La norma tra vincolo e opportunità

Un contributo di **Marco Noli** - Docente di Politiche Sociali e Organizzazione dei Servizi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Fino a Gennaio 2015 Direttore Generale dell'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona di Magenta

L'articolo che segue analizza una tematica già emersa come criticità: i numerosi adempimenti richiesti da Regione Lombardia ai gestori di UO socio-sanitarie. L'Autore approfondisce in particolare i problemi derivanti ai gestori di RSA dalle normative regionali sugli indicatori di appropriatezza

a cura di Rosemarie Tidoli - martedì, dicembre 15, 2015

http://www.lombardiasociale.it/2015/12/15/la-norma-tra-vincolo-e-opportunita/

Le richieste della Regione Lombardia

Questa riflessione nasce dalla mia esperienza pregressa di Direttore Generale di un'azienda speciale che gestisce Unità di Offerta sociosanitarie e intende problematizzare una tematica che ha messo e mette in sofferenza le Unità di offerta sociosanitarie, quali RSA e ADI.

La tematica è quella relativa a tutti gli adempimenti che la Regione Lombardia richiede alle strutture socio sanitarie accreditate, soprattutto quelli previsti nella delibera 1765/14 che definisce gli indicatori di appropriatezza e che ha costituito e costituisce un problema per le organizzazioni, al punto che se ne è rinviata l'applicazione.

Come è noto, gli indicatori di appropriatezza si suddividono in generali e specifici per Unità di Offerta socio sanitaria. Quelli generali attengono all'esistenza di una valutazione multidimensionale, alla progettazione nonché alla coerenza e alla congruenza di tali dati tra di loro e con il flusso del debito informativo inviato alla Regione. Quelli specifici - in questo contributo mi riferisco a quelli previsti nella RSA - attengono alle cadute, alla contenzione, al dolore, alle lesioni da pressione, alla nutrizione/idratazione, all'area psicosociale, cognitiva e motoria.

Sappiamo, inoltre, che la citata delibera 1765/14 definisce che "gli indicatori individuati costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito di un processo assistenziale e che per ogni indicatore il livello di accettabilità è il 100% con una soglia di tolleranza del 5% come clausola di salvaguardia statistica dell'errore di valutazione totale degli indicatori applicabili al FASAS". In sintesi, il livello di accettabilità complessiva di tutti gli indicatori al controllo di appropriatezza deve

essere pari al 95%, al di sotto del quale scattano le sanzioni amministrative, oggi non applicate.

Aspetti di criticità

Si è molto discusso su queste indicazioni regionali. Mi limito a evidenziare **quattro problematiche**:

1. è evidente che, per ragioni puramente matematiche, il 5% di errore statistico è legato all'ampiezza del campione di FASAS valutato e dal peso ponderato – diverso – dei singoli indicatori;
2. raggiungere questi livelli di appropriatezza richiede un impegno ulteriore di risorse non riconosciute dalla Regione (ricordo che le quote di rimborso sul FSSR sono ferme da molti anni e non remunerano i LEA – siamo circa al 40% invece del 50% come previsto);
3. si è disquisito sullo stesso concetto di appropriatezza. **Che cos'è l'appropriatezza dell'assistenza di un anziano in RSA?** Ci sarebbe da ragionare molto intorno ai due criteri fondamentali di appropriatezza (GIMBE - Evidence base for Health)
    - quello professionale per il quale un intervento è appropriato se indicazioni cliniche dimostrano un'efficacia provata e se gli effetti sfavorevoli sono accettabili;
    - quello organizzativo per il quale un intervento deve essere erogato in modo da consumare un'appropriata quantità di risorse.

    Se è nota la difficoltà di applicazione di questi criteri per l'individuazione degli interventi appropriati in sanità, appare ancora più complicato provare ad applicarli **nel sociosanitario dove l'appropriatezza è soprattutto relazionale e attinente al "prendersi cura".**
4. Non si nega che alcuni degli indicatori individuati dalla Regione siano utili per valutare un'assistenza appropriata, ma tutto avviene troppo sulla carta. Si sta eccessivamente accentuando "una medicina amministrativa" (termine mutuato da Cavicchi), nella quale il professionista sanitario è chiamato ad adempiere ad alcune attività amministrative che però non dicono realmente come va l'assistenza. Questi indicatori di appropriatezza appaiono orientati da una logica "prestazionale", che si concentra su singoli interventi per la oggettiva difficoltà di valutazione degli output di una RSA, e da una logica formale, che non oso pensare rivolta alla mera sanzione, ma comunque difensiva.

L'assistenza, invece, si capisce "andando a sollevare il lenzuolo" dell'anziano. Paradossalmente, ma neanche tanto perché ho avuto occasione di verificarlo personalmente, una struttura può avere tutti i parametri in ordine (100% di appropriatezza) ma mostrare significative lacune nell'assistenza all'ospite. Quindi, ben vengano gli indicatori di appropriatezza (quelli veri però), purchè non siano verificati solo sulla carta.

Comunque, questo per le strutture socio sanitarie è un concreto problema. Per poter raggiungere il 95% di appropriatezza, le registrazioni sul FASAS devono essere complete e con meno inesattezze/errori possibili rispetto alle indicazioni regionali. Quindi, che fare?

“Adempiere” in un’ottica di miglioramento dell’assistenza

Credo non sfugga a nessuno che il FASAS è uno strumento che aiuta l’assistenza ma “non è l’assistenza”, oggi sempre più impegnativa per l’aumento significativo e costante della complessità della situazione degli ospiti. Si può, come dicevo, “adempiere” alla medicina amministrativa ed eseguire tutto sulla carta oppure utilizzare questo adempimento per migliorare realmente la compilazione del FASAS e renderlo più aderente alla necessità che l’assistenza agli ospiti richiede.

Gli indicatori specifici individuati possono effettivamente, se assunti insieme ad altri, essere elementi di miglioramento. Ho sperimentato in prima persona che ciò è possibile in quanto la struttura di cui ero responsabile, prima ancora della delibera, aveva individuato alcuni di questi indicatori come elementi di valutazione dell’assistenza e ne monitorava l’andamento dal 2009.

Le principali difficoltà

Quali difficoltà principali si sono presentate alla nostra attenzione per fare in modo che l’applicazione della delibera non fosse esclusivamente un adempimento?

- Adempiere ai provvedimenti significa aumentare il carico amministrativo degli operatori per la registrazione degli eventi ed interventi, dei PI e PAI ecc. Questo carico è quotidiano perché i bisogni degli ospiti variano e quindi si tratta di garantire un aggiornamento continuo dei dati. Un gestore che “si è preso la briga” di fare una valutazione del tempo sottratto all’assistenza per questi adempimenti**, aveva ipotizzato che assorbono circa il 15-20% del tempo di un operatore**. Da qui la domanda: è possibile diminuire questo tempo amministrativo, pur garantendo la necessaria precisione, a favore dell’assistenza? Come?
- Altra problematica è la congruenza dei dati: sul FASAS scrivono diversi operatori e la congruenza può essere verificata solo andando a ricostruire cosa ognuno scrive, con diversi margini di errori, anche in ragione della complessità delle situazioni degli ospiti (il FASAS di alcuni ospiti è voluminoso). Si può pensare ad una modalità più celere per verificare questi dati? Ma soprattutto, alcuni dati appaiono appunto puri adempimenti, altri, invece, sono veramente utili per una migliore assistenza. È possibile per quei dati di puro adempimento rendere più automatica la compilazione?

Uno strumento: la cartella sociosanitaria informatizzata

Abbiamo ipotizzato che la soluzione fosse quella di introdurre una cartella sociosanitaria (FASAS) informatizzata, proprio per rendere questo strumento meno complesso, più facile da aggiornare e più aderente alle necessità di assistenza degli ospiti.

Infatti, abbiamo ipotizzato che l’informatizzazione avrebbe portato diversi vantaggi:

- le registrazioni e gli aggiornamenti potevano essere facilmente raggiunti e resi visibili a tutti gli

operatori, con riduzione del tempo sottratto all'assistenza. Questo poteva diventare una risorsa al momento di passaggio della consegna tra gli operatori dove a computer si potevano visionare/estrarre i pazienti secondo diverse interrogazioni e verificarne lo stato di salute pregressa e al momento;

- si sarebbe potuto vedere molto meglio l'evolversi della situazione dell'ospite. Il software avrebbe permesso di avere in linea i dati delle scale di valutazione, dei parametri clinici e vitali, del PI e del PAI, della partecipazione alle attività con la data di registrazione e la possibilità di estrarre report e grafici riassuntivi della situazione del singolo ospite (o dell'intero nucleo, anche ai fini del carico di lavoro degli operatori). Questo aspetto migliora il monitoraggio delle condizioni degli ospiti a favore di una maggior capacità assistenziale.
- si sarebbero potuti inserire alcuni alert che avrebbero semplificato il controllo della presenza delle registrazioni coerenti con le indicazioni della Regione, ma anche garantire una migliore assistenza (per es. quando alcuni valori di parametri sanitari superavano certe soglie si poteva avere in tempo reale nel cruscotto del medico un alert)

Il percorso di sperimentazione

La verifica in più incontri con la software house ha permesso di appurare che molte delle funzioni che avevamo previsto erano presenti, mentre altre richiedevano modifiche e aggiornamento sia del software, sia della nostra modulistica, sia del nostro modo di lavorare. L'analisi a tavolino dei "costi e benefici" ha fatto propendere la scelta verso l'informatizzazione del FASAS.

Ovviamente, nel secondo passaggio si è trattato di verificare la volontà degli operatori e di mettersi in un cammino per l'informatizzazione del FASAS, cammino non semplice. I medici, gli infermieri e i tecnici sono stati coinvolti per primi e hanno aderito subito all'iniziativa, rilevandone immediatamente l'utilità per la loro attività di cura, soprattutto in ordine alla semplificazione, ottimizzazione e osservazione periodica dei parametri e dell'evolversi della situazione degli ospiti, oltre che utile per l'adempimento normativo. Si è aspettato in un secondo tempo a coinvolgere le ASA perché possedevano meno nozioni di informatica.

Quindi si è programmata l'implementazione dell'hardware (postazioni informatiche, rete wife e tablet per ogni nucleo) e del software con un graduale passaggio da cartaceo alla digitalizzazione supportato e accompagnato da diversi momenti formativi.

Oggi è funzionante la parte relativa al diario degli eventi e interventi di tutte le figure professionali la parte del PI e PAI, delle scale di misurazione e del SOSIA. Rimane da avviare la parte delle attività e delle terapie (quest'ultima in fase molto avanzata).

Conclusione

L'adempimento delle delibere regionali con l'informatizzazione del FASAS si è trasformato in una reale possibilità di miglioramento della gestione complessiva del processo di cura, di ottimizzazione delle

risorse e di semplificazione delle operazioni di registrazione**.**

Emergono alcune consapevolezze. La prima è che la trasformazione degli adempimenti in opportunità richiama un lavoro complesso di riflessione, di formazione e di modificazioni gestionali, che richiedono risorse e disponibilità degli operatori a “mettersi in gioco”.

La seconda è che **l’appropriatezza dell’assistenza non si identifica con la registrazione più o meno esatta del FASAS,** da cui estrarre degli indicatori più o meno pertinenti. L’appropriatezza è saper rispondere ai bisogni dei nostri ospiti con professionalità, “prendendosi cura” di loro. L’appropriatezza è il clima di buone relazione con gli ospiti, i loro familiari e nell’equipe di lavoro. L’appropriatezza è nel difficile equilibrio di garantire una vita dignitosa, senza scadere nell’accanimento terapeutico, e una reale partecipazione dell’anziano al suo progetto di cura e di vita, per quanto possibile.

Nella cronicità, infatti, l’appropriatezza sta nel migliorare le condizioni di vita, non semplicemente la salute, e questo si ottiene unicamente migliorando le relazioni che intercorrono nella RSA.

La congruità degli indicatori non va ricercata nella “medicina amministrativa” ma nella medicina della complessità, che ha al centro la persona, e ancor di più nella medicina narrativa, che non si contrappongono alla medicina basata sulle evidenze ma la coniugano con la vita e il vissuto dell’anziano e del malato, evitando il pericoloso approccio ingegneristico – giuridico - amministrativo di valutazione della qualità, che sappiamo particolarmente dannoso per uno sviluppo di servizi che tutelino realmente la salute delle persone.

È questa la vera qualità che l’appropriatezza dovrebbe saper leggere e sappiamo che non è facile. Il FASAS è certamente uno strumento molto utile ma tale deve rimanere e soprattutto non deve diventare “l’ossessione” degli operatori.

La terza consapevolezza ci avverte del pericolo che criteri di appropriatezza non totalmente adeguati possano avere la capacità di favorire politiche gestionali perverse, che possono ottenere il plauso amministrativo ma non quello (che più conta) degli ospiti e dei loro familiari.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station