

DELIBERAZIONE 25 giugno 2013, n. 496

Progetto ‘Il sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione’: presa d’atto dei risultati della fase pilota e messa a regime di un sistema di valutazione delle performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali toscane, in coerenza con le linee di indirizzo in materia di residenzialità ex D.G.R. n. 1235/2012.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale che all’articolo 18 individua il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale quale strumento di programmazione con il quale la Regione definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale e i criteri per l’organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;

Vista la legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 402 del 26 aprile 2004 “Azioni di riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla DCRT n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitolata sanitaria nelle R.S.A.”;

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 370 del 22 marzo 2010 “Approvazione del Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente”;

Vista la Delibera di Consiglio Regionale n. 69 del 11 novembre 2009 che, a seguito dell’entrata in vigore della legge regionale n. 66/2008, modifica il P.I.S.R. 2007-2010 e, al punto 6 dell’Allegato 3, relativo allo sviluppo del Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente, riporta la necessità di attivare azioni di sistema tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo che diano al cittadino la certezza sulla quantità e la qualità sui servizi e che conferiscano a tutto il territorio regionale omogeneità in relazione allo standard di risposta assistenziale al bisogno;

Visto il comma 1 dell’articolo 133 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga i piani e i programmi attuativi del Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2006-2010 fino all’entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie d’intervento e degli

indirizzi per le politiche regionali individuati dal PRS 2011-2015;

Visto il PRS Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015 approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011, che, nella parte in cui sono delineate le linee di indirizzo per la programmazione regionale in materia di cittadinanza e coesione conferma il mantenimento del Fondo per la non autosufficienza e la necessità di consolidamento delle caratteristiche di un sistema sociosanitario orientato alla gestione della cronicità attraverso la piena conoscibilità e accessibilità del sistema dei servizi e delle prestazioni offerte;

Vista la Proposta di deliberazione al Consiglio Regionale n. 38 del 19/12/2011 che approva il “Piano Sanitario e Sociale Integrato 2012-2015” e che, in continuità con il precedente ciclo di programmazione, prevede azioni volte sia a correggere l’estrema variabilità territoriale delle R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali) in termini di gestione, di costi sociali e di tipologia dell’offerta sia a rivedere le modalità organizzative interne e le procedure di collegamento con i presidi territoriali competenti al fine di verificare la qualità e l’appropriatezza dei servizi offerti;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 1044 del 28 novembre 2011 “Percorso di revisione del progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” che, facendo seguito alle indicazioni dell’Allegato 3 del PISR 2007-2010 approva un documento finalizzato ad attuare azioni di miglioramento del sistema di presa in carico della persona non autosufficiente, tra le quali la mappatura e la valutazione dei servizi offerti dalle Residenze Sanitarie Assistenziali, individuando il “Laboratorio Management e Sanità” dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa quale soggetto attuatore dello studio;

Precisato che il MeS è un Laboratorio che si occupa di ricerca applicata a sostegno dei processi di cambiamento organizzativo e di innovazione gestionale del sistema sanitario e, in particolare, di:

- modelli e strumenti di governance e di valutazione dei sistemi sanitari;
- sistemi e metodologie di analisi e di gestione dei percorsi assistenziali;
- modelli gestionali per i processi primari e di supporto;
- strumenti e metodi per la gestione economico - finanziaria;
- cambiamento organizzativo e gestione del capitale umano;
- comunicazione e marketing;
- sistemi informativi;

Visto l'Accordo di Collaborazione tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore di Studi Universitari S. Anna di Pisa, approvato in schema con D.G.R. n. 452/2011 e sottoscritto in data 20 giugno 2011 che prevede:

- all'articolo 7 che lo svolgimento delle attività del Laboratorio Mes avvenga a seguito di programmi approvati annualmente;
- all'articolo 9 che, per il coordinamento delle attività, il Direttore Generale della Presidenza, si rapporti con i Direttori Generali competenti nelle materie oggetto dell'Accordo;

Visto il decreto dirigenziale n. 191 del 25 gennaio 2012 "Accordo di collaborazione con la Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Approvazione del Programma di attività per l'anno 2012" che prevede l'avvio del progetto "Il sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione" da parte del Laboratorio "Management e Sanità, Laboratorio di ricerca e Formazione per il management dei servizi alla salute (Laboratorio Mes);

Visto che, sulla base di quanto sopra riportato, il Laboratorio Mes ha elaborato, a partire dall'ultimo trimestre 2011, la fase sperimentale di un sistema di valutazione multidimensionale delle performance delle R.S.A. toscane, attraverso l'adesione volontaria di più di sessanta Residenze (circa il 21 % delle strutture censite a livello regionale) e osservando la seguente articolazione operativa:

- mappatura: raccolta di informazioni e dati di dettaglio nelle R.S.A. pilota necessaria a supportare l'analisi di contesto e a coinvolgere gli attori stessi del sistema, determinando un linguaggio comune per facilitare il processo di analisi delle determinanti di variabilità;
- analisi della mappatura e rilevazione delle principali caratteristiche gestionali-organizzative quali: tipologia dei servizi offerti, modalità gestionali, copertura dei servizi tipologia di persone assistite, CCNL applicati agli operatori, quote sociali applicate agli utenti;
- validazione delle dimensioni di valutazione quali: salute della popolazione, organizzazione dei servizi assistenziali, assistenza socio-sanitaria, soddisfazione degli utenti, benessere organizzativo e dinamica economico-finanziaria ed efficienza operativa e costruzione di relativi indicatori quali-quantitativi per ciascuna dimensione;
- indagini di soddisfazione degli utenti e degli operatori attraverso interviste e visite presso le R.S.A. e contatti telefonici dei familiari;
- valutazione delle performance: identificazione di una serie di indicatori di valutazione, e rilevazione dei livelli di performance raggiunti, con conseguente strutturazione di bersagli rappresentativi degli obiettivi conseguiti;
- misurazione dei risultati attraverso l'ottica del benchmarking per acquisire sensibilità sulla rilevanza

dei fenomeni, evidenziare eventuali aree di criticità e i necessari interventi di miglioramento.

Dato atto che il Progetto di mappatura e valutazione delle R.S.A. si basa sui criteri e metodi già adottati per la valutazione delle Aziende Sanitarie toscane come:

- valutazione multidimensionale per cogliere la complessità del sistema e agire sulle determinanti dei costi;
- confronto sistematico per superare l'autoreferenzialità e percorrere il miglioramento continuo;
- condivisione con gli operatori del percorso e del metodo utilizzato per valutare la loro performance;
- misurabilità dei risultati per valutare le performance;
- trasparenza per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 1235 del 28 dicembre 2012 "DGR 754/2012, Allegato B Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo" con la quale si ritiene attivare azioni di sistema in materia di residenzialità volte a migliorare qualità e appropriatezza dei servizi offerti alla popolazione anziana non autosufficiente attraverso un processo di governance territoriale coordinato con l'adozione di indicatori di monitoraggio e valutazione a livello regionale;

Richiamato il decreto dirigenziale n. 430 del 12 febbraio 2013 "Accordo di collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Approvazione del Programma di Attività per l'anno 2013" con il quale si prevede l'ampliamento del Progetto "Il sistema della R.S.A. in Toscana: mappatura e valutazione" dalla sperimentazione al sistema;

Preso atto della conclusione, a marzo 2013, della suddetta fase pilota del Progetto "Il Sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione" e dei risultati da essa derivanti così come riportati nella Relazione finale presentata dal Laboratorio Mes, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Stabilito che il suddetto Progetto rappresenta un'azione di supporto alle strategie regionali in materia di miglioramento dei servizi socio-sanitari territoriali, in quanto consente di:

- disporre di evidenze quali-quantitative a supporto dei processi gestionali e decisionali degli amministratori regionali e delle Aziende USL;
- supportare e incrementare la ricerca scientifica in materia e il miglioramento continuo dei livelli di prestazioni assicurati;
- fornire ai cittadini strumenti di conoscenza dei

servizi assistenziali di cui possono disporre in un'ottica di completa trasparenza e di garanzia di efficacia nella gestione delle risorse pubbliche.

Ritenuto, per quanto sopra esposto e in coerenza con il sopra citato decreto dirigenziale n. 430/2013 che, al punto 1.14 del programma annuale delle attività del Laboratorio Mes per l'anno 2013, prevede l'ampliamento del progetto di valutazione RSA dalla sperimentazione al sistema, in accordo con il Settore "Politiche per l'integrazione socio sanitaria e la salute in carcere" della DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale:

- di prendere atto dei risultati della fase pilota del Progetto "Il Sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione", così come risultanti dalla Relazione presentata dal Mes (Allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto), comprensiva della lista delle Residenze Sanitarie Assistenziali che hanno aderito volontariamente alla definizione della stessa fase pilota e si sono sottoposte alla valutazione delle performance in base agli indicatori determinati,

- di estendere il processo di mappatura e valutazione del suddetto Progetto a tutte le R.S.A. del territorio attraverso le seguenti modalità:

- a) demandando al Mes di approntare una scheda informatizzata ("carta di identità della R.S.A.") per la rilevazione delle caratteristiche delle strutture, in modo da disporre di un unico strumento permanente di censimento dei dati, di inviarle alle strutture e di elaborare i dati di ritorno della stessa;

- b) incaricando le Direzioni Aziendali per tramite dei competenti servizi territoriali delle Società della Salute/Zone Distretto di svolgere funzione di regia e coordinamento della mappatura supportando le strutture sanitarie assistenziali dei propri territori e svolgendo un monitoraggio della compilazione della carta di identità, per assicurare la restituzione dei dati entro 30 giorni dall'attivazione dell'accesso al portale dedicato;

- di prevedere momenti di incontro e formazione con le R.S.A. e con i soggetti territoriali interessati, in collaborazione con il Laboratorio Mes e gli uffici regionali, per fornire indicazioni contenutistiche e procedurali di sostegno al processo di estensione della mappatura, per elaborare linee guida e buone prassi da adottare in relazione ad aree tematiche risultate, già dalla fase pilota, di particolare criticità e, infine, per assicurare un processo di follow up dell'efficacia degli indicatori di performance individuati, anche avvalendosi dell'esperienza maturata dalle R.S.A. pilota che costituiranno, a tal fine, un gruppo tecnico di riferimento;

- di prevedere l'avvio, a partire da gennaio 2014, al termine della fase di mappatura dei dati di cui alla "carta di identità della R.S.A.", di un sistema di valutazione delle performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali toscane strutturato sui dati e sui set di indicatori previsti dal Progetto di cui al presente atto che consenta

l'assegnazione di un bersaglio rappresentativo delle performance raggiunte e l'Attestazione di Eccellenza della RSA valutata;

- di prevedere che le R.S.A. territoriali aderiscano al suddetto sistema di valutazione facendone richiesta al Laboratorio Mes della Scuola Superiore di S. Anna, attraverso modalità che saranno dettagliate in successivi atti e precisando, soprattutto in riferimento alle Residenze che hanno partecipato alla fase pilota, che ciascuna struttura, non appena avrà concluso la fase di mappatura, potrà decidere di partecipare al processo valutativo e di assegnazione del bersaglio indipendentemente dalla chiusura del Progetto a livello regionale, in modo da attuare un graduale e progressivo impianto del sistema valutativo delle R.S.A. in Toscana.

A voti unanimi,

DELIBERA

- 1) di prendere atto dei risultati della fase pilota del Progetto "Il Sistema delle R.S.A. nella Regione Toscana: mappatura e valutazione", così come risultanti dalla Relazione presentata dal Mes (Allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto), comprensiva della lista delle Residenze Sanitarie Assistenziali che hanno aderito volontariamente alla definizione della stessa fase pilota e si sono sottoposte alla valutazione delle performance in base agli indicatori determinati,

- 2) di estendere il processo di mappatura e valutazione del suddetto Progetto a tutte le R.S.A. del territorio attraverso le seguenti modalità:

- a) demandando al Mes di approntare una scheda informatizzata ("carta di identità della R.S.A.") per la rilevazione delle caratteristiche delle strutture, in modo da disporre di un unico strumento permanente di censimento dei dati, di inviarle alle strutture e di elaborare i dati di ritorno della stessa;

- b) incaricando le Direzioni Aziendali per tramite dei competenti servizi territoriali delle Società della Salute/Zone Distretto di svolgere funzione di regia e coordinamento della mappatura supportando le strutture sanitarie assistenziali dei propri territori e svolgendo un monitoraggio della compilazione della carta di identità, per assicurare la restituzione dei dati entro 30 giorni dall'attivazione dell'accesso al portale dedicato;

- 3) di prevedere momenti di incontro e formazione con le R.S.A. e i soggetti territoriali interessati, in collaborazione con il Laboratorio Mes e gli uffici regionali, allo scopo di fornire indicazioni contenutistiche e procedurali di sostegno al processo di estensione della mappatura, per elaborare linee guida e buone prassi da adottare in relazione ad aree tematiche risultate, già dalla fase pilota, di particolare criticità, e per assicurare

un processo di follow up della validità ed efficacia degli indicatori di performance individuati anche avvalendosi dell'esperienza maturata dalle R.S.A. pilota che costituiranno, a tal fine, un gruppo tecnico di riferimento;

4) di prevedere l'avvio, a partire da gennaio 2014, al termine della fase di mappatura dei dati di cui alla "carta di identità della R.S.A.", di un sistema di valutazione delle performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali toscane strutturato sui dati e sui set di indicatori previsti dal Progetto di cui al presente atto che consenta l'assegnazione di un bersaglio rappresentativo delle performance raggiunte e l'Attestazione di Eccellenza della R.S.A. valutata;

5) di prevedere che le R.S.A. territoriali aderiscano al suddetto sistema di valutazione facendone richiesta al Laboratorio Mes della Scuola Superiore di S. Anna, attraverso modalità che saranno dettagliate in successivi atti e precisando, soprattutto in riferimento alle R.S.A.

che hanno partecipato alla fase pilota, che ciascuna struttura, non appena avrà concluso la fase di mappatura, potrà decidere di partecipare al processo valutativo e di assegnazione del bersaglio indipendentemente dalla chiusura del Progetto a livello regionale, in modo da attuare un graduale e progressivo impianto del sistema valutativo delle R.S.A. in Toscana.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi dell'articolo 5 comma 1 lettera f) e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'articolo 18 comma 2 della medesima legge regionale n. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

Allegato A**“Il sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione”****Contesto**

Nel corso del primo semestre 2011, la Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana ha organizzato alcune giornate di ascolto delle diverse realtà coinvolte nell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. Da questi incontri sono emerse diverse criticità ma soprattutto una rilevante variabilità tra i territori e le strutture per anziani, sia in termini di tipologia e qualità dei servizi offerti dalle RSA, sia, sul versante dei costi, per ciò che riguarda le quote sociali richieste ai cittadini utenti. Si è registrata, inoltre, l'assenza di criteri condivisi di valutazione delle prestazioni offerte e di definizione delle tariffe dei servizi erogati.

L'analisi delle determinanti di questa variabilità e delle eventuali ricadute in termini di equità sui cittadini, è stata affidata al Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che, mutuando dall'esperienza maturata nella valutazione delle Aziende sanitarie, ha proposto un sistema di valutazione multidimensionale delle performance delle RSA toscane.

Nell'ultimo trimestre del 2011, quindi, è stato avviato il progetto “Il sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione” avente lo scopo di supportare la Regione Toscana nel processo di analisi del contesto regionale e offrire alle Aziende la possibilità di confrontarsi.

Le RSA partecipanti

Al progetto hanno aderito volontariamente più di sessanta RSA (circa il 21 % delle strutture censite a livello regionale) con sede nei territori di riferimento di tutte le dodici ASL toscane.

Le 51 strutture partecipanti, che hanno completato l'intero percorso e che sono di seguito elencate, appartengono prevalentemente al settore pubblico: 17 fanno capo ad ASL (P asl), 14 sono Aziende pubbliche di servizi alla persona (P apsp), 4 sono strutture comunali (P com); il cd Terzo settore, No Profit ha partecipato con 12 RSA (Np). Il privato profit è rappresentato da 4 residenze (Pv)

Elenco delle RSA		Tipologia
ASL 1	Regina Elena	P com
ASL 1	Nuovi Orizzonti	P asl
ASL 1	Pontremoli	P asl
ASL 1	Fivizzano	P asl
ASL 2	Centro Accoglienza Anziani Misericordia	Np
ASL 3	Stella	P asl
ASL 3	Villa Chiara	Pv
ASL 3	Bonelle	Pasl
ASL 3	Carlo Minghetti	Pasl
ASL 4	R. Giorgi	Pasl
ASL 4	Narnali	Pasl
ASL 4	Villa Amelia srl	Pv
ASL 5	Centro Residenziale Matteo Remaggi	Papsp
ASL 5	Madonna della Fiducia	Np
ASL 6	Cardinal Maffi Cecina	Np
ASL 6	Cardinal Maffi Rosignano	Np
ASL 6	Casa del Duca	Pasl
ASL 7	Centro Virginia Borgheri	Papsp
ASL 7	Maria Redditi	Papsp

ASL 7	Campansi ASP Città di Siena	Papsp
ASL 7	Casa di Riposo della Misericordia	Papsp
ASL 7	Nilde Iotti	Pcom
ASL 8	Castiglion Fiorentino	Pasl
ASL 8	Montevarchi	Papsp
ASL 8	Dario Maestrini	Pasl
ASL 8	Casa di riposo V. Fossombroni	Papsp
ASL 8	Boschi	Pasl
ASL 9	Istituto "G. Falusi"	Papsp
ASL 9	RSA "Marina di Levante"	Papsp
ASL 10	San Francesco	Np
ASL 10	Cottolengo	Np
ASL 10	Opera Pia Leopoldo e Giovanni Vanni	Papsp
ASL 10	Casa Paolo VI	Np
ASL 10	Ludovico Martelli	Papsp
ASL 10	Fondazione Casa Placci	Np
ASL 10	Villa Solaria	Pcom
ASL 10	Villa San Biagio SPA	Pv
ASL 10	Villa Poggio Adorno	Pv
ASL 11	Del Campana Guazzesi	Papsp
ASL 11	Fondazione Chiarugi	Np
ASL 11	Villa Serena	Pcom
ASL 11	Il Castello	Np
ASL 11	Santa Maria della Misericordia	Papsp
ASL 11	Le Vele	Pasl
ASL 11	Volta	Pasl
ASL 11	Chiassatelle	Pasl
ASL 11	Selene Menichetti	Pasl
ASL 11	Neruda	Pasl
ASL 12	M.D. Barbantini	Np
ASL 12	Villa Ciocchetti	Np
ASL 12	Pio Istituto Campana	Papsp

Le fasi del progetto

Il progetto si è articolato in due fasi.

La prima - cd di mappatura – con lo scopo di raccogliere i dati necessari a supportare l’analisi del contesto e coinvolgere gli attori del sistema; la seconda - cd di valutazione delle performance - volta ad applicare alle strutture partecipanti un primo set di indicatori pilota nell’ottica del benchmarking.

1. La mappatura

Durante la fase di mappatura (primo semestre 2012), i referenti delle strutture aderenti, con il supporto dei ricercatori del MeS, nel corso di oltre trenta incontri, hanno condiviso un vocabolario comune, indispensabile per facilitare il processo di analisi delle determinanti della variabilità, ed hanno individuato le dimensioni del sistema di valutazione e il primo set di indicatori – pilota.

Ogni struttura ha, quindi, compilato un questionario on line, diviso in sette Sezioni (Dati generali, Dati relativi all’immobile in cui è esercitata l’attività, Sistemi informativi, Contabilità, Informazioni sul servizio RSA, Personale e Specifiche sulle modalità di erogazione dei servizi) per complessive centoventisei (126) domande, inerenti l’anno 2011, avente lo scopo di evidenziare le principali caratteristiche e differenze tra le RSA pilota e facilitare la successiva fase di valutazione.

Nel mese di Giugno 2012 sono stati restituiti e condivisi i principali dati raccolti.

1.1 Evidenze dalla fase di mappatura.

La “mappatura” ha evidenziato che le RSA pilota sono generalmente ubicate nei pressi di edifici religiosi, dotate di uno spazio verde fruibile dagli utenti e sono di medie dimensioni. Il 75% del campione ha un numero di posti letto autorizzati compreso tra 18 e 65. La capienza media è di 54 posti letto; si abbassa a 34 nelle RSA delle ASL ed è più alta tra le Aziende pubbliche di servizi alla persona (71 pl), alla cui categoria appartengono le residenze con il più alto numero di posti letto autorizzati (225 RSA Campansi dell’Asp Città di Siena e 120 l’ASP Vanni d Impruneta).

Fatta eccezione per le RSA delle ASL, il numero di posti letto autorizzati non coincide con quelli convenzionati con il SSR. La maggior parte delle strutture, quindi, ha posti letto a libero mercato. Il tasso di occupazione dei posti letto, calcolato sui posti letto autorizzati, è comunque superiore al 94%.

Delle sessantaquattro strutture mappate, 28 erogano solo il servizio residenziale; le restanti hanno diversificato i servizi ed hanno un Centro Diurno per non autosufficienti o un centro Diurno Alzheimer oppure offrono il servizio di cure intermedie o l’assistenza domiciliare o il servizio di ristorazione a domicilio.

Per quanto riguarda le quote sociali, cioè gli importi che vengono richiesti giornalmente agli assistiti e che secondo la normativa nazionale e regionale, dovrebbero coprire i costi alberghieri e generali, il valore medio giornaliero, rilevato per l’anno 2011, è stato pari ad € 50,38 (cinquanta/38), con una differenza tra il valore minimo e il massimo di 27,00 € ed una rilevante disomogeneità anche nel territorio della stessa ASL.

Detta quota risulta essere determinata dalle singole RSA o dalla Conferenza dei Sindaci o dagli accordi tra strutture e Aziende sanitarie o Società della salute. Per oltre la metà degli assistiti, presenti nelle strutture al 31 dicembre 2011, la quota sociale viene coperta con la compartecipazione degli Enti territoriali.

In 19 RSA, alcuni servizi non sono compresi nella retta giornaliera (in prevalenza il lavaggio degli indumenti personali e le cure estetiche) ed in 14 strutture ci sono servizi svolti interamente da operatori del volontariato (animazione, cure estetiche, manutenzioni).

In caso di ricovero ospedaliero, l’assistito continua a corrispondere l’intera quota sociale solo in una struttura. Nelle altre, l’importo giornaliero viene ridotto secondo criteri e percentuali diverse che oscillano da 20 a 80%.

La tariffa per gli assistiti che occupano posti non convenzionati (cd privati) è generalmente più alta e varia da 46 € a 110 € al giorno.

I posti letto convenzionati con il SSR, per i quali la RSA percepisce la quota sanitaria, ospitano, generalmente, in modo permanente persone con non autosufficienza stabilizzata (modulo base quota sanitaria € 52,32/gg). Delle 64 RSA mappate, 16 ospitano anche autosufficienti (e, per questo, vengono definite “miste”) e 38 hanno persone provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici.

Dal punto di vista dei rapporti con le Unità di valutazione multidimensionale delle ASL, si rileva che, in caso di ammissione di un nuovo assistito, il 32% delle RSA mappate dichiarano di ricevere i Progetti Assistenziali personalizzati (PAP) in forma cartacea ed in un momento successivo all’ingresso. I PAP ricevuti dalle strutture riportano il livello di isogravità dell’assistito nel 82% dei casi e, nel 52%, viene inviata anche la scheda di valutazione complessiva.

Nella maggior parte delle residenze (40) l’approvvigionamento dei farmaci avviene, in parte, facendo ricorso alle farmacie comunali e private ed, in parte, ricorrendo alla farmacia ospedaliera o alla distribuzione diretta da parte dell’Asl.

Per quanto concerne la gestione dei servizi e sistemi informativi, oltre il 60% delle RSA mappate utilizza un sistema informativo o software per la gestione delle rette e della contabilità; il 14 % ha la cartella sanitaria informatizzata e il 43% ha un sito web. Tra RSA e ASL del territorio di riferimento non esiste alcun flusso informativo codificato o sistema di software integrato e le comunicazioni avvengono prevalentemente via mail, fax e telefono ed in occasione della fatturazione delle rette mensili.

Si registrano, inoltre, differenti modalità operative di organizzazione e di attribuzione dei relativi costi nella gestione dei presidi per l'incontinenza e nella fornitura degli ausili per la deambulazione o per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito.

Per ciò che attiene le diverse modalità gestionali dei principali servizi erogati, i dati emersi sono i seguenti: il servizio infermieristico è prevalentemente erogato con personale dipendente (nel 57% delle RSA mappate), presente anche di notte nel 46% delle residenze. Il servizio di assistenza di base nel 43% delle strutture è organizzato con le stesse modalità, anche se maggiori sono i casi di gestione mista (30%) ed esternalizzata. Per l'erogazione del servizio fisioterapico, invece, la percentuale di scelta tra la gestione diretta o esternalizzata si equivale (43%). Tra i servizi alberghieri, quello di ristorazione è esternalizzato nel 62% delle RSA come quello relativo al lavaggio della biancheria piana; mentre per il lavaggio degli indumenti personali degli assistiti risulta prevalente la gestione interna.

1.2 Le dimensioni del sistema di valutazione delle RSA e gli indicatori pilota

Durante il termine dato per compilare il questionario on line (cd Carta d'identità della RSA), i referenti delle strutture pilota, supportati dai ricercatori del MeS e divisi in tre gruppi di lavoro a composizione mista (referenti di strutture pubbliche, private e appartenenti al terzo settore), hanno definito le dimensioni del sistema di valutazione ed il primo set di indicatori pilota.

Il sistema, validato congiuntamente da tutti i referenti, si è articolato, quindi, in sei dimensioni per complessivi sessantadue indicatori: dimensione A. Salute della popolazione, B. Organizzazione dei servizi assistenziali (19 indicatori relativi al Piano Assistenziale personalizzato, attività ricreative e di animazione, partecipazione dei familiari, igiene personale e assistenza nel fine vita), C. Assistenza socio – sanitaria (18 indicatori su ulcere da pressione, cadute, infortuni, contenzione e incontinenza, infezioni, farmaci e visite specialistiche), D. Valutazione degli utenti (comprensiva della soddisfazione dei parenti), E. Benessere organizzativo (relativa agli operatori) con nove indicatori relativi alla formazione, agli infortuni ed agli esiti dell'indagine di clima interno, F. Dinamica economico - finanziaria e efficienza operativa (16 indicatori riguardanti soprattutto il costo socio – sanitario su pl autorizzato). Per ogni indicatori è stata redatta e resa disponibile un'apposita scheda contenente le specifiche e le modalità di raccolta dei dati.

2. La valutazione

La seconda fase del progetto è iniziata nel mese di Luglio 2012. La raccolta dei dati è stata preceduta dallo svolgimento delle indagini di soddisfazione su assistiti, familiari ed operatori. I risultati di queste indagini si sono tradotte, in sede di elaborazione della valutazione complessiva delle singole RSA (bersaglio), in indicatori delle dimensioni D (soddisfazione degli assistiti/parenti) ed E (benessere organizzativo).

2.1 La soddisfazione degli assistiti

Alcuni ricercatori MeS, adeguatamente formati allo scopo, si sono recati presso le RSA e, sulla base dell'elenco degli ospiti presenti in struttura, fornito dal responsabile, hanno somministrato, utilizzando la metodologia dell'intervista face to face, un questionario di soddisfazione. Le dimensioni e le domande del questionario sono state elaborate tenendo conto della letteratura esistente e con il supporto di un panel di esperti a livello internazionale. Gli assistiti eleggibili per l'intervista sono stati individuati in maniera casuale sulla base dell'elenco fornito agli intervistatori che includeva alcuni dati anagrafici degli ospiti del servizio RSA, presenti in struttura da oltre un mese. Le dimensioni del questionario sono le seguenti: accoglienza ed orientamento, ambiente e comfort, servizi, attività, relazioni con l'esterno, assistenza, rapporti con il personale, rispetto della privacy e valutazione complessiva. L'intervistatore ha introdotto ogni dimensione del questionario utilizzando una breve frase di spiegazione concordata preliminarmente e di facile comprensione per l'ospite. Data la particolare situazione di fragilità degli ospiti presenti in RSA e le possibili condizioni cognitive, gli intervistatori hanno inizialmente proposto tre (3) domande di contesto al

fine di validare la capacità dell'ospite di rispondere al questionario. Gli ospiti a cui è stata proposta l'intervista sono stati complessivamente 1692 pari al 55,6% (3042) degli assistiti complessivamente presenti nelle RSA nei giorni delle interviste. Gli intervistati che hanno concluso validamente il questionario sono stati 1116, pari al 66% degli assistiti a cui è stata proposta l'indagine ed al 37,5% degli ospiti presenti complessivamente nelle strutture il giorno dell'intervista. Gli ospiti che hanno risposto al questionario sono prevalentemente donne (67,8%), senza problemi di vista ed udito; sono in carrozzina il 36%. L'età media degli intervistati è di 83 anni. Coloro che hanno parenti sono il 90%. Prima di essere inserito in RSA, in oltre il 70% dei casi, l'ospite risiedeva nella stessa zona in cui ha sede la struttura; ciò si verifica per l'85% degli assistiti in strutture comunali e per il 79% di quelli delle ASL. Circa il 40% degli intervistati si trova in struttura da più di tre anni e ciò accade prevalentemente nelle strutture pubbliche. Gli assistiti provenienti da altre RSA sono complessivamente il 7%, mentre coloro che risiedevano fuori zona sono il 18,5%. I risultati complessivi mostrano un'elevata variabilità rispetto a quasi tutte le dimensioni indagate dal questionario ma una complessiva soddisfazione da parte degli assistiti. L'aspetto maggiormente critico, rilevato in modo trasversale, è quello inerente la libertà di scelta. A questo si aggiungono il momento del pre-ingresso, le attività ricreative e le relazioni con l'esterno.

2.2 La soddisfazione dei parenti/persona di riferimento

Sulla base di studi condotti in Canada e negli Stati Uniti, si è ritenuto opportuno, condurre due distinte indagini per valorizzare l'esperienza degli assistiti e quella dei loro familiari, nella convinzione che la percezione della qualità dei servizi e della vita di coloro che vivono la RSA nella veste di familiari è diversa dalla valutazione di coloro che in esse sono direttamente assistiti.

Il ricorso all'assistenza residenziale da parte dei familiari può essere, infatti, determinata da molteplici fattori, quali il peggioramento delle condizioni fisiche e/o mentali del proprio congiunto, la lontananza delle reciproche residenze, l'esistenza di rapporti conflittuali che non consentono coabitazioni, situazioni familiari, di salute e lavorative già difficili, tentativi falliti di mantenere insieme la coppia genitoriale quando uno dei due diventa non autosufficiente. Può trattarsi spesso di una scelta obbligata, dopo tentativi di trovare soluzioni diverse — l'inserimento in centro diurno, la presenza di una badante a domicilio, la coabitazione con un figlio. Questi vissuti, insieme ai sensi di colpa e di inadeguatezza che spesso ne derivano, se non intercettati, possono influire sulla relazione tra parente ed operatore/struttura in modo significativo e tale da condizionare la valutazione del servizio. Si è rilevato, infatti, che, se in presenza di alcune aspettative, solitamente non espresse, dal familiare, come, ad esempio, la possibilità di mantenere la maggior parte delle abitudini di vita e di relazione, dall'abbigliamento all'alimentazione, dagli orari di visita ad alcune attività di assistenza, la RSA risponde con le regole che si è data per uniformare sia l'attività assistenziale che le presenze dei familiari, la valutazione del parente, nell'indagine di soddisfazione, sarà tendenzialmente negativa, indipendentemente dall'esperienza e dalla qualità di vita del proprio congiunto nella residenza. Diversamente, laddove le strutture hanno avviato un percorso di analisi delle modalità di inclusione della famiglia nel processo di presa in carico, (ad esempio, garantendo la partecipazione dei familiari alla redazione del Piano Assistenziale Individualizzato o all'organizzazione dei servizi), le indagini di soddisfazione danno risultati più positivi, con conseguente miglioramento anche della qualità di vita degli ospiti. Tenendo conto di queste considerazioni, l'indagine di soddisfazione ed esperienza dei familiari degli ospiti delle RSA Toscane è stata costruita e avviata sulla base della convinzione che un valido strumento di valutazione delle performance delle RSA, che deve essere multidimensionale, debba valorizzare il punto di vista dei familiari in modo distinto da quella degli assistiti.

Alle persone di riferimento degli ospiti delle residenze è stato quindi proposto un questionario articolato in nove Sezioni per complessive 37 domande. La rilevazione è stata effettuata utilizzando la metodologia dell'intervista telefonica (Computer Assisted Telephone Interviewing) che permette di somministrare le domande leggendole sullo schermo del computer e di registrare immediatamente le risposte dei singoli soggetti su supporto informatico. Gli intervistatori del MeS

hanno contattato le persone di riferimento degli ospiti sulla base di elenchi forniti dalle RSA. Per evitare possibili bias (elementi distorsivi del campione) sono stati eliminati i nominativi relativi ad amministratori di sostegno, tutori o assistenti sociali coincidenti con responsabili di strutture o dei servizi sociali afferenti alle strutture in relazione alle quali veniva condotta l'indagine. Sono stati intervistati solo i parenti di ospiti residenti in RSA da più di un mese. Le interviste concluse validamente sono state 1013. Il 62% degli intervistati è di sesso femminile e ha meno di 65 anni (65%), mentre l'11% ne ha più di 85. Il 20% degli intervistati ha la licenza elementare, il 17% ha un titolo universitario o post-laurea. Il 40% degli intervistati è il figlio/a dell'ospite di RSA, il 38% è il coniuge o fratello/sorella o zio/zia; coloro che hanno un altro grado di parentela, gli amici, gli amministratori di sostegno o i tutori sono il 22%. L'intervistato è l'unico parente dell'ospite nel 32% dei casi. Il 55% dei familiari intervistati dichiara di aver fatto visita all'ospite almeno sei volte nel mese precedente, il 31% si reca in RSA ogni 7-15 giorni e il 13% non ha fatto più di una visita nell'ultimo mese. Gli intervistati dichiarano che il 95% dei loro parenti è inserito in RSA in modo permanente e che, oltre il 78%, vi risiede da oltre un anno. Tra questi, il 28% supera i cinque anni di permanenza. Prima di essere inseriti in RSA il 30% degli ospiti si trovava in ospedale; la quota sale al 40% tra gli ospiti delle RSA ASL e scende al 23-25% tra gli ospiti delle ASP e delle RSA dei Comuni. Il 20% degli ospiti ha usufruito di servizi di assistenza domiciliare prima dell'inserimento in RSA e il 36% era ricorso per almeno un periodo all'assistenza di una badante.

L'attesa per l'inserimento in RSA è stata inferiore a un mese per il 40% degli intervistati. Il 30% dei familiari si è rivolto al Punto Insieme per richiedere l'inserimento in RSA, il 47% all'assistente sociale. Tra coloro che si sono rivolti al Punto Insieme, il 43% ha incontrato delle difficoltà almeno parziali. Nel caso delle RSA ASL, i familiari che si sono rivolti direttamente alla RSA sono il 6%, che diventa il 25% circa nel caso di RSA private.

Anche nel caso dei familiari le maggiori criticità si rilevano nelle stesse aree evidenziate nell'analisi dei questionari degli ospiti (accoglienza, privacy, libertà di scelta) seppur con percentuali ed accenti diversi.

2.3 Il benessere degli operatori

In concomitanza con le indagini di soddisfazione degli ospiti e dei parenti, si è svolta anche l'indagine di clima interno per verificare lo stato di benessere degli operatori delle RSA. Indipendentemente dallo specifico settore di appartenenza (sanitario, sociale, amministrativo o servizi generali) e dal rispettivo datore di lavoro, è stato proposto ai lavoratori delle residenze di rispondere ad un questionario on line articolato in otto Sezioni (Ambiente di lavoro, Rapporto con i colleghi e responsabile, Rapporto con gli ospiti e i parenti, Comunicazione, Organizzazione tempi di lavoro, Formazione, Caratteristiche della struttura, Motivazione) per complessive sessantacinque domande obbligatorie. L'indagine è stata proposta a più di duemilacinquecento operatori. Il questionario è stato predisposto su una piattaforma web, accessibile via internet tramite username e password. Per ogni RSA sono state create credenziali di accesso in base all'elenco degli operatori impiegati in struttura al 31 maggio 2012, fornito dalle RSA pilota. Per la somministrazione del questionario, diversamente da quanto programmato inizialmente e da quanto avviene per condurre le stesse indagini nelle Aziende Sanitarie Toscane ed in Canada, dato il basso livello di alfabetizzazione informatica ed i forti dubbi espressi dai responsabili di RSA, si è fatto ricorso all'attività di collaboratori del Laboratorio MeS. I ricercatori, dopo aver concordato con i responsabili delle RSA il giorno ed i tempi di svolgimento della ricerca, si sono recati nelle singole strutture per consegnare le istruzioni di compilazione e le credenziali di accesso al questionario web muniti di personal computer; hanno prestato quindi assistenza agli operatori disponibili a partecipare all'indagine. In questo modo, in 59 RSA è stato compilato il questionario di clima interno da oltre 840 operatori. Coloro che non erano in turno il giorno programmato con i ricercatori MeS per l'intervista, hanno potuto partecipare all'indagine direttamente da casa, una volta ritirata la propria credenziale di accesso. Nelle restanti 4 RSA, raccolte le mail private degli operatori, sono state inviate le credenziali e le istruzioni direttamente via mail. I questionari compilati sono stati

1497, pari al 53% degli operatori che lavorano nelle RSA aderenti al progetto. In 20 RSA la percentuale di compilazione è stata maggiore del 60% ed in 10 residenze superiore all'81%. Gli operatori che hanno partecipato all'indagine e che rappresentano la maggior parte della forza lavoro delle RSA sono prevalentemente donne, di nazionalità italiana e di età compresa tra i 35 ed i 49 anni, con dieci anni di anzianità di servizio nel settore dell'assistenza agli anziani e nella stessa struttura. Si tratta quasi sempre di persone con contratto di lavoro a tempo indeterminato per lo più appartenente all'area dell'assistenza di base. Il CCNL di riferimento è generalmente quello delle Cooperative sociali. Circa il 69% dei partecipanti all'indagine è orgoglioso di lavorare nella struttura in cui si trova ed il 65% raccomanderebbe la stessa a parenti ed amici. Sebbene la maggior parte sia soddisfatto dell'organizzazione dei turni di lavoro e del rapporto con gli assistiti, i colleghi ed il responsabile, l'analisi delle risposte fa rilevare alcune criticità per quanto riguarda i tempi di lavoro, la formazione e la comunicazione.

I risultati di tutte le indagini, analizzati non solo per singola RSA ma anche per tipologia di struttura (Pubblica: Asl, Comune, ASP – Privata: No profit e for profit), sono stati presentati e condivisi con tutti i soggetti partecipanti al progetto.

2.4 L'elaborazione degli indicatori ed i bersagli

Nel periodo Novembre – Marzo 2013 sono stati raccolti ed analizzati, infine, i dati necessari a valutare la performance complessiva delle singole RSA. In assenza di flussi informativi e data la bassa percentuale di utilizzo di cartelle socio – sanitarie informatizzate, la raccolta dei dati ha richiesto un enorme sforzo da parte delle strutture pilota. Per alcuni indicatori si è scelto di fotografare la realtà delle aziende individuando un giorno o un determinato periodo indice dell'anno 2011. Ciò ha comportato, ad esempio, l'analisi delle cartelle socio-sanitarie, dei Piani assistenziali individualizzati, dei registri dell'animazione degli ospiti presenti nel giorno o periodo considerato. Per gli indicatori economici invece è stato considerato l'intero anno 2011. I dati sono stati trasmessi attraverso il caricamento di file, in parte preimpostati, su una piattaforma web predisposta a tal fine e ad accesso limitato, attraverso la quale i referenti delle RSA hanno potuto, prima dell'attribuzione della valutazione, confrontare i propri risultati con quelli delle altre strutture, presentare richieste di chiarimenti e specifiche domande, confrontarsi sui diversi modi di interpretare le schede dei singoli indicatori. Anche l'analisi dei dati è stata un'attività impegnativa e delicata. La necessità di avere dati attendibili, puliti e coerenti ha spesso richiesto il riesame di tutte le informazioni pervenute e specifici incontri con i referenti delle RSA. Con un sistema di controlli di coerenza, infine, sono stati eliminati i dati risultati non attendibili. E' stato, quindi, possibile mettere a confronto 51 RSA presenti in tutte le 12 ASL toscane, elaborando per ogni struttura uno specifico bersaglio.

2.5 Il confronto con altre realtà regionali

Durante la fase di valutazione, al fine di promuovere l'approfondimento su alcuni temi indicati come critici dagli stessi referenti delle RSA pilota, sono state organizzate delle visite in RSA di altre tre Regioni italiane. I responsabili della residenze pilota hanno potuto confrontarsi su aspetti quali la quota sanitaria ed i parametri di personale, il ruolo e la regolamentazione degli accessi del Medico di Medicina generale nelle strutture, l'accreditamento socio – sanitario, gli strumenti di valutazione degli assistiti e i flussi informativi esistenti tra RSA/ASL/Regione.

3. I risultati del progetto

La fase di mappatura ha permesso, da un lato, di acquisire, in modo organico, maggiori informazioni sulle caratteristiche gestionali – organizzative delle RSA presenti nel territorio toscano e di conoscerne i diversi contesti ed i servizi offerti, dall'altro, ha messo in evidenza la rilevante variabilità esistente tra le strutture, già portata all'attenzione della Regione da tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona non autosufficiente, indicandone gli aspetti

maggiormente critici e fornendone possibili chiavi interpretative, al fine di garantire una miglior governance dell'intero sistema.

La fase di valutazione ha contribuito a promuovere un percorso di superamento dell'autoreferenzialità, nell'ottica del confronto sistematico e continuo e dell'acquisizione della sensibilità necessaria per individuare le aree che necessitano di intervento, sia da parte delle singole RSA che da parte delle istituzioni regionali.

Oltre ai risultati specifici supportati dai dati acquisiti e dai bersagli prodotti, il progetto ha reso possibile la costruzione di un vocabolario comune tra operatori rimasti a lungo isolati e la creazione di una rete informale di relazioni. Tale rete, improntata al superamento della tradizionale dicotomia tra pubblico e privato ed essendo basata sull'individuazione delle migliori modalità operative ed organizzative necessarie per erogare servizi efficaci, appropriati e di qualità nel rispetto della reciproca diversità e specificità, ha permesso l'avvio di gruppi di lavoro su specifici temi, quali l'applicazione delle Buone Prassi nelle RSA, e, attraverso lo scambio di esperienze, ha dato un nuovo impulso al miglioramento della qualità dei servizi di tutte le residenze.