



20 MAGGIO 2016

Le Residenze Sanitarie Assistenziali dei prossimi anni: quale ruolo per la clinica.

Corrado Carabellese



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5113

Seduta del 29/04/2016

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali

FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DEGLI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DI AREU

La l.r. 23/2015, ribadisce infatti l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove **l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale.**

Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità e delle fragilità, viene stabilito:

- di attivare modalità innovative di presa in carico della persona cronica o fragile, anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie, sviluppando **modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso la creazione di specifiche reti di cura** di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle cronicità e delle fragilità in gruppi quantitativamente significativi e omogenei, anche in ragione del "ciclo di vita" e del contesto di vita, cui si possibile corrispondere modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito.

Per realizzare gli obiettivi indicati dalla legge regionale è necessario da parte delle **ASST** sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi in rapporto alle cronicità e fragilità, riorientando in tal senso i processi erogativi ed utilizzando strumenti che favoriscano **l'integrazione dei servizi e un buon coordinamento della presa in carico.**

Andrà quindi prevista, nell'ambito della ASST, una rete di integrazione fra la componente sanitaria la componente sociosanitaria e quella sociale **(attraverso la relazione con soggetti esterni all'ASST)** per attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

DIREZIONE GENERALE - ATS

DIREZIONE
SOCIOSANITARIA

DIREZIONE
SANITARIA

DIREZIONE
AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO
PAAPSS

DIPARTIMENTO
CURE PRIMARIE

DIPARTIMENTO
PREVENZIONE

DIPARTIMENTO
VETERINARIO

DIPARTIMENTO
AMMINISTRATIVO

DIPARTIMENTO
PIPSS

Distr X

Distr Y

governo dell'offerta

Distr Z

governo della

prevenzione e tutela
della salute

domanda

Valutazione
PAI

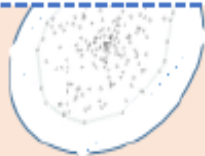
Adeguatezza
percorsi

Verifica
appropriatezza

PDTA presa in
carico

etc.

STRUTTURE EROGATRICI
PUBBLICHE E PRIVATE



MMG/
AFT/
UCC/
CREG

SCREENING

VACCONAZ.

L'elemento fortemente innovativo – schematizzato a sinistra nella Figura - è rappresentato dall'istituzione del *'Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali'* (**Dipartimento PIPSS**), **che non rappresenta una nuova declinazione del Dipartimento A.S.S.I. delle** precedenti ASL, ma risponde alla volontà del legislatore di spostare l'attenzione dal 'governo dell'offerta' al 'governo della domanda finalizzato alla presa in carico promuovendo l'integrazione e la realizzazione di reti essenziali, secondo il principio della sussidiarietà, per una reale gestione percorsi assistenziali (ad esempio RICCA, RIMI, etc.).

B.2.5 Direzione Sociosanitaria

Alla Direzione Sociosanitaria afferiscono i seguenti Dipartimenti/articolazioni territoriali e alla stessa

competete lo sviluppo delle relazioni con i rappresentanti degli Enti locali

B.2.5.1 Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali

Il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali **(Dipartimento PIPSS)** rappresenta un elemento innovativo nell'organizzazione delle ATS e punta a rafforzare il ruolo dell'Agenzia rispetto alla promozione dell'integrazione dei servizi sanitario, socio-sanitario e sociale e a favorire la realizzazione di reti sussidiarie di supporto.

Il Dipartimento opera di concerto con il Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (di seguito **Dipartimento PAAPSS**), dando attuazione alle linee di indirizzo ed alla programmazione locale della ATS, nell'ambito del governo dei percorsi di presa in carico.

Si ritiene opportuno, in tale parte evidenziare come la Legge 23 con specifico riguardo al Dipartimento PIPSS prevede, esplicitamente, la possibilità di attivare **una “cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata dal Direttore generale dell’ATS secondo le linee guida stabilite dalla giunta regionale anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza”**.

A titolo meramente indicativo si rileva che le singole ATS, nel quadro della loro autonomia organizzativa, verificano l'opportunità di avviare, nell'ambito della cabina di regia anche attraverso sotto gruppi, lo sviluppo di aree specifiche che la legge 23 pone al centro dell'interesse del sistema quali:

- **l'area della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti;**

- l'area della presa in carico delle disabilità nell'area dell'età evolutiva anche con riferimento alle problematiche relative ai disturbi dello spettro autistico;
- l'area delle disabilità in età adulta con riferimento anche alle malattie neurodegenerative.

PARTE C - AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

C.1 INTRODUZIONE

La l.r. 23/2015 ha istituito le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) riordinando l'erogazione dei servizi nell'ambito di due poli d'offerta aziendali - il settore **polo ospedaliero e il settore **rete territoriale** - che afferiscono direttamente al Direttore Generale, il quale garantisce il coordinamento delle attività svolte da ciascun settore aziendale avvalendosi del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario e del Direttore Amministrativo attraverso l'attribuzione di funzioni di direzione specifiche.**

Il processo di trasformazione in ASST delle precedenti aziende, rappresenta una svolta organizzativa che consente **flessibilità e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi** d'offerta, in risposta ai cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione (cronici, anziani fragili, ecc.). In particolare, la nuova ASST deve fornire risposte efficaci e di qualità alla domanda di pazienti cronici (andamento evolutivo di malattia, complicanze e comorbidità) e in generale di pazienti caratterizzati da contatti ripetuti con il SSR, sia interni che esterni all'ospedale (**'frequent user'**).

In ambito territoriale sono rappresentate diverse tipologie di servizi erogati da varie unità d'offerta, in particolare:

unità d'offerta aziendali (parte destra della barra in alto) che dipendono direttamente dall'ASST, quali ad esempio prevenzione, ambulatori, protesica, hospice, cure palliative, consultori familiari, CPS, SERT, ecc. POT E PReSST non sono espressamente indicati nella figura, in quanto rappresentano articolazioni complesse di diverse unità erogative, aggregate con modalità eterogenee nei singoli presidi.

unità d'offerta e nodi della rete extra-aziendali (riquadro azzurro in basso a destra), che non sono direttamente gestiti dall'ASST e che intervengono nel processo di cura con attività specifiche, talvolta supportate da diverse forme di Associazionismo. Tra questi, a titolo esemplificativo:

- Farmacia dei servizi
- MMG, organizzati in AFT/UCCP/Cooperative CReG
- ADI
- Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e Centri Diurni Integrati (CDI) anche come erogatori di misure innovative (RSA aperta)
- Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD), Comunità Socio Sanitarie (CSS), Centri Diurni per persone con disabilità (CDD)
 - Rete delle Cure Intermedie e della Riabilitazione
 - Hospice
 - Consultori familiari
 - SMI e comunità per le dipendenze
- Associazioni del Terzo Settore, di volontariato, di pazienti/familiari a supporto delle varie attività di cura e assistenza (es. orientamento nell'accesso ai servizi, mutuo-aiuto, counseling, umanizzazione, etc.).

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

Nel richiamare i contenuti del documento “Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018” al quale si rimanda per una completa analisi del fenomeno della cronicità, si evidenzia che:

*“In Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. In questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc.), stimabili attualmente in circa 600.000. **Se si considera che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale**, si comprende come il tema sia cruciale per l'amministrazione regionale, che ha ritenuto necessaria una **programmazione dedicata**. Se la maggior parte delle risorse sanitarie è destinata alla cura di patologie croniche e invalidanti, occorre dotarsi di strumenti adeguati per assicurare la sostenibilità del sistema regionale e garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo appropriato ed equo, anche in considerazione degli obiettivi nazionali di contenimento della spesa in risposta all'attuale crisi economico-finanziaria”.*

3.3 Unità d'offerta della rete per la cronicità e la fragilità nelle diverse aree

Le ASST dovranno organizzare nella Rete i servizi e le risorse dedicate alla presa in carico della persona con cronicità o della persona fragile.

I principali nodi della rete sono:

Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST): sono il luogo nel quale si realizza la presa in carico della persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie.

Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): sono strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare.

Assistenza domiciliare Integrata (ADI): si rivolge a persone fragili o non autosufficienti, con patologie in atto o esiti delle stesse. Il servizio mette a disposizione prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare a domicilio, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona fragile e dei suoi famigliari.

Reparti di ricovero (sub acuti – area medica). Dando atto che tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete.

Cure intermedie: la rete delle Cure intermedie rappresenta una nuova tipologia di unità d'offerta

residenziale avviata con DGR 3383/2015, per la presa in carico, con tempistiche definite, dell'utente fragile, portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Il percorso è finalizzato ad assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.

Cure primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CReG.

Il medico di medicina generale ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute - Prevenire, riconoscere e curare la malattia – Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre).

3.4 Ulteriori unità d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area anziani

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): rappresentano una rete di Unità d'Offerta diffusa e capillare sul territorio. Sono prioritariamente, anche se non esclusivamente, orientate ad offrire una risposta residenziale nei confronti delle persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio.

Assicurano una risposta di natura sociosanitaria prevalentemente orientata ai bisogni di natura “tutelare” e si caratterizzano per la possibilità di offrire risposte di natura temporanea o definitiva;

Centri Diurni Integrati (CDI): rappresentano una rete diffusa sul territorio. Sono orientati ad offrire una risposta diurna a persone anziane non autosufficienti o con una significativa compromissione dell'autonomia. Costituiscono un servizio di sostegno alla domiciliarietà e possono accogliere gli ospiti sia a tempo pieno che part time;

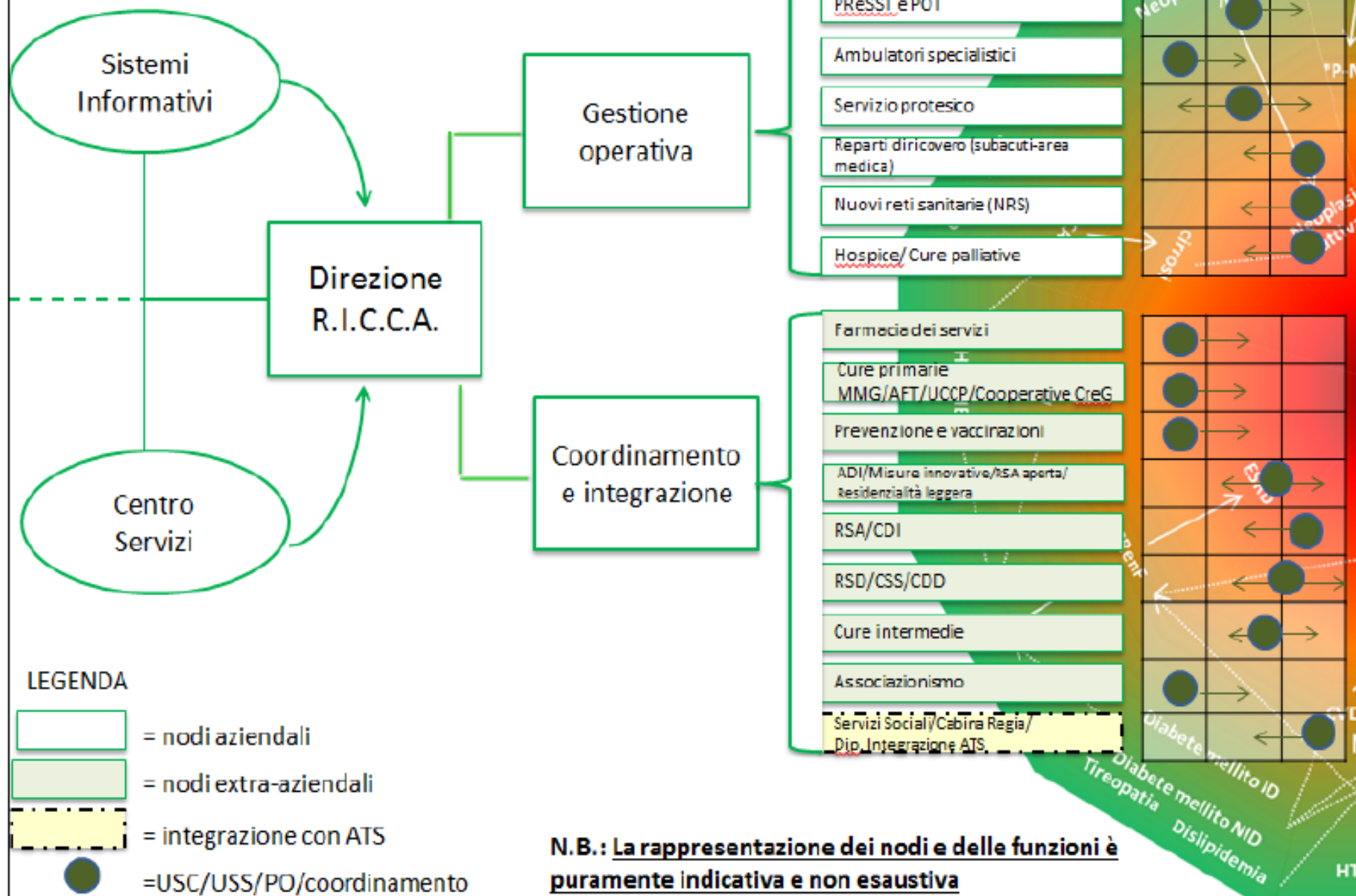
Misure innovative: tra gli interventi recentemente introdotti dalla normativa regionale e volti a sviluppare prestazioni più appropriate a favore delle persone anziane fragili o favorire una maggior orientamento delle Unità d'Offerta sociosanitarie tradizionali a favore della domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti:

RSA aperta, la misura avvia un percorso d'evoluzione degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. In questo modo viene ad essere spostato il “raggio d'azione” di questa unità d'offerta, ora non più limitato al solo livello residenziale ma esteso e ampliato al territorio circostante, con la possibilità di andare anche direttamente a casa dell'assistito. Le persone beneficiano di un voucher mensile secondo tre livelli di necessità assistenziale/protezione valutati dalla équipe di valutazione;

Residenzialità leggera/assistita: la misura avvia un percorso volto ad assicurare a persone anziane e >60enni in condizione di fragilità, ma con residue capacità nella gestione del se, una risposta di natura sociosanitaria capace di offrire soluzioni residenziali che seppur supportando i bisogni di natura assistenziale conservino un contesto di vita autonomo.

Assistenza post acuta domiciliare

Rete integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.)



Strutture residenziali per anziani: quale futuro

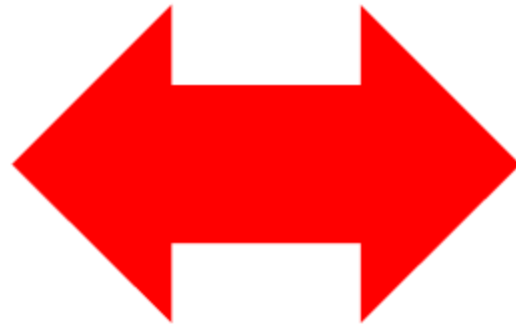
Ermellina Zanetti^o, Marco Trabucchi^o

I luoghi
della cura

Area VI - N. 2 - 2009

nali. Su tutto il territorio nazionale è invece opportuno un ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali in termini di una maggiore qualificazione all'interno della rete, attraverso la specializzazione per intensità di cura e assistenza e una condivisa ed univoca definizione dei criteri di accesso, come indicato nel documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

RSA
Luogo di
cura



RSA
Luogo da
abitare

La Cultura della Cura in Residenza Sanitaria Assistenziale

[J Am Geriatr Soc.](#) 2014 Aug 23.

Does the Introduction of Nursing Home Culture Change Practices Improve Quality?

[Miller SC](#)¹, [Lepore M](#), [Lima JC](#), [Shield R](#), [Tyler DA](#).

OBJECTIVES:

To understand whether nursing home (NH) introduction of culture change practices is associated with improved quality.

MEASUREMENTS:

A culture change practice score (derived from a 2009/10 national NH survey) was used to stratify NHs according to practice implementation (high (scores in the top quartile; n = 217) vs other (n = 607)). NH-level outcomes included prevalence of seven care practices and three resident outcomes, health-related and quality-of-life weighted survey deficiencies, and average number of hospitalizations per resident year.

RESULTS:

For NHs with high practice implementation, introduction of culture change was associated with a significant **decrease in prevalence of restraints, tube feeding, and pressure ulcers; an increase in the proportion of residents on bladder training programs; and a small decrease in the average number of hospitalizations per resident year (coefficient -0.04, standard error (SE) 0.02, P = .06)**. For NHs with lower practice implementation (practice scores in lower three quartiles), introduction was associated with fewer health-related (coefficient -5.26, SE 3.05; P = .09) and quality-of-life (coefficient -0.10, SE 0.05; P = .04) survey deficiencies, although these NHs also had small statistically significant increases in the prevalence of residents with urinary tract infections and in average hospitalizations per resident year (coefficient 0.03, SE 0.01, P = .02).

CONCLUSION:

The introduction of NH culture change appears to result in significant improvements in some care processes and outcomes in NHs with high practice implementation. For other NHs, culture change introduction results in fewer survey deficiencies.

[J Healthc Qual.](#) 2014 Aug 14.

Patient Needs, Required Level of Care, and Reasons Delaying Hospital Discharge for Nonacute Patients Occupying Acute Hospital Beds.

[Afilalo M](#), [Xue X](#), [Soucy N](#), [Colacone A](#), [Jourdenais E](#), [Boivin JF](#).

This study aims to determine the proportion of nonacute patients occupying acute care beds and to describe their needs, the appropriate level of alternative care, and reasons preventing discharge. Data from 952 patients hospitalized in an acute care unit for 30 days were obtained from their medical charts and by consulting with the medical team at two tertiary teaching hospitals. Among them, 333 (35%) were determined nonacute on day 30 of hospitalization. According to the Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), 55% had no medical, nursing, or patient needs. Among nonacute patients with AEP needs, 88% were related to nursing/life-support services and 12% related to patient condition factors. Regarding alternative level of care, 186 (56%) were waiting for out-of-hospital resources, of which 36% were waiting for palliative care, 33% for long-term care, 18% for rehabilitation, and 12% for home care. For the remaining 147 (44%) nonacute patients, the alternative resources remained undetermined although acute care was no longer required. Main reasons preventing discharge included unavailability of alternative resources, ongoing assessment to determine appropriate resources, ongoing process with community care, and family/patient education/counseling. **Available subacute facilities and community-based care would liberate acute care beds and facilitate their appropriate use.**

From nursing home to acute care: Signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer.

[Ashcraft AS](#)¹, [Owen DC](#)².

Older adults are vulnerable to experiencing physiologic changes that may permanently decrease functional abilities when transferring from the nursing home (NH) to the acute care setting. Making the right decision about who and when to transfer from the nursing home (NH) to acute care is critical for optimizing quality care. The specific aims of this study were to identify the common signs and symptoms exhibited by NH residents at the time of transfer to acute care and to identify strategies used to prevent transfer of NH residents. Using survey methodology, this descriptive study found change in level of consciousness, chest pressure/tightness, shortness of breath, decreased oxygenation, and muscle or bone pain were the highest ranked signs/symptoms requiring action. **Actions to prevent transfer focused on stabilizing resident conditions and included hydration, oxygen, antibiotics, medications, symptom management, and providing additional physical assistance.** When transfer was warranted, actions concentrated on the practical tasks of getting the residents transferred.

Intermediate care in nursing home after hospital admission: a randomized controlled trial with one year follow-up.

[Herfjord JK](#), [Heggestad T](#), [Erslund H](#), [Ranhoff AH](#)¹.

¹Department of Clinical Science, University of Bergen and Kavli Research Centre for Geriatrics and Dementia, Haralds plass Hospital, Ulriksdal 8, 5009 Bergen, Norway. ahranhoff@yahoo.no.

Intermediate care is intended to reduce hospital admissions and facilitate early discharge. In Norway, a model was developed with transfer to intermediate care shortly after hospital admission.

Intervention group patients were transferred to a nursing home unit with increased staff and multidisciplinary assessment, for a maximum stay of three weeks. Patients in the control group received usual care in hospital. Blinding to group assignment was

not possible. The primary outcome was number of days living at home in a follow-up period of 365 days. Secondary outcomes were mortality, hospital admissions, need for residential care and home care services.

RESULTS: 376 patients were included, 74% female and mean age 84 years. There was no significant differences between intervention (n=190) and control group (n=186) for number of days living at home (253.7 vs 256.5, p=0.80) or days in hospital (10.4 vs 10.5, p=0.748). Intervention group patients spent less time in nursing home (40.6 days vs. 55.0, p=0.046), and more patients lived independently without home health care services (31.6% vs 19.9%, p=0.007). For orthopaedic patients (n=128), mortality was higher in the intervention group; 15 intervention patients and 7 controls died (25.1% vs 10.3%, p=0.049). There was no significant difference

in one-year mortality for medical patients (n=150) or the total study population. **CONCLUSIONS:** **This model of rapid**

transfer to intermediate care did not significantly influence number of days living at home during one year follow-up, but reduced demand for nursing home care and need for home health care services. In post-hoc

analysis mortality was increased for orthopedic patients.

[Ugeskr Laeger](#). 2015 Mar 16;177(12).

[Teminal care in a nursing home].

[Andersen JH](#)¹, [Hansen J](#), [Rosholm JU](#).

This article focuses on patients with limited life expectancy who no longer benefit from preventive medication but not yet qualify for palliative care - a time frame often referred to as End-of-Life (EOL). The purpose of this article is to identify and assess international guidelines for prescribing in EOL. No relevant clinical trials were available, but we found advice mainly based on logic assumptions and thoughts. Optimal prescribing for EOL patients remains mostly unexplored. Our study revealed two pivotal questions: How do we identify EOL patients, and what specific drugs should be removed?

[J Am Med Dir Assoc](#). 2015 May 1;16(5):434-5.

Hospice in the nursing homes: perspectives of a medical director.

[Raider M](#)¹.

Feasibility of Quality Indicators for the Management of Geriatric Syndromes in Nursing Home Residents

Debra Saliba, MD, MPH, David Solomon, MD, Laurence Rubenstein, MD, MPH, Roy Young, MD, John Schnelle, PhD, Carol Roth, RN, MPH, and Neil Wenger, MD, MPH

Purpose: The assessment and management of dementia, falls and mobility disorders, malnutrition, end-of-life issues, pressure ulcers, and urinary incontinence have been identified as important quality improvement targets for vulnerable elders residing in nursing homes. This study aimed to identify valid and feasible measures of specific care processes associated with improved outcomes for these conditions.

Methods: Nine experts in nursing home (NH) care participated in a modified Delphi process to evaluate potential quality indicators (QIs) for care in NHs. Panelists met and discussed potential indicators before completing confidential ballots rating validity (process associated with improved outcomes), feasibility of measurement (with charts or interviews), feasibility of implementation (given staffing resources in average community NHs), and importance (expected benefit and prevalence in NHs). The NH panel's median votes were used to identify a final set of QIs that were subsequently reviewed by a clinical oversight committee.

Results: Sixty-eight geriatric syndrome QIs were identified as valid and important in NH populations. Panelists assessed 12 (18%) of these QIs as having questionable feasibility to implement in average community nursing homes trying to provide quality care. Nine (13%) would not be included in systems assessing quality of care for persons with advanced dementia or poor prognosis.

Conclusions: Steps of care critical to the assessment and management of geriatric syndromes in NHs were identified. Feasibility is an important issue for a significant number of these, indicating that much remains to be done to design systems that efficiently and reliably implement these care processes. (*J Am Med Dir Assoc* 2005; 6: S50–S59)

Keywords: *Nursing home; quality; dementia; falls; mobility; malnutrition; end-of-life care; pressure ulcers; urinary incontinence*

Nutrizione:

[Curr Opin Clin Nutr Metab Care](#). 2015 Jan;18(1):17-23

Malnutrition in the nursing home.

[Bell CL](#)¹, [Lee AS](#), [Tamura BK](#).

Malnutrition in the nursing home is increasingly recognized as a major international research priority, given the expanding geriatric populations, serious consequences, and challenges conducting research in nursing homes. **RECENT FINDINGS: Across the recent studies, approximately 20% of nursing home residents had some form of malnutrition. However, malnutrition definitions were variable and prevalence ranged from 1.5 to 66.5%.**

[J Nutr Gerontol Geriatr](#). 2015;34(1):1-21..

Malnutrition and Dysphagia in long-term care: a systematic review.

[Namasivayam AM](#)¹, [Steele CM](#).

Determining the co-occurrence of malnutrition and dysphagia is important to understand the extent to which swallowing impairment contributes to poor food intake in long-term care (LTC). **The reported frequency of participants in LTC with dysphagia ranges from 7% to 40%, while the percentage of those who were malnourished ranges from 12% to 54%.** Due to discrepancies used to describe and measure these conditions, it is difficult to determine the exact prevalence of either condition separately, or in combination. Consequently, the impact of dysphagia on malnutrition must be considered and studied using valid definitions and measures.

Valutazione calo ponderale a sei mesi in una popolazione di ospiti di Rsa

Nucleo	Numero (%)	Ospiti stabili (%)	Ospiti >5% (%)	Ospiti >10% (%)
Nucleo 1	16 (80)	14 (88)	1 (6)	1 (6)
Nucleo 2	26 (81)	18 (69)	5 (19)	3 (11)
Nucleo 3	25 (78)	21 (80)	2 (10)	2 (10)
Nucleo 4	40 (87)	33 (83)	5 (12)	2 (5)
Nucleo 5	34 (74)	30 (90)	2 (5)	2 (5)
Nucleo 6	35 (76)	29 (83)	4 (12)	2 (5)

Distribuzione ospiti con calo ponderale secondo assistenza ai pasti, prescrizione degli integratori e autonomia nell'alimentazione (Item Barthel)

	Numero tot	Caregiver pranzo	Caregiver cena	integratori	ADL alimentazione
Ospiti >5%	19	2 (10)	4 (20)	5 (25)	1=9 (45) 2=6 (35) 3=4 (20)
Ospiti >10%	12	1 (8)	1 (8)	4 (35)	1=5 (45) 2=3 (25) 3=4 (30)

1 dipendente 2 con aiuto 3 autonomo

[J Am Med Dir Assoc.](#) 2015 Jun 1;16(6):527

Both intravenous and subcutaneous infusion can be done in nursing homes.

[Zorowitz RA](#)¹.

[J Am Med Dir Assoc.](#) 2015 Mar;16(3):175-6

Dehydration is difficult to detect and prevent in nursing homes.

[Lima Ribeiro SM](#)¹, [Morley JE](#)².

[Int J Prosthodont.](#) 2015 Mar-Apr;28(2):198-200. doi: 10.11607/ijp.4016.

Prosthetic rehabilitation of edentulism prevents malnutrition in nursing home residents.

[Andreas Zenthöfer A](#), [Rammelsberg P](#), [Cabrera T](#), [Hassel A](#).

To investigate the association between prosthetic rehabilitation and malnutrition in institutionalized elders, 255 nursing home residents were recruited for this study and underwent a comprehensive dental examination. Participants with BMI < 20 kg/mc were categorized as malnourished (n = 33), whereas all others were categorized as adequately nourished (n = 222). **The number of teeth present and the prevalence of prosthetic rehabilitation were significantly lower in malnourished participants (P < .05). Malnutrition risk was 4.6 times higher for participants who were edentulous and did not wear dentures.** Adequate replacement of teeth is important to prevent malnutrition in institutionalized older people.

The Importance of Physician Presence in Nursing Homes for Residents with Dementia and Pneumonia

Margaret R. Helton, MD, Lauren W. Cohen, MA, Sheryl Zimmerman, PhD, and Jenny T. van der Steen, PhD

Objective: To study whether physician presence in the nursing home is related to clinical decision making, certainty, and honoring care preferences for patients with dementia and pneumonia.

Design: Cross-sectional survey of physicians.

Setting: Nursing homes in the United States and the Netherlands.

Participants: Twenty-four US and 38 Dutch physicians who provide care for nursing home patients.

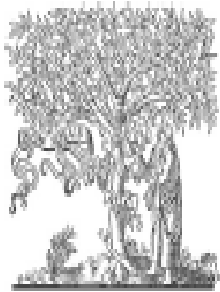
Measurements: Physicians reported their presence in the nursing home, diagnostic and treatment decisions for patients with dementia who had pneumonia, certainty about the diagnosis and patient and family preferences, and the extent to which they honored these preferences. These variables were examined in reference to physician presence in the nursing home.

Results: Physicians with higher nursing home presence were less likely to order a chest x-ray and to hospitalize patients with dementia and pneumonia, although this difference was not significant when adjusted for country. They also were more likely to be certain of family preferences, a difference that held even when adjusted for the strong confounder of country.

Conclusion: Physician presence in the nursing home relates to some treatment decisions for patients with dementia and pneumonia. Policies that affect physician presence may change health care practices and related costs. Future studies should more closely examine how physicians use their time so as to better understand the importance of presence and what the US health care system might learn from the Dutch system. (J Am Med Dir Assoc 2011; 12: 68–73)

Keywords: Nursing homes; physicians; decision-making; hospitalization; pneumonia

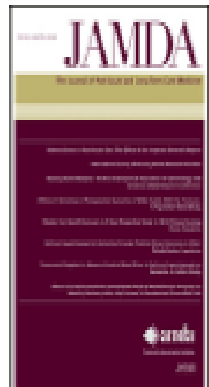
Organizzazione



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Editorial

Telemedicine: Coming to Nursing Homes in the Near Future

John E. Morley MB, BCh *

Divisions of Geriatric Medicine and Endocrinology, Saint Louis University School of Medicine, St. Louis, Missouri



With the rapid growth of the aging population worldwide and the shortage of health care professionals trained in the care of older persons, it is becoming clear that this is an area in which the rapid adoption of technology will improve their health care.^{1–4} A major technological component is telemedicine, whose time has clearly come! *Tele* comes from the Greek meaning distance. Thus, telemedicine can be defined as providing medical services to an individual who is at a distance from the provider.

An obvious starting point for telemedicine in nursing homes is to obtain specialist consultation. For many residents with disability in nursing homes, transport to see a specialist represents a major barrier. For patients with Parkinson disease and multiple sclerosis there is evidence that these consultations can be performed by telemedicine.^{10–13} Teledermatology is already an accepted approach to care for skin disorders in the nursing home.^{14–18}

Telepsychiatry consultations have been successfully performed in nursing homes.^{19–23} Behavioral psychological symptoms of dementia (BPSD) are a common problem in the nursing home.^{24–28} Catic et al,²⁹ in the ECHO-AGE study, showed that video-consultation in persons with BPSD had clinical improvement and a reduction in hospitalizations. DeLuca et al³⁰ found that telehealth care in nursing home residents improved psychiatric outcomes and reduced hospital admissions. Teleconferencing is also an excellent method to provide psychological counseling for persons with depression and anxiety.^{31–39} In addition, telemedicine can be used to deliver complex care for persons with moderate dementia with techniques such as Cognitive Stimulation Therapy^{40–43} or Reminiscence Therapy.^{43–46}

Shah et al⁶⁸ created an emergency department–based telemedicine program that used both real-time and store-and-forward high-intensity approaches. They reduced the rate of emergency department visits by 34% compared with the controls. Another study showed that in nursing homes that used off-hours telemedicine coverage, there were fewer hospitalizations and a reduction in costs.⁶⁹

Reducing 30-day readmissions is a top priority nationally in the United States.⁷⁰ Recently, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) called for all residents to be seen by either a physician or advanced practice nurse before being sent from the nursing home to the hospital.⁷¹ At present, with the number of available providers, this is impossible, but with the advent of telemedicine, it would be feasible. Telemedicine providers could work closely with the data collected by the INTERACT system to reduce the need for hospitalizations.⁷²

Nursing Home Medical Staff Organization: Correlates With Quality Indicators

Paul R. Katz, MD, Jurgis Karuza, PhD, Julie Lima, PhD, and Orna Intrator, PhD

Conclusions: This study is the first to demonstrate a relationship between medical staff organizational dimensions and clinical outcomes in the nursing home setting and as such represents an initial “proof of concept.” NHMSO should be considered as a potentially important mediating or moderating variable in the quality of care equation for nursing homes. (**J Am Med Dir Assoc 2011; 12: 655–659**)



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Editorial

Staffing, Quality, and Productivity in the Nursing Home

John F. Schnelle PhD^a, Jurgis Karuza PhD^{b,c}, Paul R. Katz MD, CMD^{c,*}^a Center for Quality Aging, Vanderbilt University, Nashville, TN^b Division of Geriatrics & Aging, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, NY^c Baycrest Health Centre, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

The link between nursing home (NH) staffing and quality of care has been a subject of great interest over the past several years and is by no means restricted to the United States.^{1,2} Although evidence suggests a relationship between quality and numbers of staff, turnover, professional competencies, teamwork, and nursing practices, the correlation is complex and by no means linear.^{3–9} The article by Tyler and colleagues,¹⁰ reported in this issue of the *Journal*, adds to this literature and makes several points that have policy implications related specifically to the issue of direct nurse staffing.

"E' stato sostenuto che i medici non amano lavorare in casa di riposo: forse era vero, forse è ancora vero! **Però il fascino della presa in carico globale di stati di cronicità e di non autosufficienza deve essere ritenuto una delle frontiere della medicina moderna ... poiché è uno dei massimi momenti e luoghi in cui esprimere il rapporto tra competenze tecniche e impegno umano.**

Infatti **gli ospiti di una struttura per anziani traggono molto vantaggio da una cura attenta e qualificata, quale può essere prestata da una equipe medica preparata: vi è spazio per interventi mirati a prevenire ulteriori perdite di non autosufficienza e nuova sofferenza, così come la cura della patologia in atto può ridurre la loro influenza sulla qualità della vita"**

Rozzini R., Carabellese C., Trabucchi M. - Medicina nelle Residenze per Anziani - Franco Angeli 1992