



Pubblichiamo il documento sulle **RSA**, preparato da una commissione presieduta da Antonio Guaita, e già approvato tempo fa dagli organi societari. La diffusione del testo rappresenta un contributo rilevante al dibattito, particolarmente in un momento nel quale l'organizzazione dei servizi per l'anziano è al centro di un interesse diffuso.



LINEE GUIDA DELLA SIGG PER LE RSA

Premessa

Oggi in Italia meno del 2% di ultra65enni sono ricoverati in strutture residenziali, e meno dell'1% sono seguiti al domicilio. Pur considerando che in regioni più fornite di servizi, come la Lombardia, si arriva al 2,9% di ultra65enni ricoverati, siamo tuttavia lontani dalle medie europee, di 5% di ricoverati e 7% di assistiti al domicilio¹.

Le strutture di ricovero e il futuro della domanda

1. Andamento demografico: le classi di età più anziane stanno aumentando ad un ritmo più alto della crescita della popolazione anziana in generale; fra il 1997 e il 2021 si calcola che gli ultra65enni italiani passeranno da 9.993.000 a 13.209.000 (+ 32%), mentre gli ultra80enni da 2.299.000 a 4.090.000 (+ 78%), secondo stime ISTAT. Gli ultra80enni quindi stanno aumentando percentualmente più degli ultra65enni².
2. La dinamica della disabilità: viviamo di più, ma viviamo anche meglio? Secondo la classica teoria della "compressione della morbilità"³, spostandosi verso destra la curva di morbilità questa si avvicina sempre più alla curva di mortalità, così da ridurre progressivamente l'area della malattia e della disabilità degli anziani, e quindi i loro bisogni. In realtà è stato dimostrato che si è certamente guadagnata vita attiva e salute, ma contemporaneamente non è diminuita la lunghezza del periodo medio che si passa come disabili gravi⁴; questo dato è confermato anche da osservazioni più recenti, per cui il trend non sembra essersi modificato negli ultimi anni, anche se la discussione non è chiusa⁵. La conseguenza principale è che si è spostata l'intera coorte della "età della vecchiaia" verso età maggiori: anche considerando che i numeri non cambiano molto, è facile comprendere che assistere un anziano dipendente di 90 anni invece che di 60 anni non è la stessa cosa, né dal punto di vista biologico, né da quello sociale. E, tutto sommato, non lo si fa per meno tempo, per cui il bisogno di servizi non risulta diminuito.
3. Bisogno legato al minor sostegno familiare: a questo si aggiunge la previsione che per il futuro l'appoggio assistenziale della famiglia sarà senza dubbio minore: non solo perché ci sono meno figli, ma perché questi lavoreranno più a lungo. Fino ad ora una quota non indifferente del sostegno agli anziani inabili, è data dalla presenza nelle famiglie di due generazioni di pensionati. Se la legge porta ad abolire i pensionamenti "giovani", verrà a mancare anche questo sostegno⁶.

È possibile che in futuro le richieste di servizi residenziali seguano trend di minor incremento rispetto a quelli attuali in relazione a politiche specifiche di incentivo alla cura domiciliare (ad esempio incentivi economici come il "bonus" e il "voucher" socio sanitario⁷, così come dalla diffusione della assistenza personale delle cosiddette badanti, ma non è prevedibile una riduzione generale e consistente di domanda di servizi da parte degli anziani.

Il quadro di un futuro dove aumenteranno i bisogni sia per numero che per complessità, mentre sono destinate a diminuire o a non crescere le risorse di cura (meno famiglia, meno intervento pubblico) non è certo tranquillizzante. Ogni servizio della rete geriatrica, là dove esiste, si trova sempre di più di fronte alla necessità di far quadrare il cerchio fra bisogni crescenti e risorse scarse.

L'epoca in cui si potevano avere risorse senza dover dimostrare il proprio livello di efficienza ed efficacia, sta rapidamente finendo. In questo le RSA non fanno eccezione, ma anzi si collocano al centro di questo processo. La risposta non può essere quindi solo: più anziani con più bisogni = più RSA, quanto: più anziani con più bisogni = RSA migliori.

Questo quadro epidemiologico, di sicuro interesse generale, rafforza ancor più la necessità di assicurare, da parte della comunità nazionale o regionale, una adeguata copertura economica ai costi assistenziali della non autosufficienza degli anziani.

La crisi dei modelli residenziali tradizionali, conseguenza di una diversa qualità dei bisogni espressi dalla popolazione anziana

1. La RSA sostituisce le precedenti soluzioni residenziali per la cura degli anziani in condizione di dipendenza. Non esaurisce invece la possibilità di soluzioni diversificate o innovative, per altre tipologie di bisogno residenziale degli anziani.
2. Vi è stato negli anni scorsi un continuo ed importante mutamento nella struttura organizzativa delle residenze, che si sono trasformate da residenze a prevalente componente sociale (per “autosufficienti”) a luoghi di cura per anziani disabili gravi (“non autosufficienti”). Questo cambiamento fra gli anni '70 e '80 ha portato faticosamente la maggioranza delle strutture ad incrementare le proprie capacità assistenziali e a promuovere la presenza di personale e di attività più qualificate per questo tipo di bisogno. È stato un processo molto esteso, pur con gravi carenze, disomogeneità, errori, dovuti alla sua spontaneità e necessità, più subito che guidato, peraltro in maniera diversa, nelle diverse regioni italiane. Oggi stiamo assistendo ad un ulteriore cambiamento, per cui le persone che necessitano di una struttura residenziale sono non solo più anziane e più dipendenti, ma anche accompagnate da più problemi clinici contemporaneamente.
3. L'aumento della età dei ricoverati in RSA ha trascinato con sé un aumento di dipendenza e di instabilità clinica e vi è un'alta quota di problemi sanitari specifici presente nei degenti in RSA⁸. Il peso della instabilità clinica e dei problemi sanitari sta caratterizzando anche le domande di ammissione ai servizi residenziali⁹. A questo aumento di bisogni sanitari specifici può aver contribuito l'avvento dei DRG ospedalieri, per cui i malati sono dimessi "sicker and quicker", cioè più malati e prima. Questo andamento è confermato da alcuni dati: lo studio GIFA ha messo in evidenza come l'introduzione dei DRG ha consentito risparmi di degenze in ospedale che si sono tradotte in un maggior onere per il sistema socio-sanitario di “long term care”, per la maggior quota di disabili alla dimissione (dal 24,6% al 28,4% fra il 1993 e il 1996)¹⁰.
4. Vi è sempre più spesso l'associazione della disabilità fisica e psichica, per la epidemia esplosiva delle demenze senili, per cui in Europa si parla di raddoppio di prevalenza di tali malattie ogni 5 anni a partire dai 65 anni. Ma nelle residenze (o le loro equivalenti Nursing Homes, nel mondo anglosassone) la prevalenza arriva al 50%, e per alcuni, se consideriamo tutta la patologia psichica e non solo le demenze, si arriva al 90% dei ricoverati¹¹.
5. Un altro elemento da considerare riguarda la specificità della disabilità nei ricoverati di età sempre più avanzata che caratterizza le RSA: diventa prevalente la quota di persone che sono disabili non per fatti improvvisi e catastrofici, come malattie acute o traumi, ma per un insieme di cedimenti, ciascuno dei quali da solo non sarebbe in grado di togliere l'autonomia, ma che, insieme, determinano l'incapacità e la dipendenza¹².
6. Per gli anziani ricoverati la malattia non è un avvenimento successo “prima” della disabilità, ma più spesso è uno dei più importanti segni e sintomi di una malattia che persiste, che accompagna nel tempo la disabilità, secondo anche la visione proposta dall'WHO nell'ICF¹³.

La RSA è quindi luogo di accoglienza e cura di anziani con bisogni sanitari e assistenziali diversificati che richiedono la definizione di un “case mix” quali/quantitativo basato sul consumo delle risorse, ma riconducibile a 2 grandi tipologie: *anziani con necessità di cura e riabilitazione per il reinserimento nella situazione residenziale precedente l'evento disabilitante e anziani ricoverati per cure continuative e protesiche*.

A tutt'oggi gli strumenti integrati di valutazione multidimensionale sono quelli che più rispondono alla necessità di definizione dei bisogni di queste popolazioni. Il VAOR costituisce oggi lo strumento migliore per definire il “case mix” e ne è raccomandato l'uso da questa società¹⁴.



La RSA è una sede tipica per la pratica geriatrica: la scarsa dotazione tecnologica, la estensione della polipatologia, il costante intreccio critico fra tutte le dimensioni della vita e della cura (fisica, psichica, sociale, ma anche architettonica, economica, urbanistica) e perfino la presenza connaturata di dilemmi etici non evitabili fra libertà e sicurezza degli individui, ne fanno un terreno privilegiato per la medicina geriatrica, che sa dare obiettivi di sostegno e promozione del benessere delle persone anziane anche in queste condizioni di estrema fragilità. La cultura che nasce da qui porta anche un prezioso contributo alla prevenzione, intesa come lotta alla inabilità e promozione dell'autonomia. Le RSA che attuano i principi della cura geriatrica sono quindi sede insostituibile per la formazione di medici, infermieri, fisioterapisti, come da tempo sperimentato nel mondo anglosassone¹⁵.

Definizione di RSA

«La R.S.A. è una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, abbinogevoli di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni: sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali.» (POA del 1992)

«Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome.» (DPR 14/1/1997)

Le "RSA" sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN (DPR 14/1/ 1997).

Si rivolgono a soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, richiedenti alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità e intensità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza a tempo pieno (Linee Guida Riabilitazione del 7/5/1998 della Conferenza permanente stato regioni).

Per la SIGG quindi:

la RSA, in accordo con la normativa nazionale, è una struttura del territorio destinata ad accogliere - per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato - gli anziani non autosufficienti, cui deve offrire:

- una sistemazione residenziale (**Residenza**) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli anziani ospiti;
- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi (**Sanitaria**) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni; nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei degenti;
- un'assistenza individualizzata (**Assistenziale**), orientata alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere.

L'utenza della RSA si caratterizza per:

- età di interesse geriatrico (di norma ≥ 65 anni, ma ormai le età medie si avvicinano e spesso superano gli 80 anni);
- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;



- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, severità ed instabilità clinica, non tali da richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione.

Inoltre:

- può essere utilmente sede di più servizi (residenziali, semiresidenziali) con obiettivi simili, ma diversificati, esprimendo capacità di assistenza e cure di tipo specifico (unità speciali di cura per dementi, per stati vegetativi);
- attua modalità elastiche di ricovero (ricoveri temporanei, centri diurni, ricoveri notturni);
- assicura apertura al territorio dei propri servizi (palestre, mensa, sale convegno o teatro), in modo da farne anche un centro erogatore di servizi, migliorandone anche l'immagine presso la comunità locale;
- si ritiene che la riabilitazione geriatrica extraospedaliera, può trovare utile collocazione accanto o all'interno di molte RSA, come già da tempo riportato in letteratura^{16 17}. La cultura riattivativa, globale e integrata, che è la base della attività sanitaria delle équipes di cura in RSA, costituisce una base solida ed efficace per la riabilitazione geriatrica, così come l'applicazione di modelli e attività riattivatrici geriatriche può trascinare il miglioramento della cura sanitaria in RSA.

All'interno della logica della rete dei servizi la RSA contribuisce all'efficiente utilizzo dei servizi ospedalieri e del territorio, anche mettendo a disposizione un numero limitato di posti letto per fronteggiare situazioni di "emergenza" sia sanitaria che sociale, sulla base di specifici accordi con l'UVG distrettuale.

Deve peraltro essere rispettata la natura "residenziale" del ricovero, al di fuori di logiche di ordine puramente collocativo e di modalità operative da "pronto soccorso" proprie dell'emergenza sanitaria.

Il ricovero nella RSA viene disposto, a seguito di un progetto individualizzato e con l'assenso - ove possibile - dell'interessato, come soluzione residenziale temporanea (con obiettivi riabilitativi e di sollievo alla famiglia) o definitiva. La Valutazione Multidimensionale geriatrica è lo strumento migliore per la definizione del progetto legato al ricovero in RSA¹⁸. Le équipes di valutazione devono però agire secondo modelli, non burocratici, di "presa in carico" del caso e di valutazione dell'esito.

Criteri di qualità

Quello che davvero interessa è che vi sia una corrispondenza fra il bisogno (espresso o no) e la risposta. Per questo un percorso di qualità e di accreditamento è diverso dalla semplice valutazione di quello che si fa, e dovrebbe arrivare a misurare anche "come" lo si fa e con quale percezione da parte di chi riceve il servizio. Questo in RSA è particolarmente difficile, perché in essa le persone contemporaneamente vivono e sono curate e quindi sono sensibili a tutti gli indicatori sia della qualità di vita che della qualità della cura: praticamente infiniti. Vi è una ampia esperienza e letteratura in merito agli indicatori di qualità¹⁹, ma tutti in qualche modo si rifanno alla classificazione di Donabedian:

- criteri strutturali
- criteri di processo
- criteri di output e di outcome



Una esposizione sintetica ed esemplificativa può chiarirne il significato:

❖ **Criteri strutturali:**

- va assicurata una quota di spazio fisico a disposizione di ogni degente tale da garantire la presenza sia di spazi privati che di spazi collettivi; ogni elemento di sicurezza, chiarezza e flessibilità ambientale può contribuire al benessere dei degenti, per quanto mai disgiunto dal fattore umano. Ciò è di massima importanza per le persone con demenza. La possibilità di avere stanze singole, se desiderate, deve essere assicurata in tutte le RSA, così come gli spazi di soggiorno per la separazione fra la vita diurna e il riposo notturno;
- l'articolazione dello spazio deve consentire la realizzazione di piccole comunità di 20 - 30 persone;
- va valutata la presenza di spazi per i servizi sanitari, sociali, per i parenti e per il personale, nonché per i servizi accessori (magazzini, cucine) sia di nucleo che di struttura;
- va valutata la collocazione urbanistica, l'accessibilità complessiva della struttura.

❖ **Criteri gestionali e di processo:**

- verificare la validità delle procedure soprattutto in merito a: accoglienza; gestione dei bisogni assistenziali; gestione dei bisogni sanitari (in particolare tenuta e aggiornamento della cartella clinica); gestione dei bisogni di relazione e comunicazione; attività ricreative e culturali;
- valutare la valorizzazione del rapporto con la famiglia e i volontari, la promozione della loro partecipazione attiva a tutti i momenti di vita della RSA, considerandone la presenza parte integrante della struttura di cura, nel quadro di una operosa "alleanza terapeutica";
- da valutare tutta la gestione del personale, quella amministrativa e contabile, nonché quella dei servizi;
- da valutare se esistono processi di miglioramento della qualità per obiettivi specifici.

❖ **Outcome:**

- riduzione di eventi negativi (cadute, contenzione, malnutrizione, piaghe da decubito, effetti indesiderati da farmaci);
- aumento di eventi positivi (miglioramenti funzionali e clinici, partecipazione).

Per gli outcomes non esiste oggi né letteratura né esperienza sufficiente, ma se ne ravvisa l'estrema necessità: costituiscono perciò un terreno privilegiato di ricerca e di sperimentazione.

Partendo dalla classica impostazione alla Donabedian, sempre valida, la ricerca si sta orientando ad individuare strumenti di valutazione molto più indirizzati alla persona e al risultato. Misurare "risorse utilizzate" dai residenti e i risultati ottenuti, permette di valutare ciò che la struttura fa e contemporaneamente quanto risponde al bisogno dei residenti.

L'attività sanitaria

1. **ATTIVITÀ MEDICA:** in nessun caso l'attività medica nelle RSA può essere vista come una specie di "pronto soccorso" continuato, con interventi solo di tipo ambulatoriale e puntuale. È piuttosto un'attività di presa in carico sia della salute che della malattia, quindi del percorso fisiopatologico che lega malattia e disabilità, con attuazione di programmi di terapia che si integrano con i programmi di sostegno globale alla persona, attuati dalla équipe di cura. Il medico non interviene ad "aggiustare il guasto", ma è corresponsabile della qualità di vita e di cura del residente nella struttura. Questa sua responsabilità è testimoniata dalla cartella clinica e dalla stesura di linee operative riguardanti i principali problemi di salute dei ricoverati.



2. **QUALE MEDICO:** Queste considerazioni fanno superare una visione burocratica sul “chi deve essere” il medico della RSA. La presenza del medico va prevista obbligatoriamente, ma la condizione irrinunciabile è che, qualunque sia la provenienza e la condizione del medico, questi abbia un rapporto di corresponsabilità formale con la direzione della residenza e non da altre direzioni, quando opera all’interno della RSA, anche se la sua provenienza è dall’ospedale, dalla ASL o dalla medicina di base. La “reperibilità” medica non può essere considerata sufficiente a garantire l’attività sanitaria richiesta in RSA e può essere ammessa solo per orari e interventi di tipo straordinario (notturni, festivi).
3. **GERIATRA:** consideriamo il geriatra come il medico più preparato, per la sua formazione, a svolgere tutti i ruoli medici necessari in RSA, quindi sia quello di diagnosi e cura del singolo degente, sia quello di direzione medica e assistenziale. È possibile che l’attività di cura, proporzionata al numero di degenti, sia affidata ad altri colleghi, anche se di regola va garantita la direzione medica di un geriatra.
4. **INFERMIERE:** la presenza dell’infermiere va prevista in tutti i nuclei. L’ infermiere, in numero adeguato alle dimensioni della RSA, deve essere presente nelle 24 ore, presenza non sostituibile con la reperibilità.
5. **FISIOTERAPISTA:** ogni RSA deve prevedere la presenza, in numero adeguato al numero dei degenti, di questa figura.
6. **ASA – OTA – OSS:** figura chiave dell’assistenza di base da prevedere in numero adeguato.
7. **PSICOLOGO, ANIMATORE, EDUCATORE:** le figure di tipo psicologico e animativo sono essenziali alla qualità di vita sia dei residenti, ma anche dei loro parenti e del personale di cura. Se ne raccomanda quindi la presenza.
8. **RACCOMANDAZIONI PROCEDURALI:** l’attività sanitaria in RSA deve poter affrontare sia il percorso di promozione della salute che la riduzione della instabilità clinica. Gli strumenti di esercizio devono prevedere quindi la cartella clinica del residente, anche come parte di una cartella valutativa medico-sociale più ampia, dove vi sia un aggiornamento dei parametri clinici medico-infermieristici di base. Alcuni strumenti, al di là di quelli usati per l’esame obiettivo, sono entrati in questa pratica clinica di base e devono essere presenti in RSA: ECG, saturimetro, test glicemico. Inoltre deve poter essere garantito in loco il prelievo ematico, le terapia i.v. e infusiva, l’ossigenoterapia, l’alimentazione enterale.
9. La disponibilità del materiale infermieristico deve essere ampia: materassi antidecubito, medicazioni avanzate. Inoltre letti variabili in altezza, sollevatori per trasferimento di immobilizzati, alzapersona per cambio ausili dell’incontinenza, bagni assistiti per disabili gravi.



Allegato I

Legislazione di riferimento

Di seguito elenchiamo alcuni fra i principali riferimenti legislativi relativi alle RSA:

- D.M.S. del 29.08.1989 n.321 “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell’edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell’art.20 della Legge 67/88”.
- D.P.C.M. del 22.12.1989 “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle Regioni e Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.”
- Progetto obiettivo anziani “Tutela della salute degli anziani” approvato con risoluzione parlamentare del 30 .01.1992.
- Linee guida n.1/94 del 30.03.1994 “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali.”
- D.L. n.502 del 30.12.1992 e successive modifiche ed integrazioni.
- D.M.S. del 15.04.1994 “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera.”
- Legge n.104 del 05.02.1992 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.”
- D.P.R.dell’01.03.1994 “Approvazione piano sanitario nazionale triennio ‘94/’96”
- Legge n.724 del 23.12.1994 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” e successive modifiche ed integrazioni.
- D.P.R. del 14.01.1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.”
- Provvedimento del 07.05.1998 “Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione.”
- D.P.R. del 23.07.1998 “Approvazione P.S.N. triennio ‘98/2000.”
- D.L. 229/99.
Legge n.405 del 18.11.2001.
Il piano sanitario nazionale vigente fino a quest’anno.

Vi sono inoltre le varie legislazioni regionali, che riflettono in parte realtà locali, ma anche una certa confusione di obiettivi e metodi, specie per quanto attiene alla attività sanitaria.

Il quadro di confusione e di incertezza che ne esce è certamente preoccupante.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ C. Gori “I servizi sociali in Europa”. Carocci Editore, Roma, 2001
- ² Golini A., Basso S., Reynaud C. L’invecchiamento della popolazione negli ultimi 20 anni e nei prossimi 20. *G. Gerontol* 2002; 50: 177-180
- ³ Fries JF Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130-5
- ⁴ Stout R.W., Crawford V. Active Life Expectancy and Terminal Dependency : Trends in Long Term Geriatric Care over 33 Years. *Lancet* 1988, I: 281-283
- ⁵ Pasqualini R., Salvioli G. Il declino della mortalità e il problema della disabilità . *G Gerontol* 2000, 48: 481-484
- ⁶ Facchini C. “Caratteristiche sociofamiliari e specificità degli anziani lombardi” in: Facchini C. “Anziani , pluralità e mutamenti”. FrancoAngeli, Milano, 2001 pagg 159-203.
- ⁷ Gori C. , Pasquinelli S. “ Il bonus nella rete dei servizi territoriali “ in: Gori C. “ Le politiche per gli anziani non autosufficienti: proposte per il dibattito”. FrancoAngeli, Milano, 2001
- ⁸ Rozzini R. “Problematiche mediche nelle Residenze sanitarie assistenziali” in: Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F. “Residenze Sanitarie per anziani” . Ed. Il Mulino, Bologna 2002
- ⁹ Guaita A., Pucci D. Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa. *Tendenze nuove* 2001; 2-3 : 243-250
- ¹⁰ Ricercatori del Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell’anziano (GIFA): Caratteristiche dell’ospedalizzazione dei pazienti prima e dopo l’avvio del pagamento a prestazione (sistema DRG – ROD). *Ann Ital Med Int* 1996; 11: 220-227
- ¹¹ Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L., Andersen K., Di Carlo A., Breeteler M.M., Copeland J.R., Dartigues J.F., Jagger C., Martinez-Lage J.M., Soininen H., Hofman A.: Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population based cohorts *Neurology* 2000, 54 (suppl. 5): s4 – s9
- ¹² Ferrucci L., Guralnik J.M. et al.: Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol (Med Sci)* 1996; 51A : M I23-26
- ¹³ Vedi il sito ICF dell’OMS: <http://www.who.int/classification/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>
- ¹⁴ Brizioli E, Ferrucci L, Masera F, Di Niro G, Bernabei R.:La ricerca sanitaria: validazione del sistema RUG in Italia. *Bollettino delle Ricerche* 2000; 2: 9-74
- ¹⁵ Hamerman D. Academic medical centers and nursing home affiliations. *Ann Intern Med* 1994;121: 389
- ¹⁶ Burton J.R.The Evolution of Nursing Homes into comprehensive geriatrics centers : a perspective *J Am Geriatr Soc* 1994 ; 42 : 794-796
- ¹⁷ Kane R.L., Chen Q., Blewett L.A., Sangl J. Do rehabilitative nursing homes improve the outcomes of care ? *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 545-54
- ¹⁸ vedi il sito WEB : WWW.SIGG.it; alla voce: VMD
- ¹⁹ Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili “Accreditamento volontario di eccellenza: uno strumento di autovalutazione e promozione della qualità per le Strutture Residenziali per Anziani” Edizioni VEGA 1998