

La revisione delle modalità di valutazione e del sistema di classificazione degli ospiti delle RSA

*L'Assessorato regionale alla Famiglia ha attivato un tavolo di confronto con rappresentanti degli Enti gestori integrati da alcuni geriatri della sezione lombarda della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Il documento che presentiamo costituisce un contributo offerto da **Gianbattista Guerrini** e **Antonio Guaita** alla discussione in atto.*

di [Gianbattista Guerrini](#)

23 febbraio 2012

Temi > [Anziani](#)

La delibera regionale n.IX/2633 (meglio conosciuta come DGR regole 2012) prevede di introdurre l'utilizzo di "modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona, quale strumento per indirizzare l'accesso alle unità di offerta socio-sanitarie (residenziali, semiresidenziali e domiciliari)" avviando contemporaneamente la "revisione del sistema di classificazione delle persone ospiti di RSA".

La questione della revisione del SOSIA e dell'introduzione nelle RSA di nuovi strumenti di valutazione consegue alla scelta della Regione Lombardia – che riteniamo assolutamente condivisibile ed in linea con il modello culturale ed operativo della geriatria – di prevedere il governo degli accessi alle unità d'offerta socio-sanitarie (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) attraverso modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona.

L'obiettivo dichiarato è quello di individuare un miglior rapporto tra livello di bisogno / dipendenza, assorbimento di risorse ed entità della remunerazione, a tutela dell'appropriatezza degli interventi e dell'equità delle risposte erogate dal sistema.

Prima di approfondire l'esame dei possibili strumenti di valutazione multidimensionale, è bene precisare che date la complessità e la multi-dimensionalità dei bisogni e delle risorse che "definiscono" il profilo di assistenza, nessun pacchetto di VMD anche se può generare automaticamente un "profilo" del bisogno dell'anziano, può offrirsi come "sistema esperto" in grado di valutare quale sia il servizio più appropriato sostituendosi alla valutazione degli operatori professionali" ma può e deve rappresentare:

- un supporto all'equipe multidisciplinare (in possesso dell'adeguata esperienza e adeguatamente formata) nel processo di valutazione dei bisogni e delle potenzialità della persona e della sua famiglia finalizzato all'individuazione della migliore risposta possibile nell'ambito delle risorse disponibili nella rete formale ed informale;
- uno strumento di verifica e controllo dell'appropriatezza e dell'efficacia delle scelte operate dall'equipe valutativa;
- la fonte di dati conoscitivi in grado di supportare la programmazione integrata per il governo del sistema.

Alla luce di queste considerazioni, se appare scontata la titolarità dell'ASL (Direzione Sociale e Dipartimento ASSI) sul governo degli accessi, risultano essenziali per la garanzia della reale efficacia di tale compito la composizione dell'equipe valutativa e la professionalità dei suoi membri. Come già delineato nell'allegato alla delibera sull'ADI, le figure centrali dell'equipe valutativa sono l'infermiere professionale e l'assistente sociale (quest'ultima figura possibilmente del Comune, a garanzia e stimolo di una più decisa integrazione socio-sanitaria), che operano d'intesa con il MMG e possono avvalersi di figure specialistiche per problematiche particolari. Per la risposta ai bisogni degli anziani riteniamo proponibile il coinvolgimento di un geriatra esperto attraverso specifiche convenzioni tra l'ASL ed i servizi della rete, anche in questo caso con l'obiettivo ulteriore di sollecitare le unità di offerta della rete ad una logica di sistema (vedi, ad esempio, l'esperienza consolidata dell'ASL di Brescia).

La revisione del sistema SOSIA oggi utilizzato nelle RSA lombarde e la scelta di un diverso strumento, nel rispondere alle esigenze, già ricordate, di

- individuare modalità uniformi di valutazione del bisogno in tutte le unità d'offerta della rete
- consentire una migliore definizione del profilo di assistenza e del relativo assorbimento di risorse

deve peraltro tener presenti anche

- l'impatto dell'operazione sul sistema delle RSA, sempre più in difficoltà a mantenere l'equilibrio tra qualità del servizio erogato e costi (soprattutto in una fase ormai prolungata di stagnazione economica), e
 - la necessità per la Regione di tradurre i dati nel debito informativo ministeriale (flussi FAR).
- 1) L'introduzione anche nei servizi residenziali del pacchetto di VMD basato sulla scala FIM già sperimentato in ADI viene motivata dall'esito positivo di quest'ultima sperimentazione e dalla possibilità, pertanto, di condividere con i servizi domiciliari lo stesso strumento di valutazione. Ci sembra utile esplicitare i nostri dubbi, in merito a tale scelta:
- la FIM è una scala di valutazione molto utilizzata in ambito riabilitativo, per questo molto centrata sul binomio autonomia/dipendenza e sensibile alla variazione nel tempo di questa dimensione (variazione che rappresenta l'obiettivo principale dell'intervento riabilitativo, di significato nettamente minore nelle RSA, che per loro natura devono normalmente gestire casi a prognosi negativa sia per la vita che per la funzione);
 - deve comunque essere integrata da strumenti che valutino adeguatamente sia le problematiche di ordine cognitivo-comportamentale (poco rappresentate nella FIM) che i bisogni sanitari (intensività ed instabilità clinica) e la relativa necessità di interventi medico-infermieristici;
 - l'utilizzo della FIM è subordinato ad un percorso di formazione onerosa: l'acquisto della sua licenza e l'implementazione anche informatica del nuovo sistema graverebbero sia organizzativamente che economicamente su un sistema come già ricordato in difficoltà (salvo la disponibilità della Regione a farsi carico concretamente di tale impegno);
 - resterebbe da definire l'algoritmo di conversione tra i dati dedotti dal nuovo sistema di valutazione / classificazione e il debito informativo ministeriale;
 - si tratterebbe comunque di passare da uno strumento (l'attuale SOSIA) ad un altro utilizzato solo in Lombardia senza pertanto superare il limite dell'impossibilità di confrontare i dati lombardi con quelli elaborati e raccolti dalle altre Regioni (vedi Mattone 12, DM 17.12.2008).
- 2) Vale la pena di approfondire anche i limiti e gli aspetti positivi dell'attuale sistema di classificazione dell'utenza delle RSA, il SOSIA:
- la sperimentazione del SOSIA in questi anni ha messo in luce alcuni limiti, più volte segnalati, relativi in particolare alla sopravvalutazione della dipendenza rispetto alle altre dimensioni misurate ed in particolare ai bisogni sanitari (intensività ed instabilità clinica), e la sottovalutazione della "dipendenza senza riduzione di mobilità" che caratterizza una vasta platea di ospiti dementi delle RSA; si tratta comunque di limiti cui si potrebbe porre mano, attraverso un percorso sperimentale non particolarmente complesso;
 - a fronte di questi limiti SOSIA presenta il grande vantaggio di essere ormai un sistema conosciuto, consolidato e supportato anche informaticamente;
 - pur restando irrisolto il problema della confrontabilità dei dati regionali con quelli di altre Regioni (il SOSIA è utilizzato solo in Lombardia) è già disponibile la sua transcodifica con gli strumenti approvati dal DM 17.12.2008;
 - per quanto riguarda infine la possibilità di condividere il sistema di valutazione utilizzato nelle residenze con i servizi domiciliari, è opportuno ricordare l'esperienza dell'ASL di Brescia che da anni utilizza nella VMD per l'accesso a tutti i servizi (ADI compresa) il pacchetto SOSIA opportunamente integrato da strumenti di valutazione delle problematiche sociali, e che ha dimostrato la possibilità di confrontare su questa base i bisogni di ambedue le popolazioni di assistiti.
- 3) Qualora si dovesse decidere comunque di abbandonare SOSIA e di introdurre una diversa modalità di valutazione e di classificazione dell'utenza, la nostra preferenza va al sistema VAOR/RUG per i seguenti motivi:
- si tratta di uno strumento finalizzato alla pianificazione dell'assistenza, che correla bene la valutazione dei bisogni con l'assorbimento delle risorse e offre un ritorno informativo sia sui bisogni dell'assistito che sugli interventi messi in campo;
 - valuta meglio di SOSIA le problematiche sanitarie ed il carico assistenziale conseguente;
 - obbligatorio in tutte le NH statunitensi, è utilizzato in oltre 30 nazioni e da alcune regioni italiane (Valle d'Aosta, Friuli, Marche, Umbria, Lazio, Basilicata e Calabria): consentirebbe pertanto di confrontare la realtà delle RSA lombarde con importanti banche dati internazionali;
 - è uno degli strumenti individuati dal DM 17.12.2008 per il Flusso Informativo Residenziale;

- è disponibile, nella versione italiana validata dal gruppo della Università Cattolica di Roma, senza royalties, anche se richiede comunque un percorso di formazione;
- è disponibile anche nello strumento dedicato all'ADI (Inter-RAI Home Care).

E' evidente che su tutta la materia potrebbe essere utile, oltre ad un approfondimento ed al confronto con chi sta utilizzando VAOR, una fase di sperimentazione. Forse è meglio tardare alcuni mesi, ma essere sicuri della scelta effettuata.