Pistoia	Pistoiese	39.435	0,06	0,05	0,06	1,19	19.650	0,12	0,10	2,39											
	Valdinievole	25.989	0,33	0,00	0,00	0,95	12.952	0,66	0,00	1,91											
4 Prato	Pratese	49.775	0,00	0,00	0,00	1,42	24.306	0,00	0,00	2,90											
	Alta Val di Cecina	6.131	0,00	0,23	0,00	1,89	3.235	0,00	0,43	3,59											
5 Pisa	Valdera	24.916	0,30	0,05	0,00	1,38	12.325	0,61	0,10	2,79											
	Pisana	44.837	0,31	0,00	0,09	1,15	22.077	0,62	0,00	2,33											
6 Livorno	Bassa Val di Cecina	19.980	0,03	0,00	0,00	1,86	10.142	0,06	0,00	3,67											
	Val di Cornia	16.010	0,00	0,00	0,00	0,89	7.795	0,00	0,00	1,82											
7 Siena	Elba	7.208	0,00	0,00	0,00	0,69	3.460	0,00	0,00	1,45											
	Livornese	41.605	0,27	0,06	0,00	1,31	21.225	0,54	0,11	2,56											
8 Arezzo	Alta Val d'Elsa	13.828	0,38	0,00	0,00	1,18	7.115	0,74	0,00	2,29											
	Val di Chiana	16.470	0,57	0,00	0,00	2,14	8.790	1,07	0,00	4,02											
9 Grosseto	Amiata Senese	4.102	0,71	0,00	0,00	1,51	2.318	1,25	0,00	2,67											
	Senese	31.739	1,12	0,00	0,00	2,71	17.218	2,07	0,00	5,00											
10 Firenze	Casentino	8.839	0,00	0,00	0,00	2,00	4.856	0,00	0,00	3,64											
	Valtiberina	8.017	0,00	0,00	0,16	1,02	4.404	0,00	0,00	1,86											
11 Empoli	Valdarno	20.887	0,00	0,00	0,00	2,29	10.433	0,00	0,00	4,58											
	Val di Chiana	11.748	0,36	0,00	0,09	1,48	6.303	0,67	0,00	2,76											
12 Viareggio	Aretina	28.605	0,00	0,00	0,09	1,38	14.292	0,00	0,00	2,76											
	Colline Metallifere	11.844	0,47	0,00	0,00	1,34	6.102	0,92	0,00	2,61											
TOTALE	Colline Albegna	13.264	0,47	0,00	0,00	1,54	6.732	0,94	0,00	3,03											
	Amiata Grossetana	5.938	0,12	0,00	1,31	1,97	3.385	0,21	0,00	3,46											
TOTALE	Grossetana	24.929	0,04	0,00	0,00	1,10	12.413	0,08	0,00	2,20											
	Fiorentina	94.867	0,54	0,01	0,14	1,69	50.655	1,01	0,02	3,17											
TOTALE	Nord-Ovest	47.816	0,05	0,00	0,17	1,13	22.354	0,11	0,00	2,41											
	Sud-Est	38.415	0,00	0,00	0,00	2,62	19.168	0,00	0,00	5,25											
TOTALE	Mugello	14.527	0,13	0,00	0,00	4,49	7.597	0,25	0,00	8,58											
	Empolese	33.065	0,00	0,00	0,00	1,82	17.014	0,00	0,00	3,54											
TOTALE	Valdarno Inf.	18.317	0,08	0,00	0,00	0,99	9.251	0,16	0,00	1,97											
	Versilia	38.541	0,00	0,12	0,37	1,24	18.648	0,00	0,25	2,57											
TOTALE		862.680	0,24	0,01	0,06	1,56	437.560	0,47	0,03	3,08											

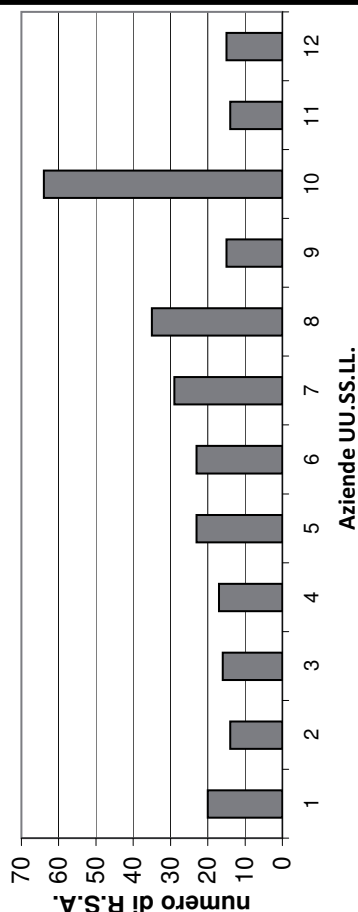
Tabella 5 - Numero di R.S.A. presenti in Toscana suddivise per Aziende USL e zone, dicembre 2009.

Az. USL	Zona	R.S.A.
1 Massa Carrara	Lunigiana	13
	Apuane	7
2 Lucca	Valle del Serchio	8
	Piana di Lucca	6
3 Pistoia	Pistoiese	11
	Valdinievole	5
4 Prato	Pratese	17
5 Pisa	Alta Val di Cecina	3
	Valdera	9
	Pisana	11
6 Livorno	Bassa Val di Cecina	8
	Val di Cornia	3
	Elba	2
	Livornese	10
7 Siena	Alta Val d'Elsa	3
	Val di Chiana	8
	Amiata Senese	2
	Senese	16
8 Arezzo	Casentino	5
	Valtiberina	3
	Valdarno	9
	Val di Chiana	7
9 Grosseto	Aretina	11
	Colline Metallifere	3
	Colline Albegna	4
	Amiata Grossetana	2
	Grossetana	6
10 Firenze	Fiorentina	26
	Nord-Ovest	10
	Sud-Est	17
	Mugello	11
11 Empoli	Empolese	10
	Valdarno Inf.	4
12 Viareggio	Versilia	15
TOTALE		285

Tabella 6 - Numero di R.S.A. presenti in Toscana suddivise per Aziende USL, dicembre 2009.

Az. USL	R.S.A.
1 Massa Carrara	20
2 Lucca	14
3 Pistoia	16
4 Prato	17
5 Pisa	23
6 Livorno	23
7 Siena	29
8 Arezzo	35
9 Grosseto	15
10 Firenze	64
11 Empoli	14
12 Viareggio	15
TOTALE	285

Figura 4 - Numero di R.S.A. presenti in Toscana suddivise per Aziende USL, dicembre 2009.



Sede Legale

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64
50134 Firenze



Osservatori

Viale G. Milton, 7
50129 Firenze

Epidemiologia
osservatorio.epidemiologia@ars.toscana.it

Qualità
osservatorio.qualita@ars.toscana.it



Centro Documentazione

centrodocumentazione@ars.toscana.it



Centralino: 055 462431
Fax Sede Legale: 055 4624330
Fax Osservatori: 055 4624345

www.ars.toscana.it

REGIONE
TOSCANA



Servizio
Sanitario
della
Toscana