

Sperimentazione VAOR: chi stiamo assistendo e in quanto tempo?

lunedì, 14 ottobre, 2013

<http://www.lombardiasociale.it/2013/10/14/sperimentazione-vaor-chi-stiamo-assistendo-e-in-quanto-tempo/>



Molte osservazioni suggeriscono – in assenza di dati di fonte pubblica - come in Lombardia i tempi medi di assistenza nelle RSA stiano pericolosamente avvicinandosi agli standard di minima per l'accreditamento di questa unità d'offerta: 901 minuti settimanali di assistenza per ospite^[1]. Sembra utile tornare sull'argomento per analizzare meglio le conseguenze di questo processo, che pare aver subito un'accelerazione a partire dal 2009, quando i dati di fonte regionale indicavano in 1200 i minuti settimanali per ospite mediamente erogati dalle RSA accreditate (si veda un precedente [articolo](#) sul tema). Il dibattito recente sulla possibile adozione del [VAOR](#) come strumento di governo della rete dei servizi e di valutazione dell'appropriatezza, aggiunge elementi interessanti per un'analisi di dettaglio.

Il VAOR è uno strumento di valutazione multidimensionale adottato nel 1991 dalle *Nursing Homes* statunitensi e ulteriormente sviluppato da una rete collaborativa internazionale (InterRAI) diffusa in oltre 30 paesi ^[2], rappresentando in questo senso un potente strumento di condivisione internazionale di dati raccolti in modo uniforme. In Italia, il VAOR LTCF è utilizzato o sperimentato – anche con adattamenti locali - in diverse regioni: Marche, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Abruzzo, Umbria. **In Regione Lombardia, sono in fase di sperimentazione sia la versione HC (*Home Care*, utile anche ai contesti di post-acuzie) che quella LTCF (*Long Term Care Facility*).**

Il VAOR e il profilo degli utenti RSA

Attraverso l'applicazione del VAOR LTCF è possibile attribuire la popolazione analizzata a raggruppamenti isorisorse, i cosiddetti RUG (Resource Utilization Group), calcolati a partire dai 109 item

che si sono dimostrati più sensibili e statisticamente significativi nel quantificare il fabbisogno di risorse assistenziali [3]. Gli algoritmi di calcolo sviluppati dal sistema operano per selezioni successive. L'assegnazione al raggruppamento principale avviene sulla base delle problematiche assistenziali più rilevanti (tracheotomia, respirazione assistita, nutrizione enterale o parenterale, terapia endovenosa, ulcera da decubito, incontinenza, denutrizione/disidratazione, delirio, perdita di memoria) individuando poi il gruppo RUG di appartenenza sulla base di tre ulteriori variabili: il punteggio ADL, un valore soglia alle scale di depressione, l'esecuzione di programmi di riabilitazione infermieristica (posizionamento, mobilizzazione, semplici esercizi) [4]. A ognuna delle 44 classi RUG - o delle 30 della versione semplificata che esclude l'area della riabilitazione speciale - corrisponde un diverso indice di assorbimento delle risorse, a sua volta collegabile a tempi di assistenza ponderati su popolazioni oggi particolarmente consistenti. I pesi assistenziali sono misurati a partire da analisi dettagliate del lavoro di unità d'offerta omogenee, entro i confini dei diversi paesi, confrontabili con i pesi verificati nelle banche dati del sistema Medicare (www.cms.gov) e di InterRai (www.interrai.com). In Italia questi dati derivano dalle sperimentazioni condotte in diverse regioni, fra cui Marche, Emilia Romagna e Toscana. In queste settimane si sta concludendo in Lombardia la sperimentazione – promossa dalla Società Italiana di Geriatria e Gerontologia in collaborazione con la Direzione Generale Famiglia - su oltre 100 RSA, adeguate a costruire un campione statisticamente rappresentativo dell'universo dei circa 60.000 anziani accolti nelle RSA regionali.

I 44 o 30 RUG che compongono il sistema VAOR LTCF si distribuiscono in 7 macroaree: funzione fisica ridotta, problemi comportamentali, cognizione ridotta, complessità clinica, assistenza speciale, cure estensive, riabilitazione. In ogni macroarea i tempi di assistenza stimabili vanno da un minimo a un massimo. Ora, a partire dalle analisi internazionali e dai dati raccolti nelle precedenti sperimentazioni italiane, riassunti nelle proposte del Sottogruppo Mattone 12 del Progetto Mattoni SSN del Ministero della Salute, **le popolazioni tipiche delle strutture residenziali socio-sanitarie più diffuse nel modello italiano sono individuate nei raggruppamenti “Clinicamente complesso”, “Cognizione ridotta” e “Problemi comportamentali”** [5]. Queste classi includono i RUG da 21 a 32. Sono considerati inoltre appropriati, nel case-mix di ogni struttura, i ricoveri di non oltre il 20% di anziani appartenenti al gruppo “Cure speciali” (RUG da 18 a 20) e di non oltre il 20% di anziani appartenenti al gruppo a minor carico assistenziale (Funzione fisica ridotta, RUG da 35 a 44). Sotto il piano clinico e assistenziale non si tratta di nulla di nuovo; tutti gli osservatori confermano che la popolazione anziana che arriva alle RSA è sempre più complessa e accomunata – non solo in Italia – dalla presenza di totale dipendenza, demenza, elevate comorbilità e di indicatori prognostici suggestivi di prossimità alla fine della vita [6] [7] [8] [9].

I tempi di assistenza: una questione centrale

L'osservazione dei tempi di assistenza stimati nelle sperimentazioni precedenti solleva però un problema sostanziale. I tempi attribuiti alle tre macroaree appropriate sono mediamente vicini o superiori ai 1200 minuti settimanali, ma con ampie escursioni: fino a 1.680 per i clinicamente complessi, fino a 1.414 per la cognizione ridotta e fino a 1.337 per i problemi comportamentali. L'area delle cure speciali richiede mediamente 2100 minuti con un limite superiore di 2.520. In altre parole, **se si confermasse che le RSA lombarde sono in difficoltà a raggiungere e superare i 1000 minuti di assistenza settimanali per**

ospite, questo vorrebbe dire che il *range* di popolazione che può essere intercettato in modo appropriato si riduce fortemente, limitandosi in pratica alla sola area della funzione fisica ridotta o a pochi RUG, quelli più bassi, di anziani con complessità cliniche o problemi comportamentali senza alterazioni consistenti delle funzioni mentali superiori. Resterebbero escluse quasi integralmente l'area delle demenze e quella delle cure speciali. In pratica - escludendo dalla riflessione riabilitazione e i RUG superiori a 36, che richiedono tempi inferiori a 901 minuti - con meno di 1100 minuti settimanali le RSA sarebbero in grado di intercettare solo 8 dei 30 RUG descritti dal sistema. Se il processo di avvicinamento ai 901 minuti di minima si sviluppasse ulteriormente, la situazione diventerebbe drammatica, includendo solo 2 RUG su 30.

In altre parole e concludendo questa riflessione, fino ad oggi il tema che ha caratterizzato le riflessioni internazionali e nazionali sembrava solo quello di ridurre il ricorso alle RSA, riservandolo a popolazioni appropriate e che determinavano un maggior carico assistenziale. Il problema sembrava, quindi, quello di controllare e limitare il ricorso a queste strutture delle popolazioni meno complesse, orientandole verso servizi alternativi (come quelli di residenzialità leggera) o verso le diverse modalità di assistenza domiciliare sociale e socio-sanitaria. Oggi, lo scenario lombardo propone temi originali e meritevoli di una preoccupata attenzione. Si sta sviluppando una rete di oltre 60.000 posti letto che sembra in difficoltà, per i motivi più vari, proprio a svolgere il suo ruolo tipico, quello per cui è stata progettata. Questo non vuol dire che non lo stia svolgendo *tout court*. Tuttavia, **se i dati sopra esposti venissero confermati, significherebbe che la rete della residenzialità sta operando senza gli strumenti (tempo, risorse umane e economiche) atti a garantire agli anziani accolti quei tempi di assistenza che analisi non solo raffinate, ma anche ragionevoli e oggettive, propongono come standard di riferimento.**

Credo si tratti di un tema che meriti l'apertura di un confronto ampio e meditato fra tutti gli attori in gioco.

[1] In precedenza, al fine di assicurare un'adeguata assistenza (in particolare agli ospiti con patologie più complesse), molte RSA lombarde erogavano tempi assistenziali sovra-standard arrivando anche a 1200' settimanali. Dal 2009 in poi, il calo delle risorse disponibili e la necessità generalizzata di contenere i costi ha spinto sempre più i gestori verso la riduzione dei contenuti assistenziali, con un tendenziale appiattimento sul minutaggio assistenziale standard previsto dalle normative (901 minuti).

[2] Oltre che negli USA, il sistema è utilizzato o sperimentato in Canada, in molti paesi europei, in Israele, in alcuni paesi asiatici e sudamericani, <http://www.interrai.org>

[3] Brizioli E. La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In Pesaresi F. "RSA –

Residenze sanitarie assistenziali”. Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna, 2013

[4] Brizioli E, 2013. Op. cit.

[5] Il sottogruppo Mattone 12 del Progetto Mattoni SSN del Ministero della Salute, ha proposto un sistema di classificazione delle strutture residenziali, approvato il 30-05-2007 dalla Commissione per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sulla base del documento “Prestazioni residenziali e semiresidenziali”, successivamente ripreso dall’art. 1, comma 4, del DM 17.12.2008. Il sistema fa riferimento a 3 livelli di articolazione delle strutture residenziali. Le riflessioni qui sviluppate vanno riferite ai livelli R2 e R2D di questa classificazione.

[6] Mitchell S. A national study of the location of death for older persons with dementia. JAGS 2005; 53: 299-305

[7] Lopez S. La complessità e l’instabilità clinica nell’anziano istituzionalizzato. G Gerontol 2009; 57:23-32

[8] European Association of Palliative Care. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People. EAPC Taskforce 2010-2012. Final Report. EAPC, 2013

[9] Bagarolo R. Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA. I Luoghi della cura, 2007(2); 5:12-15.

