

Nuovi indicatori di appropriatezza nelle RSA: positività e criticità del sistema di valutazione

Un contributo di **Giambattista Guerrini** - Fondazione Brescia Solidale e SIGG Lombardia

Le regole di sistema 2015 rinviano al secondo semestre 2015 l'applicazione definitiva degli indicatori di appropriatezza previsti nella Dgr 1765/2014. Dopo un primo profilo tracciato "a caldo" sull'impianto complessivo della normativa subito dopo la sua emanazione, LS propone un approfondimento focalizzato in particolare sulle strutture residenziali.

a cura di **Rosemarie Tidoli** - martedì, gennaio 27, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/01/27/nuovi-indicatori-di-appropriatezza-nelle-rsa-positivita-e-criticita-del-sistema-di-valutazione/>



Il percorso di miglioramento dei servizi socio-sanitari lombardi: obiettivi, luci ed ombre

La definizione da parte della Regione Lombardia degli indicatori di appropriatezza in ambito socio-sanitario ad opera della Dgr 1765 dell'8.5.2014 è – come già evidenziato in un [precedente contributo](#) - un'ulteriore tappa di un percorso orientato al miglioramento complessivo della qualità dei servizi socio-sanitari. Avviato all'inizio del millennio con la definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali per l'accreditamento dei servizi, questo percorso si è andato sviluppando – in particolare in quest'ultima legislatura regionale – con **una produzione normativa coerente e sempre più definita (ma anche sempre più vincolante per gli Enti Gestori)**.

Gli obiettivi sono senz'altro condivisibili: oltre a qualificare globalmente la rete dei servizi socio-sanitari (e in particolare, per le RSA, un sistema di residenze che vale da solo oltre un quarto dei posti letto disponibili su tutto il territorio nazionale) per aumentarne la capacità di rispondere ai bisogni dei nuovi anziani, **è evidente ed esplicitata la volontà della Regione di orientare il sistema ad una più attenta ed "appropriata" selezione dell'utenza, promuovendo in prospettiva un più stretto rapporto tra tipologia/entità dei bisogni da una parte, modalità/intensità della risposta dall'altra** (e, si spera, remunerazione degli Enti gestori). Al cittadino utente dei servizi e destinatario delle politiche socio-sanitarie, la Regione vuole garantire una risposta ai bisogni omogeneamente ispirata su tutto il territorio regionale ai principi della "medicina dell'evidenza" e delle buone pratiche assistenziali, ma anche la

possibilità concreta di scegliere le unità di offerta che più rispondono ai criteri di qualità. Un passo ulteriore in quest'ultima direzione, verso un vero e proprio *rating* delle strutture socio-sanitarie, viene compiuto dalla Regione con la delibera delle [regole per il 2015](#): ma sui suoi contenuti e sull'impatto che essa potrà avere sul sistema delle RSA lombarde sarà necessario ritornare con una riflessione più approfondita.

Prima di addentrarsi nell'illustrazione dei contenuti della Dgr 1765 si impongono alcune osservazioni critiche.

Il percorso di miglioramento della qualità intrapreso dalla Regione ha indubbiamente conseguito risultati positivi, aumentando nei servizi – e in particolare nel sistema delle RSA, cui d'ora in poi mi riferirò – l'economicità e l'efficienza degli interventi erogati, l'attenzione al rapporto costo/qualità, l'eliminazione di tutte le spese non necessarie. **Ma a questa aumentata richiesta di qualità e di efficienza la Regione non ha affiancato un adeguato incremento delle risorse economiche, di fatto ridotte dall'aumento del costo della vita e da molteplici interventi regionali di contenimento del budget.** Di conseguenza, dopo una fase di razionalizzazione delle spese ormai in buona parte compiuta, nell'impossibilità di gravare ulteriormente sui cittadini con l'aumento delle rette (il cui costo, d'altra parte, da tempo viene indicato dalla Regione come uno dei parametri di valutazione della qualità e fa parte del pacchetto di indicatori proposto per il [vendor rating delle RSA](#)), nel pieno di una crisi economica che si avvia a toccare il 7° anno consecutivo, **agli Enti Gestori non è restato che aggredire il capitolo di spesa più significativo per tutti i servizi alla persona, quello del personale. Ciò ha portato alla riduzione dei livelli assistenziali garantiti e alla compressione di salari già scarsamente remunerativi in rapporto alla complessità del lavoro di cura: scelte – obbligate – che non sembrano facilmente sposarsi con il perseguito aumento della qualità.**

Gli indicatori di appropriatezza: criteri di fondo e generali

I criteri di fondo che devono ispirare i servizi socio-sanitari – e che devono essere chiaramente documentati da ogni unità operativa e verificati dalle ASL nei loro controlli di appropriatezza – erano già contenuti nella precedente produzione normativa regionale (LR 3/2008, Dgr 3540/2012, Dgr 1185 e 4980 del 2013, le delibere delle regole per il 2013 ed il 2014). Essi sono:

- la personalizzazione dei programmi di assistenza (Progetto individuale e Piano di Assistenza Individuale) ed il coinvolgimento dei familiari
- il coinvolgimento nel piano di assistenza delle diverse figure professionali (multidisciplinarietà dell'intervento)
- l'individuazione, nei PAI, di obiettivi realistici e possibilmente misurabili e perciò di indicatori che consentano la valutazione degli esiti

- la congruenza tra la documentazione presente nel FaSAS e il debito informativo (“corretta classificazione della fragilità degli utenti”)
- la coerenza tra gli interventi previsti nel progetto assistenziale e gli interventi effettivamente rintracciabili sul diario assistenziale
- l’aggiornamento periodico dei protocolli assistenziali, che tenga conto dell’evoluzione dell’elaborazione scientifica.

In particolare la Dgr 4980/2013, nel proporre in via sperimentale alcuni indicatori di appropriatezza, chiede in modo esplicito che la “storia” dell’ospite sia rintracciabile in due tipi di diario: il “*diario degli eventi*”, in cui sono riportati “tutti gli eventi riguardanti l’evoluzione della presa in carico” (valutazioni e rivalutazioni, cambiamenti delle condizioni cliniche, funzionali, ecc., prescrizioni mediche, ...) ed il “*diario degli interventi*” che deve invece raccogliere l’annotazione degli interventi effettivamente erogati, in attuazione di quanto previsto dal PAI (o deve riportare, in alternativa, le motivazioni per le quali tali interventi non hanno potuto essere erogati).

La Dgr 1765/2014 nel riprendere questi criteri di fondo:

- individua (allegato 2) sia alcuni indicatori di appropriatezza generali, validi per tutte le unità di offerta, che quelli specifici per i singoli servizi
- per ognuno precisa il campione cui si riferisce la verifica, le modalità per calcolare il rispetto dell’indicatore, la fonte della verifica (in genere il FaSAS) e gli elementi documentali che comprovano l’appropriatezza
- precisa (allegato 1) l’approccio metodologico seguito nella costruzione degli indicatori di appropriatezza, riferito al processo assistenziale nell’ambito del sistema socio-sanitario (secondo lo schema circolare: valutazione – definizione della progettualità – pianificazione degli interventi sulla base degli obiettivi – attuazione, monitoraggio e verifica degli esiti – rivalutazione)
- offre (allegato 3) “una serie di definizioni e precisazioni relative ad argomenti specifici” contenuti nelle tabelle degli indicatori generali e specifici: si tratta di una sistematizzazione di aspetti in parte già chiariti dalla precedente normativa, in parte fonte di incertezza e di divergenze tra i gestori e le ASL, che li hanno interpretati disomogeneamente. Pur nel dichiarato rispetto della “piena autonomia e responsabilità professionale in capo all’equipe sanitaria o multi professionale che opera presso le unità di offerta in merito alla scelta degli interventi/prestazioni sociosanitari erogati agli utenti”, le precisazioni proposte nell’allegato rappresentano per i gestori un utile “minimum data set” di riferimento.
- definisce gli indicatori individuati “elementi minimi di base cui non è possibile prescindere nell’ambito del processo assistenziale”, stabilendone l’applicazione obbligatoria per ogni utente e individuando una soglia di tolleranza del 5% (prevedendo l’accettabilità dell’indicatore nei casi in cui la

scelta di non applicarlo sia adeguatamente motivata e registrata nel FaSAS).

L'obiettivo di questo impianto normativo è, da una parte, quello di **vincolare tutti i gestori ad assicurare alcuni processi operativi che la Regione ritiene debbano costituire uno standard minimo di qualità, dall'altra quello di favorire "l'omogeneità di comportamento delle ASL" nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulle unità di offerta socio-sanitarie.**

Gli indicatori di appropriatezza per le RSA : aspetti positivi e criticità

Gli indicatori individuati e le modalità della loro verifica si presentano indubbiamente più adeguati e coerenti rispetto al primo set di indicatori proposto dalla Dgr 4980/2013 (sono, d'altra parte, il frutto della sperimentazione di quest'ultima delibera). In particolare sono ben definiti i dati che l'equipe di vigilanza deve riscontrare all'interno del FaSAS.

Per quanto riguarda gli indicatori specifici per le RSA – che fanno riferimento alle principali aree di bisogno / appropriatezza dei residenti – appare importante l'attenzione alla valutazione ed al trattamento del dolore, così come alla valutazione, alla prevenzione ed al trattamento delle condizioni di nutrizione e di idratazione degli ospiti. Significativo è anche il richiamo a documentare la messa in campo di interventi preventivi (non rappresentati dalla sola contenzione) nel caso di ospiti a rischio di cadute o di pratiche alternative alla contenzione.

Eccessivamente rigida, rispetto alla precedente delibera che prevedeva dei *range* tendenziali di accettabilità differenziati per ogni indicatore, appare peraltro l'obbligatorietà al 100% del rispetto dei requisiti, con un margine di tolleranza globale del solo 5%.

Molto impegnativo è inoltre l'obbligo della costante registrazione di tutti gli interventi, solo in parte mitigato, "per quanto riguarda le prestazioni routinarie di assistenza tutelare (interventi eseguiti da ASA/OSS) ... e le attività educative/animative di gruppo" dall'obbligo di "dare evidenza unicamente delle prestazioni non effettuate o la cui esecuzione è risultata difforme ... da quanto previsto nella Pianificazione degli interventi".

Nell'impianto complessivo della normativa, quindi, accanto agli sforzi del tutto condivisibili di promuovere un *framework* di buone pratiche assistenziali, sembrano permanere due limiti significativi:

- da una parte **il cedimento ad una logica "prestazionale"**, che – nell'oggettiva difficoltà di individuare in una realtà come la RSA risultati (*outcome*) quantificabili della cura – concentra l'attenzione sui singoli interventi;
- dall'altra **un'impostazione formale** che se, com'è auspicabile, non risponde ad una pura volontà

sanzionatoria, è **fortemente connotata da una logica difensiva ed insieme la sollecita: quasi che il primo obiettivo diventi, per gli Enti Gestori, quello di tutelarsi nei confronti della Regione da una parte, dal rischio del contenzioso con gli utenti dall'altra.**

Entrambe queste logiche difficilmente configurano un reale stimolo al miglioramento della qualità. Nei servizi alla persona (e soprattutto in quelli che si fanno carico di persone ad elevato livello di fragilità) la qualità nasce infatti dalla costante capacità di coniugare la “medicina dell’evidenza” con l’attenzione a dimensioni più difficilmente documentabili e misurabili, quali la flessibilità dei programmi, il clima delle relazioni (con gli ospiti, con i familiari, all’interno del gruppo di lavoro), il rispetto della dignità della persona e la promozione della sua reale partecipazione al proprio progetto di cura e di vita.