



**Progetto finanziato dal Ministero della Salute
Programma CCM 2010**
(Sostegno a progetti strategici di interesse nazionale)

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

UO capofila – Regione Toscana

UO partecipanti – Regione Emilia-Romagna, Regione Liguria, Istituto Superiore di Sanità

Coordinamento Scientifico: Stefania Rodella

Relazione conclusiva
a cura del Coordinatore Scientifico

Giugno 2013



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale



ARS LIGURIA
AGENZIA REGIONALE SANITARIA



INDICE

Sommario	pg. 4
Carta d'identità del progetto	" 5
Razionale	" 6
Obiettivi generali e specifici	" 7
<i>Background</i>	" 8
Metodi	" 9
La popolazione in studio	" 9
<i>Il campione di RSA</i>	
<i>Le caratteristiche degli ospiti e delle strutture</i>	
Gli ambiti indagati – I problemi di qualità dell'assistenza	" 12
<i>Periodi di osservazione</i>	
Il disegno degli studi	" 13
Azioni e prodotti	" 14
<i>Coordinamento</i>	
<i>Formazione (progetti, pacchetti)</i>	
<i>Rilevazione (schede, algoritmi)</i>	
<i>Elaborazione dati e analisi statistiche</i>	
<i>Ricognizione letteratura</i>	
<i>Analisi condizioni di accesso ed equità secondo profili di NA</i>	
<i>Schede indicatori e Glossari(o)</i>	
Risultati	
Il raggiungimento degli obiettivi di progetto	" 15
Altri obiettivi	" 15
Gli ambiti indagati – I problemi di qualità dell'assistenza	
<u>Problemi clinico-assistenziali</u>	" 17
<i>(Rilevazione ad hoc o da documentazione esistente)</i>	
<i>Ulcere da pressione</i>	
<i>Cadute</i>	
<i>Dolore</i>	
<i>Incontinenza urinaria</i>	
<i>Contenzione</i>	
<i>Infezioni correlate all'assistenza e Uso di antibiotici</i>	
<i>Igiene personale</i>	
<i>Malnutrizione</i>	
<i>Declino funzionale e cognitivo</i>	

<u>Problemi clinico-assistenziali</u> <i>(Rilevazione da sistema di segnalazione volontaria)</i>	pg 25
<u>Personalizzazione/umanizzazione</u> <i>(Rilevazione ad hoc o da documentazione esistente)</i>	“ 27
<u>Problemi clinico-assistenziali</u> <i>(Rilevazione da fonti correnti)</i> <i>Ricoveri ospedalieri – Ricoveri potenzialmente inappropriati</i> <i>Accessi al Pronto Soccorso</i> <i>Mortalità</i> <i>Consumo di farmaci – Appropriatezza prescrittiva</i>	“ 28
Discussione	“ 31
Conclusioni	“ 39
<i>Bibliografia essenziale</i>	“ 40

Sommario

Il progetto ha inteso descrivere la qualità dell'assistenza in RSA in un campione di RSA di alcune regioni italiane (Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio e Puglia) e proporre un insieme di indicatori appropriati per il monitoraggio, utilizzabili in affiancamento alle misure di valutazione dei bisogni assistenziali già rilevabili dai sistemi informativi in uso. Gli ambiti indagati sono coerenti sia con la letteratura internazionale sia con le normative regionali per l'accreditamento istituzionale: ulcere da pressione, dolore, infezioni, cadute, assunzione di farmaci, misure di contenzione, malnutrizione, ricorso alle cure ospedaliere, assistenza alberghiera, umanizzazione.

Complessivamente, sono state reclutate, sulla base di un'adesione volontaria, 168 residenze sanitarie e osservati quasi 10.000 anziani assistiti. I metodi e i disegni di studio utilizzati sono stati diversi nelle singole UO che, al momento dell'avvio del progetto, erano già impegnate in iniziative e interventi pertinenti alla qualità dell'assistenza residenziale per gli anziani. E' stato tuttavia possibile, da un lato, costruire una "costellazione" di sistemi complementari di rilevazione (incidenza, prevalenza, segnalazioni volontarie, analisi retrospettive da fonti correnti) e, dall'altro, replicare alcuni algoritmi e protocolli di analisi.

A conoscenza degli autori, questo è il primo studio condotto in Italia a documentare in un campione così ampio di residenze per anziani l'entità e la variabilità di un insieme così esteso di problemi clinico-assistenziali prioritari per la qualità dell'assistenza. Se la normativa per l'accreditamento istituzionale nelle singole regioni indica gli ambiti da presidiare, questo studio ha dimostrato concretamente come questo possa essere fatto, con metodologie di diversa complessità e coinvolgendo direttamente gli operatori delle strutture.

Le osservazioni rese disponibili sono di interesse a tutti i livelli del sistema (RSA, Aziende Sanitarie, Regioni e livello nazionale), ma intendono offrire soprattutto un contributo ai soggetti istituzionali con funzioni di programmazione e controllo, sia a livello regionale, che nazionale; alcune delle informazioni prodotte possono essere fin d'ora considerate utili a progettare azioni e interventi, in particolare per alcuni problemi di qualità dell'assistenza – come cadute, ulcere da pressione, infezioni, malnutrizione - per i quali esistono già solide evidenze in tema di metodi di prevenzione o contenimento/riduzione¹.

L'RSA è, per molte persone, l'"ultima casa", l'ultimo luogo di vita; gli anziani ricoverati in RSA rappresentano una popolazione estremamente debole, vulnerabile, a continuo rischio di emarginazione, segregazione, discriminazione e destinata in futuro a crescere nel nostro Paese. L'evoluzione profonda avvenuta nel "profilo" e nei bisogni assistenziali della persona assistita in RSA rende indispensabile migliorare e qualificare, sulla base delle evidenze scientifiche, i contenuti clinici e assistenziali che caratterizzano questa tipologia di strutture. E' inoltre necessario fare un passo ulteriore per consolidare e arricchire i sistemi di sorveglianza attuali con appropriate misure di processo ed esito della qualità dell'assistenza effettivamente prestata.

Il progetto ha comportato, da un lato, un consistente impegno di risorse e di tempo e ha generato, dall'altro, una formidabile partecipazione e mobilitazione volontaria di operatori; entrambi questi elementi richiamano la necessità e l'importanza di sviluppare le potenzialità degli obiettivi raggiunti, prima di tutto nelle singole regioni partecipanti, ma anche a livello nazionale, traendo il massimo beneficio possibile per "sostenere progetti strategici di interesse nazionale " nel campo dell'assistenza residenziale agli anziani.

¹ Si segnala a questo proposito anche il recente rapporto dell'*Agency for Health Care Quality and Research (AHRQ)*, *Making Health Care Safer II*, pubblicato il 5 marzo 2013 (v. Bibliografia essenziale).

Carta d'identità del progetto

La presente relazione rappresenta una sintesi delle attività e dei risultati del Progetto e, oltre a costituire la documentazione conclusiva di rendicontazione scientifica, è stata messa a disposizione di relatori, discussant e moderatori, per facilitare i lavori del *workshop* conclusivo, che si è tenuto in data 7 maggio a Roma, presso il Ministero della Salute.

Tabella 1 – Carta d'identità del Progetto

Unità Operativa	Altri soggetti istituzionali coinvolti	Responsabile scientifico
N. 1 (Capofila) Agenzia Regionale di Sanità (ARS), Regione Toscana	<ul style="list-style-type: none">- Direzione Generale Diritto alla Salute della Toscana- Università di Firenze (Dip.ti Farmacologia Clinica, Geriatria, Sanità Pubblica)	Dr.ssa Stefania Rodella (fino al febbraio 2011 presso ARS Toscana) ² Dr. Francesco Cipriani, ARS Toscana (dal 22.02.2011 al 06.06.2012) Dr Andrea Vannucci, ARS Toscana (dal 7/06/2012)
N. 2 Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale (ASSR) dell'Emilia-Romagna	Aziende Sanitarie Modena, Bologna, Imola e Ferrara ³	Dr.ssa Maria Luisa Moro Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale
N. 3 Istituto Superiore di sanità CNESPS (Reparto Salute Mentale)	IRCSS San Raffaele La Pisana (Puglia e Lazio)	Dr.ssa Antonella Gigantesco CNESPS, Reparto Salute Mentale
N. 4 Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Liguria	Regione Liguria – Sistema Informativo socio-sanitarie Azienda sanitaria 3 Genovese Azienda Sanitaria 4 Chiavarese Tigullio – ASP Brignole	Dr.ssa Anna Banchemo ARS Liguria
Coordinamento scientifico	Dr.ssa Stefania Rodella, ASSR Emilia-Romagna ¹	
Finanziamento complessivo	€ 470.500,00	
Periodo	13 settembre 2010 – 13 maggio 2013 (proroga di 6 mesi + 2 mesi per consentire l'organizzazione del convegno conclusivo)	

² Stefania Rodella, Già Coordinatore dell'Osservatorio qualità ed equità dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, si è trasferita presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna a partire da febbraio 2011, mantenendo tuttavia il Coordinamento Scientifico del Progetto (in avvalimento da parte dell'UO capofila della Toscana)

³ Successivamente anche l'Azienda di Parma è stata inclusa nel progetto.

Razionale

Le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un notevole sviluppo negli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei posti letto. Tra le diverse tipologie di presidi esistenti - e diversamente denominati e classificati a livello regionale - sono oggetto di questo progetto le strutture a carattere socio-sanitario, per lo più identificate come Residenze Sanitarie Assistite e, secondo una definizione dell'ISTAT, descritte come *“strutture residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili, che hanno necessità di supporto specifico, assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. L'assistenza prestata integra un livello medio di assistenza sanitaria con un livello elevato di assistenza abitativa, protezione e servizi alberghieri”*.

Stime recenti sulle dimensioni dell'offerta di assistenza residenziale sono state fornite da:

- Rapporto CEIS Sanità 2008, che identifica in circa 270.000 – 300.000 il numero delle persone accolte in RSA⁴;
- rapporto dell'ISTAT del 31 dicembre 2010⁵, secondo il quale il 72% dei 12.808 presidi residenziali è rappresentato da “unità di servizio” che svolgono una funzione socio-sanitaria e accolgono prevalentemente anziani non autosufficienti, per un totale di circa 305.000 posti letto.

La disponibilità di assistenza residenziale per anziani, in particolare per le persone non autosufficienti, è attualmente caratterizzata da un'estrema variabilità tra le regioni, sia in termini di dimensioni dell'offerta, sia per condizioni strutturali, organizzative, tariffarie e configurazioni amministrative. In futuro, l'invecchiamento della popolazione da un lato e l'evoluzione della rete di assistenza ospedaliera dall'altro, così come i cambiamenti nell'organizzazione della società e dei nuclei familiari, porteranno probabilmente nel nostro Paese a un progressivo incremento della domanda di assistenza residenziale.

In questo contesto generale, il monitoraggio dei più importanti problemi di qualità dell'assistenza per i soggetti accolti in RSA emerge come una necessità urgente e, a tutt'oggi, di difficile e frammentata attuazione, affidata a fonti informative diverse - banche dati amministrative (come SDO e prescrizioni farmaceutiche), valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (come nel caso dell'accreditamento istituzionale) o indagini *ad hoc*, per lo più su base regionale o locale o su campioni selezionati di strutture⁶ - e realizzata in modo discontinuo e non sistematico.

I lavori condotti nell'ambito del progetto Mattoni, in particolare il Mattone 12 “Assistenza residenziale e semiresidenziale” in un contesto di quasi totale assenza di informazioni inerenti le prestazioni erogate, si sono sviluppati proprio per offrire soluzioni informative comuni e confrontabili a livello nazionale, accogliendo e integrandosi con le esperienze già avviate da alcune regioni⁷.

Il nostro progetto ha inteso fare un passo ulteriore verso la costruzione di un modello concettuale per la lettura della qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani, nonché verso un possibile arricchimento e armonizzazione dei sistemi informativi

⁴ Report CEIS Sanità 2008. Regional Health Care. <http://www.ceistorvergata.it/area.asp?a=445&oc=732&d=412>

⁵ ISTAT, Report “I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari” (www.istat.it/it/archivio/77525)

⁶ V. Protocollo di progetto, Sezione “Analisi del problema” e “Bibliografia”.

⁷ Ministero della Salute, Progetto Mattoni. Mattone n. 12 “Assistenza residenziale e semiresidenziale” <http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni>

attualmente proposti e/o in uso, identificando e sperimentando un insieme di misure di processo e di esito basate su diverse fonti informative e in ideale continuità con gli standard strutturali e organizzativi definiti dalla normativa sull'accreditamento istituzionale.

A conoscenza degli autori, lo studio rappresenta il primo in Italia per obiettivi, estensione, copertura dei problemi di qualità dell'assistenza e ricchezza di metodologie operative utilizzate.

Obiettivi generali

- descrivere la qualità dell'assistenza in RSA nelle UO partecipanti, con particolare riguardo ad alcuni ambiti rilevanti, segnalati anche dalla letteratura internazionale: ulcere da pressione, dolore, infezioni, cadute, assunzione di farmaci, misure di contenzione, malnutrizione, ricorso alle cure ospedaliere, assistenza alberghiera, umanizzazione;
- proporre un insieme di indicatori appropriati per il monitoraggio, utilizzabili in affiancamento alle misure di valutazione dei bisogni assistenziali già rilevabili dai sistemi informativi in uso (in particolare flusso FAR) e concettualmente coerente, nonché operativamente ancorato, al processo di accreditamento istituzionale.

Obiettivi specifici

Le UO partecipanti hanno contribuito agli obiettivi generali con diversi obiettivi specifici:

Tabella 2 – Obiettivi specifici delle UO (Fonte: Protocollo del progetto)

Unità Operativa	Obiettivo specifico
1 Toscana	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona basato sull'integrazione concettuale e operativa tra requisiti di accreditamento e indicatori di processo e di esito [<i>ulcere da pressione, cadute, dolore, malnutrizione, incontinenza urinaria, utilizzo dei mezzi di contenzione, prescrizione di farmaci</i>] e valutare la fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative
2 Emilia-Romagna	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema integrato di misurazione della qualità dei servizi alla persona [<i>infezioni, lesioni da decubito, cadute, incontinenza urinaria, strumenti di contenzione, bagni di pulizia</i>] e fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative.
3 Istituto Superiore di Sanità	Identificare e rilevare un insieme di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità dei servizi alla persona [<i>personalizzazione e umanizzazione, assistenza di tipo alberghiero, assistenza di tipo riabilitativo, assistenza sociale e relazione con i familiari</i>]
4 Liguria	Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio degli eventi assistenziali avversi in area medica, in area nursing tutelare e in area riabilitativa e psicosociale. Effettuare una ricognizione normativa dell'evoluzione del profilo delle RSA dal DPR del 14 gennaio 1997 ai giorni nostri.

Background

Nel periodo antecedente l'adesione al progetto, ciascuna delle Unità Operative aveva acquisito specifica esperienza nel settore della qualità dell'assistenza in RSA o messo in atto iniziative concrete per la valutazione della qualità dell'assistenza.

Toscana

Dopo uno studio pilota realizzato nel 2008-2009 in 8 RSA, nel 2010-2011 è stato realizzato il progetto RSA_QueST, che ha coinvolto 54 strutture (adesione volontaria) e osservato 2583 anziani per la rilevazione di informazioni su ulcere da pressione, dolore (presenza e presa in carico) e cadute. Disegno dello studio: indagine di prevalenza (dolore e ulcere da pressione) e indagine di incidenza (cadute). Per la sovrapposizione con il periodo di svolgimento del progetto CCM, i risultati di questo studio sono confluiti nella relazione conclusiva dell'UO.

Emilia-Romagna

Negli anni 2000 uno studio di prevalenza delle ulcere da pressione e delle infezioni correlate all'assistenza era stato condotto in 49 strutture su una popolazione pari a quasi 2000 anziani.

Inoltre, tavoli di lavoro preliminari all'approvazione del progetto CCM avevano messo in luce l'esistenza di esperienze condotte su base locale, ma con modalità e metodi differenti per ogni AUSL, con una conseguente forte difformità sul territorio regionale nella metodologia di rilevazione e valutazione della qualità dell'assistenza e una sostanziale impossibilità di confronto tra Aziende.

In pratica, le AUSL di Bologna, Ferrara, Imola e Modena e Parma – incluse nel progetto CCM - rilevavano diversi indicatori riconducibili ad alcune macro-aree (lesioni da pressione, cadute, contenzione fisica e farmacologica, incontinenza urinaria, *nursing* geriatrico, rischio infettivo, urgenza, riabilitazione, assistenza di base), ma con notevoli differenze inerenti la gamma di problemi osservati, la metodologia di calcolo e la formalizzazione dei programmi di valutazione e monitoraggio.

Liguria

Nel periodo antecedente il progetto CCM, l'Azienda per i Servizi alla Persona (ASP) Emanuele Brignole (420 posti letto) aveva condotto per 3 anni un'attività di rilevazione e monitoraggio di eventi avversi, identificando 313 eventi attraverso un sistema di segnalazione volontaria (*incident reporting*) e avviando in seguito un intervento di miglioramento, ancorato alla formazione per gli infermieri, con focus su due eventi prioritari per frequenza e gravità: contenzione e cadute.

Questa esperienza ha reso disponibile un prototipo di metodologia, che ha contribuito alla successiva progettazione delle attività dell'UO Liguria, con estensione a una rete più ampia di strutture.

Istituto Superiore di Sanità

L'impianto dello studio condotto dall'ISS, con la collaborazione del gruppo San Raffele La Pisana di Lazio e Puglia, ha preso il via dalla precedente esperienza sviluppata nell'ambito

dell'Accreditamento volontario di eccellenza per le Strutture Residenziali per Anziani non autosufficienti, RSA, Istituti per lungodegenti di Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili⁸.

A fianco degli elementi che caratterizzano il *background* delle singole Unità Operative, alcuni **elementi di contesto** sono da considerarsi comuni alle UO partecipanti al progetto. In particolare:

1. normativa e processo per l'accreditamento istituzionale delle RSA in corso di ridefinizione/applicazione⁹;
2. sperimentazione e consolidamento di utilizzo del flusso FAR¹⁰;
3. accesso a fonti informative amministrative di livello regionale (soprattutto Toscana, Emilia-Romagna e Liguria);
4. esistenza di un riferimento istituzionale con funzioni di supporto metodologico e coordinamento organizzativo.

In conclusione, il nostro progetto ha rappresentato un importante terreno di confronto, sviluppo e approfondimento per soggetti istituzionali e reti collaborative regionali già impegnate sul fronte della qualità dell'assistenza residenziale per gli anziani.

Metodi

La popolazione in studio

Il campione di RSA

Nella tabella che segue vengono presentati il campione di strutture e il numero di posti letto osservati nel corso del progetto, per ciascuna delle Unità Operative partecipanti.

Tabella 3 – Campione di residenze reclutate: numero strutture e relativi posti letto.

Campione/popolazione	UO 1 Toscana	UO 2 RER	UO 3 ISS	UO 4 Liguria	TOTALE
N. strutture	67	46	16	39	168
N. posti letto accreditati	n.d.*	2904	993	n.d.	n.d.
N. posti letto non accreditati	n.d.	417	--	n.d.	n.d.
N. totale posti letto	2801**	3311	993	2532	9.637

* n.d. non disponibile

** sia accreditati che privati

Tutte le RSA reclutate hanno aderito volontariamente al progetto¹¹.

⁸Morosini PL, Piergentili P. Accreditamento volontario e di eccellenza. Manuale-questionario di accreditamento volontario tra pari per le Strutture Residenziali per Anziani non autosufficienti, RSA, Istituti per Lungodegenti. Maggioli Ed, 2009

⁹ Informazioni riportate nelle relazioni delle singole UO

¹⁰ Informazioni su qualità e completezza del flusso sono riportate nelle relazioni conclusive delle UO, in particolare Toscana ed Emilia-Romagna.

¹¹ La rappresentatività del campione rispetto alla popolazione complessiva assistita in RSA nelle rispettive UO verrà presentata nelle relazioni finali delle UO, così come la distribuzione degli assistiti secondo alcune caratteristiche demografiche e di gravità clinico-assistenziale.

Le caratteristiche degli ospiti e delle strutture¹²

In questa sezione si intende fare riferimento soprattutto a tre aspetti:

- l'analisi descrittiva (socio-demografica, per gravità clinico-assistenziale) della popolazione assistita prima di tutto nelle residenze per anziani reclutate ma anche, ove possibile, nella rete residenziale geograficamente collocata nelle rispettive regioni;
- le caratteristiche strutturali e organizzative delle residenze reclutate dallo studio;
- dove possibile, i sistemi o gli strumenti informativi disponibili presso le residenze partecipanti (o nella rispettiva rete delle residenze)

La Toscana ha deciso di non utilizzare il flusso FAR per un'analisi descrittiva degli ospiti, a causa della scarsa qualità dei dati (sebbene un notevole miglioramento sia stato osservato tra il 2010 e il 2011). Una scheda *ad hoc* è stata invece utilizzata – contestualmente alle altre rilevazioni - per l'acquisizione di informazioni inerenti il *case mix*. Nel campione di pazienti osservati per la misurazione del declino funzionale e cognitivo (v. oltre, ambiti indagati) la rilevazione del *case mix* è stata effettuata due volte, a distanza di 1 anno.

Una “scheda struttura” generale è stata utilizzata per la rilevazione di informazioni essenziali sulle caratteristiche strutturali e organizzative delle strutture reclutate.

L'Emilia-Romagna ha utilizzato il flusso FAR - buona qualità dei dati già nel 2010 – per la caratterizzazione in profili (A - “*soggetti con gravi disturbi comportamentali*”, B - “*soggetti con elevati bisogni sanitari e correlati bisogni assistenziali*”, C - “*soggetti con disabilità severa*” e D - “*soggetti con disabilità di grado moderato*”), sia dell'intera popolazione assistita nella rete regionale sia dei soggetti residenti nelle strutture partecipanti allo studio, rilevando in quest'ultimo caso una notevole variabilità nella frequenza relativa dei singoli profili tra le diverse residenze (con conseguenti implicazioni per il carico assistenziale).

Una “scheda struttura” è stata utilizzata nell'indagine di prevalenza delle infezioni e dell'uso di antibiotici (vedi oltre).

L'Istituto Superiore di Sanità ha reso disponibile un'analisi descrittiva per fasce d'età della popolazione di anziani assistiti in residenza dal gruppo San Raffaele La Pisana delle due regioni Puglia e Lazio, attingendo a fonti documentali ufficiali (ISTAT; analisi descrittiva degli ospiti residenti nelle strutture partecipanti allo studio, sulla base delle fonti informative in uso). Una “scheda struttura” è stata inoltre utilizzata e, tra le altre informazioni, ha consentito di rilevare aspetti inerenti l'organizzazione della vita in residenza - incluso l'accesso da parte dei familiari - e di informazioni riguardanti il personale di assistenza (specialità, dotazione).

La Liguria ha reso disponibile un'analisi descrittiva per sesso e fasce d'età della popolazione di anziani assistiti nelle strutture che hanno aderito al progetto; inoltre, ha utilizzato il sistema dei profili sviluppato dal progetto SINA¹³ per gli ospiti coinvolti nelle segnalazioni di eventi avversi e critici. Il sistema SINA è basato su 4 assi: *funzionale (autonomia nelle attività quotidiane)*, *cognitivo*

¹² Informazioni precise su questo tema saranno consultabili nelle relazioni conclusive delle singole UO e nel report finale. I risultati della rilevazione effettuata con le “schede struttura” non sono stati oggetto di discussione specifica e meritano di essere ulteriormente organizzati e approfonditi.

¹³ Sistema Informativo per la Non Autosufficienza

(capacità di espressione e relazione), comportamentale (capacità di controllo delle azioni che possono nuocere a sé o agli altri), salute (bisogni di cure sanitarie medico/infermieristiche).

Una “scheda struttura” è stata utilizzata nel corso dello studio.

Un commento a parte meritano gli **strumenti informativi in uso** presso le residenze sanitarie reclutate dalle singole UO.

Toscana. Questo aspetto non è stato finora oggetto di specifico approfondimento, date le modalità di rilevazione delle informazioni di interesse (da schede ad hoc o da fonti amministrative). Tuttavia, un quesito inerente gli strumenti/ sistema informativo disponibili presso la struttura è stato inserito nella “scheda struttura” e potrà quindi essere oggetto di ulteriori analisi. In estrema sintesi, a tutt'oggi, la documentazione clinico-assistenziale confluisce prevalentemente su registri cartacei (84%) mentre la documentazione amministrativa è informatizzata nel 70% dei casi.

Emilia-Romagna. Un principio guida del progetto è consistito nell'utilizzare quanto più possibile la documentazione clinico-assistenziale già esistente nelle strutture reclutate. Per la raccolta degli indicatori, una rilevazione *ad hoc* ha interessato 3 aziende, mentre per altre due è stato possibile avvalersi di un sistema informatizzato (Sistema GARSIA per Bologna e Sistema ABC per Modena).

Liguria. Questo aspetto non è stato finora oggetto di specifico approfondimento, date le modalità di rilevazione delle informazioni di interesse (segnalazione volontaria da web). Tuttavia, come per la Toscana, l'analisi delle informazioni raccolte con la “scheda struttura” può fornire utili indicazioni.

Istituto Superiore di Sanità. All'inizio del 2011, nelle RSA della Fondazione San Raffaele S.p.A. erano in uso due sistemi informativi interni diversi: il *DB Geriatrics*, nelle 5 RSA della Regione Lazio, e la *Cartella Clinica Informatizzata*, nelle 11 RSA della Regione Puglia. Gli elementi generali di descrizione dell'ospite erano comuni ai due sistemi informativi e rappresentati dall'anagrafica estesa contenente informazioni specifiche sull'ospite, quali: data di nascita, sesso, stato civile, anni di scolarità, lavoro pregresso, periodo di degenza, distretto di provenienza e l'eventuale data di decesso e della diagnosi di ingresso. A una ricognizione degli strumenti di valutazione e monitoraggio in uso nelle RSA è emerso che erano utilizzati diversi strumenti (ad esempio la Scala di Exton Smith o la Scala di Norton per le ulcere da pressione e il Mini Nutritional Assessment per la valutazione degli ospiti anziani a rischio di malnutrizione).

Non erano monitorizzati dagli strumenti informativi in uso, ma riportati nelle singole cartelle cliniche e infermieristiche degli ospiti:

- a. i bagni di pulizia: n. di bagni di pulizia al mese;
- b. la riabilitazione: progetto riabilitativo e verifiche degli obiettivi;
- c. l'assistenza alberghiera;
- d. le relazioni con i familiari;
- e. l'assistenza sociale.

Dal 1 gennaio 2012 è stato progressivamente introdotto in tutte le suddette RSA lo strumento di valutazione multidimensionale VAOR, in sostituzione degli strumenti di valutazione precedentemente in uso.

Gli ambiti indagati – i problemi di qualità dell'assistenza

In tabella 4 sono elencati gli ambiti assistenziali indagati dal progetto attraverso uno o più indicatori (e in alcuni casi attraverso diversi disegni di studio).

Tabella 4 – Ambiti assistenziali indagati dal progetto attraverso uno o più indicatori.

Ambito	UO 1 Toscana	UO 2 RER	UO 3 ISS ¹⁴	UO 4 Liguria
Ulcere da pressione	X	X	O	X
Cadute	X	X	O	X
Lesione traumatica	--	--	--	X
Dislocazione protesi	--	--	--	X
Incontinenza urinaria	X	X	O	--
Contenzione	X	X	O	--
Dolore	X	--	--	X
Infezioni correlate all'assistenza	--	X	--	--
Uso di antibiotici	--	X	--	--
Declino funzionale e cognitivo	X	--	--	--
Malnutrizione	X	--	--	--
Dieta inadeguata	--	--	--	X
Omessa registrazione stato nutrizionale	--	--	--	X
Bagni di pulizia	--	X	--	--
Carenza procedure igiene personale	--	--	--	X
Ricoveri potenzialmente inappropriati	--	X	--	O ¹³
Ricoveri ripetuti	--	X	--	--
Accessi a prestazioni specialistiche	X	X	--	--
Accessi al Pronto Soccorso	X	--	--	X
Consumo di farmaci	--	X	--	--
Appropriatezza prescrittiva	X	--	--	--
Mortalità		X		
Gestione del consenso	--	--	--	X
Errori di terapia	--	--	--	X
Rilevazione sedazione	--	--	--	X
Rilevazione disturbo comportamentale	--	--	--	X
Delirium ripetuto	--	--	--	X
Errato impiego di dispositivi	--	--	--	X
Inadeguato monitoraggio clinico	--	--	--	X
Rilevazione parametri vitali	--	--	--	X
Ipotensione sintomatica	--	--	--	X
Fuga dalla residenza	--	--	--	X
Tentato suicidio	--	--	--	X
Suicidio	--	--	--	X
Delirium ripetuto	--	--	--	X
Assistenza alberghiera	--	--	X	--
Assistenza sociale	--	--	X	--
Personalizzazione umanizzazione	--	--	X	--
Relazioni con i familiari	--	--	X	--
Soddisfazione di utenti e familiari	--	--	X	--

¹⁴ Gli ambiti indicati con il simbolo "O" sono stati indagati nella seconda metà del progetto, replicando definizioni e protocolli già adottati dall'Emilia-Romagna.

Periodi di osservazione

UO 1 Toscana	UO 2 RER	UO 3 ISS	UO 4 Liguria
1.1.2011 – 30.6.2011 1.2.2012 – 30.4.2012 Anni 2011-2012 (per analisi da fonti correnti)	1.3.2012 – 31.8.2012 Anno 2011 (per analisi da fonti correnti)	25.6.2012 17.1.2012 – 30.9.2012	1.7.2011– 31.12.2011 Anno 2011 (per analisi da fonti correnti)

Il disegno degli studi

Come già accennato, le UO hanno adottato disegni diversi per la rilevazione dei dati. La combinazione di metodologie di indagine che ne deriva rappresenta un interessante spunto per la discussione in termini di fattibilità e trasferibilità a diversi livelli del sistema sanitario.

Toscana:

- indagini di prevalenza per la rilevazione di informazioni relative a lesioni da pressione, dolore, incontinenza urinaria, malnutrizione, utilizzo di mezzi di contenzione;
- rilevazione prospettica per le cadute e per lo studio del declino funzionale e cognitivo;
- indagine retrospettiva per lo studio dell'appropriatezza prescrittiva e del ricorso a prestazioni specialistiche e ospedaliere da fonti amministrative¹⁵.

Emilia-Romagna:

- indagine di prevalenza puntuale per la rilevazione di informazioni relative a infezioni e uso di antibiotici;
- rilevazione prospettica per cadute, lesioni da pressione, incontinenza urinaria, bagni di pulizia e utilizzo di mezzi di contenzione;
- indagine retrospettiva per lo studio dei ricoveri potenzialmente inappropriati e ripetuti, del consumo di farmaci e della mortalità da fonti amministrative¹⁶.

Istituto Superiore di Sanità:

- indagini di tipo trasversale per la rilevazione dei fenomeni originariamente identificati dal protocollo;
- indagine retrospettiva, basata sugli strumenti informativi già esistenti nelle residenze reclutate¹⁷, su un campione di 259 ospiti, nel periodo 17.1.2012 – 30.9.2012, per il calcolo di indicatori inerenti lesioni da pressione, cadute, incontinenza urinaria (e presenza di catetere a permanenza) e utilizzo di mezzi di contenzione¹⁸;

Liguria:

- sistema di segnalazione volontaria, *web based*, per la rilevazione di eventi critici ed eventi avversi;
- indagine retrospettiva per lo studio degli accessi a prestazioni di Pronto Soccorso¹⁹.

¹⁵ In particolare: SDO, farmaceutica territoriale, FED, assistenza specialistica, accessi al Pronto Soccorso.

¹⁶ In particolare: SDO, farmaceutica ospedaliera, farmaceutica territoriale, assistenza specialistica ambulatoriale, accessi al Pronto Soccorso, banca dati regionale mortalità.

¹⁷ In particolare da sistema VAOR

¹⁸ Utilizzando l'algoritmo definito dall'UO Emilia-Romagna

¹⁹ Utilizzando l'algoritmo definito dall'UO Emilia-Romagna.

Azioni e prodotti

Le UO hanno realizzato, con diverse modalità, ma con identiche finalità, le seguenti azioni:

- **Coordinamento** delle strutture e degli operatori, fornendo supporto organizzativo e metodologico. Il portale mARSupio, attivo con accesso riservato (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/rsa/index.php>) per tutta la durata dello studio, ha svolto anche funzioni di comunicazione e scambio dati tra le UO partecipanti.
- **Formazione** agli operatori delle strutture, finalizzata alla rilevazione dei dati, ma centrata sulle caratteristiche e la rilevanza dei fenomeni osservati. Questa attività, sostenuta dai gruppi di coordinamento delle singole UO, ha prodotto progetti e pacchetti formativi, che possono rappresentare materiale “abilitante” per le reti regionali di residenze e potenzialmente trasferibile anche ad altre realtà regionali o locali.
- **Rilevazione** dei dati necessari per il calcolo degli indicatori, utilizzando sia rilevatori interni che esterni alle strutture e secondo il disegno dello studio specificamente adottato. Questa attività ha prodotto un ricco patrimonio di schede di rilevazione, checklist e algoritmi, potenzialmente trasferibili ad altre realtà
- **Elaborazione dati e analisi statistiche**, sviluppando un imponente materiale tecnico di riferimento e per approfondimento²⁰ oltre, naturalmente, ai risultati veri e propri del progetto.
- **Ricognizione della letteratura**, testimoniata sia dai riferimenti bibliografici contenuti nelle relazioni, sia nella “ricognizione ragionata” prodotta dall’UO toscana, che viene allegata al report conclusivo.
- **Approfondimento sulle condizioni di accesso in struttura residenziale e valutazione delle condizioni psico-fisiche in rapporto ai profili di non autosufficienza**: questa analisi è stata effettuata dall’UO Liguria e, parte integrante della rispettiva relazione finale, viene allegata anche al report conclusivo del coordinatore .

Infine, sono state prodotte le **schede tecniche relative a tutti gli indicatori**²¹ calcolati e i **glossari** di supporto alla definizione non ambigua dei fenomeni osservati²².

Risultati e prodotti del progetto sono sintetizzati graficamente nella “Sinossi del progetto” e nell’“indice dei documenti e riferimenti”, che costituiscono parte integrante della presente relazione.

Nella lettura dei risultati è importante concentrarsi non solo sui singoli indicatori ma sulla rilevanza dei fenomeni che essi misurano; per gli uni e per gli altri sono possibili riflessioni in merito al grado di fattibilità del monitoraggio - in relazione a specifiche condizioni strutturali, professionali e organizzative - e di trasferibilità di strumenti e metodologie ad altre realtà regionali o locali²³.

²⁰ Le analisi statistiche sono descritte in dettaglio nelle relazioni di UO.

²¹ Il numero complessivo degli indicatori è elevato (se si considerano anche le elaborazioni da fonti correnti), ma molti di essi sono riconducibili allo stesso dominio di qualità dell’assistenza.

²² Tutto il materiale indicato è allegato alle relazioni di UO e al report conclusivo.

²³ Per assicurare la quale, a parità di fattibilità, il materiale metodologico reso disponibile dal progetto dovrà essere appropriatamente selezionato e opportunamente organizzato e presentato.

Risultati

Il raggiungimento degli obiettivi di progetto

Tutte le UO partecipanti hanno raggiunto gli **obiettivi generali** definiti dal progetto:

- descrivere la qualità dell'assistenza in RSA, con particolare riguardo ad alcuni ambiti rilevanti, segnalati anche dalla letteratura internazionale;
- proporre un insieme di indicatori appropriati per il monitoraggio.

Ciascuna UO ha sviluppato le proprie attività negli ambiti assistenziali definite dagli **obiettivi specifici** (Fonte: protocollo dello studio):

Unità Operativa	Ambiti assistenziali
1 Toscana	<i>ulcere da pressione, cadute, dolore, malnutrizione, incontinenza urinaria, utilizzo dei mezzi di contenzione, prescrizione di farmaci.</i> Fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative.
2 Emilia-Romagna	<i>Infezioni (e consumo di antibiotici), lesioni da decubito, cadute, incontinenza urinaria, utilizzo di strumenti di contenzione, bagni di pulizia</i> Fattibilità di una rilevazione sistematica da fonti amministrative.
3 Istituto Superiore Sanità	<i>personalizzazione e umanizzazione, assistenza di tipo alberghiero, assistenza di tipo riabilitativo, assistenza sociale e relazione con i familiari</i>
4 Liguria	<i>eventi assistenziali critici ed eventi avversi²⁴ in area medica, in area nursing tutelare e in area riabilitativa e psicosociale.</i>

Altri obiettivi

La Liguria ha condotto un'analisi supplementare degli accessi al Pronto Soccorso e dei correlati ricoveri, utilizzando lo stesso riferimento di letteratura adottato dall'Emilia-Romagna per la stima dei ricoveri potenzialmente evitabili²⁵. La popolazione osservata è rappresentata dagli anziani residenti nelle strutture residenziali dell'ASL 3 e dell'ASL 4.

I dati raccolti sono stati incrociati con i dati FAR²⁶ e, per l'ASL 4, con il flusso SDO, allo scopo di analizzare: a) il codice *triage* di accesso al PS; b) la destinazione dopo l'accesso; c) caratteristiche demografiche dei pazienti (età, sesso); d) i profili assistenziali; e) l'esito del ricovero, la durata della degenza e la disciplina di ricovero (per l'ASL 4)

²⁴ Per gli obiettivi dello studio sono definiti come **eventi** tutti gli eventi assistenziali (medici, infermieristici, riabilitativi e di *nursing*) che possono determinare modificazioni delle condizioni di salute psicofisica dell'ospite. Per una stadiazione elementare della gravità è stata adottata una divisione in: a) **eventi avversi**, seguiti da una immediata modificazione negativa delle condizioni di salute; b) **eventi critici e quasi eventi**, che singolarmente non implicano una immediata modificazione delle condizioni di salute; tuttavia, la loro ripetizione nel tempo si è dimostrata nociva in altri studi o nell'esperienza dell'*équipe*. Entrambe le tipologie di eventi sono state classificate secondo aree di riferimento: area medica, *nursing* infermieristico, *nursing* tutelare, riabilitazione, area psicosociale (solo eventi critici e quasi eventi), area alberghiera (solo eventi critici e quasi eventi)

²⁵ Centers for Medicare & Medicaid, *Cost Drivers for Dually Eligible Beneficiaries: Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled Nursing Facility and Home and Community-Based Services Waiver Programs, Rapporto 2010.*

²⁶ Flusso Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, NSIS Decreto Ministero della Salute 2008.

La Liguria ha inoltre reso disponibile una breve analisi del progetto SINA, *“La raccolta dei dati nel progetto SINA: orientamento per gli indicatori finali”*, a supporto e completamento di alcune elaborazioni condotte sui propri dati (con la classificazione in profili socio-assistenziali dei pazienti osservati) ma anche a chiarimento generale dei contenuti del progetto - così come si è svolto in alcune regioni - e delle potenzialità di una sua estensione a regime in tutte le regioni italiane.

L'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di rafforzare la condivisione con le altre UO dei sistemi di indicatori sviluppati, ha inserito tra le proprie attività la stima di alcuni indicatori fra quelli proposti dalla UO Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell' Emilia Romagna e ricavabili dalle valutazioni degli ospiti condotte con lo strumento multidimensionale VAOR che, come precisato nella I parte di questo documento, dal 2012 viene progressivamente adottato da tutte le RSA del gruppo San Raffaele. Per le analisi si è potuto disporre dell'archivio relativo alle valutazioni condotte dal 17/1/2012 al 30/9/2012 su 259 ospiti di 4 delle 16 RSA del San Raffaele (2 del Lazio e 2 della Puglia).

Dei 259 ospiti, 83 (32%) erano di sesso maschile. L'età media degli ospiti era 82.2 ± 12.1 anni, quella mediana 85 anni. Il 46% degli ospiti proveniva dalla propria casa, il 24% da strutture di lungodegenza, il 17% da reparti ospedalieri per acuti e il 13% da altre strutture (unità riabilitativa, struttura per disabili, struttura di correzione, ecc.). Il 33% degli ospiti aveva risieduto nei precedenti 5 anni in strutture di lungodegenza (es. RSA). Dalla documentazione clinica risultava una storia di patologia psichiatrica o disabilità mentale per il 9% degli ospiti.

Per il calcolo degli indicatori sono stati applicati gli algoritmi dell'UO Emilia-Romagna.

Gli ambiti indagati – I problemi di qualità dell'assistenza

Problemi clinico-assistenziali (Rilevazione ad hoc o da documentazione esistente)

Ulcere (o lesioni) da pressione

UO	Indicatore
Toscana	<ul style="list-style-type: none">- Prevalenza Lesioni da Pressione (LdP) > 2° grado)- Prevalenza di soggetti con score Braden indicativo di rischio medio e alto- % ospiti a rischio con Presidi anti decubito (PAD) raccomandato
Emilia-Romagna	<ul style="list-style-type: none">- Prevalenza di soggetti con score Braden di punteggio ≤ 18- Tasso ospiti con LdP > 2° grado- Tasso ospiti con LdP insorte in struttura- Tasso di guarigione LdP- Tasso di miglioramento LdP
ISS – San Raffaele	<ul style="list-style-type: none">- Tasso ospiti con LdP- Tasso ospiti che hanno sviluppato LdP in struttura

Risultati principali

Toscana

Complessivamente, il 49,8% degli ospiti risulta a rischio (score di Braden ≤16) di ulcere da pressione; il rischio aumenta con il tempo di permanenza in struttura; gli ospiti più anziani hanno un rischio più elevato.

La prevalenza totale di LdP è pari a 8,7% e sale a 49,7% negli ospiti a rischio medio/alto.

Tra gli ospiti a rischio, il 50,9% ha un presidio antidecubito sul letto, che è presente anche nel 10,8% dei soggetti non a rischio. I presidi di prevenzione sono presenti nell'81,2% dei soggetti con LdP.

Una proporzione elevata dei presidi di prevenzione presenti sui letti appartiene a una tipologia non efficace (44% per gli ospiti a rischio e 61% degli ospiti con Udp)

Emilia-Romagna

Il 56% di ospiti è a rischio di LDP.

Mediamente, il 17% degli ospiti nelle strutture partecipanti allo studio ha sviluppato, nel periodo di osservazione, una LDP (acquisita in struttura o in ospedale), l'8,3% degli ospiti l'ha acquisita in struttura.

La variabilità tra strutture è elevata per le LDP globali, misurate per 1000 giornate di degenza (Coefficiente di Variazione 108) e per le LDP insorte in struttura (sia quando rapportate al numero di ospiti – CV 102,6 - che al numero di giornate di degenza – CV 90,7).

La frequenza di LDP per 1000 giornate è risultata più elevata nelle strutture caratterizzate da degenza breve e ospiti clinicamente complessi.

Istituto Superiore di Sanità

Nel 24% degli anziani residenti nelle strutture del gruppo San Raffaele partecipanti allo studio sono state rilevate LdP di grado 2°-4°. Il 6% degli ospiti ha sviluppato una LdP nella struttura di residenza.

Liguria

Sono state segnalate 310 LdP, che rappresentano il 23% di tutti gli eventi registrati (n=1.349, relativi a 821 persone) e risultano così distribuite: 54 di 1° grado, 114 di 2° grado e 101 di grado 3° o 4°. L'80% dei casi indicati ha una lesione di grado $\geq 2^\circ$. In 41 casi (13%) non è stato indicato il grado della lesione. Il luogo dell'insorgenza è stato indicato solo nel 40% dei casi (n=119): la lesione è insorta prima dell'ammissione in residenza in 82 casi (68,9%).

Cadute

UO	Indicatore
Toscana	<ul style="list-style-type: none">- % ospiti con anamnesi di caduta nei 6 mesi precedenti- Incidenza di cadute- Prevalenza di ospiti caduti- % ospiti a rischio di cadere (diversi livelli di rischio)
Emilia-Romagna	<ul style="list-style-type: none">- Tasso ospiti caduti- Tasso ospiti caduti con conseguenze
ISS – San Raffaele	Tasso ospiti caduti
Liguria	N. eventi critici (caduta senza ricovero) e avversi (lesione traumatica con ricovero)

Risultati principali

Toscana

Il rischio di cadere è stato misurato con la scala RETOS_S²⁷. Complessivamente, all'inizio dell'indagine, il 60% circa degli ospiti presentava un rischio elevato di cadere, il 26,5% un rischio medio, il 13,3% un rischio basso. La rilevazione è stata ripetuta dopo 1, 2 e 3 mesi, senza cambiamenti significativi nelle osservazioni.

Un'anamnesi di caduta nei 6 mesi precedenti è stata rilevata nel 17,1% dei casi.

Durante i 3 mesi di osservazione il 9,1% dei soggetti è caduto almeno 1 volta.

Emilia-Romagna

Nel 13% degli ospiti è stata rilevata (almeno) una caduta, il 3% degli ospiti ha avuto una caduta con conseguenze.

Istituto Superiore di Sanità

Il 10% degli ospiti residenti nelle strutture del gruppo San Raffaele La Pisana è caduto almeno una volta nel periodo di osservazione

Liguria

Sono state segnalate in totale 785 cadute, di cui 185 con esito in evento avverso (23,6%) e necessità di ricorso a prestazioni ospedaliere.

La caduta rappresenta il principale evento ripetuto in un singolo ospite: sono stati osservati 1 caso con 27 cadute e 150 ospiti con un numero di cadute ripetute variabile tra 2 e 9.

²⁷ Scala costruita ad hoc dalla Regione Toscana, sulla base di uno studio comparativo delle scale più comunemente usate.

Dolore

UO	Indicatore
Toscana	- Prevalenza di dolore - Prevalenza di dolore associato a traumi
Liguria	N. casi di dolore ricorrente

Risultati principali

Toscana

Il dolore è stato misurato con scale diverse (VAS, PAINAD, PPRS, VDS,...), in relazione al tipo di ospite (con riferimento soprattutto alla capacità di comprendere le domande). Nel 24,3% degli ospiti è stato rilevato dolore (di qualunque natura: acuto, cronico o correlabile a traumi). Su 113 soggetti che avevano subito un trauma, il 66% presentava dolore.

Liguria

Sono stati segnalati solo 2 casi di dolore ricorrente (evento critico)

Incontinenza urinaria

UO	Indicatore
Toscana	- Prevalenza di incontinenza urinaria (IU) - Prevalenza di catetere vescicale a permanenza o condom
Emilia-Romagna	Tasso ospiti con catetere a permanenza
ISS – San Raffaele La Pisana	Tasso ospiti con catetere a permanenza

Risultati principali

Toscana

Il 76% del campione osservato presentava IU al momento della rilevazione, senza significativa differenza tra gli ospiti in relazione alla durata di permanenza in struttura. Nella maggior parte dei casi si trattava di IU insorta precedentemente all'istituzionalizzazione, nel 25,6% l'IU era comparsa durante la permanenza in residenza.

Il 10% degli ospiti risultava portatore di catetere vescicale a permanenza (CVP, 9%) o condom (1%) al momento della rilevazione.

Emilia-Romagna

Il 26% degli ospiti è risultato portatore di catetere a permanenza. La prevalenza è più elevata nelle strutture caratterizzate da degenza breve e ospiti clinicamente complessi.

Istituto Superiore di Sanità

Il 21% degli ospiti del gruppo San Raffaele è risultato portatore di catetere a permanenza.

Mezzi di contenzione

UO	Indicatore
Toscana	Prevalenza di ospiti contenuti
Emilia-Romagna	Tasso ospiti con contenzione fisica (con o senza spondine)
ISS – San Raffaele La Pisana	Tasso ospiti con contenzione fisica (con o senza spondine)

Risultati principali

Toscana

Il 62% del campione osservato risultava sottoposto a mezzi di contenzione fisica (nel 91.2% dei casi si trattava solo di spondine o spondine associate ad altro mezzo); la prevalenza era significativamente maggiore tra gli ospiti presenti in struttura da un periodo superiore ai 12 mesi. Nell'89% dei pazienti contenuti la motivazione dichiarata consisteva nella necessità di prevenire cadute o traumi.

Una prescrizione scritta da parte di un medico era presente nel 79% dei pazienti contenuti; nel 66% era presente un piano di contenzione scritto.

Emilia-Romagna

Il 42% degli ospiti risultava sottoposto a presidi di contenzione (avendo escluso le sponde del letto).

Istituto Superiore di Sanità

Il 47% degli ospiti del gruppo San Raffaele risultava sottoposto a presidi di contenzione (avendo escluso le sponde del letto). Con l'inclusione delle spondine, la percentuale saliva a 88%.

Infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici

UO	Indicatore
Emilia-Romagna	<ul style="list-style-type: none">- Prevalenza di infezioni correlate all'assistenza- Prevalenza d'uso di antibiotici <i>(secondo protocollo HALT – Health Care Associated Infections in Long Term facilities)</i>

Risultati principali

La prevalenza di infezioni è risultata pari al 6% (158 ospiti infetti su 2695 studiati). Il 56% delle infezioni rilevate era a carico dell'apparto respiratorio, seguite dalle infezioni delle vie urinarie (15%) e della cute (13%).

La prevalenza d'uso di antibiotici sistemici è stata pari al 5% (131 ospiti in trattamento con un antibiotico sistemico il giorno dello studio). Nel 91,5% dei casi gli antibiotici erano stati prescritti per il trattamento di un' infezione.

Per entrambi i fenomeni è stata osservata un'ampia variabilità tra strutture.

Igiene personale

UO	Indicatore
Emilia-Romagna	N. medio bagni al mese
Liguria	N. eventi critici: carenza nelle procedure di igiene personale

Risultati principali

Emilia-Romagna

I bagni al mese sono stati mediamente quattro, ossia almeno uno alla settimana

Liguria

Una carenza nelle procedure di igiene personale è stata segnalata in 48 casi (il 3,6% delle segnalazioni totali).

Malnutrizione

UO	Indicatore
Toscana	Indicatori su dati individuali
	<ul style="list-style-type: none">- Prevalenza di soggetti ad alto (medio) rischio di malnutrizione (punteggio MUST)- Incidenza di soggetti che perdono peso in 30 gg- Incidenza di soggetti ad alto (medio) rischio di malnutrizione che aumentano di peso in 30 gg- Prevalenza di soggetti a medio o alto rischio di malnutrizione che non stanno seguendo programmi per prendere peso
	Indicatori per gruppi di struttura
	<ul style="list-style-type: none">- N. operatori dedicati all'assistenza durante il pasto/n. ospiti- Percentuale di strutture dotate di bilancia pesa-persone a sedia, pedana o gancio- Percentuale di strutture che usano di routine un test di screening per la valutazione del rischio di malnutrizione- Percentuale di strutture dotate di protocollo per il controllo del peso- Percentuale di strutture nelle quali viene valutato il grado di disfagia- Percentuale di strutture nelle quali è prevista la consulenza da parte di dietisti/nutrizionisti

Risultati principali

Toscana

Indicatori su dati individuali

Il punteggio MUST è stato calcolato in base a due strategie: da peso e altezza misurati oppure in base al "caso peggiore"

La prevalenza di ospiti ad elevato rischio di malnutrizione è risultata pari al 21,5% (o 32,7%, secondo la strategia di calcolo); per quelli a medio rischio pari a 10,9% (o 12,6%).

Il 3,7% di soggetti ha perso almeno il 5% del proprio peso nei 30 gg successivi alla prima osservazione. L'incidenza di soggetti ad alto rischio di malnutrizione che aumentavano di almeno il 5% del loro peso nei 30 giorni successivi alla prima osservazione è stata pari a 13,9% (o 10,2%); per quelli a medio rischio pari a 8,3% (o 7,5%).

La prevalenza di soggetti a medio o alto rischio di malnutrizione che non stavano seguendo programmi per prendere peso è risultato pari al 91,8% (o 93,3% secondo la strategia di calcolo)

Il rischio di malnutrizione è stato indagato anche in associazione a diverse variabili (ad esempio: tipo di dentatura, necessità nutrizionali particolari, grado di dipendenza durante i pasti, ecc.).

Indicatori per gruppi di strutture

Mediamente, il rapporto tra operatori dedicati all'assistenza durante i pasti e gli ospiti è pari a 1/7. Inoltre sono stati osservati i seguenti aspetti strutturali/organizzativi:

- bilancia pesapersona a sedia, a pedana o con sollevatore in dotazione: 55,0% delle strutture;
- uso routinario di un test di screening per la valutazione del rischio di malnutrizione: 12,0%;
- protocollo per controllo del peso: 61,0%;
- valutazione grado di disfagia: 57,0%;
- consulenza di dietisti/nutrizionisti: 88,3%.

Declino funzionale e cognitivo

UO	Indicatore
Toscana	<u>Declino funzionale</u> : variazione del punteggio della scala <i>Barthel Index</i> (BI) nel periodo di 1 anno (n=1066 soggetti)
	<u>Declino cognitivo</u> : variazione del punteggio del test di Pfeiffer nel periodo di 1 anno (n=1066 soggetti)

Risultati principali

In base al punteggio del BI, è stato registrato un miglioramento globale medio nel punteggio complessivo, sia nell'intero campione ((in valore assoluto: 7,18 punti/100) sia nei sottogruppi dei soggetti in relazione alla durata di permanenza in struttura (soggetti residenti da ≤ 12 mesi: 2,73 punti/100); soggetti residenti da > 12 mesi: 3,21 punti/100).

Il punteggio del BI è stato analizzato anche separatamente, per il dominio "funzionale" e "mobilità" (risultati riportati nella relazione conclusiva e nella presentazione dell'UO Toscana, 7 maggio 2013).

In base ai risultati del test di Pfeiffer, è emerso un peggioramento nel punteggio medio sia nel campione complessivamente considerato (in valore assoluto: 0,07 punti/10) sia nel sottogruppo dei soggetti residenti in struttura da > 12 mesi: 0,1 punti/10). Nei soggetti residenti in struttura da ≤ 12 mesi è stato invece registrato un miglioramento (0,18 punti/10).

Problemi clinico-assistenziali (Rilevazione da sistema di segnalazione volontaria)

Regione Liguria (estratto dalla relazione finale, versione preliminare - Allegato 3)

Sono stati complessivamente registrati 1.349 eventi avversi/critici. Il rapporto tra il numero di eventi registrati e il numero dei posti letto, nel periodo in studio, evidenzia valori compresi tra 0,06 a 2,42, con un valore medio pari a 0,58 e una deviazione standard pari a 0,5. In considerazione della tipologia delle strutture e delle persone in assistenza, se ne deduce che presumibilmente i comportamenti di segnalazione degli eventi non sono omogenei nelle strutture. Alcune strutture, in effetti, da anni utilizzano sistemi di monitoraggio degli eventi avversi mentre per altre l'introduzione di un simile sistema, seppur semplice come quello proposto, richiede tempi più lunghi per farlo adottare dal personale di assistenza in forma sistematica. Nell'interpretazione dei dati che si riportano va tenuto conto pertanto di questo aspetto.

Età

Gli eventi si riferiscono a 821 persone nelle seguente fasce d'età:

Fascia età	Numero utenti	Perc su tot
minore di 65 anni	14	1,7%
tra 65 e 74 anni	76	9,3%
Tra 75 e 79 anni	93	11,3%
Tra 80 e 84 anni	159	19,4%
Tra 85 e 89 anni	206	25,1%
90 anni o più	273	33,3%
	821	100%

A 272 persone sono associati più eventi

Si tenga però in considerazione che, nel caso di lesioni da pressione di diverso grado, ogni lesione ha generato una registrazione.

I maggiori eventi ripetuti in un singolo ospite si riferiscono alle cadute: nel periodo considerato sono stati osservati due casi estremi: un ospite con 27 cadute e altri 150 ospiti con cadute ripetute, che variano da 2 a 9.

Rispetto alla classificazione degli eventi in avversi e critici, si registrano i seguenti valori (sono evidenziati in grigio gli eventi inerenti ambiti già trattati nella sezione precedente)

Evento	EVENTI AVVERSI	EVENTI CRITICI	Totale complessivo	
CADUTA	142	600	742	55,0%
LESIONE DA PRESSIONE	310		310	23,0%
ERRORE DI TERAPIA	28	34	62	4,6%
CARENZA NELLE PROCEDURE PER IGIENE PERS.		48	48	3,6%
LESIONE TRAUMATICA	43		43	3,2%
INADEGUATO MONITORAGGIO CLINICO	34		34	2,5%
ERRATO IMPIEGO DISPOSITIVI	14	13	27	2,0%
FUGA DALLA RESIDENZA	18		18	1,3%
RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI	1	14	15	1,1%

Gli altri eventi hanno frequenze inferiori all'1% dei casi

DIETA INADEGUATA		11	11	0,8%
RILEVANTE DISTURBO COMPORTAMENTALE		10	10	0,7%
DELIRIUM RIPETUTO		10	10	0,7%
IIPOTENSIONE SINTOMATICA		7	7	0,5%
GESTIONE DEL CONSENSO		4	4	0,3%
OMESSA REGISTRAZIONE ITEMS STATO NUTRIZ		4	4	0,3%
DOLORE RICORRENTE		2	2	0,1%
DISLOCAZIONE PROTESI	1		1	0,1%
RILEVANTE SEDAZIONE		1	1	0,1%
Totale complessivo	591	758	1349	100%
	43,8%	56,2%	100%	

E' stato infine possibile recuperare la valutazione multidimensionale di 530 assistiti (65% degli ospiti) ai quali è stato quindi possibile associare un profilo assistenziale.

In questo sottogruppo della popolazione in studio l'analisi degli eventi, in particolare LdP e cadute, è stata effettuata anche secondo il corrispondente profilo.

Personalizzazione, umanizzazione (Rilevazione ad hoc o da documentazione esistente)

UO	Indicatore
ISS – San Raffaele	<ol style="list-style-type: none"> 1. % di ospiti con un piano scritto che specifichi tipo, frequenza e durata degli interventi riabilitativi da effettuare e le eventuali precauzioni da prendere. 2. Percentuale di ospiti nella cui documentazione risultino annotate in forma scritta le preferenze alimentari. 3. Rapporto tra: il 100% dei metri quadrati di spazi totalmente adibiti ad attività di animazione e socializzazione e il 50% dei metri quadrati di spazi parzialmente adibiti ad attività di animazione e socializzazione e numero di ospiti 4. Punteggio dicotomico relativo alle caratteristiche del regolamento scritto della RSA sulle visite 5. Punteggio compreso tra 0 e 3 e relativo alla presenza di procedure scritte sulle modalità di accoglimento nella residenza, attente ai bisogni e alle reazioni emotive dell'ospite. 6. <i>Percentuale di ospiti e/o familiari con un operatore di riferimento (non fattibile, rilevazione non effettuata)</i> 7. Punteggio di qualità del cibo secondo i criteri PEAT 8. Percentuale di questionari sulla soddisfazione dei familiari compilati tra quelli consegnati 9. Percentuale di questionari sulla soddisfazione dei familiari con almeno l'80% di risposte con valutazione almeno sufficiente ("abituamente" o "sempre")

Risultati principali

Indicatore	Risultato (media)
1	98%
2	80%
3	50 mq
4	1 (scala 0/1) ²⁸
5	2 (scala 0 – 3) ²⁹
7	72 (punteggio percentuale)
8	91%
9	71%

²⁸ 0 = non è possibile ricevere visite per buona parte della giornata 1 = sono sempre possibili visite, tranne in alcuni momenti della giornata

²⁹ Punteggio relativo alla presenza di procedure scritte sulle modalità di accoglimento in residenza (un punto per ciascuno dei seguenti elementi presenti nelle procedure: a) viene fatta visitare la residenza all'ospite; b) l'ospite viene presentato agli operatori e agli altri ospiti; c) vengono fornite all'ospite informazioni scritte sugli orari delle visite e dei pasti e il possibile ricorso da parte sua ad associazioni di volontariato e di tutela degli utenti)

Ricoveri ospedalieri

Ricoveri potenzialmente inappropriati

Accessi al PS

UO	Indicatore
Toscana	<ul style="list-style-type: none">- Tasso di ricoveri ospedalieri- Durata media della degenza- Tasso di accesso al Pronto Soccorso
Emilia-Romagna	<ul style="list-style-type: none">- Tasso globale di ricovero- Percentuale di ricoveri ripetuti (entro 7gg, entro 30 gg)- Proporzione di ricoveri evitabili e potenzialmente evitabili (secondo il report dei Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010)³⁰
Liguria	<ul style="list-style-type: none">- % codici <i>triage</i> accesso al PS- % destinazione pazienti dopo accesso al PS

Risultati principali

Toscana

Il tasso di ricovero ospedaliero per la popolazione di anziani osservati è risultato pari a 0,2/ospite/anno; in particolare, si sono registrati 187 ricoveri da parte di 128 ospiti delle strutture.

La durata media della degenza è stata pari a 11 giorni sul totale di 2068 giorni di degenza complessivamente registrati nei ricoveri osservati.

Il tasso di accesso al pronto Soccorso è stato pari a 0,7/ospite/anno. In prevalenza si è trattato di accessi per problemi di bassa priorità clinica (codice al *triage*: verde nel 61% dei casi, rosso nel 3,8% - codice in uscita: verde nel 79% dei casi).

Emilia-Romagna

Il tasso di ricovero ospedaliero è stato pari a 30,4/100 ospiti nelle strutture partecipanti (33,5/100 negli anziani istituzionalizzati dell'intera Regione Emilia-Romagna); per il 10,9% dei ricoveri si è trattato di un ricovero ripetuto a 30 giorni e per il 3,3% a 7 giorni. Il tasso di ricovero varia da 24,9% negli anziani di una Azienda USL tra le cinque partecipanti a 45% in un'altra. Il tasso di ricoveri è più basso nelle strutture con ospiti lungodegenti con perdita di autonomia.

La proporzione di ricoveri considerati "evitabili" varia da un minimo di 12,2% in una Azienda USL ad un massimo di 19,9% in un'altra.

³⁰ Cost Drivers for Dually Eligible Beneficiaries: Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled Nursing Facility and Home and Community-Based Services Waiver programs.

Liguria

Il 55% degli accessi in PS di pazienti provenienti da residenze per anziani avviene in codice rosso e giallo; il 40% degli accessi totali ha dato luogo a un ricovero ospedaliero in degenza ordinaria. La maggior parte dei ricoveri (81,2%) è avvenuta in area medica.

Il 18,6% degli anziani trasferiti in PS da residenze per anziani ha fatto, nel 2012, 3 o più accessi in PS.

Mortalità

UO	Indicatore
Emilia-Romagna	Mortalità

Il 19,3% degli ospiti nelle strutture partecipanti allo studio è deceduto nel 2011 (il 19,5% negli anziani istituzionalizzati dell'intera Regione Emilia-Romagna) e questi decessi avvengono: in struttura nel 60,4% dei casi, in struttura ma 30 giorni dopo un ricovero ospedaliero nel 10,7% dei casi, in ospedale nel 28,8% dei casi. La proporzione di anziani deceduti in ospedale varia da 21,6% in un Azienda USL delle 5 partecipanti a 36,5% in un'altra.

Consumo di farmaci

Appropriatezza prescrittiva

UO	Indicatore
Toscana	<p>Rischio di <i>outcome</i> indesiderati associati all'uso inappropriato di farmaci (secondo i criteri STOPP e START). Gli outcome considerati sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- blocco cardiaco sintomatico- broncospasmo (in soggetti con BPCO)- stipsi grave- peggioramento sintomi extra-piramidali- Abbassamento soglia convulsiva- Aggravamento del glaucoma- Insufficienza renale acuta- Deterioramento funzionalità renale- Sanguinamento gastrointestinale- Riacutizzazione del glaucoma <p>in relazione all'uso inappropriato soprattutto di alcune categorie di farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none">- FANS- Anti-muscarinici- Beta-bloccanti (non cardio-selettivi)- Antidepressivi triciclici e oppiacei- Neurolettici- Fenotiazine- Ipratropio bromuro- Verapamile, calcio-antagonisti
Emilia-Romagna	Consumo di farmaci – DDD totali e per principali categorie

Risultati principali

Toscana

Si rimanda alla presentazione dei risultati per i dati quantitativi.

In generale:

- l'appropriatezza prescrittiva migliora dopo l'entrata in RSA per la maggior parte degli indicatori studiati;
- dopo l'ingresso in RSA sembra aumentare l'utilizzo di fenotiazine anche in soggetti nei quali il loro uso dovrebbe essere controllato (epilessia, *parkinson*);
- l'uso di FANS tende a diminuire in RSA, ma permangono perplessità sulla sua appropriatezza d'uso, specialmente in soggetti con insufficienza renale.

Emilia-Romagna

Il consumo di farmaci varia molto tra Aziende e strutture, sia globalmente che in relazione a specifiche categorie di farmaci: la *ranking* delle prime 10 categorie di farmaci prescritti per azienda evidenzia come in alcuni casi i farmaci più prescritti siano gli antitrombotici, in altri i diuretici. Gli psicolettici e gli psicoanalettici si collocano in alcune aziende al 4° o al 5° posto, in altre all'8° .

Il consumo è più elevato nelle strutture caratterizzate da degenza breve e ospiti clinicamente complessi.

Discussione

Il progetto descritto in questo report è stato finanziato nell'ambito del programma CCM 2010 allo scopo di fornire *"sostegno a progetti strategici di interesse nazionale"*. Dai risultati ottenuti ci si può quindi attendere soprattutto un contributo alla identificazione di ipotesi di lavoro e soluzioni in grado di sostenere analisi, decisioni e interventi pertinenti all'assistenza residenziale per gli anziani in Italia. Ciononostante, si ritiene che il progetto abbia sufficienti caratteristiche di innovatività, tali da poter offrire anche un contributo rilevante alla ricerca sui servizi socio-sanitari.

Prima di affrontare la discussione dei risultati, può essere utile tracciare a grandi linee il **contesto generale** in cui il progetto stesso si colloca.

In una prospettiva temporale, il periodo di sviluppo del progetto si inserisce al termine di un lungo intervallo di tempo (circa 20 anni) di continua e progressiva evoluzione giuridica e organizzativa e dello stesso ruolo sociale delle residenze per anziani (vedi Allegato 2 alla Relazione conclusiva dell'UO 4 - Liguria), che sempre di più hanno sviluppato la componente sanitaria del loro mandato, passando dalla vecchia identità di "case di riposo" all'attuale caratterizzazione di strutture dedicate a persone per lo più non autosufficienti, con problemi sanitari e assistenziali sempre più complessi. In generale, i cambiamenti in atto e le previsioni a medio termine riguardanti la composizione demografica della popolazione, la struttura e il ruolo sociale della famiglia, la necessità di riorganizzare l'assistenza ospedaliera, impongono oggi nel nostro Paese un complessivo e urgente ripensamento dei modelli organizzativi per le cure residenziali agli anziani.

In una prospettiva economico-sociale, la crisi che ha investito l'Italia negli ultimi anni è destinata a generare conseguenze sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari (ancora poco descritte e largamente in corso di osservazione e studio) derivanti dalla disoccupazione e dalla ridotta capacità di spesa delle famiglie con reddito medio basso, determinando probabilmente anche ricadute importanti per l'assistenza agli anziani, soprattutto se non autosufficienti: in particolare, le famiglie potrebbero incontrare difficoltà crescenti nel sostenerne finanziariamente e organizzativamente la permanenza e l'assistenza continuativa a domicilio, anche per il venir meno della disponibilità di figure femminili spinte a cercare occupazione là dove nel nucleo familiare questa venga a mancare per i maschi. L'opzione residenziale per un familiare anziano non autosufficiente potrebbe dunque diventare una scelta obbligata per un certo numero di famiglie che, in altre circostanze, avrebbero preferito e sarebbero state in grado di assistere il proprio caro a domicilio.

E' importante contestualizzare il progetto anche nell'ambito della complessa evoluzione, tuttora in corso, dei sistemi informativi sanitario e sociale degli ultimi 10 anni, nonché della tensione verso una maggiore armonizzazione tra modelli e soluzioni in vigore nelle diverse realtà regionali. A questo proposito vale la pena in questa sede menzionare due tappe: a) lo sviluppo del flusso FAR, scaturito dal "Progetto Mattoni" (Mattone 12) e dedicato alle cure residenziali e semiresidenziali, in via di consolidamento nelle Regioni a partire dal 2010, con diverso grado di successo e diversi livelli di qualità dei dati; b) il progetto interregionale per lo sviluppo del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA, vedi Allegato 1 alla Relazione conclusiva dell'UO 4 - Liguria).

Infine risulta centrale il riferimento alla normativa per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, tuttora in corso di revisione sia nelle singole realtà regionali (v. relazioni delle singole

UO), sia a livello nazionale, in questo caso con uno sforzo verso l'armonizzazione dei variegati insiemi di requisiti attualmente vigenti - anche in considerazione dei recenti indirizzi europei – e un impegno affidato a un tavolo di coordinamento nazionale (Tavolo tecnico per la revisione della normativa per l'accreditamento – TRAC) presso il Ministero della Salute³¹).

Lo studio ha inteso soprattutto descrivere la qualità dell'assistenza in un campione di RSA reclutate da ciascuna UO, con riferimento ai problemi rilevanti indicati dalla letteratura (v. Relazione conclusiva UO 3 Toscana, Appendice 3) - ma anche menzionati dalle rispettive normative per l'accreditamento (v. Appendice 1 alla presente relazione) - e proporre indicatori appropriati per il monitoraggio, utilizzabili in affiancamento ai sistemi informativi in uso.

La questione del monitoraggio della qualità dell'assistenza nelle residenze per anziani e, più in generale, della *Long Term Care*, è stata affrontata ripetutamente in **letteratura** ed è al centro di numerose **esperienze di ricerca e di governo**. Negli Stati Uniti esiste oggi un programma governativo permanente dedicato alle *nursing home* certificate da *Medicare* e *Medicaid*, il programma *Nursing Homes COMPARE*³²: Le strutture vengono valutate secondo un insieme di criteri espliciti e il livello di qualità complessivo raggiunto da ogni singola struttura (espresso da uno *score*) viene periodicamente pubblicato su *web*. 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 inerenti ai diversi domini dell'assistenza e della vita quotidiana (cadute, ulcere da pressione, infezioni del tratto urinario, dolore, incontinenza, uso di catetere urinario, uso di mezzi di contenzione, autonomia funzionale, malnutrizione, depressione, uso di farmaci antipsicotici, vaccinazioni antipneumococco e contro l'influenza stagionale). Nel settore delle *nursing home* i *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) sostengono anche il programma *Quality Improvement Organization* (QIO), la cui metodologia per la valutazione di *performance* delle strutture è stata criticata da alcuni autori³³.

In Europa esiste un'ampia variabilità di approcci e di stime della qualità della *Long Term Care*³⁴ ed evidenze di problemi di qualità emergono 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. Sempre di più comunque, anche in ambiti internazionali più ampi³⁵, 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* e sistemi di *grading*.

³¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 Conferenza Stato-Regioni, 20 dicembre 2012.

³² <http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/>

³³ Stevenson DG et al, 2009.

³⁴ Commissione Europea, "Long-term care in the European Union", 2008.

³⁵ Policy Brief *A Good Life in Old Age* © OECD/European Commission June 2013

Un'implicazione importante dei meccanismi di *quality assurance* è che essi possano fungere da attivo deterrente contro i maltrattamenti e gli abusi sui pazienti³⁶.

L'identificazione di strumenti operativi validi per la valutazione di qualità dell'assistenza agli anziani continua ad essere una questione cruciale³⁷ e, in questo ambito, la possibilità di utilizzare strumenti sistematici e standardizzati per l'inquadramento clinico-assistenziale degli anziani continua ad essere un problema aperto a livello internazionale, a partire dal *Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS)* in uso dagli anni '90 nelle *nursing home* americane e ormai diffuso in diversi Paesi³⁸; parallelamente, si pone la necessità di sviluppare strumenti e misure comparabili all'interno e tra singoli Paesi³⁹.

Al momento dell'avvio del progetto ciascuna UO era già impegnata, con la propria rete di strutture residenziali per anziani, in attività e iniziative pertinenti alla qualità dell'assistenza. In considerazione sia delle diverse esperienze in atto, sia delle differenze insite nei contesti istituzionali regionali e infine della imponente, quasi insormontabile (con le risorse date) difficoltà organizzativa di un eventuale ri-arruolamento delle strutture residenziali secondo un unico protocollo di studio, si è convenuto di perseguire gli obiettivi specifici del progetto sviluppando piuttosto un terreno di approfondimento e confronto tra le rispettive realtà regionali, costruendo così una sorta di "costellazione" di sistemi di rilevazione e analisi in cui le linee di attività e i risultati ottenuti da ciascuna UO fossero tra loro complementari, offrendo nell'insieme una gamma ampia di contenuti, strumenti, approcci e potenzialità di sviluppo e trasferimento ad altre realtà decisamente più ampia e promettente rispetto alla semplice somma delle singole esperienze.

Alcune delle osservazioni più importanti presentate nella sezione "Risultati" tracciano **un quadro d'insieme della qualità dell'assistenza in RSA**, soprattutto per quanto riguarda alcuni problemi di qualità e sicurezza indagati da più UO.

Circa il 50% degli ospiti delle RSA è a rischio di sviluppare una Lesione da Pressione (Emilia-Romagna, Toscana); un ospite su 10 è portatore di una LdP di grado >2° (Toscana), mentre tra gli anziani a rischio medio-alto questa frequenza sale a un ospite su due (Toscana). In un periodo di osservazione pari a 6 – 9 mesi, circa il 20% degli ospiti ha sviluppato una LdP (17% in Emilia-Romagna, 24% nel gruppo San Raffaele La Pisana). Toscana, Emilia-Romagna e Istituto Superiore di Sanità hanno stimato anche la proporzione di lesioni insorte in struttura. Un dato interessante riguarda l'utilizzo dei presidi anti-decubito (PAD); nelle RSA della Toscana vengono utilizzati in circa il 50% dei soggetti a rischio, ma anche nel 10% di soggetti non a rischio. Inoltre, emerge dalle rilevazioni un largo utilizzo di presidi riconducibili a tipologie non efficaci.

Circa un ospite su 10 cade almeno una volta in un periodo di osservazione pari a 3-6 mesi (Toscana, Emilia-Romagna, Istituto Superiore di Sanità). La caduta è l'evento avverso segnalato con maggior frequenza (Liguria). Un fenomeno degno di attenzione è quello delle cadute ripetute.

³⁶ 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.

³⁷ Courtney M et al, 2007; Castle NG et al, 2010; O'Reilly M et al, 2011

³⁸ Hutchison AM et al, 2010

³⁹ Frijters DH et al, 2013

La rilevazione del dolore presenta effettive difficoltà pratiche in una popolazione di persone con frequenti problemi cognitivi e comunicativi. Lo studio di prevalenza della Toscana propone una metodologia articolata e pragmatica, la cui fattibilità e sostenibilità nel tempo merita di essere ulteriormente valutata.

Nel 42%-47% degli anziani ricoverati in RSA sono presenti misure di contenzione diverse dalle spondine (Emilia-Romagna, Istituto Superiore di sanità).

L'indagine effettuata dalla Toscana sulla malnutrizione propone un insieme integrato di indicatori di struttura, processo ed esito. In termini di struttura, emerge una carenza nella disponibilità di bilance adeguate alle persone assistite. In termini di processo, si osserva uno scarso ricorso a test di screening e a protocolli. La proporzione di anziani a rischio medio-alto di malnutrizione oscilla tra il 21 e il 32% e la maggior parte di essi non sta seguendo programmi per prendere peso.

Un'infezione è stata osservata nel 6% degli ospiti dell'Emilia-Romagna e, in oltre la metà dei casi, si è trattato di una infezione dell'apparato respiratorio. Una terapia con antibiotici è stata osservata nel 5% degli ospiti, nella quasi totalità dei casi motivata dalla presenza di un'infezione.

Ogni 100 ospiti, mediamente da 20 a 30 sono stati ricoverati in ospedale nel corso di un anno (Toscana, Emilia-Romagna), con valori massimi fino a 45. La proporzione di ricoveri evitabili oscilla tra il 12,2% e il 19,9% (Emilia-Romagna).

Il consumo di farmaci è estremamente variabile tra Aziende e strutture (Emilia-Romagna), mentre l'appropriatezza prescrittiva sembra migliorare dopo l'ingresso in RSA (Toscana). L'applicabilità di criteri di valutazione, come i criteri di Beers o i criteri STOPP e START, rappresenta uno spunto importante di lavoro e ricerca per il futuro; inoltre, l'uso dei farmaci in RSA può essere considerato un ambito di attenzione importante da includere in progetti più ampi rivolti ai medici di medicina generale e mirati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva negli anziani.

Si ritiene che queste osservazioni siano di interesse per i soggetti istituzionali con funzioni di programmazione e controllo, sia a livello regionale, che nazionale; alcune delle informazioni rese disponibili possono essere fin d'ora considerate utili a progettare azioni e interventi, in particolare per alcuni problemi di qualità dell'assistenza – come cadute, ulcere da pressione, infezioni, malnutrizione - per i quali esistono già solide evidenze in tema di metodi di prevenzione o contenimento/riduzione⁴⁰.

In generale, si ritiene che i risultati raggiunti dal progetto presentino alcuni importanti **punti di forza**.

A conoscenza degli autori, questo è il primo studio condotto in Italia a documentare in un campione così ampio di residenze per anziani l'entità e la variabilità di problemi clinico-assistenziali prioritari per la qualità dell'assistenza. Se la normativa per l'accreditamento istituzionale nelle singole regioni indica gli ambiti da presidiare (v. Appendice 1), questo studio ha dimostrato concretamente come questo possa essere fatto, con metodologie di diversa complessità e coinvolgendo direttamente gli operatori delle strutture.

⁴⁰ Si segnala a questo proposito anche il recente rapporto dell'*Agency for Health Care Quality and Research (AHRQ)*, *Making Health Care Safer II*, pubblicato il 5 marzo 2013 (v. Bibliografia essenziale).

Inoltre, soprattutto l'esperienza dell'Emilia-Romagna - che ha rilevato una proporzione consistente di informazioni dalla documentazione clinica esistente - dimostra come il monitoraggio di alcuni indicatori possa realisticamente entrare a far parte delle attività correnti, sia pure con un supporto metodologico esperto, almeno iniziale. In generale, le attività di formazione e rilevazione condotte dalle singole UO hanno prodotto strumenti e materiali (schede, algoritmi, protocolli, ricognizione di letteratura, questionari, ecc.) che potrebbero essere adottati in una residenza sanitaria "tipo", integrando gli strumenti già in uso e offrendo agli operatori una documentazione tecnica utile a guidare le attività professionali proprie dell'assistenza residenziale. Questi risultati sono coerenti con gli obiettivi di trasferibilità dichiarati nel protocollo del progetto: strutture e operatori interessati a migliorare la qualità dell'assistenza residenziale agli anziani potranno attingere a questo patrimonio e adattarlo a realtà locali più o meno ampie.

Lo studio ha rappresentato anche un test di fattibilità: i componenti dei gruppi di progetto delle singole UO sono entrati nelle strutture residenziali, hanno interagito con gli operatori e mobilitato una rete ampia e multidisciplinare di professionisti (infermieri, medici geriatri, operatori socio-sanitari, medici di medicina generale, ecc.) impegnati nell'assistenza agli anziani. Le attività di misurazione/rilevazione e i momenti di discussione e condivisione delle osservazioni hanno inteso svolgere una funzione "abilitante" e rappresentano il potenziale avvio di successive azioni di miglioramento, l'inizio di un processo che potrà continuare a svilupparsi nelle singole regioni.

Nel quadro generale dei punti di forza del progetto e degli ambiti tematici indagati, alcuni contributi specifici sviluppati da singole UO offrono spunti per ulteriori ricerche e approfondimenti, sia in una prospettiva di qualità dell'assistenza, sia dal punto di vista delle metodologie di rilevazione e analisi:

- analisi dell'appropriatezza prescrittiva (Toscana, Emilia-Romagna);
- stima della prevalenza di infezioni correlate all'assistenza e del consumo di antibiotici (Emilia-Romagna) e studio del fenomeno della malnutrizione (Toscana);
- analisi del ricorso all'ospedale (Toscana, Emilia-Romagna e Liguria per l'accesso al Pronto Soccorso);
- qualità del flusso FAR a distanza di due anni dalla sua introduzione obbligatoria per le regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Liguria);
- possibilità di integrazione tra fonti informative correnti, incluso il flusso FAR (Emilia-Romagna);
- fattibilità delle rilevazioni *ad hoc* (Toscana) e possibilità di integrazione con altri metodi basati su fonti correnti;
- adesione a un sistema di segnalazione volontaria e implicazioni per l'apprendimento professionale (Liguria);
- metodologia per la selezione di indicatori attraverso un processo formale di coinvolgimento e consenso dei professionisti di diverse discipline (ISS);
- messa a punto di una metodologia di analisi, basata sulle variabili del flusso FAR, che ha consentito di identificare "cluster" diversi di strutture, secondo caratteristiche di complessità assistenziale e durata della permanenza in struttura (Emilia-Romagna).

Inoltre, i due approfondimenti offerti dalla Liguria (v. Allegati 1 e 2 alla Relazione conclusiva dell'UO 4) sono utili a comprendere e a riflettere, da un lato sul "passato" dell'assistenza

residenziale e, dall'altro, sul "futuro" dell'accesso ai servizi per le persone non autosufficienti, attraverso lo strumento dei "profili" e lo sviluppo di un sistema informativo dedicato.

Accanto ai punti di forza, i risultati del progetto soffrono di alcuni **limiti**.

La variabilità dei metodi e degli strumenti utilizzati non consente un'analisi omogenea dei fenomeni indagati. Come già detto infatti, il gruppo di progetto ha realisticamente privilegiato obiettivi di confronto e approfondimento e ha considerato scarsamente fattibile la costruzione e l'adozione di un protocollo unico di indagine. Se questa caratteristica dello studio limita le sue ricadute complessive in termini di ricerca, offre però una molteplicità di approcci possibili, ciascuno di essi ben documentato, tra le quali altre realtà organizzative o istituzionali potranno scegliere, in relazione a obiettivi, situazione politico-istituzionale, disponibilità di risorse e competenze per il coordinamento, nel momento in cui fossero interessate o chiamate a lavorare sulla qualità dell'assistenza in RSA.

In termini concreti, se lo sviluppo di un sistema di segnalazione volontaria (*incident reporting*) appare relativamente semplice da realizzare anche a livello di singola residenza, o di un gruppo di strutture, un lavoro di analisi basato sul *linkage* tra fonti amministrative correnti sarà inevitabilmente più complesso e praticabile solo in contesti in cui siano presenti non solo solide competenze metodologiche, ma anche una soddisfacente qualità delle fonti stesse. D'altra parte, ai due approcci sono riconducibili obiettivi diversi: di sensibilizzazione e apprendimento professionale nel primo caso, di programmazione e governo nel secondo. Ancora, l'uso di indagini di prevalenza, pur richiedendo un notevole lavoro di coordinamento organizzativo, possibile solo in contesti attrezzati, può rappresentare un formidabile avvio di un progetto di sistema (a livello aziendale o regionale), offrendo informazioni sull'entità del fenomeno di interesse e preparando il terreno, anche attraverso il coinvolgimento diretto degli operatori/rilevatori, a una cultura "del dato" e a successivi interventi di mantenimento e sviluppo del monitoraggio, anche con metodi più complessi (ad esempio con rilevazioni periodiche dell'incidenza, alternate a "cicli di miglioramento").

E' senz'altro vero, in ultima analisi, che l'obiettivo più elevato a cui tendere rimane l'adozione sistematica, incardinata nelle attività assistenziali quotidiane, di obiettivi e strumenti di rilevazione/misurazione. In altre parole, documentazione clinico-assistenziale e sistema informativo di una residenza "tipo" devono includere registrazione di item che consentano l'analisi periodica di semplici indicatori di qualità e sicurezza, utilizzabili a scopo di audit interno (ad esempio per la valutazione di impatto di interventi di miglioramento) o di valutazione esterna, anche comparativa (ad esempio nell'ambito del processo di accreditamento regionale). L'uso di indicatori di qualità per attività di *public reporting* (si consideri a questo proposito l'esperienza americana di *Nursing Compare*⁴¹) è invece questione complessa, che il nostro progetto non ha affrontato.

Un limite specifico dello studio è consistito nella difficoltà di condurre analisi comuni, basate su fonti amministrative e su procedure di *record linkage*, che, in un primo momento, erano state incluse tra gli obiettivi sia di Toscana che di Emilia-Romagna. L'"allineamento" tra le due regioni non è stato possibile, da un lato per la ancora insufficiente qualità del flusso FAR in Toscana

⁴¹ Nursing Home Compare, <http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/search.aspx>

(tuttavia un sensibile miglioramento è stato osservato nel periodo in studio) e, dall'altro, per le diverse regole vigenti nelle due regioni nell'alimentazione e gestione di alcune fonti, in particolare per quanto riguarda la rilevazione dei dati di consumo dei farmaci. Questo terreno rappresenta quindi un ambito di attenzione e di approfondimento futuro, anche per altre realtà regionali. L'esperienza del nostro progetto documenta lo sforzo ancora necessario, nel nostro Paese, a condurre analisi comuni (a meno di una eccessiva semplificazione) basate sulle ormai innumerevoli fonti informative disponibili, anche in quelle regioni che più hanno investito su questo fronte.

Un terzo limite dello studio consiste nella mancata realizzazione dell'obiettivo "*esplorare il ruolo di fattori organizzativi (dimensioni, complessità, personale, integrazione ospedale-territorio)*" che, pur dichiarato nel protocollo, si è rivelato troppo ambizioso nella sua concreta attuazione. La progettazione di un modello concettuale comune e di una traccia standardizzata adatta a rilevare, nonostante la variabilità ormai ben nota (non solo interregionale, ma anche intraregionale), dati strutturali e organizzativi "trasversali" a tutte le RSA rappresenta probabilmente un obiettivo adeguato a un vero e proprio progetto dedicato, che si proponga non solo di produrre analisi descrittive ma, per l'appunto, di indagare il ruolo dei fattori osservati nel determinare la qualità dell'assistenza. Per quanto riguarda il nostro progetto, i dati strutturali e organizzativi raccolti, pur in modo differenziato, dalle singole UO, rimangono a disposizione per ulteriori possibili approfondimenti a livello regionale.

Come ogni progetto giunto alla sua conclusione, anche questo progetto lascia in eredità alcune **potenzialità residue interessanti**, che potranno essere raccolte e rilanciate, a livello regionale o nazionale. Ad esempio:

- la stesura di un vero e proprio glossario unico condiviso (l'Appendice 3 propone piuttosto un glossario integrato, che lascia però irrisolte alcune – sia pur lievi - discrepanze concettuali e semantiche);
- un inquadramento e una validazione comparativa dei pacchetti formativi utilizzati dalle singole UO che, nel loro insieme - data la numerosità dei problemi di qualità e sicurezza indagati - offrono un vero e proprio, probabilmente irripetibile, patrimonio educativo per operatori delle residenze per anziani in Italia;
- una quantificazione precisa del *value for money*; un calcolo molto grezzo, che prenda in considerazione il finanziamento assegnato e lo rapporti al numero di persone anziane osservate, suggerisce una "spesa" pari a 50 € per ciascun ospite; tuttavia, una stima più precisa dovrebbe includere anche il costo del lavoro del personale dipendente nelle singole UO - riconducibile ai componenti dei gruppi di coordinamento - e del personale di assistenza nelle RSA, rappresentato dai molti operatori coinvolti sul campo. La documentazione mantenuta dalle UO in merito alle attività svolte, può rappresentare un punto di partenza per la futura messa a punto di una metodologia più robusta replicabile anche per altri progetti.

Nel corso del progetto e in occasione della discussione sui risultati raggiunti, sono stati infine toccati alcuni **temi generali**⁴².

⁴² Alcuni di questi temi sono stati trattati anche nel corso del Convegno conclusivo, in data 7 maggio 2013, presso il Ministero della Salute.

L'evoluzione verso la maggiore complessità della domanda di assistenza residenziale per gli anziani impone senza dubbio e con urgenza un ripensamento sulle competenze necessarie ai professionisti coinvolti e, di conseguenza, sulla loro formazione.

La persistente disomogeneità normativa, strutturale, organizzativa e gestionale delle residenze per anziani in Italia è probabile fonte di diseguaglianze, a vari livelli (tra regioni, ma anche tra aree della stessa regione) quanto a opportunità di accesso e qualità dell'assistenza. In attesa che nuovi e più uniformi modelli organizzativi vengano progettati e attuati, l'attenzione ai problemi di qualità dell'assistenza deve svilupparsi e rafforzarsi da subito, in modo trasversale agli attuali (e futuri) modelli organizzativi. Inoltre non si deve dimenticare che la risposta residenziale è una componente dell'assistenza agli anziani fragili e non autosufficienti; la maggior parte dei problemi di qualità dell'assistenza misurati dal nostro studio sono rilevanti non solo per le RSA ma anche per l'anziano assistito a domicilio o in ospedale.

L'RSA rappresenta tuttavia, per molte persone, l'"ultima casa", l'ultimo luogo di vita; spesso gli operatori della residenza e gli altri ospiti sono gli unici e ultimi esseri umani con cui l'anziano può entrare in relazione o ai quali chiedere conforto e aiuto. L'attenzione alla qualità dell'assistenza deve quindi necessariamente includere aspetti fondamentali inerenti la dignità della persona, la qualità della vita e il rispetto per le preferenze individuali.

CONCLUSIONI

Questo studio è la prima esperienza in Italia a documentare in un campione così ampio di residenze per anziani l'entità e la variabilità di un insieme di problemi clinico-assistenziali prioritari per la qualità dell'assistenza. Gli ambiti indagati sono congruenti con le indicazioni della letteratura e pertinenti alla normativa per l'accreditamento istituzionale nelle singole regioni. Lo studio ha dimostrato concretamente come la qualità e la sicurezza dell'assistenza in RSA possa essere descritta, con metodologie diverse ma rigorose e coinvolgendo direttamente gli operatori delle strutture.

La diversità di disegni di studio e metodi adottati dalle singole UO è al contempo forza e limite del progetto: limite perché la mancanza di omogeneità restringe il possibile contributo dei risultati complessivi alla ricerca sui servizi socio-sanitari, forza perché i diversi approcci proposti offrono alle ai soggetti con funzioni di governo e *management* alcune valide e concrete alternative di azioni possibili, in ragione di diversi contesti istituzionali, obiettivi di *policy* e risorse disponibili. Inoltre, nonostante la limitata confrontabilità dei risultati prodotti dalle singole UO, è stato possibile replicare alcune analisi e condividere alcuni algoritmi e protocolli. Nel suo insieme, il progetto offre una “costellazione” di prospettive complementari, sia per ambiti indagati sia per metodologie adottate, sulla qualità dell'assistenza residenziale agli anziani in Italia.

Dai risultati del progetto il mondo delle residenze sanitarie potrà ricavare indicazioni utili per progetti di miglioramento locali, come l'avvio di un sistema di segnalazione volontaria di eventi avversi, o l'adozione sistematica di strumenti di rilevazione che possano integrare la documentazione clinico-assistenziale già in uso.

Alle Aziende Sanitarie Locali lo studio suggerisce l'opportunità di estendere all'ambito dell'assistenza residenziale azioni di supporto alla gestione del rischio clinico o interventi rivolti ai medici di medicina generale in tema di appropriatezza prescrittiva negli anziani. Il monitoraggio di alcuni problemi prioritari di qualità dell'assistenza dovrebbe inoltre essere preso in considerazione tra i criteri vincolanti per la stipula di accordi contrattuali.

Per i livelli di governo regionale il tema centrale riguarda l'integrazione tra il sistema dei requisiti per l'accreditamento e gli strumenti di monitoraggio della effettiva qualità dell'assistenza; inoltre lo studio offre spunti importanti per riflettere sugli investimenti necessari a consolidare e rafforzare i sistemi informativi, migliorandone il più possibile le opportunità di utilizzo integrato e la capacità di rappresentare le condizioni di salute e di assistenza agli anziani. Validità, completezza e qualità delle informazioni raccolte a livello regionale per obiettivi di governo e programmazione, sono determinate, in ultima analisi, dal grado di accettazione/consapevolezza e adesione “informativa” a livello locale; investire sulla cultura professionale e sul valore delle misure di qualità significa quindi agire anche sulla “filiera” dei processi informativi.

Il tema dell'integrazione tra il sistema dei requisiti per l'accreditamento e gli strumenti di monitoraggio della effettiva qualità dell'assistenza è cruciale anche per il livello nazionale, così come il tema della qualità e dell'integrazione tra fonti informative pertinenti alla non autosufficienza; ci auguriamo che questo progetto, che ha coinvolto regioni già impegnate da tempo su questo fronte, possa essere di effettivo sostegno a progetti strategici di interesse nazionale, così come previsto dalla sua carta d'identità al momento del finanziamento.

BIBLIOGRAFIA CITATA

Castle NG, Ferguson JC. *What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?* The Gerontologist, 2010;50 (4): 426–442.

CEIS. *Report Sanità 2008. Regional Health Care.*
www.ceistorvergata.it/area.asp?a=445&oc=732&d=412

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Nursing Home Compare.*
<http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/search.aspx>

Commissione Europea. *Long-Term Care in the European Union.* 2008.
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en&pubId=203&type=2&furtherPubs=yes>

Courtney M, O'Reilly MT, Edwards H and Hassall S. *Development of a systematic approach to assessing quality within Australian residential aged care facilities: the Clinical Care Indicators Tool.* Australian Health Review 2007;31(4):582-591.

Frijters DHM, van der Roest HG, Carpenter IGI, Finne-Soveri H, Henrard JC, Chetrit A, Gindin J, Bernabei R. *The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project).* BMC Health Services Research 2013, 13:138 (provisional)
www.biomedcentral.com/1472-6963/13/138.

Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squire JE, Gary Teare G and Estabrooks CA. *The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review.* BMC Health Services Research 2010;10:166.

ISTAT, Report *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*
www.istat.it/it/archivio/77525

Ministero della Salute, Progetto Mattoni. Mattone n. 12 “Assistenza residenziale e semiresidenziale”
www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni

OECD/European Commission.. *A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long-Term Care.* Policy Brief, giugno 2013.

O'Reilly MT, Courtney M, Edwards H and Hassall S. *Clinical outcomes in residential care: Setting benchmarks for quality.* Australasian Journal of Ageing 2011;30(2):63-69.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “*Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento*”, in attuazione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Conferenza Stato-Regioni, 20 dicembre 2012.

Stevenson DG, Mor V. *Targeting Nursing Homes Under the Quality Improvement Organization Program’s 9th Statement of Work.* Ethics, Public Policy and Medical Economics 2009; 57:1678–1684.

Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt E, Shanman R, Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vaiana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices.* Comparative Effectiveness Review No. 211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html.