La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali: il caso della Regione Toscana

Considerando le tendenze demografiche nazionali con riferimento all'invecchiamento e alla prevalenza di condizioni croniche e relative alla non autosufficienza, i servizi sociosanitari e sanitari rivolti agli anziani sono chiamati a utilizzare tutte le leve possibili, gestionali, programmatorie e di innovazione, per rispondere a tali nuovi bisogni. Il presente articolo descrive l'esperienza della Regione Toscana, in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, relativa al sistema di valutazione della qualità delle Residenze Sanitarie Assistenziali con riferimento al target degli anziani non autosufficienti.

Di Sara Barsanti, Giulia Colombini, Emiliano Pardini *(Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)*, Antonella Rosa *(Direttore Misericordia Marina di Pietrasanta, Lucca)*

Secondo alcune recenti stime [1] nel 2028 in Italia la popolazione anziana non autosufficiente sarà pari a circa 6,3 milioni di persone, tra questi gli over-65 le persone non in grado di svolgere le attività quotidiane per la cura di se stessi (dal lavarsi al mangiare) saranno circa 1,6 mln (100 mila in più rispetto a oggi), mentre quelle con problemi di autonomia (preparare i pasti, gestire le medicine e le attività domestiche) arriveranno a 4,7 mln (+700 mila). La non autosufficienza non rappresenta quindi più un fenomeno circoscritto al quale la maggior parte delle persone può non voler pensare, bensì una realtà che occupa una posizione centrale nella società. Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia vivono una fase inedita, segnata da una profonda incertezza circa le loro prospettive future [Gori, 2017].

In tale contesto i servizi sanitari e sociosanitari devono, da una parte, adeguarsi data la crescente rilevanza del fenomeno in termini strutturali e gestionali e, dall'altra, prevedere percorsi di presa in carico innovativi e proattivi, tenendo conto delle varie necessità e dei possibili miglioramenti in termini di qualità e appropriatezza dei servizi resi. Secondo i dati ISTAT (2018) , in Italia, circa 21 anziani ogni 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e sociosanitarie e circa 16 ogni 1.000 anziani residenti sono in condizione di non autosufficienza. Il tasso di ricovero nelle strutture per gli anziani con meno di 75 anni è pari a 5 ogni 1.000 residenti e cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, raggiungendo quota 76 per 1.000 tra gli ultraottantacinquenni.

Perché misurare e valutare il servizio di assistenza residenziale

La misurazione della qualità dei servizi di Long Term Care (LTC), tra cui rientrano le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), rappresenta un processo utile a decisori e manager pubblici che, a livello territoriale, regionale e nazionale, sono chiamati a interpretare i bisogni della popolazione, a pianificare e fornire gli interventi di assistenza necessari e assicurare una presa in carico efficace ed efficiente [Fosti e Notarnicola, 2018; Castle e Ferguson, 2010]. Per i policy maker è sempre più necessario osservare i differenti aspetti che formano un sistema complesso, come quello del sistema socio-sanitario, in modo da pianificarne i miglioramenti e ottimizzare il valore aggiunto che i servizi apportano, anche per render conto alla popolazione delle scelte strategiche intraprese [Nuti e Rosa 2012].

La valutazione della performance dei servizi sociosanitari è assai complessa in quanto entrano in gioco non solo variabili sanitarie, più facilmente misurabili, ma anche variabili sociali legate agli assistiti e alle particolari condizioni di complessità

individuali, che risultano invece più difficili da misurare e codificare. Tali condizioni trovano evidenza nelle analisi dei dati riferiti alla popolazione che oggi accede ai servizi residenziali: persone sempre più anziane, di genere femminile, gravemente non autosufficienti, con alte necessità sanitarie, con problemi cognitivi. [Guaita, Trabucchi, 2017]. In questo contesto, la valutazione delle performance delle RSA può rappresentare un banco di prova in cui, ricercatori e manager pubblici, possono individuare primi percorsi atti a valutare i risultati delle attività assistenziali e sanitarie.

In letteratura sono riportati esempi di paesi in cui sono stati ottimizzati e adottati, a livello nazionale, metodi per la valutazione dei servizi offerti e dei percorsi residenziali. Tra gli strumenti più diffusi per il calcolo di indicatori di qualità a livello internazionale si annovera il ***Residential Assessment Instrument***, diffuso soprattutto negli Stati Uniti, ma anche in Canada ed in alcuni paesi europei. Tale strumento permette di raccogliere dati a livello individuale sui singoli assistiti e costruire poi indicatori, a livello di struttura, riferiti ad una serie di dimensioni tra cui incidenti (incidenza di nuove fratture, prevalenza di cadute), stati comportamentali (prevalenza di sintomi depressivi), stati cognitivi, incontinenza, consumo di farmaci (consumo di oltre 9 categorie di farmaci, consumo di antipsicotici), stati nutrizionali, qualità di vita (prevalenze di mezzi di contenzione) [Hutchinson et al 2010]. Gli indicatori, in questi casi, divengono strumenti che tracciano il percorso dei residenti, utili successivamente al personale delle residenze per valutare, sistematizzare informazioni dei singoli, definire un nuovo piano di cura del residente e valutarne la rispondenza.

Altri paesi, quali il Portogallo, l'Inghilterra [Carpenter et al., 2000] utilizzano database amministrativi per la gestione dei reclami, alimentati da dati di reclamo, ispezioni e segnalazioni. Paesi come Svezia e Norvegia, prevedono registri sanitari di cadute, piaghe da decubito, nutrizione e contenzione Altri paesi, quali il Portogallo, l'Inghilterra [Carpenter et al., 2000] utilizzano database amministrativi per la gestione dei reclami, alimentati da dati di reclamo, ispezioni e segnalazioni. Paesi come Svezia e Norvegia, prevedono registri sanitari di cadute, piaghe da decubito, nutrizione e contenzione [Nuti e Rosa, 2012].

Di seguito viene presentato il progetto "**Il sistema di valutazione delle performance delle residenze sanitarie assistenziali in Toscana**", realizzato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (ndr Laboratorio MeS) utilizzando strumenti propri della valutazione già sviluppati per le aziende sanitarie della Toscana [Nuti et al 2010]. Il percorso di valutazione connesso al progetto è stato avviato nel 2011 con uno studio pilota di 49 strutture residenziali; negli anni successivi tale percorso è stato ampliato e sviluppato, sia in termini di adesioni al sistema che di affinamento degli indicatori utilizzati. Ad oggi, le RSA che volontariamente aderiscono alla valutazione, costituiscono circa un terzo delle 332 RSA presenti in Regione Toscana. Il sistema di valutazione implementato vive un costante processo evolutivo che va, di pari passo, con i cambiamenti istituzionali, amministrativi e tecnologici richiesti alle strutture e con le esigenze dei residenti e delle loro famiglie.

Le caratteristiche del sistema di valutazione della performance delle RSA della Regione Toscana

Il sistema di valutazione proposto dal Laboratorio MeS è basato su tre principali aspetti:

1. il linguaggio della valutazione, ovvero le dimensioni e gli indicatori utilizzati;
2. il processo valutativo in *benchmarking*, ovvero il confronto che può instaurarsi tra diverse strutture sul medesimo set di indicatori, utile al superamento dell'autoreferenzialità
3. la reportistica utilizzata, che deve mantenersi semplice ed efficace per un suo più capillare utilizzo. Per questa ragione, si presuppone che il sistema di valutazione debba essere flessibile e tenere conto della specificità di ogni struttura per facilitare il confronto tra realtà anche molto diverse tra loro per tipologia e dimensione.

Il linguaggio della valutazione: le dimensioni e gli indicatori

Al fine di costruire un sistema di valutazione multidimensionale, capace quindi di cogliere la complessità dell'assistenza fornita nelle RSA, sono state individuate 5 dimensioni di valutazione che prevedono indicatori specifici.

Di seguito si descrivono le dimensioni di valutazione e si fanno degli esempi di indicatori.

- *Organizzazione dei servizi assistenziali (dimensione B)*: raccoglie indicatori relativi ai Piani di Assistenza Individuale (PAI), che costituiscono lo strumento cardine per la gestione della presa in carico degli assistiti, alla loro completezza e tempestività; sono stati inoltre individuati indicatori per le attività ricreative, valutate in termini di quantità e partecipazione. A questi si aggiungono indicatori relativi alla presenza di procedure formalizzate sulla gestione del "fine vita".

- *Assistenza sanitaria (dimensione C):* comprende indicatori riguardanti la qualità clinico assistenziale fornita agli assistiti tra cui cadute, presenza ed evoluzione delle piaghe da decubito e infezioni, utilizzo di diversi mezzi di contenzione. In questa dimensione sono ricompresi anche alcuni indicatori di appropriatezza ed efficienza farmaceutica, nonché alcuni indicatori di monitoraggio dell'utilizzo di altre risorse e servizi sanitari, tra cui il pronto soccorso e il ricovero ospedaliero.

- *Soddisfazione degli assistiti e dei familiari (dimensione D):* fa riferimento all'esperienza e alla soddisfazione degli assistiti e dei familiari sui principali aspetti inerenti la vita nelle residenze tra cui la qualità dei servizi e delle attività e la cortesia del personale (Barsanti et al 2017). Tali indicatori sono calcolati attraverso indagini campionarie effettuate da ricercatori formati attraverso interviste "face to face" agli assistiti e modalità CATI per i familiari. Le sezioni del questionario proposto agli assistiti riguardano, ad esempio, l'ambiente e il comfort della struttura, i servizi, le attività, la libera scelta, la relazione con gli operatori, la relazione con gli assistiti e la valutazione complessiva. Nell'anno 2017, per le 61 residenze che hanno partecipato al sistema di valutazione, sono stati intervistati 1537 assistiti (57% degli assistiti presenti nelle strutture) e 1723 familiari che hanno concluso il questionario (tasso di risposta pari al 75%).

- *Soddisfazione degli operatori (dimensione E):* fa riferimento all'esperienza e alla soddisfazione dei professionisti che lavorano nelle strutture, in termini di qualità dell'ambiente lavorativo, nonché ad aspetti relativi alla formazione, alle assenze e al turn over del personale. Il questionario relativo al clima interno invece prevede domande relative alla struttura, alle condizioni lavorative, al management, al rapporto con gli assistiti e i familiari, alla comunicazione, alla formazione, alla valutazione complessiva, al miglioramento, a note e suggerimenti degli operatori delle strutture. Nel 2017 gli operatori che hanno risposto al questionario di clima interno sono stati 1501 (con tasso di risposta pari al 57,8%).

- *Efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria (dimensione F):* relativa agli indicatori più prettamente economici e di efficienza tra cui il tasso di occupazione dei posti letto e i costi della gestione caratteristica.

A queste dimensioni si aggiungono alcuni indicatori macro sulla salute della popolazione (*Salute della popolazione dimensione A*) utilizzati per descrivere il contesto demografico in cui le strutture si trovano ad operare. Questi non concorrono direttamente alla valutazione della performance, ma offrono una chiave di lettura e di pesatura dei bisogni della popolazione di riferimento. La tabella 1 riassume, per ciascuna dimensione di valutazione, alcuni indicatori di esempio.

Dimensione di valutazione	Indicatori di esempio
B. Organizzazione dei servizi assistenziali	Percentuale di assistiti non autosufficienti con Piano Assistenziale Individuale (PAI) Percentuale di assistiti con PAI redatti entro 30 giorni Percentuale di assistiti non autosufficienti con PAI condiviso da un familiare Percentuale di ospiti che partecipano alle attività ricreative Percentuale di ore di apertura della struttura
C. Assistenza sanitaria	Tasso di assistiti non autosufficienti che hanno sviluppato ulcere da pressione durante la permanenza in struttura Tasso di cadute con accesso al pronto soccorso, ricovero o decesso dell'assistito Percentuale di assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica Percentuale di assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica diversi dalle spondine a tutta lunghezza del letto Percentuale di assistiti a cui è stato somministrato il vaccino antinfluenzale
D. Soddisfazione degli assistiti e dei familiari	Valutazione degli assistiti sulla qualità del cibo Valutazione dei familiari sulla qualità dei servizi erogati dalla struttura
E. Soddisfazione degli operatori	Turn over degli addetti all'assistenza alla persona Percentuale di operatori addetti all'assistenza che hanno frequentato corsi di formazione non obbligatoria
F. L'efficienza operativa e la dinamica economico-finanziaria	Tasso di occupazione posti letto autorizzati Costi di assistenza sanitaria per giornata pesata Costi di gestione caratteristica per giornata pesata

Tabella 1 – Esempi di indicatori del sistema di valutazione delle RSA in Toscana

Non esiste, al momento, un flusso di dati diretto tra i soggetti erogatori di servizi residenziali sociosanitari ad anziani non autosufficienti e il sistema informativo delle aziende sanitarie o della Regione Toscana. Gran parte dei dati che alimentano il sistema di valutazione vengono quindi forniti dai referenti delle strutture aderenti attraverso l'estrapolazione delle informazioni contenute nei sistemi gestionali, ove presenti, o nei documenti amministrativi cartacei (ad es. cartelle socio-sanitarie, registro presenze assistiti, registro monitoraggio cadute). A seguire, viene effettuato un lavoro di verifica sulla coerenza dei dati acquisiti e i dati, validati e certificati, confluiscono in una piattaforma web dedicata tramite cui il management delle strutture ha la possibilità di consultare i risultati conseguiti nei diversi ambiti della valutazione. L'adozione di una tecnologia web based, con accesso riservato, permette di disseminare con estrema semplicità i dati e i risultati del progetto di valutazione (tutto quello che occorre è una connessione internet) e, allo stesso tempo, grazie al controllo centralizzato dei dati, permette di gestire in modo efficace ed efficiente gli aggiornamenti e i caricamenti dei dati.

La valutazione in benchmarking

Il secondo elemento fondamentale di un sistema di valutazione in ambito pubblico è il processo valutativo in sé, che si traduce attraverso l'espressione di un valore, di un giudizio basato su un confronto o su uno standard. Questo, se da una

parte identifica il processo valutativo, dall'altra lo rende assai complesso in quanto non risulta possibile definire a priori standard ed obiettivi di riferimento, codificabili e uniformemente validi, per tutti gli ambiti di misurazione e per gli indicatori identificati.

In questo senso, in termini di standard e, quindi, di valutazione rispetto all'obiettivo, sono stati adottati i seguenti criteri e cinque fasce di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto dalla comunità dei professionisti;
- in assenza di uno standard internazionale è stato considerato uno standard nazionale all'interno di eventuali processi e contesti programmatori e di pianificazione quali, ad esempio, per la valutazione sanitaria i Piani Sanitari Nazionali, il Patto per la Salute, il Piano Nazionale Esiti o il Piano Nazionale sulla Prevenzione
- in assenza di uno standard nazionale si può far riferimento a obiettivi stabiliti a livello regionale, con delibera regionale o nel piano sanitario regionale;
- in assenza di uno standard regionale di riferimento si considera, come standard valutativo, la media o la mediana regionale rispetto all'indicatore e/o il trend negli anni.

Una volta stabilito lo standard da raggiungere, si definiscono cinque diverse fasce di valutazione in maniera proporzionale al raggiungimento dello standard. Ciascuna fascia di valutazione viene identificata con un determinato colore e corrisponde ad un punteggio specifico – score da 0 a 5 – (figura 1):

- fascia verde: performance ottima (score 4-5). Risultato che supera l'obiettivo previsto;
- fascia verde chiaro: performance buona (score 3-4). Risultato che si avvicina molto all'obiettivo previsto;
- fascia gialla: performance non negativa ma presenti ampi spazi di miglioramento (score 2-3). Obiettivo non raggiunto;
- fascia arancione: valutazione che presenta una situazione preoccupante, performance che deve essere migliorata (score 1-2). Si è lontani dal raggiungimento dell'obiettivo;
- fascia rossa: la valutazione indica che sono stati ottenuti risultati pessimi su cui è essenziale intervenire tempestivamente vista la lontananza del risultato rispetto all'obiettivo da raggiungere (score 0-1).

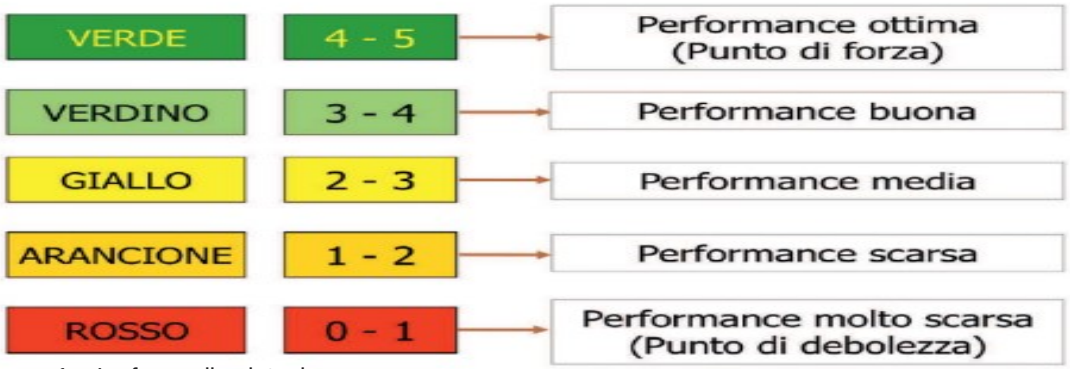


Figura 1 – Le fasce di valutazione

Si riportano, di seguito, alcune esempi di valutazione degli indicatori utilizzati nel 2017. In figura 2 è rappresentato l'indicatore relativo alla percentuale di giorni con attività di ricreativa svolta da personale della struttura. Il calcolo della percentuale viene effettuato dividendo il numero dei giorni in cui sono state organizzate attività ricreative svolte da personale della struttura, con qualifica di animatore e/o educatore, per le giornate dell'anno indice (anno di riferimento, nel caso rappresentato in figura 2 è il 2017). Le strutture con una percentuale di attività ricreativa, svolta dal personale della struttura, superiore al 90% sono considerate con una performance ottima (e sono colorate in verde scuro nel grafico); le strutture,

invece, con una percentuale inferiore al 60% sono considerate avere una performance scarsa.

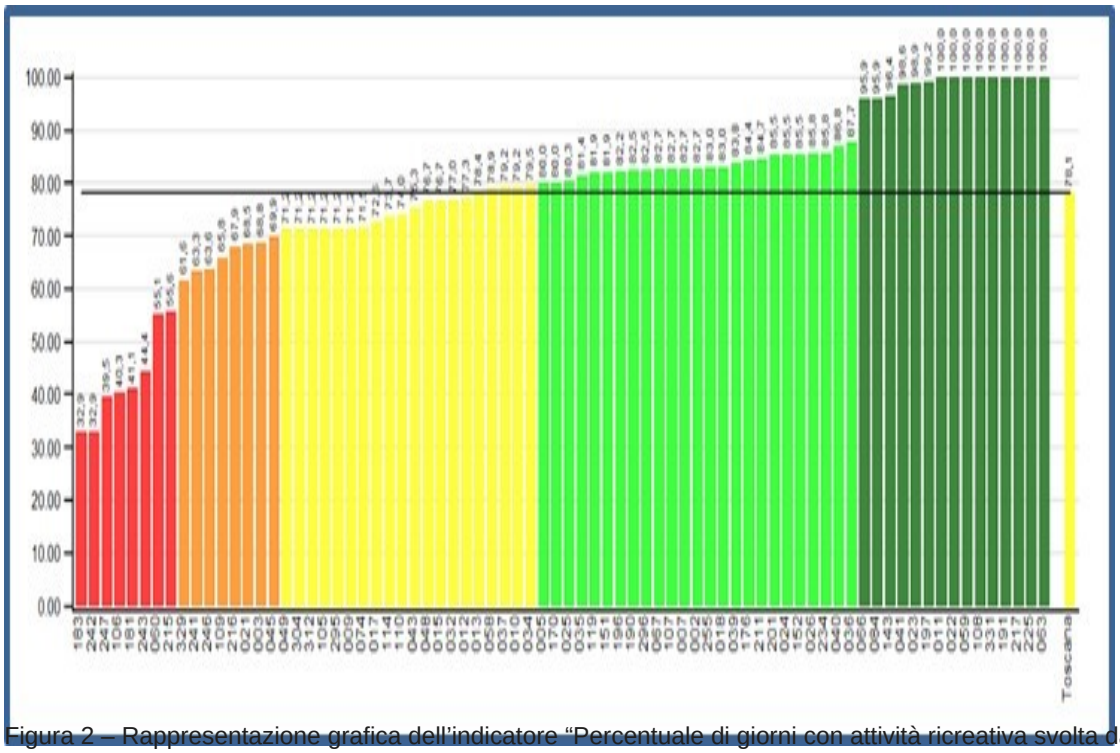


Figura 2 – Rappresentazione grafica dell'indicatore "Percentuale di giorni con attività ricreativa svolta da personale della struttura".

La figura 3 presenta l'indicatore relativo alla *Percentuale di assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica diversi dalle spondine a tutta lunghezza del letto*. Il fenomeno misurato dall'indicatore rappresenta un tema assai sensibile e dibattuto, con riferimento all'assistenza residenziale. L'indicatore è calcolato dividendo il numero di assistiti non autosufficienti sottoposti a tali mezzi di contenzione per il numero di assistiti non autosufficienti presenti in struttura nel periodo di riferimento. La media toscana di assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica, diversi dalle spondine a tutta lunghezza del letto, è pari a 22,2%; le strutture considerate migliori sono quelle che hanno una percentuale inferiore all'8% di assistiti sottoposti a mezzi di contenzione (rappresentate in verde), mentre le strutture con performance peggiori hanno una percentuale superiore al 30% (rappresentate in rosso).

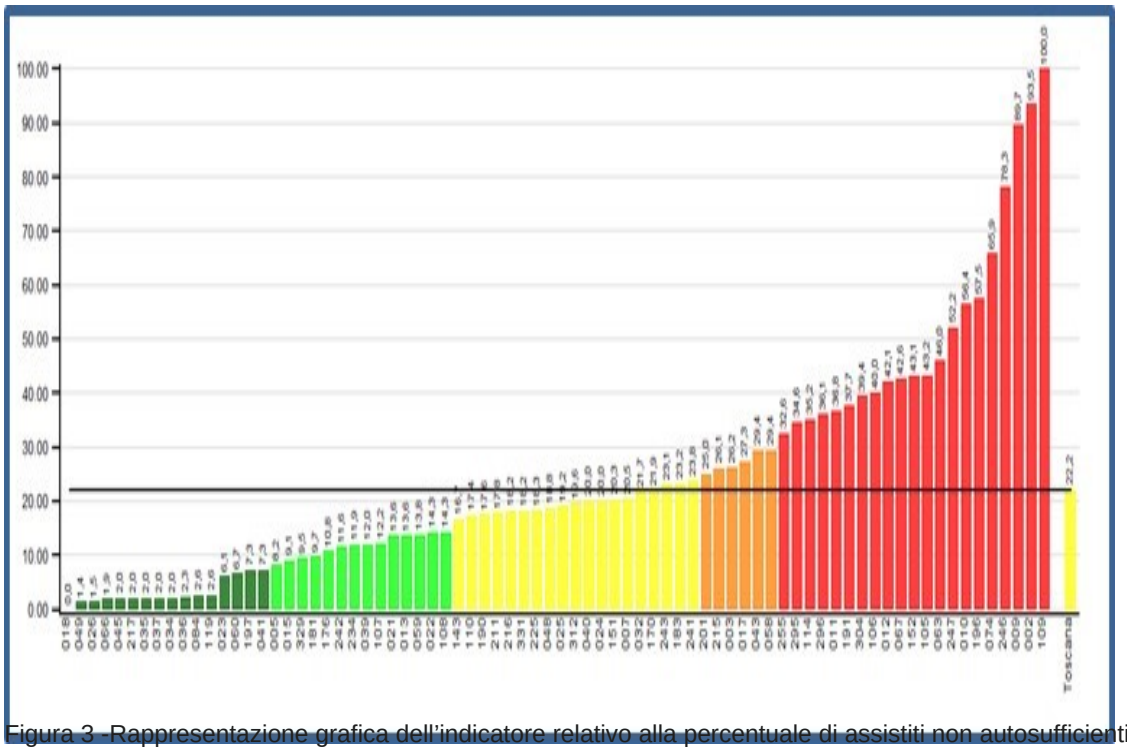


Figura 3 -Rappresentazione grafica dell'indicatore relativo alla percentuale di assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica diversi dalle spondine a tutta lunghezza del letto

La figura 4 rappresenta invece l'indicatore relativo alla soddisfazione degli ospiti. Questo indicatore è alimentato dai dati raccolti dalle indagini di soddisfazione degli assistiti ed è calcolato dividendo la somma dei punteggi relativi alle risposte alla domanda "si trova bene in questa struttura?" ("Sì, completamente", "Sì, in parte", "No") su una scala da 0 a 100 per il numero di rispondenti alla stessa domanda. L'indagine di soddisfazione è stata effettuata mediante un questionario somministrato tramite intervista face to face e rivolto agli assistiti che hanno ottenuto un punteggio superiore a 9 al test MMSE[2]. Nel grafico si evidenziano buoni livelli di soddisfazione, con alcune RSA che arrivano ad una soddisfazione massima parti a 100/100. Le indagini di soddisfazione permettono di indagare la qualità offerta secondo il punto di vista degli assistiti, consentendo anche di evidenziare le possibili leve di miglioramento dei servizi (Barsanti et al 2017).

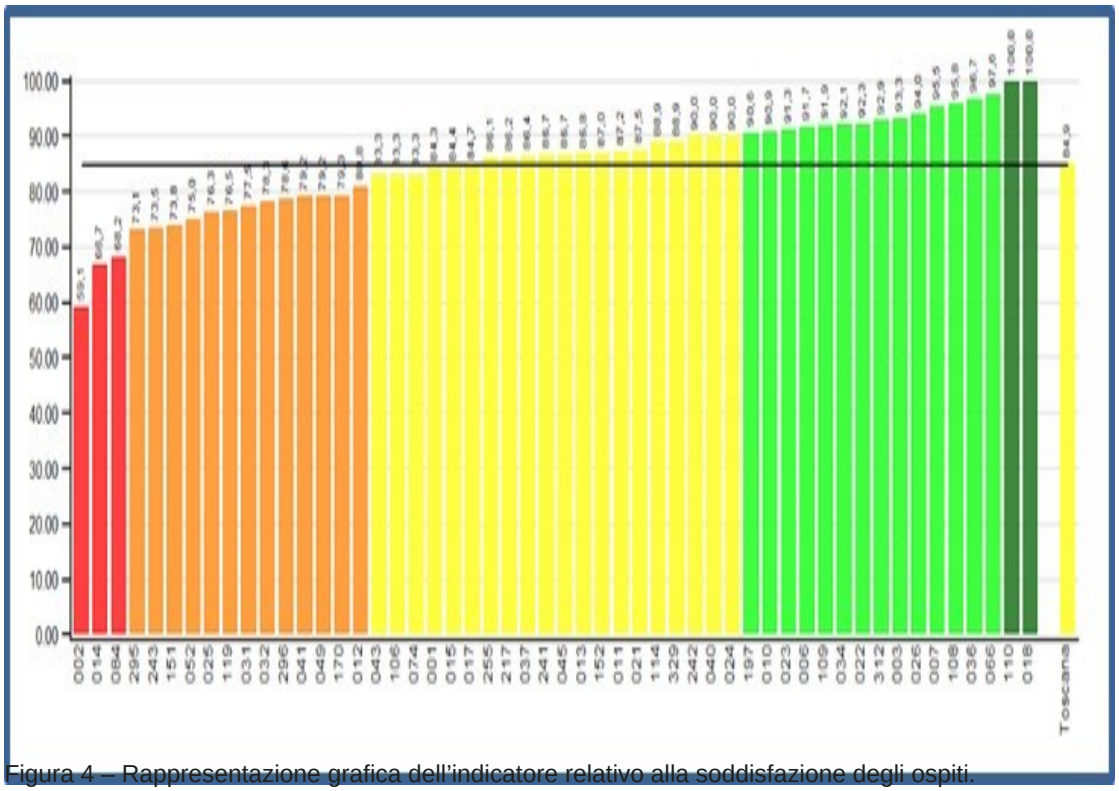


Figura 4 – Rappresentazione grafica dell'indicatore relativo alla soddisfazione degli ospiti.

La reportistica di sintesi: il bersaglio

I risultati delle performance delle singole strutture sono definiti in base a un set di indicatori, dettagliati e sintetizzati in indicatori rappresentati nel "**bersaglio**" (figura 5). Il bersaglio è uno strumento già adottato per il sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie, sia della Regione Toscana che di altre istituzioni pubbliche[3]. Gli indicatori che avranno performance ottima, quindi con un punteggio tra 4 e 5 e colorazione verde scuro, saranno posizionati nel parte centrale del bersaglio; gli indicatori con performance assai scarsa, con un punteggio compreso tra 0 e 1, saranno invece posizionati nella fascia esterna di colore rosso.

Alla fine del percorso di raccolta e elaborazione dei dati, effettuato dal Laboratorio MeS, ciascuna residenza ha a disposizione i bersagli relativi alla propria performance. La figura seguente mostra un esempio di bersaglio per una RSA. Si nota facilmente come la struttura abbia diversi punti forza, come la gestione del fine vita, la gestione delle ulcere, la gestione delle infezioni e la percentuale di partecipazione all'indagine degli operatori; le criticità maggiori, invece, sono relative alle cadute, alla contenzione e alla soddisfazione dei familiari e operatori.

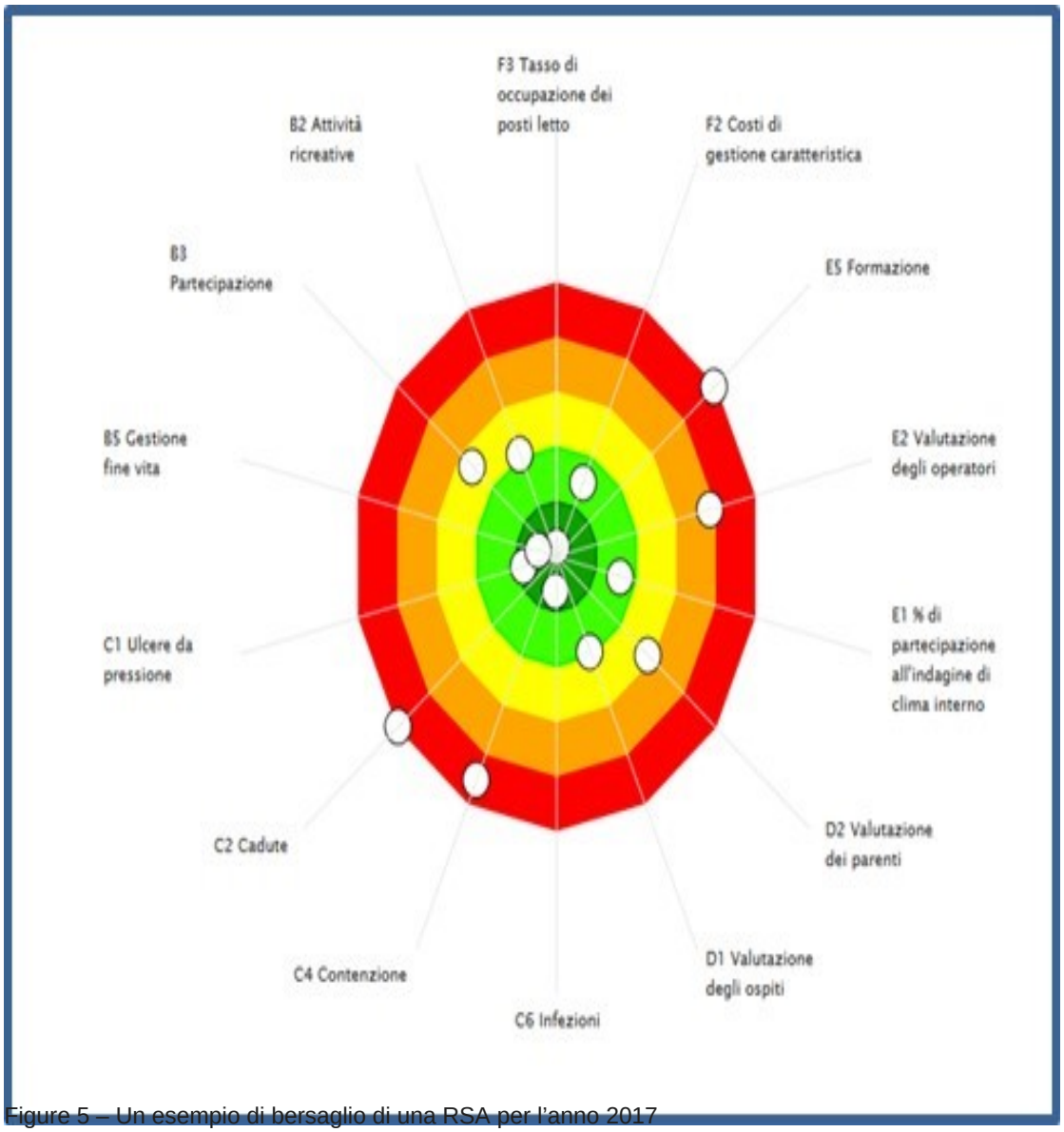


Figure 5 – Un esempio di bersaglio di una RSA per l'anno 2017

I dati raccolti dalle diverse indagini rivolte ad assistiti, parenti e operatori vengono elaborati dai ricercatori e presentati in un report, completo e personalizzato per ciascuna struttura, che descrive, in modo sintetico, i risultati emersi dalle indagini svolte. I risultati vengono presentati dando evidenza del dato "storico" nelle diverse risposte al fine di facilitare il confronto delle performance nel tempo, sia per singola organizzazione che per organizzazioni aggregate. Inoltre, per facilitare il *benchmarking*, le strutture possono comparare i dati riferiti alla propria organizzazione e, relativamente a ciascun quesito, con la media toscana o con i risultati emersi in altre strutture.

Conclusioni

Il sistema di valutazione delle residenze sanitarie assistenziali in Toscana è un sistema in continua evoluzione, che prevede fasi di aggiornamento di indicatori e modalità di calcolo degli indicatori e aggiornamento dei relativi questionari utili per la raccolta dati. La valutazione può divenire l'occasione per la raccolta di informazioni in maniera sistematica sia sulla qualità assistenziale fornita, sia sulla qualità percepita da assistiti, famiglie e operatori. La raccolta dei dati richiede la costruzione di database e l'individuazione di misure utili per osservare, nel tempo, i servizi offerti e avere la possibilità di confrontare servizi

anche diversi tra loro (Nuti e Rosa 2012).

Il lavoro svolto dal Laboratorio MeS è un lavoro sia di ricerca e confronto della metodologia, implementata a livello internazionale, che di miglioramento dei presupposti metodologici (come ad esempio indicatori e questionari dedicati) e dei supporti informatici necessari per la raccolta dei dati e la loro elaborazione. Gli esiti della valutazione sono inoltre utili per i direttori delle strutture che possono consultare i risultati raggiunti e confrontarsi con tutte le altre strutture partecipanti al sistema. Anche gli amministratori pubblici possono usufruire dei dati relativi ai percorsi di valutazione in corso nelle strutture, disponendo in questo modo di un sistema di monitoraggio costante di un settore sempre più in espansione e con ampi margini di miglioramento.

L'impostazione di questo lavoro rimane un punto di riferimento centrale anche per l'accreditamento socio-sanitario regionale. Ciò è dimostrato, in parte dalla collaborazione che emerge tra il Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa e le strutture regionali predisposte alla revisione dei regolamenti per l'accreditamento e, in parte, dal fatto che le strutture che decidono di partecipare al sistema di valutazione sono raddoppiate rispetto alla fase iniziale del progetto.

Foto di Jérémy PASTOURET da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Barsanti S., Walker K., Seghieri C., Rosa A., Woodchis W., (2017), *Consistency of priorities for quality improvement for nursing homes in Italy and Canada: A comparison of optimization models of resident satisfaction*, in Health Policy, June 2017, 121(8) DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.004

Carpenter G. I., Bernabei R., Hirdes J. P., Mor V., Steel K., (2000), *Building evidence on chronic disease in old age: Standardised assessments and databases offer one way of building the evidence*, BMJ, 320(7234): 528–529

Castle N. G., Ferguson J. C., (2010), *What is nursing home quality and how is it measured?*, in The Gerontologist, 50(4), 426-442

Guaita A., Trabucchi M., (2017), *La residenzialità*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. *6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte,* Santarcangelo di Romagna, Maggioli

Gori C., (2017), *L'età dell'incertezza*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte,* Santarcangelo di Romagna, Maggioli

Fosti G., Notarnicola E., (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care*, EGEA spa

Hutchinson A. M., Milke D. L., Maisey S., Johnson C., Squires J. E., Teare G., Estabrooks C. A., (2010), *The resident assessment instrument-minimum data set 2.0 quality indicators: a systematic review*, BMC health services research, 10(1), 166

I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Istat 2018 https://www.istat.it/it/files//2018/05/Presidi-residenziali_2015.pdf

Nuti S., Rosa A., (2012), *Il sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione*, Pisa, Pacini Editore

Nuti S., (2010), *La valutazione delle performance in sanità* (a cura di), Bologna, Edizioni Il Mulino

Rapporto Osservasalute 2017 (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane), Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017