

tendenze

nuove

Materiali di Lavoro su Sanità e Salute della Fondazione Smith Kline

**Un modello per la rilevazione
della qualità nelle Residenze
Sanitarie Assistenziali**

1/2001

Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

G.Sirchia^o, M.Trabucchi[^], M.Campari*, A.Bertolini*, E.Zanetti[^]

^oComune di Milano, Assessorato ai servizi sociali e alla Persona;

[^]Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, *KPMG Consulting, Milano

La qualità come sistema di governo

L'assistenza fornita in una RSA testimonia il livello di civiltà di una comunità. Qualsiasi intervento in quest'area è quindi sempre accompagnato da problematiche complesse, che investono non solo la specificità del problema, ma soprattutto le modalità e l'impegno con le quali una certa convivenza civile decide di occuparsi della porzione più fragile dei concittadini anziani.

L'area dell'assistenza a lungo termine, che nel nostro paese è rappresentata prevalentemente dalle RSA, è destinata ad utilizzare una quantità sempre crescente di risorse (si pensi che, nella sola Lombardia, le RSA nel loro complesso "consumano" 2000 miliardi di lire). Questa realtà economica trova ulteriore fondamento nei profondi cambiamenti avvenuti rispetto ai bisogni degli ospiti delle residenze per anziani. Al proposito nelle nursing homes degli Stati Uniti sono stati raccolti sistematicamente dati che riflettono un trend presente anche in Italia, sebbene da noi non sono disponibili misure altrettanto precise. Dal 1987 al 1996 il numero degli ospiti con 3 o più disabilità alle ADL è aumentato dal 71.8 all'82.9% e quello degli incontinenti dal 55 al 64.9%. Nello stesso periodo l'età media dei 1.638.000 ospiti (5% degli anziani) è passata da 82.3 a 83.7 e la percentuale di disturbi cognitivi rilevanti dal 61.1 al 70.3%. La degenza media è stata di 870 giorni. In sintesi, il livello di gravità clinico-assistenziale degli ospiti è divenuto progressivamente più pesante ed il fenomeno non sembra aver ancora trovato un equilibrio. D'altra parte il fabbisogno di posti letto in RSA non risponde a logiche chiare, perché dipende dalle condizioni socio-economiche di una popolazione e dalla presenza o meno di soluzioni assistenziali alternative. Infatti, l'offerta limitata di sistemi di protezione direttamente forniti al domicilio dell'anziano è la determinante principale della domanda di allocazione nelle residenze. A fronte di questi dati non certo irrilevanti si nota una riluttanza da parte del programmatore pubblico ad intervenire in questo settore ritenuto marginale, quasi fosse un'inevitabile ma indesiderato segmento dell'impegno di chi ha la responsabilità dei servizi alla persona in ogni società avanzata. Lo studio presentato in questo articolo rappresenta quindi un primo tentativo -portato avanti dal Comune di Milano- di sconfiggere il pessimismo che in quest'area ha indotto notevole immobilismo, pur in presenza di pesanti coinvolgimenti umani ed economici. La sperimentazione che sottende a questo progetto è -come di seguito documentato- tuttora in corso e certamente porterà ad ulteriori dati ed osservazioni, utili per modificare il modello di intervento; è però di per sé un passo di grande rilevanza nel tentativo di sottrarre la vita delle RSA da una condizione storica di marginalità.

Kane (1) ha scritto recentemente che "le case di riposo sono figlie bastarde delle case della carità e degli ospedali, ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono viste come l'ultima spiaggia, allo stesso modo degli ospedali nel 19° secolo. Lo stereotipo è quello di un luogo brutto, puzzolente, popolato da persone fragili, spesso dementi. Molte di queste istituzioni potrebbero essere paragonate a quelle per malati mentali descritte da Pinel".

Il punto cruciale, che rappresenta la svolta principale sul piano culturale ed umano, è la capacità di convincere la collettività (e quindi, a cascata, i programmatori, i gestori ed il personale di assistenza) che le RSA non rappresentano una risposta senza speranza a condizioni umane e cliniche senza speranza. In quest'ambito la geriatria può svolgere un

ruolo importante, perché ha dimostrato che nelle età avanzate, soprattutto nei molto vecchi, anche interventi limitati, purché mirati e specifici, possono portare a risultati di grande valore soggettivo ed oggettivo per la singola persona anziana. Invero, molti degli studi più significativi non sono stati portati avanti nelle case di riposo; si è quindi costretti a adottare modelli sperimentati in altri ambienti, con tutte le relative incertezze. Nelle strutture residenziali gli interventi descritti sono invece spesso settoriali e mancano modelli complessivi e generalizzabili; è quindi necessario –come nel nostro caso– procedere attraverso sperimentazioni che, con prudenza e pazienza, permettano di avvicinarsi ad un modello rispettoso della dignità umana, gestibile a costi controllati.

Una prima, rilevante difficoltà rispetto ad un percorso di qualità è rappresentata dalla incertezza sulle modalità di raccolta dei dati riguardanti i residenti, in modo da identificare i loro problemi, costruendo allo stesso tempo un mezzo per misurare l'efficacia di eventuali interventi. Il dibattito sugli outcome nelle strutture residenziali si è largamente sviluppato negli ultimi 10 anni negli USA, mentre da noi non ha ancora avuto un'adequata attenzione. La scelta degli outcome più appropriati riveste però notevoli difficoltà, rispetto alla loro tipologia, alla possibilità del paziente di esercitare alcune scelte e alla adeguatezza rispetto alle risorse disponibili. Taluni studiosi valorizzano gli outcome positivi ottenuti (rispetto del paziente, socializzazione, qualità della vita, ecc.) rispetto a quelli negativi evitati (cadute, piaghe, contenzioni, ecc.). Nel primo caso vi è il rischio di un eccesso di attenzione per le problematiche psicosociali (gli unici outcome positivi?) e quindi di

scivolare verso posizioni veteroassistenzialistiche. Inoltre, la valutazione degli outcome positivi è complessa, poiché richiede strumenti non ancora disponibili routinariamente; infatti, il parametro qualità della vita è di rilevazione incerta, perché multidimensionale e collegato alle scelte individuali (qualora le funzioni cognitive residue permettano una scelta). D'altra parte si ricorda che gli outcome negativi devono essere parametrati rispetto alla gravità delle condizioni cliniche per avere un quadro fedele della qualità assistenziale; si devono quindi inserire periodiche valutazioni, in modo da pesare gli outcome attesi rispetto ai rischi connessi alle condizioni cliniche e di autosufficienza degli ospiti. Questo aggiustamento è necessario anche per evitare la "scelta" di ospiti anziani meno gravosi, che produrrebbe inevitabilmente risultati migliori.

La raccolta di questi dati ha anche ricadute più ampie, perché porterebbe a dimostrare alla società che le residenze per anziani non sono contenitori indistinti di sofferenza, di perdite, di fallimenti umani, che vanno accettati come male minore e dei quali vergognarsi. Certo, molte realtà del passato e, purtroppo, ancora oggi alcune di queste istituzioni sono una vergogna sociale; però la strada è quella indicata di seguito, cioè l'implementazione di un sistema misto tra regolamenti e standard da una parte e la dimostrazione dei risultati ottenuti dall'altra. In questo modo si garantiscono gli anziani rispetto a gestori delle strutture che non volessero accettare le novità offerte dal nuovo sistema di governo; allo stesso tempo, però, si offrono spazi significativi a chi volesse sperimentare nuove forme nell'organizzazione dell'assistenza per raggiungere risultati migliori rispetto alle condizioni di vita degli ospiti. Il sistema proposto dal Comune di Milano (fondato sulla rilevazione di indici strutturali, di funzionamento e di risultato) si presenta come un adeguato compromesso tra funzioni di controllo della qualità, fondate sulla verifica di standard e di procedure, e la dimostrazione di risultati ottenuti. Il sistema proposto è uno strumento decisionale a disposizione dell'autorità programmatica, che deve fissare le tariffe sulla base di dati oggettivi, sottraendosi a contrattazioni parziali che non sempre garantiscono la trasparenza delle decisioni. In tal modo controlli agili e non burocratici porteranno alla costruzione di tariffe realmente premianti rispetto all'impegno di risorse economiche, umane, culturali. D'altra parte la pubblicizzazione dei risultati è una garanzia per un'attenzione civile allargata rispetto al funzionamento delle RSA, anche al di là delle limitate possibilità di controllo diretto da parte degli utenti o dei loro familiari. Infine, in

prospettiva vi è la possibilità di un'apertura di mercati competitivi; ciò non è realistico oggi in Italia, considerato il prevalere della domanda sull'offerta; però, soprattutto in alcune zone ristrette, questo evento potrebbe realizzarsi in un prossimo futuro. La competizione diviene un evento devastante se non è accompagnata da garanzie; l'insieme degli studi e delle sperimentazioni in atto si collocano nella logica di ottenere un miglioramento delle prestazioni anche attraverso una prudente utilizzazione della competizione, purché nell'ambito di approfondite e oggettive garanzie collettive. Sarebbe infatti illusorio adottare criteri di competitività simili a quelli delle strutture ospedaliere, perché ben diversa è la capacità di tenuta dei due sistemi.

Nel complesso il modello presentato e messo in atto dal Comune di Milano apre per la prima volta in Italia una modalità concreta per un efficiente governo del sistema RSA. In Lombardia si sono sviluppate in questi ultimi anni varie altre iniziative di studio e di misura della qualità (particolarmente rilevante quella diretta da Logos su richiesta della Regione); ovviamente il piano di Milano dovrà confrontarsi con la programmazione regionale che si è indirizzata su obiettivi analoghi in modo da produrre un modello di governo che mira a significativi e generalizzati percorsi di qualità, nonché come base per la suddivisione delle tariffe tra fondo sanitario regionale, utenti e comuni.

A. Il modello di valutazione della qualità del servizio erogato.

Il modello proposto e sperimentato si compone di uno strumento per la valutazione della qualità del servizio erogato, di un indice di valutazione della complessità assistenziale degli ospiti e si articola in quattro fasi:

raccolta dei dati

elaborazione dei dati

correzione degli indicatori di risultato rispetto alla complessità assistenziale dell'ospite

rapporto qualità e tariffe

Lo strumento per la valutazione della qualità del servizio erogato è costituito da una griglia di indicatori (Tabella 1) scelti in funzione della loro rappresentatività, della chiarezza, dell'immediatezza informativa ed in base alla semplice reperibilità dei dati necessari alla loro determinazione. Gli indicatori sono riferiti a tre distinte aree:

1. Area di Struttura: è valutato il livello qualitativo rispetto agli standard previsti dalla vigente normativa nazionale e della Regione Lombardia (2,3,4,5,6,7) di alcuni indicatori, riferiti alle caratteristiche strutturali, all'adeguatezza e alla fruibilità della struttura, individuati sia per il loro diretto impatto sulla qualità percepita dall'ospite e dai familiari sia per la loro rilevanza nel caratterizzare l'ambiente come "casa per il soggetto fragile".
2. Area Organizzazione: gli indicatori riferiti a quest'area valutano la conformità degli aspetti gestionali (qualifica e numero di operatori, minuti di assistenza erogata, organizzazione a nuclei) agli standard previsti dalla vigente normativa nazionale e della Regione Lombardia (2,8). Sono inoltre indagati gli aspetti alberghieri relativi alla ristorazione e alcuni indicatori relativi ai diritti di informazione e di autodeterminazione degli ospiti in conformità a quanto suggerito dalla normativa vigente relativa alla qualità nei servizi che erogano prestazioni sanitarie (9,10,11).
3. Area Assistenza: gli indicatori esplorano le risorse e le procedure implementate per rispondere ai bisogni assistenziali più frequenti tra gli ospiti di una RSA o relativi alle attività di assistenza che caratterizzano il servizio. Sono stati inoltre individuati indicatori di risultato delle cure erogate (% di ospiti con peso stabile, % di ospiti affetti da incontinenza urinaria, % di ospiti contenuti fisicamente, % di ospiti caduti, % di ospiti con lesioni da decubito, % di ospiti che usufruiscono di fisioterapia e % di ospiti che usufruiscono di animazione) che risultano, da dati di letteratura, significativi sia per le

caratteristiche dell'utenza sia per le finalità delle prestazioni erogate dalla RSA (12-36). Inoltre, per cinque indicatori di risultato (% di ospiti con peso stabile, % di ospiti affetti da incontinenza urinaria, % di ospiti contenuti fisicamente, % di ospiti caduti, % di ospiti con lesioni da decubito) si sono valutati specifici indicatori di struttura e di processo che sono una premessa indispensabile per una buona qualità dello stesso indicatore. Si è voluto in tal modo ovviare ad una lettura disgiunta degli elementi che contribuiscono a definire un risultato, ponendoli invece ben visibili nella loro interazione. Ciò permette, almeno in parte, una lettura più corretta degli indicatori di risultato rilevati con indagini di prevalenza che possono essere viziate da fenomeni assolutamente casuali (ad esempio un ingresso in struttura di più ospiti già con lesioni da decubito nel periodo considerato).

Gli indicatori contenuti in ciascuna area sono suddivisi in "indicatori di primo livello" e "indicatori di secondo livello": i primi si riferiscono all'obiettivo della valutazione (es.: caratteristiche strutturali), mentre i secondi corrispondono alla variabile qualitativa o quantitativa da rilevare in ciascuna RSA e sono contenuti in un apposito questionario la cui compilazione è affidata alla direzione della RSA.

Le variabili da rilevare, necessarie per la definizione degli indicatori di secondo livello, sottolineano come l'attenzione sia focalizzata sia sul rispetto e miglioramento degli standard strutturali e gestionali (input) che sui servizi erogati (output), ma anche sull'effettivo risultato raggiunto dalla struttura sull'utenza, in conformità a quanto definito come obiettivo (outcome). Conseguentemente sono stati definiti dei pesi associati alle tre aree selezionate, al fine di ordinarle secondo il livello di importanza nel determinare la qualità delle strutture: all'area strutturale e all'area organizzativa è attribuito, a ciascuna, un peso del 30%, mentre all'area assistenziale, alla quale si riferiscono gli indicatori di risultato propri della RSA, è attribuito un peso del 40%.

Successivamente sono stati calcolati i pesi corrispondenti ad ogni indicatore di primo livello, considerando la specifica contribuzione alla qualità nell'area di riferimento ed, infine, il peso degli indicatori di secondo livello nel determinare la qualità dello specifico aspetto valutato. Per ciascun indicatore di secondo livello si è definito lo standard ottimale, ossia i requisiti che i criteri/indicatori devono possedere per l'attuazione della qualità, sulla base della legislazione e della letteratura. Ad esempio, per l'indicatore "mq di camera per posto letto" lo standard ottimale individuato è 9 mq, come stabilito dalla legislazione vigente (2-6), mentre per l'indicatore "prevalenza degli ospiti contenuti" lo standard ottimale è 10%, come desunto da lavori pubblicati in letteratura (26,27,34,35,36).

Ad ogni indicatore di secondo livello, se rilevato conforme allo standard ottimale, è attribuito punteggio 1, se non conforme si attribuisce un punteggio proporzionale allo scostamento dallo standard. Il punteggio è poi moltiplicato per il peso del singolo indicatore ed il risultato, sommato ai valori ottenuti con la medesima formula per tutti gli altri indicatori, è moltiplicato per il peso dell'indicatore di primo livello. Il risultato è sommato ai valori ottenuti con la medesima formula per tutti gli altri indicatori di primo livello della medesima area, e il nuovo risultato moltiplicato per il peso attribuito all'area cui gli indicatori di secondo e primo livello si riferiscono. La somma dei valori delle tre aree esprime pertanto il livello di qualità complessivo della RSA che, convenzionalmente, si è ritenuto di esprimere con una scala da 0= assoluta assenza di criteri/indicatori di qualità a 1= soddisfazione di tutti i criteri/indicatori di qualità ovvero superiore a 1, con una funzione lineare, nel caso di superamento degli stessi.

B. L'Indice di complessità assistenziale

La necessità di correggere gli indicatori di risultato (% di ospiti con lesioni da decubito, % di ospiti affetti da incontinenza urinaria, % di ospiti contenuti e % di ospiti caduti) con

alcune caratteristiche degli ospiti (37,38,39) che rappresentano fattori di rischio specifici per il verificarsi degli stessi risultati, e la scarsa disponibilità di dati oggettivi sulle condizioni degli ospiti delle RSA oggetto dell'indagine, ha determinato la scelta di individuare uno strumento semplice, ma attendibile che riassume in un unico indicatore dette condizioni.

Si rende, infatti, necessaria una più accurata definizione degli ospiti delle RSA che superi la tradizionale, e priva di significato clinico e assistenziale, distinzione in autosufficienti parziali e totali.

Lo strumento proposto (Tabella 2) esplora di ogni singolo utente tre variabili:

1. **Mobilità** nei trasferimenti e nel camminare in piano utilizzando parte dell'indice di Barthel (40);
2. **Cognitività e Comportamento**: confusione, irritabilità, irrequietezza utilizzando i relativi items della rating scale di Gottfries (41);
3. **Fragilità**: definita dalla presenza di malnutrizione valutata con l'Indice di Massa Corporea (18,19,20,42).

Lo strumento elaborato classifica l'utenza in 18 diverse classi date dalla combinazione dei punteggi ottenuti alla valutazione delle tre variabili. Ciascuna classe è poi correlata agli indicatori di risultato per i quali, come desunto dai dati di letteratura, si prevede una maggiore o minore prevalenza in relazione alle peggiori o migliori condizioni dell'ospite espresse nell'indice (Tabella 3).

Per ovviare a possibili effetti confondenti, sia in negativo (iatrogenesi) che in positivo, la valutazione dell'ospite attraverso l'indice deve essere effettuata all'ingresso in RSA.

C. Rapporto qualità e tariffe

Il modello, descritto nei paragrafi precedenti, consente di riassumere in un indicatore complessivo la misura delle tre fondamentali dimensioni (struttura, organizzazione, risultati) sulle quali si basa la qualità del servizio erogato da una RSA.

La misura della qualità, espressa in termini numerici, consente di:

- verificare la variazione dell'indicatore in conseguenza delle azioni condotte sulle variabili strutturali, organizzative e di risultato allo scopo di valutare il miglioramento conseguito;
- confrontare il posizionamento di una istituzione rispetto a tutte le altre ed individuare le dimensioni nelle quali intervenire prioritariamente (benchmarking);
- stimare il costo dell'intervento e rapportarlo al miglioramento della qualità conseguibile.

E' opportuno notare che attuando operazioni di ristrutturazione organizzativa si può conseguire il miglioramento della qualità con la contemporanea riduzione dei costi gestionali. Non è pertanto sempre vera l'affermazione "maggior qualità uguale a maggior costo".

Poiché il cliente ricerca la qualità del servizio, il gestore deve essere incentivato a raggiungere questo obiettivo ottimizzando i diversi fattori produttivi a sua disposizione e quindi riducendo i costi. Poiché le RSA non operano in un libero mercato, nel quale il cliente sceglie in totale autonomia in quale istituto ricoverarsi, pare opportuno che gli enti locali e regionali che finanziano le RSA sulla base di una tariffa giornaliera, fissino tale importo collegandolo alla qualità del servizio erogato.

Questa impostazione si basa su presupposti logici, anche se non esaustivi: poiché il livello di servizio fornito dipende, in prima approssimazione, dal livello della struttura e dell'organizzazione, è ragionevole che la tariffa tenga conto dei costi che la normativa impone al gestore della RSA. Il limite di tale approccio è di vincolare la tariffa alle sole variabili produttive e non ai risultati conseguiti, che sono collegati alle modalità con le quali opera il personale della RSA ed alla professionalità dimostrata ai diversi livelli. Il costo di

tale personale non può certamente essere indicativo dell'efficacia dell'azione condotta dai singoli operatori e quindi della qualità del servizio reso. In altre parole, misurare i costi non significa misurare la qualità. Inoltre la tariffa strutturata sui costi non è di stimolo a migliorare il livello delle prestazioni erogate.

L'utilizzo di un modello di misura della qualità del servizio consente di superare questa profonda limitazione e di associare la tariffa al livello raggiunto dall'indicatore di qualità, che è, come si è già detto, costituito dalla somma pesata degli indicatori di struttura, organizzazione e assistenza. Il peso assegnato alle tre dimensioni può essere modificato nel tempo allo scopo di orientare la RSA verso una crescente attenzione all'indicatore di assistenza. E' prevedibile che nel tempo i pesi associati alle dimensioni struttura ed organizzazione possano calare per dare più spazio al peso assegnato alla dimensione assistenza e, quindi, agli indicatori di risultato che sono i veri indicatori della qualità del servizio reso.

Ben si comprende come la tariffa tenda così ad essere sempre meno legata ai costi dei fattori produttivi, anche se questi rappresentano uno zoccolo duro del quale tener conto, e sempre di più all'indicatore della qualità che la struttura è capace di generare utilizzando in modo ottimale i fattori produttivi. E' qui opportuno ricordare che una percentuale non trascurabile della tariffa è pagata dal cittadino e quindi dal mercato. Il mercato deve conoscere la qualità del servizio fornito dalla istituzione e privilegiare quelle istituzioni che offrono tariffe competitive in termini di qualità/prezzo. Il collegamento tariffa-qualità è certamente un meccanismo orientato a favorire corrette logiche competitive in un mercato che ne è particolarmente carente. Il modello trova pertanto una sua importante applicazione nello stimolare ogni operatore verso questo tipo di competitività, collegando alla qualità resa la tariffa richiesta al mercato e, nei casi previsti, al Comune. Inoltre, collegare la tariffa alla qualità costituisce certamente un potente stimolo per migliorare il livello di gradimento della struttura.

D. L'applicazione del modello alle RSA convenzionate con il comune di Milano: i risultati

D.1 Descrizione del campione

Il campione analizzato è costituito da 68 RSA (12 strutture candidate non avevano i requisiti di Residenza Sanitaria Assistenziale o non sono state incluse per parziale/totale omissione nelle risposte) che accolgono ospiti del Comune di Milano di cui:

21 (30,9%) ubicate nel Comune di Milano

9 (13,2%) nella Provincia di Milano

29 (42,6%) in altre Provincie Lombarde

9 (13,2 %) in altre Regioni del Nord.

Il campione è rappresentativo delle seguenti categorie giuridiche: strutture sociali no profit, strutture sociali profit, IPAB e strutture a gestione diretta comunale.

In totale, la ricettività delle 68 RSA è di 10029 posti letto, con un range di 6-700 posti letto (in alcune strutture sono compresenti più servizi residenziali e solo una quota, anche piccola, dei posti letto è destinato a RSA). Nel periodo considerato, dal 1 gennaio al 31 dicembre 1999, nelle 68 RSA sono risultati residenti 13.680 ospiti dei quali 4.392 entrati nel corso dell'anno. Tra i residenti gli ospiti non autosufficienti totali (NAT) costituiscono il 78,5%, il 18,2% sono ospiti parzialmente non autosufficienti (NAP) e il 3,3% è rappresentato da ospiti affetti da demenza di Alzheimer accolti nei Nuclei Alzheimer presenti in 14 delle 68 RSA (Tabella 4).

D.2 La qualità rilevata e gli indicatori di risultato

I risultati mostrano una notevole diversità fra le 68 RSA: il valore medio ottenuto con lo

strumento di rilevazione della qualità (Figura 1) è di 0,763 con un range compreso fra 0,582 e 1,066 (in alcune RSA i requisiti degli indicatori di secondo livello rilevati e relativi alle aree strutturale e organizzativa superano lo standard di riferimento e il punteggio è stato calcolato proporzionalmente allo scostamento rilevato).

Prendendo in considerazione il punteggio ottenuto dalle singole RSA in ciascuna delle tre aree (Figure 2,3,4) è possibile osservare che per l'area strutturale (caratteristiche, adeguatezza, fruibilità), pur in presenza di normative nazionali e regionali e di precedenti stanziamenti economici per l'adeguamento e l'edificazione di nuove strutture, vi sono significative differenze, anche se è questa l'area dove sono mediamente più soddisfatti i criteri/indicatori di qualità. Il valore medio delle 68 RSA valutate è, infatti, di 0,30 con un range compreso fra 0,198 e 0,470. Stratificando i dati si osservano notevoli differenze tra i punteggi relativi agli indicatori di adeguatezza della struttura (mancano in molte RSA spazi personali) e delle caratteristiche strutturali (in molte RSA i servizi igienici e i bagni assistiti sono presenti in numero inferiore da quanto richiesto dagli standard vigenti).

La qualità dell'organizzazione è mediamente discreta con un punteggio medio di 0,227 e un range compreso 0,121 e 0,402. Le differenze più significative per quest'area si riscontrano negli indicatori che valutano l'organizzazione in nuclei della RSA: 38 RSA non si articolano in nuclei e nel 20% delle RSA organizzate in nuclei il personale non è esclusivamente addetto ad un nucleo e nel 33% è numericamente insufficiente. Tutte le RSA offrono la possibilità di scelta fra più opzioni di menù e in tutte è possibile ottenere uno spuntino su richiesta. Il rispetto dell'ospite non è uniforme in tutte le RSA (media 0,042 e range 0,028-0,050): in particolare non tutte le RSA dispongono di materiale informativo per gli ospiti e gli orari di riposo e di visita di familiari e amici sono poco flessibili.

Nessuna delle 68 RSA raggiunge lo standard atteso per l'area assistenza: l'area è caratterizzata da una notevole diversità di punteggio fra le RSA (media 0,234; range 0,160-0,381), particolarmente evidente negli indicatori di risultato.

Tutti i dati relativi agli indicatori di risultato sono stati raccolti attraverso indagini di prevalenza ad eccezione del numero di ospiti caduti e del numero di ospiti con peso stabile per i quali si è valutata l'incidenza nel periodo considerato, ossia l'anno 1999 (Tabella 5).

Gli ospiti che usufruiscono di fisioterapia e quelli che frequentano il servizio di animazione sono mediamente il $37.9 \pm 21.7\%$ e il $32.4 \pm 22.6\%$, lo standard ottimale è per entrambe i servizi il 70%. Gli ospiti affetti da incontinenza urinaria sono mediamente il $70.9 \pm 10.2\%$ mentre lo standard ottimale è del 50% e quelli contenuti il $21.1 \pm 20.8\%$ con uno standard ottimale del 10%.

Per quanto riguarda gli ospiti con lesioni da decubito il dato rilevato, $10 \pm 8.1\%$ è mediamente migliore dello standard ottimale stimato nel 14%. Inoltre, se complessivamente le lesioni da decubito sono 998, il 64% non supera il 2° grado della scala di gravità (interessa l'epidermide o il derma) proposta dal National Pressure Ulcer Advisory Panel (43). Solo il 22% e il 12% delle lesioni interessa rispettivamente il muscolo e l'osso e sono, quindi, spesso associate a complicanze infettive e ad aumento della mortalità e necessitano di tempi molto lunghi per la guarigione.

Il peso è stabile, nel periodo considerato, per il $77.1 \pm 15.7\%$ degli ospiti rispetto ad uno standard di risultato atteso dell'80%.

Il dato relativo agli ospiti caduti nel periodo considerato è significativamente migliore dello standard atteso: il $19.9 \pm 15.7\%$ di media versus uno standard atteso del 50%. In realtà il dato è sottostimato, poiché per molte RSA è riferito ad un più breve periodo di osservazione, non disponendo di sistemi efficaci di registrazione delle cadute occorse agli ospiti. Sette RSA del campione non sono state in grado di fornire il dato.

Per molte RSA la raccolta degli indicatori di secondo livello ha rappresentato la prima occasione per misurare alcuni aspetti strettamente correlati con la qualità delle cure

erogate e del servizio reso all'utenza ma, mai prima d'ora, compiutamente valutati. La scarsa finalizzazione ai risultati che caratterizza il comparto e il perpetrarsi di un'organizzazione delle attività esclusivamente centrata sui compiti, spiega la difficoltà incontrata dalle direzioni di molte RSA nel disporre di dati oggettivi, indispensabili per la valutazione della qualità.

D.3 La complessità assistenziale degli ospiti

Ritenendo impossibile risalire alle condizioni funzionali, cognitive e nutrizionali presentate all'ingresso dagli ospiti già istituzionalizzati si è ritenuto di valutare con l'Indice di Complessità Assistenziale un campione significativo di nuovi ammessi nel corso del periodo (l'anno 1999) al quale ci si è riferiti per la valutazione della qualità del servizio erogato. Il campione casuale è costituito, per ciascuna RSA, da un numero di ospiti nuovi ammessi nel periodo considerato pari al 10% dei posti letto fino ad un massimo di 30 ospiti. In totale gli ospiti valutati con l'indice di complessità proposto sono stati 780, prevalentemente di sesso femminile (78%) e con un'età media di 82.6 ± 8.9 anni. Il 48.3% è totalmente dipendente nei trasferimenti e nella deambulazione, il 28.9% necessita di aiuto e il 22.8% è autonomo. Il 18.5% è confuso, irritabile e irrequieto, il 38.9% ha una moderata compromissione cognitiva e il 42.5% nessun deficit. Il 25% degli ospiti ha un Indice di Massa Corporea patologico.

~~Nella Tabella 6 è riportata la frequenza delle classi ottenute con l'Indice di Complessità.~~

Nella Figura 5 è possibile osservare che la maggiore disabilità si correla ad una maggiore confusione, irrequietezza e irritabilità, ad un'età più avanzata e ad una maggiore fragilità. In particolare si osserva che tra i 376 ospiti totalmente dipendenti nella deambulazione e nei trasferimenti il 65.7% presenta disturbi cognitivi e/o comportamentali e il 31.3% ha un Indice di Massa Corporea inferiore alla norma.

Tra i 226 soggetti che necessitano di aiuto nei trasferimenti e nella deambulazione il 47.2% presenta disturbi cognitivi e/o comportamentali e il 20.3% ha un Indice di Massa Corporea inferiore alla norma. Infine dei 178 ospiti (22.8%) autonomi nei trasferimenti e nella deambulazione, il 51.7% presenta disturbi cognitivi e/o comportamentali e il 4.2% ha un Indice di Massa Corporea inferiore alla norma. Gli ospiti totalmente dipendenti hanno un'età media di 83.5 anni, quelli parzialmente dipendenti 82.9 anni e quelli autosufficienti nella mobilità e nei trasferimenti 80.4 anni.

Il 9% del campione (70 ospiti) non presenta nessuna compromissione delle funzioni esplorate dall'Indice. Dati relativi ad altre popolazioni di ospiti di RSA lombarde mostrano che in RSA, accanto agli ospiti molto vecchi e disabili, convivono soggetti più giovani, con una degenza compresa fra gli 8 e i 15/20 anni ed entrati per motivi sociali (negli anni in cui le case di riposo rispondevano prevalentemente a questi bisogni) o in seguito a dimissione dagli ex ospedali psichiatrici in situazione di non possibile rientro al domicilio per condizioni proprie del soggetto o per rifiuto o assenza della famiglia. I bisogni di questo gruppo di ospiti differiscono da quelli dei molto vecchi e disabili e sono essenzialmente riconducibili a protezione/sicurezza e servizio alberghiero, che in una situazione di rete di servizi funzionante possono essere soddisfatti in regime di cure domiciliari o semiresidenziali.

D.4 Correzione degli indicatori di risultato rispetto alla complessità assistenziale dell'ospite

Al fine di correggere il valore degli indicatori di risultato considerati, ottenuti attraverso una rilevazione di prevalenza -la percentuale di ospiti con lesioni da decubito, incontinenza urinaria e sottoposti a contenzione fisica- e di incidenza -la percentuale di ospiti caduti-, ci si è riferiti al case mix del campione di ospiti valutati con l'Indice di Complessità in ciascuna struttura. Per ciascun indicatore di risultato è stato calcolato un unico valore

medio di standard ottimale atteso, ricavato dalla somma degli standard ottimali attesi (il valore massimo espresso in Tabella 3) per ogni ospite del case mix, in base alla classe MCF di appartenenza, poi divisa per il numero degli ospiti.

Il dato ottenuto, espresso in percentuale, è stato confrontato con la prevalenza o incidenza dell'indicatore di risultato rilevato. Il confronto ha mostrato (Tabella 7) che il 34% delle RSA ha mediamente l'8.9 % di ospiti con lesioni da decubito in più rispetto all'atteso, il 30% ha mediamente il 15.6% di ospiti che cadono in più ma, soprattutto ben il 73% e il 50% delle RSA hanno rispettivamente una media di 46.15% ospiti incontinenti e di 25.2% ospiti contenuti in più rispetto all'atteso. In altre parole, una parte degli indicatori di risultato rilevati nelle singole RSA non sono spiegati dalle condizioni oggettive degli ospiti relative alla disabilità nel movimento e nella deambulazione, alla disabilità cognitiva e alla malnutrizione. E' quindi necessario individuare quegli ospiti per i quali la presenza di piaghe, cadute e soprattutto incontinenza e contenzione fisica sono più legate a scorrette pratiche assistenziali (anche di altri servizi, in caso di lesioni da decubito già presenti all'ingresso) che alle condizioni di rischio del soggetto. Quest'ultima affermazione è confortata dal riscontro che nelle RSA che si sono dotate di strumenti di provata efficacia nel migliorare la qualità delle cure e nell'orientare l'attenzione ai risultati, i risultati sono migliori. Infatti, tra le RSA che utilizzano sistematicamente (per ogni ospite all'ingresso e successive rivalutazioni, con frequenza variabile in base all'entità del rischio di volta in volta rilevato) schede per valutare il rischio di sviluppare una lesione da decubito, l'Indice di Norton (44) e la Scala di Braden (45), e protocolli per prevenire le lesioni da decubito, l'83% ha un indicatore di risultato (prevalenza di lesioni da decubito) uguale o migliore dello standard atteso nel case mix di ospiti valutati con l'Indice di Complessità Assistenziale, mentre il 78.3% delle RSA che non utilizzano né schede di valutazione del rischio né protocolli per la prevenzione hanno una prevalenza di lesioni maggiore dello standard atteso nel case mix (Tabella 8). Anche per l'indicatore di risultato "prevalenza degli ospiti sottoposti a contenzione fisica" il 72.2% delle strutture che utilizzano protocolli finalizzati a normare l'utilizzo della contenzione e a ridurre il ricorso ha un indicatore di risultato uguale o migliore dello standard atteso (Tabella 9).

D.5 Qualità e tariffe

Per verificare se le tariffe delle 68 RSA, variabili da struttura a struttura, fossero in qualche modo collegate alla qualità del servizio reso al cittadino si è posto in correlazione l'indicatore complessivo di qualità di ogni RSA con la tariffa erogata dal Comune, allo scopo di verificare se vi fosse un logico collegamento tra l'importo giornaliero e la qualità del servizio erogato.

Il grafico contenuto nella Figura 6 evidenzia che a parità di qualità (ad esempio, valore dell'indicatore di qualità pari a 0,7) la tariffa può variare da 53.500 lire/giorno a 154.500 lire/giorno. La tariffa più alta risulta così circa 3 volte superiore alla tariffa più bassa, pur essendo sostanzialmente invariata la qualità del servizio.

Poiché ad ogni livello di qualità corrisponde una forte variazione della tariffa giornaliera si può affermare che i punti del grafico non consentono di individuare alcuna correlazione tra i dati della qualità e quelli della tariffa. In altre parole, il grafico illustra con evidenza che vi sono RSA con basso livello di qualità che percepiscono tariffe elevate e, viceversa, RSA con alto livello di qualità che sono finanziate dal Comune con tariffe intermedie o basse. L'Assessorato ai Servizi Sociali e alla Persona del Comune di Milano ha così trovato conferma della necessità di modificare in tempi brevi la propria politica tariffaria, collegandola alla qualità del servizio reso all'anziano. A tale scopo è stato definito un livello minimo della qualità, al di sotto del quale l'Assessorato non ritiene che sia corretto assistere gli anziani ed un livello massimo della tariffa, che il Comune non ritiene opportuno dover superare (Figura 7).

All'interno di questi due limiti viene individuata una retta di correlazione, che, se pur molto approssimata per quanto detto in precedenza, rappresenta la linea "obiettivo" alla quale devono tendere le RSA. Tale linea obiettivo, insieme ai due limiti precedentemente indicati, verranno definiti con crescente precisione man mano che il modello sarà applicato alle RSA convenzionate.

È prevedibile che con il progredire del tempo le RSA tenderanno a implementare le azioni di miglioramento necessarie per incrementare il loro livello di qualità e, pertanto, i punti descrittivi della qualità e della tariffa propria di ogni RSA verranno ad allinearsi secondo la spezzata indicata in Figura 8. Il primo segmento, orizzontale, della spezzata è rappresentativo del livello di posizionamento minimo della qualità che le RSA dovranno dimostrare di aver raggiunto, se desiderano mantenere la convenzione con il Comune di Milano.

La tendenza delle RSA sarà quella di spostarsi lungo il secondo segmento della spezzata, quello diagonale, che rappresenta la correlazione individuata con larga approssimazione; a tale spostamento corrisponde il miglioramento della qualità fornita e quindi il relativo incremento della tariffa. Raggiunta l'intersezione tra la linea di correlazione e la linea della retta corrispondente al massimo della tariffa, terzo segmento della spezzata, le RSA potranno decidere di continuare a migliorare la qualità, anche in assenza di incremento della tariffa da parte del Comune, allo scopo di acquisire un vantaggio competitivo rispetto alle altre RSA che si trovino ad aver raggiunto il massimo della tariffa comunale. Tale comportamento può essere, nel tempo, considerato vincente poiché le giornate di degenza nelle RSA sono spesso finanziate non dal Comune, ma dall'anziano stesso o dai suoi parenti. In questa logica di "quasi mercato" la RSA si trova a competere con le altre RSA, a parità di tariffa, solo sulla base della maggiore o minore qualità del servizio fornito. E' prevedibile che con il passar del tempo aumenterà il numero delle RSA e dei relativi posti letto convenzionati, dando così crescente importanza ai meccanismi competitivi. Tramite il modello le RSA possono verificare il proprio posizionamento competitivo e individuare le aree nelle quali è più opportuno produrre un adeguato sforzo di miglioramento per conseguire un duraturo vantaggio competitivo.

Utilizzando il modello ogni RSA potrà anche verificare se i propri costi di gestione sono ragionevoli, ovvero particolarmente elevati rispetto alla tariffa corrispondente alla qualità fornita. Si potrà così valutare quanta parte del miglioramento da perseguire sia legata all'efficienza dei fattori produttivi e quanta alla loro efficacia.

In definitiva, il modello di misura della qualità del servizio reso, basato su dati la cui rilevazione non è particolarmente complessa e costosa, consente al gestore della RSA di individuare i punti di forza e di debolezza della propria struttura e di valutare le modalità ottimali per perseguire l'obiettivo del miglioramento della qualità e di conseguenza della tariffa, nonché del proprio vantaggio competitivo.

L'anziano potrà, da parte sua, conoscere i livelli di qualità del servizio che gli verrà fornito e sapere che la retta da lui pagata è adeguata a tale qualità. In altri termini l'anziano ed i suoi familiari avranno la certezza di ottenere un valore di servizio adeguato al denaro speso. "Value for money" è l'espressione americana che sintetizza questo concetto.

Nella politica di valutazione del livello qualitativo dei servizi erogati nell'ambito dell'assistenza comunale, parallelamente all'intervento sviluppato nelle RSA, l'Assessore ai Servizi Sociali ha ritenuto importante estendere la rilevazione del livello di qualità del servizio erogato dalle comunità alloggio per disabili e dalle comunità alloggio per minori.

Per tali rilevazioni, pur mantenendo la stessa impostazione metodologica adottata per le RSA, sono stati definiti specifici indicatori in funzione delle attività e delle finalità delle due differenti tipologie di servizi.

È da sottolineare che per la valutazione della qualità dei servizi erogati dalle comunità alloggio per minori, si è dovuto ulteriormente differenziare il modello di rilevazione in funzione della disomogeneità della tipologia di utenza finale.

Si è pertanto divisa la popolazione delle strutture valutate in tre distinti gruppi:

1. Comunità alloggio per minori da 0 a 5 anni;
2. Comunità alloggio per minori da 6 a 13 anni
3. Comunità alloggio per minori oltre 14 anni

Per ognuno di tali gruppi è stato sviluppata separatamente la valutazione della qualità.

Per le due tipologie di strutture la valutazione effettuata è alla prima fase di sperimentazione ed ha coinvolto un numero limitato di strutture rispetto alla totalità degli Enti convenzionati con il Comune di Milano.

Tale sperimentazione, analogamente a quanto riscontrato per le RSA, ha evidenziato un'assenza di correlazione fra qualità e tariffa, con una elevata variabilità dell'importo delle stesse fra i diversi Enti, a parità di qualità del servizio erogato (Figure 9 e 10).

E. Conclusioni

L'utilizzazione nelle RSA del modello sopra riportato avrà bisogno di un periodo di rodaggio e di attenta valutazione. Certamente, però, come è avvenuto in altre realtà a livello internazionale, la sua implementazione porterà ad un miglioramento dell'attività assistenziale, nonché ad una gestione più equa degli aspetti economici.

Questo collegamento tra funzioni amministrative e funzioni di "care" rappresenta il punto cruciale per un vero progresso verso la qualità. A tal fine sarà importante costruire accurati programmi di formazione, anche per trasmettere agli operatori un messaggio corretto e cioè che la raccolta organizzata di dati procedurali e di risultato rappresenta una linea guida alla quale ispirarsi per improntare le attività e per valutarne la qualità. Deve essere chiaro che ciò non impone la rinuncia alle scelte specifiche delle singole équipe di cura e alla loro sensibilità rispetto ai problemi peculiari delle diverse RSA e dei loro ospiti, ma è un utile punto di riferimento complessivo. In questo modo si attiva un processo virtuoso di miglioramento della rete delle RSA (non dimenticando, al proposito, che ogni riforma è resa realistica dal livello qualificato del sistema lombardo delle residenze), per giungere in pochi anni alla strutturazione di un insieme in grado di rispondere a bisogni crescenti in termini qualitativi e quantitativi e ad una sensibilità collettiva sempre più attenta alle esigenze degli anziani fragili.

Il Comune diviene così promotore di un cambiamento culturale di notevole entità ed ha, contemporaneamente, posto la premessa per indirizzare i limitati flussi finanziari disponibili verso un loro corretto utilizzo.

Bibliografia

1. Kane RL: Changing the image of long-term care. *Age and Ageing* 2000; 29: 481-483.
2. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 22/12/89: atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.
3. Linee Guida Residenze Sanitarie Assistenziali del Ministero della Sanità del 31 marzo 1994.
4. Decreto Presidente della Repubblica 14/1/1997: Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie pubbliche e private
5. Deliberazione del Consiglio Regionale 23/12/1987 "Piano Socio Assistenziale triennio 1988-1990"
6. Decreto Presidente della Repubblica 24.07.96 n° 503: Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici
7. DM 14.06.89: Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche
8. Regione Lombardia: allegato alla delibera n°44224 del 16 luglio 1999
9. Dlgs 517/93: riordino della disciplina in materia sanitaria
10. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 15/5/95: schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari
11. DM 15.10.96: Indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardante la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione alle prestazioni alberghiere nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie
12. Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Cloar FT. Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans. *Arch Intern Med.* 1995;155:1313-1318
13. Kane RL: Improving the Quality of Long-term Care. *JAMA* 1995;273:1376-1380
14. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993;342:1032-1036
15. Brugnani M. La gestione nutrizionale dell'anziano nelle case di riposo. *Acta Gerontol.* 1996;46:114-119
16. Brugnani M., Colombo M., Colombo A., Pagni M., Zaccarini C., Vecchio C.: Alimentazione e malnutrizione. In M Trabucchi, G. Casale, O. Bonaccorso, A. Guaita: Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee Guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Franco Angeli/sanità, Milano, 1998: 264-280.
17. Valeas B., Guigoz Y: "Nutritional Assessment as part of geriatric Evaluation" In Rubenstein LZ. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art* 1995:179-194.
18. Frisoni GB, Franzoni S, Rozzini R. et al.: A nutritional index predicting mortality in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:1167-1172
19. Blaum CS, Fries BE, Fiatarone MA: Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J of Gerontology* 1995; 3:162-168
20. Morley JE, Kraenzle D: Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:583-585
21. Harris RE, O'Hare P and Harper DW. Functional status of geriatric rehabilitation patients: a one-year follow-up study. *JAGS* 43; 51-55, 1995

22. Panel for Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention*. Clinical Practice Guideline , Number 3. AHCPR Publication No. 92-0047. May 1992
Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services
 23. AA.VV.: Ausili e presidi per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. Ed Olona (Pavia) 1998
 24. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services: Urinary Incontinence in adults: acute and chronic management AHCPR Publication No. 96-0682. March 1996
 25. Bertoni L, Grillo A, Carella G, Monfredini C, Parro P: Problemi sanitari specifici in RSA: incontinenza urinaria. In M Trabucchi, G.Casale, O.Bonaccorso, A.Guaita: Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee Guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Franco Angeli/sanità, Milano, 1998: 253-254
 26. L.K.Evans, E.Strumpf, C.Williams: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P.R.Katz, R.L.Kane, M.D.Mezey: Advances in long term care. Volume 1. Springer Publishing Company, New York, 1991
 27. Rader J., M.Donius: Leveling off restraints. Geriatric Nursing Marzo/Aprile:71-73; 1991.
 28. Franzoni S., Rozzini R., Boffelli S., Frisoni G., Trabucchi M.: Fear of falling in nursing home patients. Gerontology, 40:38-44,1994
-
29. Lauritzen J.B., Petersen M.M., Lund B.: Effect of external hip protectors on hip fractures. Lancet, 341:11-13,1993
 30. Rubenstein L.Z., K.R.Josephson, A.S.Robbins: Falls in the nursing home. Ann Intern Med. 1994;121(6): 442-451
 31. NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health: Preventing falls and subsequent injuries in older people. Eff Health Care 1996, 2:1-16.
 32. Boulton C., Kane R.L, Brown R.: Managed care of chronically ill older people: the US experience. BMJ 2000;321:1011-4
 33. Kane RA: Long-term case management for older adults. In: Kane RL, Kane RA: Assessing Older Persons. Measures, meaning and practical applications. Oxford University Press 2000 pag. 438-482
 34. Levine J.M., V.Marchello, E.Totolos: Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. J Am Geriatric Soc 1995 43: 914-918
 35. Brungardt G.S: Patient restraints: New guidelines for a less restrictive approach. Geriatrics, 1994;49: 43-50
 36. Levine J.M., V.Marchello, E.Totolos: Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. J Am Geriatric Soc 1995 43: 914-918
 37. Wu AW: The measure and mismeasure of hospital quality: appropriate risk-adjustment methods in comparing hospitals. Ann Intern Med. 1996; 122:149-150
 38. Schwartz M, Ash AS: Evaluating the performance of risk-adjustment methods: continuous measures. In: Iezzoni LI, ed: Risk-adjustment for measuring health care outcomes. Ann Arbor, MI; Health administration Pr, 1994.
 39. Berlowitz DR et al: Rating long-term care facilities on pressure ulcer development: importance of case-mix adjustment. Ann Intern Med 1996;124:557-563
 40. Barthel DW, Mahoney FI: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:61-65
 41. Gottfries C.G, Brane G.,Steen G.: A new rating scale for dementia syndromes. Gerontology, 1982;28 suppl.2,20
 42. Valeas B., Guigoz Y: "Nutritional Assessment as part of geriatric Evaluation" In Rubenstein LZ. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art 1995:179-194

43. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP): Pressure ulcers prevalence, cost, and risk assessment: consensus development conference statement. *Decubitus* 1989;2 (2):24-28
 44. Norton D. et al: An investigation of geriatric nursing problem in hospital. Edimburg, Churchill Livingstone, 1962
 45. Bergstrom N., Braden B. et al: The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 1987;4:205-210
-

Tabella 1: Indicatori considerati nello strumento per la valutazione della qualità del servizio erogato nelle RSA

indicatori di 1°livello	indicatori di 2°livello
Area di struttura	
Caratteristiche strutturali	<i>Mq di camera per posto letto</i> <i>Bagni assistiti per posto letto</i> <i>Numero di bagni per posto letto</i> <i>Mq di servizi comuni per ospite</i> <i>Numero medio di posti letto per camera</i>
Adeguatezza della struttura	<i>Disponibilità prese per utenza</i> <i>Presenza di spazi personali riservati</i> <i>Presenza di spazi correlati alla piacevolezza dell'ambiente</i> <i>Collocazione rispetto al centro cittadino</i>
Fruibilità della struttura	<i>Assenza di barriere architettoniche</i> <i>Presenza di requisiti di sicurezza</i> <i>Presenza ed accessibilità del giardino</i> <i>Possibilità di personalizzazione della stanza</i>
Area organizzazione	
Adeguatezza dell'organizzazione	<i>Personale a standard</i> <i>Presenza di direttore o di responsabile della struttura</i> <i>Corsi di formazione per il personale</i> <i>Organizzazione delle attività per obiettivi</i> <i>Tasso di turn over del personale</i>
Organizzazione della ristorazione	<i>Orario di distribuzione dei pasti</i> <i>Possibilità di scelta del menù</i> <i>Accesso a generi alimentari durante il giorno</i> <i>Tempo previsto per la consumazione del pasto</i>
Organizzazione a nuclei	<i>Articolazione della struttura in nuclei</i> <i>Dotazione di personale per nucleo/reparto</i> <i>Presenza di coordinatore di nucleo/reparto</i> <i>Riunioni periodiche d'equipe</i>
Rispetto dell'ospite	<i>Esistenza e consultazione di materiale informativo</i> <i>Orari di visita dei familiari</i> <i>Possibilità di accedere a funzioni religiose</i> <i>Possibilità di uscire dalla struttura</i> <i>Flessibilità degli orari di riposo</i>

Segue Tabella 1

area	indicatori di 1°livello	indicatori di 2°livello
Area Assistenza		
	Valutazione dell'ospite	<i>Valutazione all'ingresso e ogni 6 mesi</i> <i>Utilizzo della valutazione multidimensionale</i> <i>Utilizzo di piani di assistenza individuali</i> <i>Utilizzo della cartella clinica e/o infermieristica o integrata</i>
	Nutrizione	<i>Valutazione clinica dello stato nutrizionale.</i> <i>Diete personalizzate</i> <i>Utilizzo di integratori e di nutrizione enterale</i> <i>Prevalenza di ospiti con peso stabile</i>
	Riabilitazione e animazione	<i>Presenza del servizio di fisiokinesiterapia</i> <i>e prevalenza di ospiti che lo utilizzano</i> <i>Presenza del servizio di animazione</i> <i>e prevalenza di ospiti che lo utilizzano</i> <i>Presenza di parrucchiere e podologo</i>
	Lesioni da decubito	<i>Utilizzo di schede e indici di valutazione del rischio</i> <i>Utilizzo di protocolli di prevenzione</i> <i>Disposizione di presidi antidecubito</i> <i>Prevalenza di lesioni da decubito</i>
	Incontinenza urinaria	<i>Adozione di schede minzionali</i> <i>N° di ospiti sottoposti a visita specialistica</i> <i>Cambio personalizzato delle superfici assorbenti</i> <i>Prevalenza ospiti incontinenti</i>
	Contenzione fisica	<i>Adozione di regole scritte</i> <i>Utilizzo di schede di monitoraggio</i> <i>Utilizzo di mezzi di contenzione prodotti da ditte del settore</i> <i>Prevalenza ospiti contenuti</i>
	Cadute	<i>Utilizzo di una scheda per la valutazione dell'ospite caduto</i> <i>Utilizzo di scale o indici di valutazione del rischio</i> <i>Utilizzo di ausili per la protezione del cranio e dei trocanteri</i> <i>Prevalenza ospiti caduti</i>

Tabella 2: Indice di complessità assistenziale dell'ospite. Strumento per la valutazione

Norme per la valutazione

Ogni singolo ospite che rientra nei criteri di valutazione deve essere valutato seguendo le indicazioni riportate.

La valutazione deve essere effettuata da personale clinico e si avvale dell'osservazione diretta della situazione reale dell'ospite all'ingresso in RSA.

1 indicatore: Mobilità¹

1. IL SOGGETTO SI SPOSTA DALLA SEDIA (O CARROZZINA) AL LETTO E VICEVERSA (INCLUSO IL SEDERSI SUL LETTO)

Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico	0
Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento	8
Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza	12
Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi.	15

2. DEAMBULAZIONE (SE SI SPOSTA CON LA CARROZZINA COMPILARE ALLA VOCE 3)

Non in grado di deambulare	0
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione	3
Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi	8
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose	12
Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione	15

3. USO DELLA CARROZZINA (ALTERNATIVO A DEAMBULAZIONE)

Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "0" nella Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina

Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	0
Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre	1
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	3
Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	4
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere superiore a 50 metri	5

Totale (sommare il punteggio ottenuto alle voci 1, 2 o 3.)	
-------------------------------------------------------------------	--

In base al punteggio ottenuto individuare nella sottostante legenda la classe a cui l'ospite appartiene e riportare nel foglio riassuntivo.

Legenda

Punti	Definizione	Classe
0-8	Dipendente	M1
9-24	Parzialmente dipendente	M2
25-30	Autosufficiente	M3

¹ Adattato da: Barthel DW, Mahoney FI: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:61-65.

Segue Tabella 2

2 indicatore: **Cognitività e Comportamento**²

1. CONFUSIONE

È completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente distrutta	6
È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe	4
Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo	2
È in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente	0

2. IRRITABILITÀ

Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	6
Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare	4
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	2
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	0

3. IRREQUIETEZZA

Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo.	6
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano	4
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.	2
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità	0

Totale (sommare il punteggio ottenuto alle voci 1, 2, 3.)

In base al punteggio ottenuto individuare nella sottostante legenda la classe a cui l'ospite appartiene e riportare nel foglio riassuntivo.

Legenda

Punti	Definizione	Classe
12-18	Molto compromesso	C1
4-10	Compromesso	C2
0-2	Nessun deficit	C3

² Adattato da: Gottfries C.G., Brane G., Steen G.: A new rating scale for dementia syndromes. *Gerontology*, 28 suppl.2,20, 1982

Segue Tabella 2

3 indicatore: Malnutrizione

La presenza di uno stato di malnutrizione è rilevata utilizzando l'Indice di Massa Corporea (IMC)

L'Indice di Massa Corporea (IMC) si ottiene:

dividendo il peso corporeo, espresso in chilogrammi, con quadrato dell'altezza del soggetto, espressa in metri

Es.: Peso Kg 54 altezza m.1,56 $IMC = 54:(1,56 \times 1,56) = 22,18$

Rilevare il peso e l'altezza o utilizzare una rilevazione recente (non oltre i 10 giorni precedenti) e, seguendo la formula sopradescritta, calcolare l'Indice di Massa Corporea dell'ospite. Confrontare il numero ottenuto con i valori espressi nella tabella seguente e riportare nella scheda riassuntiva:

F se malnutrito

Malnutrizione	No=/ Si=F
Indice di Massa Corporea (IMC)	<div> <div>maggiore di 20 se uomo</div> <div>maggiore di 19 se donna</div> </div> <div> <div>Inferiore di 20 se uomo</div> <div>Inferiore di 19 se donna</div> </div>

Indicatori	Risultato alla valutazione						profilo del paziente
Mobilità	Autosufficiente	M3	parzialmente dipendente	M2	dipendente	M1	
Cognitività	Nessun deficit	C3	Compromesso	C2	Molto compromesso	C1	
Malnutrizione	Si	F			no		

Tabella 3: Classi di complessità (rilevate attraverso l'Indice di Complessità Assistenziale) e prevalenza attesa degli indicatori di risultato.

Classi	Indicatori di risultato: prevalenza attesa			
	Ospiti con lesioni da decubito	Ospiti affetti da incontinenza urinaria	Ospiti caduti (incidenza in un anno)	Ospiti contenuti fisicamente
M1C1F	15-25%	30-50%	26-50%	8-10%
M1C1	4-14%	30-50%	6-25%	8-10%
M1C2F	15-25%	10-29%	26-50%	5-7%
M1C2	4-14%	10-29%	6-25%	5-7%
M1C3F	15-25%	10-29%	0-5%	0-4%
M1C3	4-14%	10-29%	0-5%	0-4%
M2C1F	4-14%	30-50%	26-50%	8-10%
M2C1	1-3%	30-50%	6-25%	8-10%
M2C2F	4-14%	10-29%	26-50%	5-7%
M2C2	1-3%	10-29%	6-25%	5-7%
M2C3F	4-14%	0-9%	0-5%	0-4%
M2C3	1-3%	0-9%	0-5%	0-4%
M3C1F	Nessuna lesione	30-50%	26-50%	5-7%
M3C1	Nessuna lesione	30-50%	6-25%	5-7%
M3C2F	Nessuna lesione	0-9%	26-50%	5-7%
M3C2	Nessuna lesione	0-9%	6-25%	5-7%
M3C3F	Nessuna lesione	0-9%	0-5%	0-4%
M3C3	Nessuna lesione	0-9%	0-5%	0-4%

Tabella 4: Caratteristiche del campione analizzato con il modello di rilevazione della qualità

Numero RSA	68
Disponibilità posti letto	10029
Nuovi ingressi nel 1999	4.392
Totale residenti nelle RSA nel 1999	13680
Caratteristiche degli ospiti residenti nel 1999:	
NAT	78.5%
NAP	18.2%
accolti nei 14 Nuclei Alzheimer	3.3%

Tabella 5: Prevalenza degli indicatori di risultato nelle 68 RSA

<i>Indicatori</i>	<i>Media+ds (%)</i>	<i>Standard ottimale *</i>
Ospiti sottoposti a FKT	37.9+21.7	70%
Ospiti coinvolti nell'animazione	32.4+22.6	70%
Ospiti con peso stabile	77.1+15.7	80%
Ospiti con Lesioni da Decubito (LdD)	10.0+8.1	14%
Numero di LdD 998		
di cui al 1° stadio 317		
2° " 330		
3° " 222		
4° " 129		
Ospiti affetti da incontinenza urinaria	70.9+18.2	50%
Ospiti sottoposti a contenzione fisica	21.1+20.8	10%
Ospiti caduti	19.9+15.7	50%

*Riferimenti bibliografici: 18,19,20,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,34,35,36

Tabella 6: Distribuzione dei 780 ospiti in relazione alle classi dell'Indice di Complessità Assistenziale

<i>classi</i>	<i>%</i>	<i>Età media</i>
M1C1F	4.0	84.0 ₊ 8.7
M1C1	7.7	83.2 ₊ 7.3
M1C2F	5.8	83.6 ₊ 8.1
M1C2	14.3	84.1 ₊ 7.9
M1C3F	5.3	82.7 ₊ 11.1
M1C3	11.3	83.1 ₊ 9.1
M2C1F	0.6	81.4 ₊ 10.1
M2C1	2.4	81.7 ₊ 9.1
M2C2F	2.1	83.3 ₊ 11.1
M2C2	8.6	83.1 ₊ 9.5
M2C3F	3.2	81.5 ₊ 7.9
M2C3	11.8	83.5 ₊ 8.3
M3C1F	0.5	67.0 ₊ 9.6
M3C1	3.2	78.6 ₊ 7.7
M3C2F	1.8	78.7 ₊ 8.2
M3C2	6.3	79.0 ₊ 10.1
M3C3F	1.9	77.8 ₊ 9.0
M3C3	9.0	83.6 ₊ 8.0
TOTALE	100	82.6 ₊ 8.9

Tabella 7: *RSA con indicatori di risultato peggiori rispetto allo standard atteso (corretto rispetto alla complessità assistenziale del casemix di ospiti) e prevalenza media di scostamento dallo standard*

Indicatori di risultato	N°RSA <i>con indicatori di risultato peggiori rispetto allo standard atteso</i>	Media+ds <i>di scostamento dallo standard</i>
Ospiti con lesioni da decubito	23 (34%)	8.9 \pm 9.5
Ospiti affetti da incontinenza urinaria	50 (73%)	46.1 \pm 16.2
Ospiti sottoposti a contenzione fisica	34 (50%)	25.2 \pm 18.9
Ospiti caduti	21 (30%)	15.6 \pm 11.8

Tabella 8: Relazione fra utilizzo di schede di valutazione del rischio di sviluppare lesioni da decubito (Norton e Braden), protocolli di prevenzione e conformità allo standard atteso, corretto rispetto alla complessità assistenziale del casemix di ospiti, dell'indicatore di risultato "prevalenza di ospiti con lesioni da decubito "

Indicatore di risultato: prevalenza di ospiti con lesioni da decubito	Strutture che non utilizzano schede e protocolli	Strutture che utilizzano schede e protocolli
Migliore o uguale allo standard atteso	16.1%	83.9%
Peggior rispetto allo standard atteso	78.3%	21.7%
Totale	42.5%	57.5%

P=.05

P= significatività calcolata con il test chi-square

Tabella 9: Relazione fra utilizzo di protocolli per normare e ridurre la contenzione fisica negli ospiti delle RSA e conformità allo standard atteso, corretto rispetto alla complessità assistenziale del casemix di ospiti, dell'indicatore di risultato: "prevalenza di ospiti contenuti"

Indicatore di risultato: prevalenza di ospiti contenuti	Strutture che non utilizzano protocolli	Strutture che utilizzano protocolli
Migliore o uguale allo standard atteso	27.8%	72.2%
Peggior rispetto allo standard atteso	58.8%	41.2%
Totale	48.1%	51.9%

$P=.03$

$P=$ significatività calcolata con il test chi-square

Figura 1. Indicatore di qualità complessivo

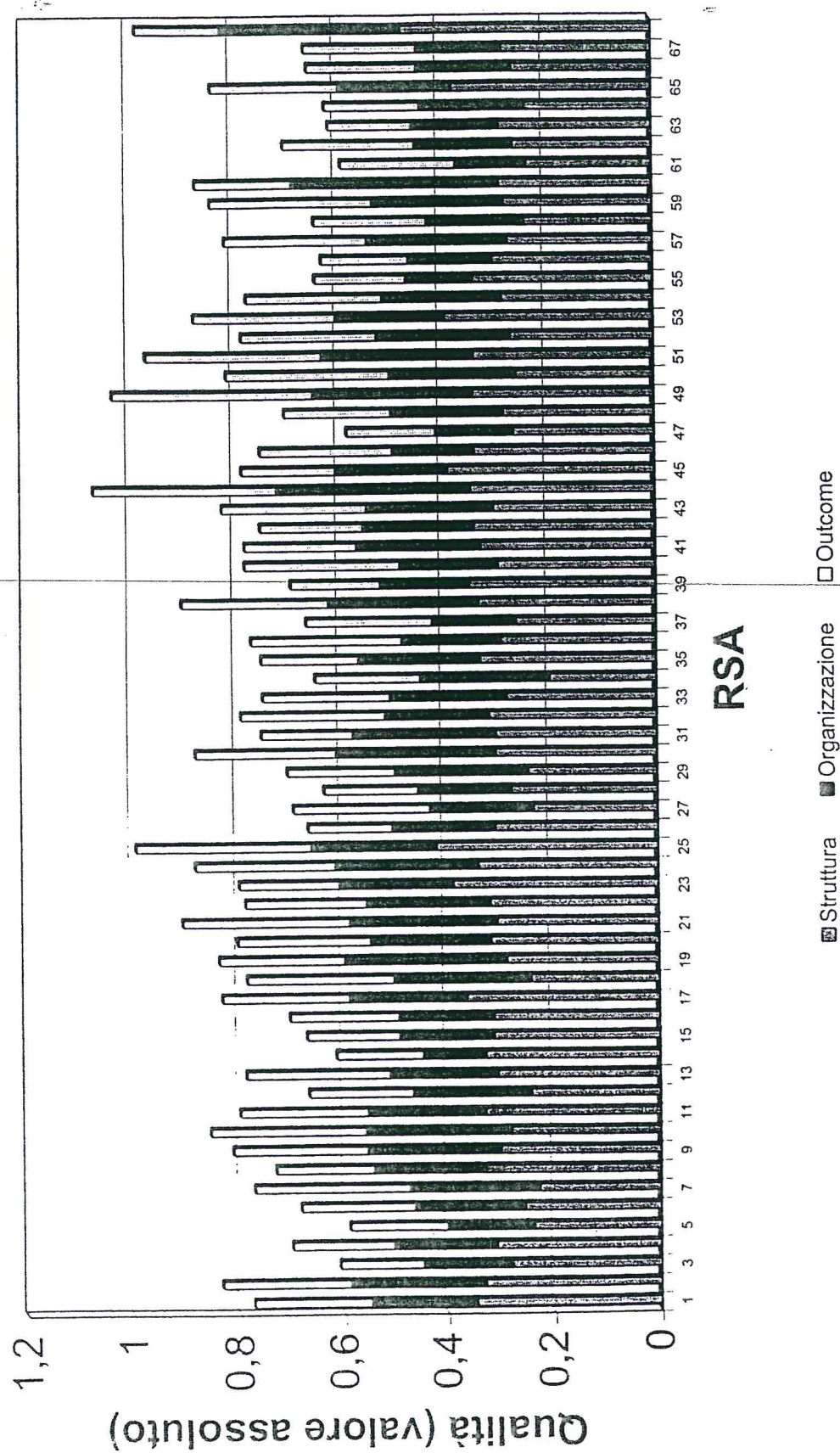


Figura 2. Indicatore di struttura

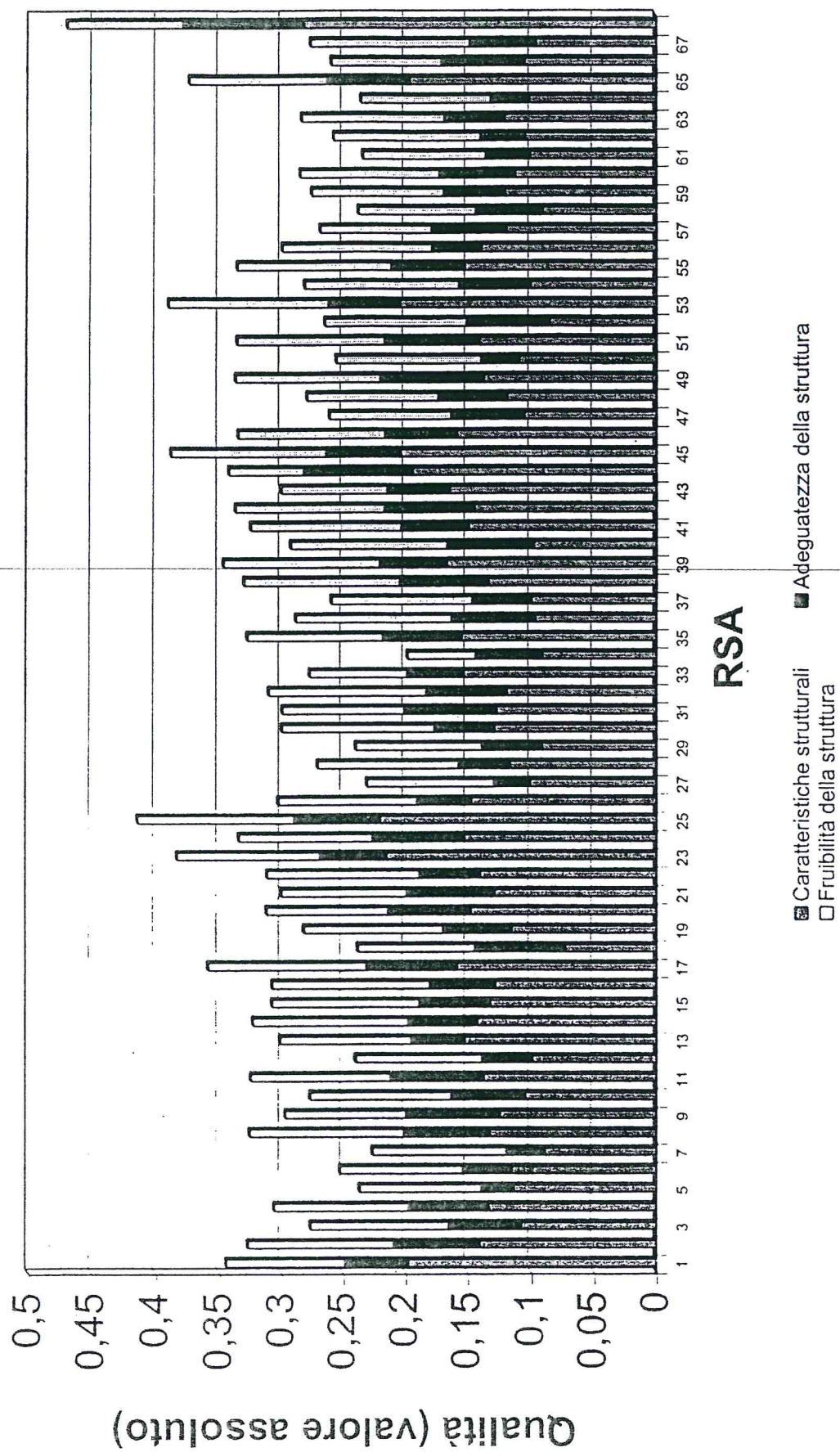


Figura 3. Indicatore di organizzazione

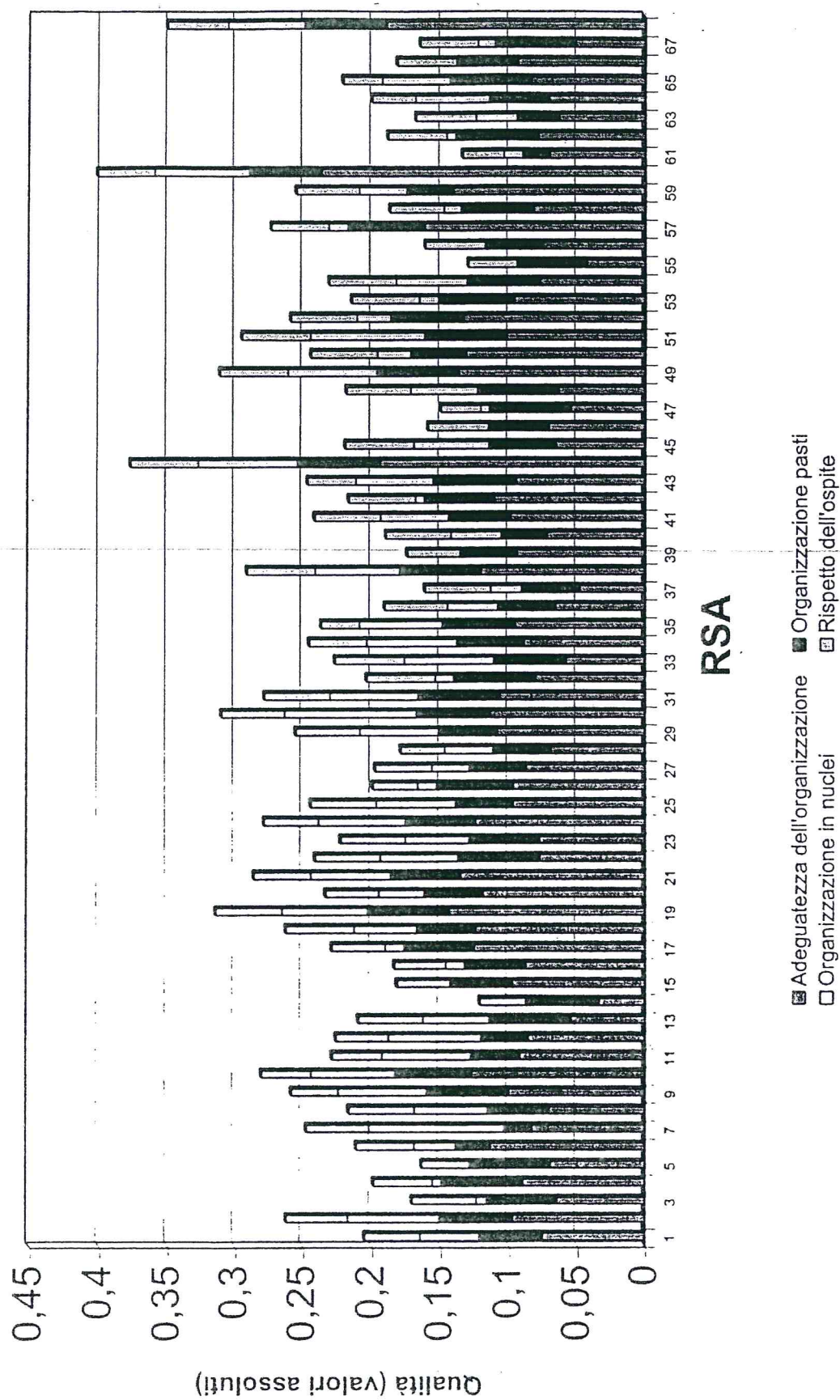


Figura 4. Indicatore di assistenza

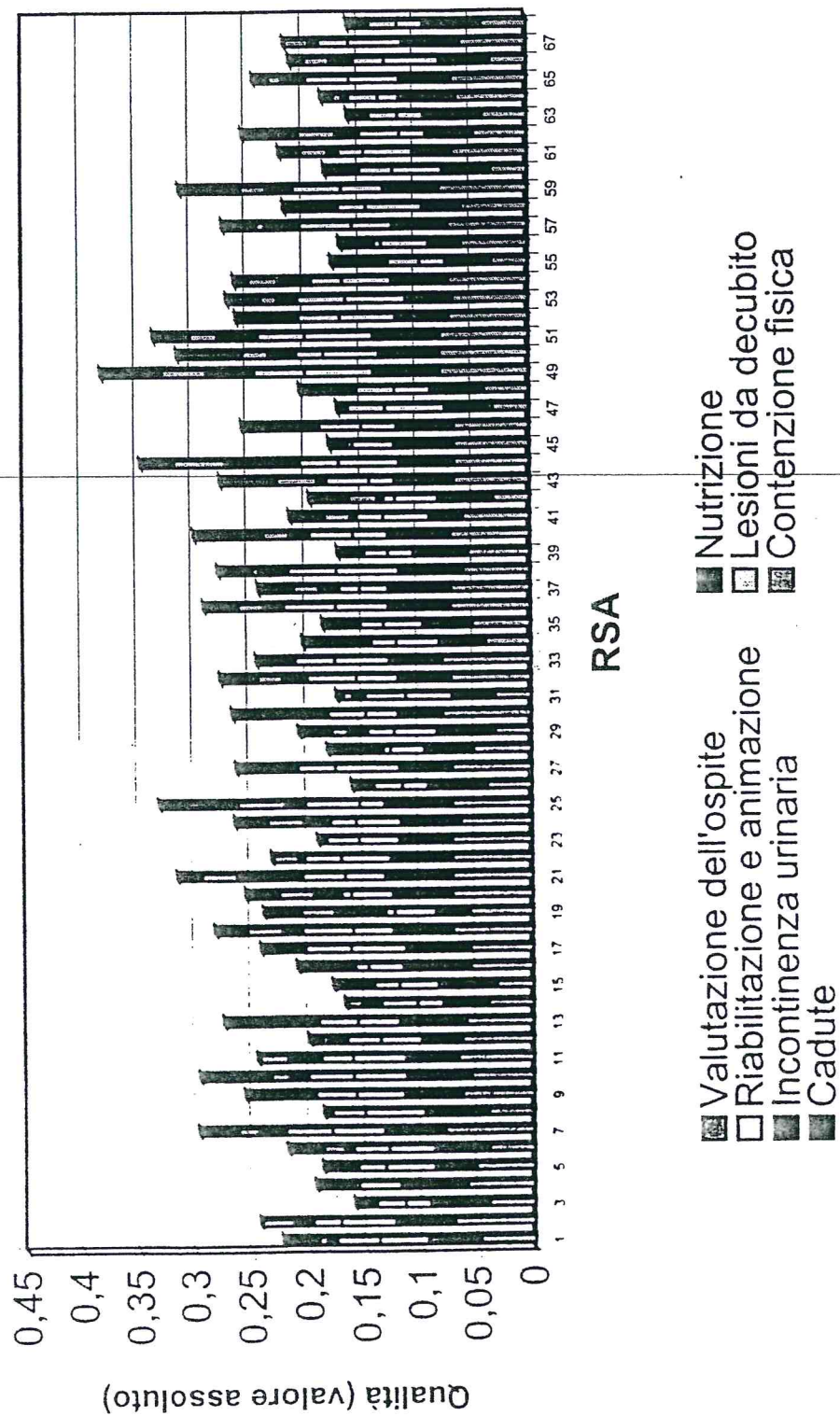
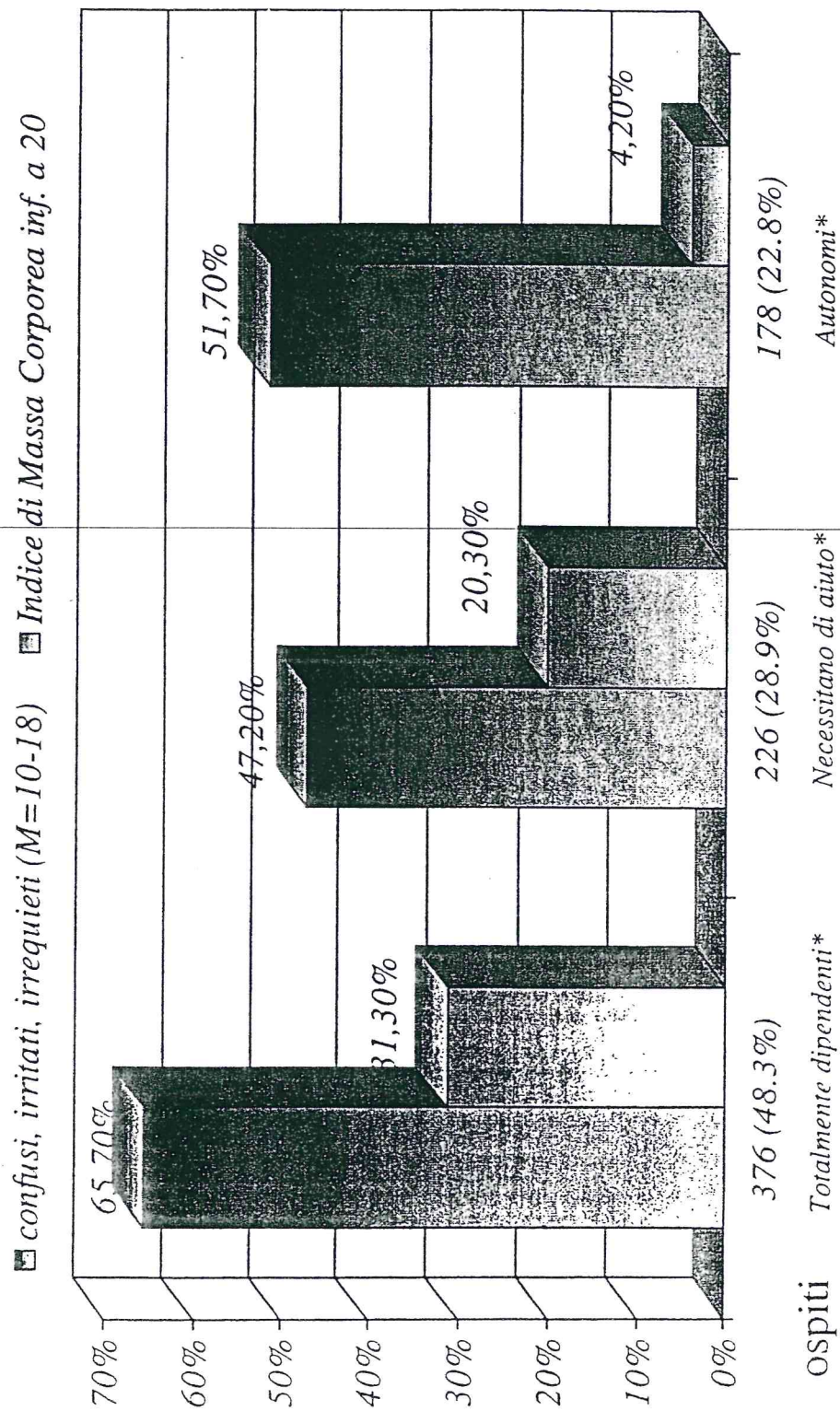


Figura 5: Disabilità fisica, cognitiva e malnutrizione nei 780 ospiti valutati con l'Indice di Complessità Assistenziale

p<.0001



* nei trasferimenti e nella deambulazione

Figura 6: Rilevazione del rapporto fra la qualità e la tariffa assistenziale nelle RSA nell'anno 1999

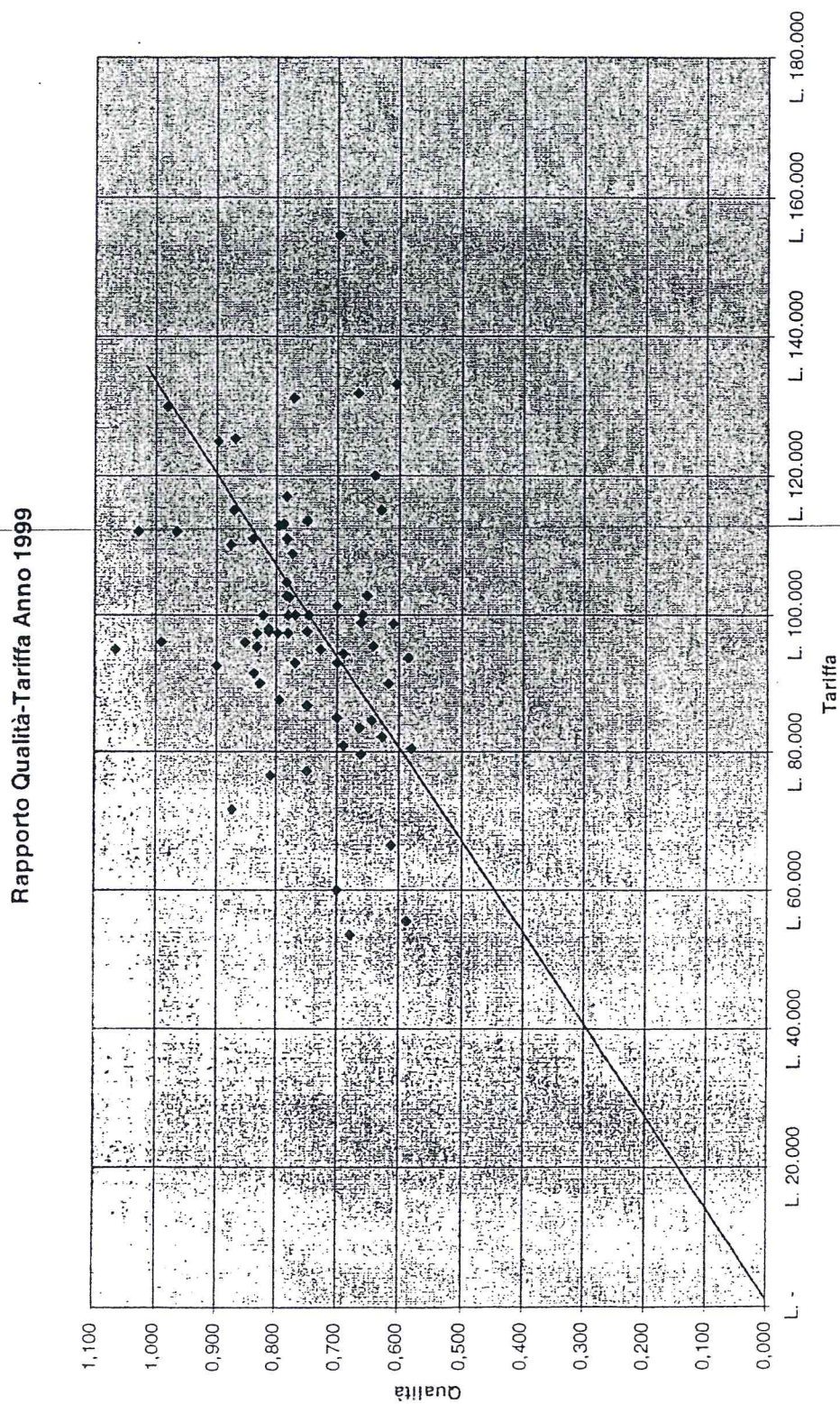


Figura 7: Livelli obiettivo

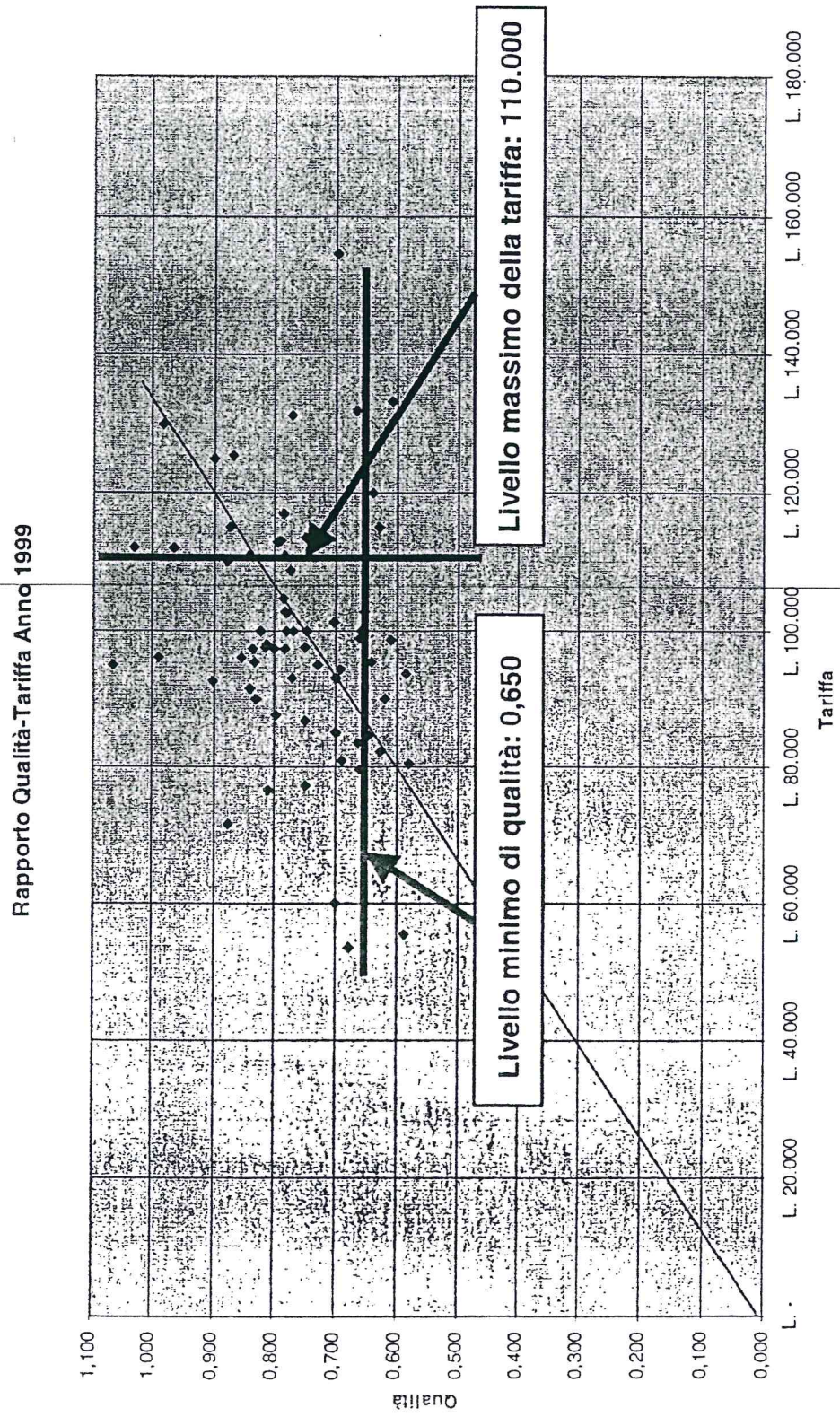
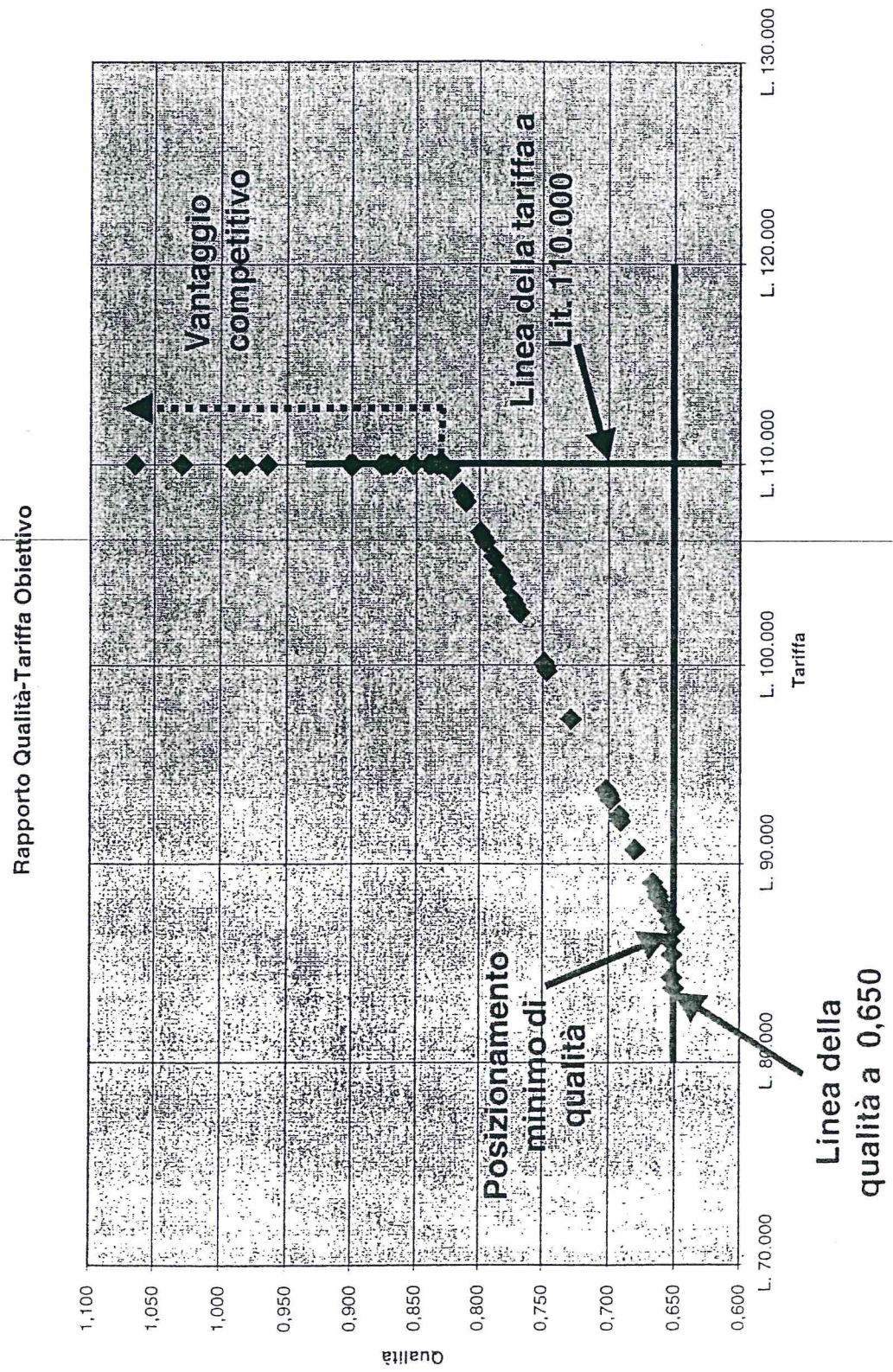
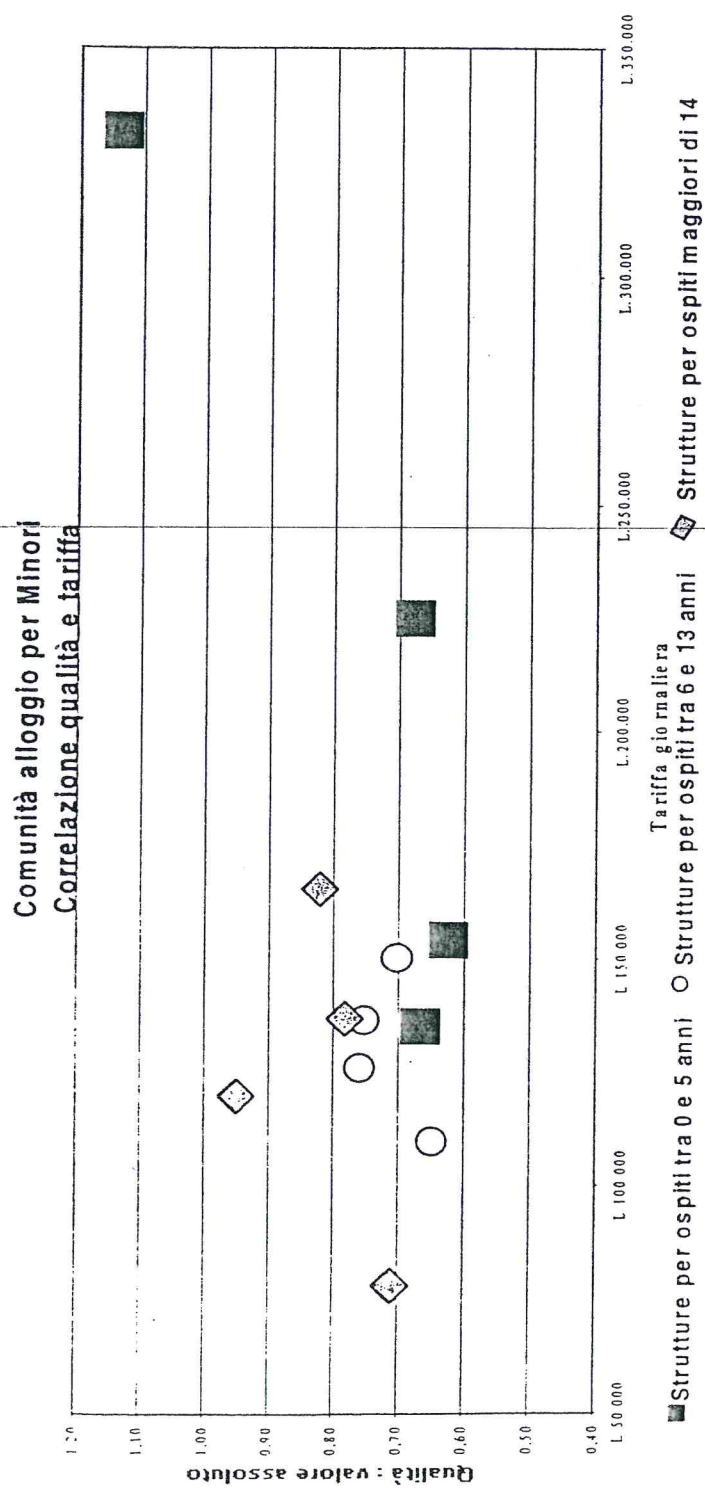


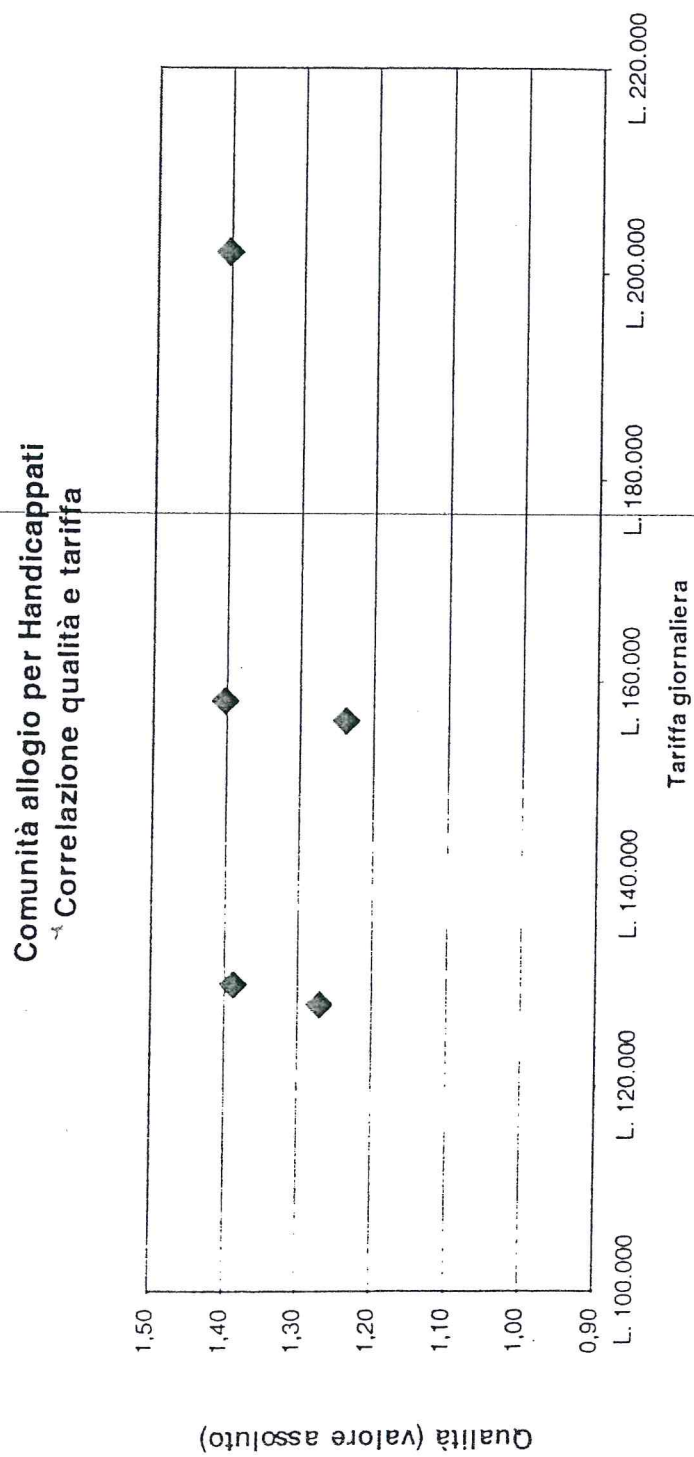
Figura 8: Obiettivo del Comune di Milano da perseguire in un programma poliennale



**Figura 9: Rilevazione del rapporto fra la qualità e la tariffa
nelle comunità alloggio per Minori**



**Figura 10: Rilevazione del rapporto fra la qualità e la tariffa
nelle comunità alloggio per Handicappati**





CIVICA STAMPERIA
CENTRO
FOTORIPRODUZIONI
DI
PALAZZO MARINO