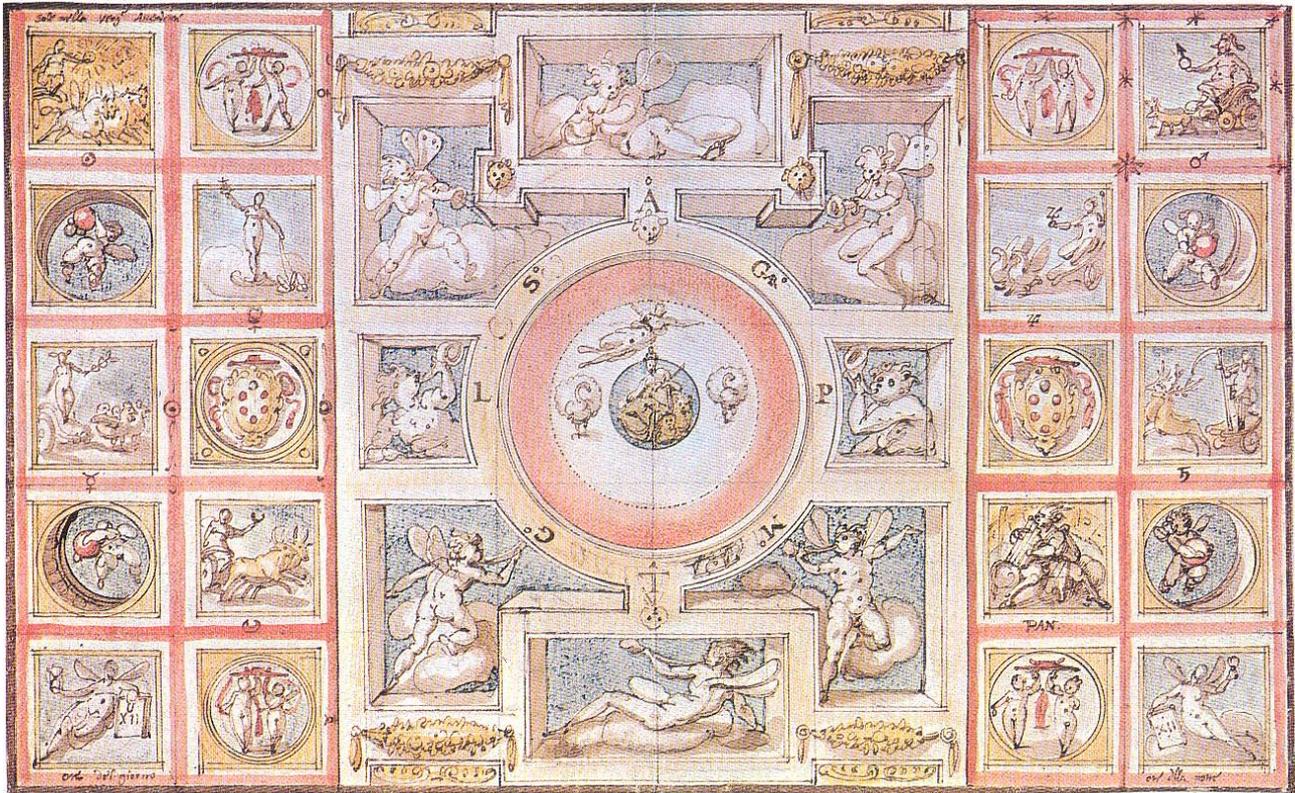


A.R.S.A.

Associazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali



Scheda osservazione S.OS.I.A. - RSA

Rendicontazioni I° semestre 2003

Valutazione dell'impatto economico-gestionale

Ottobre 2003

SCHEDA OSSERVAZIONE S.OS.I.A. - RSA

Rendicontazione I° semestre 2003

Valutazione dell'impatto economico-gestionale

Ottobre 2003

Ricerca ed elaborazioni a cura di un gruppo tecnico così composto:

<i>Roberto Mauri</i>	coordinatore gruppo tecnico - direttore RSA San Pietro Monza
<i>Elio Baldoni</i>	direttore sanitario RSA Pio XI - Bresso
<i>Laura Balestrini</i>	direttore RSA La Pelucca - Sesto San Giovanni
<i>Nicolino Casati</i>	direttore RSA Scola - Besana Brianza
<i>Marco Del Grossi</i>	direttore amministrativo RSA Villa Cenacolo – Lentate sul Severo
<i>Fabrizio Giunco</i>	direttore medico RSA San Pietro – Monza
<i>Giacomo Gregori</i>	direttore RSA Bellani - Monza
<i>Cristiano Maggioni</i>	direttore amministrativo RSA Corte Briantea - Muggiò
<i>Alessandro Parravicini</i>	direttore amministrativo RSA Sant'Andrea - Monza
<i>Giorgio Scivoletto</i>	direttore RSA Residenza Amica – Giussano

In copertina:

Jacopo Zucchi: Progetto di soffitto

Indice

Premessa	Pag.	4
Sintesi della ricerca	Pag.	5
I partecipanti alla ricerca	Pag.	8
La rilevazione	Pag.	9
Discussione dei risultati	Pag.	17
L'impatto gestionale della scheda Sosia sul sistema RSA	Pag.	24
L'impatto economico della scheda Sosia sul sistema RSA	Pag.	26
Significatività dei risultati emersi	Pag.	29
Le proposte	Pag.	33
Conclusioni	Pag.	36

Premessa

Gli adempimenti normativi introdotti in Regione Lombardia dalla DGR n. 7435/2002 hanno comportato, per i gestori delle RSA, una modifica rilevante dei modelli operativi fino ad oggi adottati.

Tra le novità più rilevanti troviamo la scheda di osservazione intermedia SOSIA e la nuova classificazione tariffaria in otto classi. Esse rivestono, per i collegati risvolti economici, un'importanza particolare per le strutture. Questa dimensione richiede e, nel contempo giustifica, un attento monitoraggio delle procedure correlate.

Come ogni cambiamento, anche in questa occasione le reazioni sono state articolate, e più spesso connotate in senso negativo.

Un gruppo di gestori di RSA accreditate, appartenenti al territorio dell'ASL Milano 3, si è proposto una valutazione analitica dei risultati del nuovo sistema di classificazione e tariffazione, al fine di stimare in modo oggettivo – e quindi al di là delle suggestioni o della percezione soggettiva – le conseguenze dell'evoluzione proposta per la gestione attuale e futura delle strutture. Sono stati quindi condivisi ed analizzati i risultati della rendicontazione al 30 giugno 2003. Questo con un duplice obiettivo:

- adeguare le singole strutture gestionali alle nuove modalità di valutazione e verifica della popolazione in attesa o residente;
- offrire al legislatore regionale spunti di riflessione per una eventuale puntualizzazione di alcuni aspetti del modello proposto e dello strumento valutativo adottato.

I risultati raccolti in queste pagine, frutto del lavoro di un gruppo tecnico multidisciplinare delegato dalle direzioni delle strutture coinvolte, rappresentano un primo contributo. Seguiranno certamente ulteriori analisi derivanti dal monitoraggio nel tempo delle variabili raccolte, con particolare riferimento ai dati economico-finanziari. Questo per una riflessione costruttiva e per l'avvio di un percorso che, necessariamente, dovrà vedere fianco a fianco Regione Lombardia, strutture ed Aziende Sanitarie Locali, nella ricerca di una migliore qualità di vita per le persone anziane a ridotta autonomia.

Sintesi della ricerca

La ricerca descritta in queste pagine è stata avviata:

- per confermare o negare i giudizi e le ipotesi che hanno accompagnato la fase di avvio del nuovo sistema;
- per analizzare il significato economico e gestionale dello strumento e della metodologia.

In assenza di riflessioni precedenti è stata evidente a tutti i componenti del gruppo tecnico l'esigenza di superare la fase dei giudizi soggettivi e delle sensazioni negative; in pratica, il pericolo era quello di "subire" lo strumento, invece di coglierne la carica innovativa e le potenzialità. In pari misura è apparso chiaro che la comprensione tecnica della nuova metodologia, ma soprattutto la stima delle ripercussioni gestionali a medio termine e delle conseguenti scelte operative, sarebbe stata fortemente limitata se ogni RSA avesse potuto basarsi unicamente sui propri dati storici.

La prima ricaduta positiva della nuova metodologia è stata proprio quella di produrre un linguaggio comune; esso ha reso possibile condividere dati di attività e di popolazione. E' stato così possibile costruire una base dati maggiormente rappresentativa, e fondare su di essa tanto i giudizi che i possibili aggiornamenti dei modelli gestionali e delle filosofie operative.

La relazione che segue si fonda sui dati di 14 RSA, 1.743 posti letto e 2.096 schede SOSIA. Le strutture rappresentano più della metà dei posti letto accreditati dell'Azienda Sanitaria Locale Milano 3 e poco meno del 4 per cento di quelli regionali. La rilevazione riguarda il primo semestre 2003, ma è stata confrontata con la rilevazione del semestre precedente e, soprattutto, con il sottogruppo ammesso nelle strutture successivamente al primo maggio 2003.

La popolazione *centrale*, quella che emerge come popolazione tipica delle RSA, è quella in classe 3-4. Nel testo che segue saranno spesso accorpate, nelle considerazioni e nei giudizi, le classi 1-2, 3-4, 5-6 e 7-8. In effetti esse differiscono – se considerate in coppia - solo per la composizione dell'indicatore *comorbilità* (S), mentre condividono gli indicatori *mobilità* (M) e *cognitività e comportamento* (C). La loro omogeneità e la ridotta differenza tariffaria permettono di raggrupparle nei giudizi e nelle ipotesi conseguenti. Al tempo stesso è apparso evidente, proprio dalla rilevazione condivisa, come la gravità clinica della popolazione accolta rendesse complessivamente marginale la sottoclasse S2 dell'indicatore *comorbilità*. La maggioranza della popolazione di tutte le classi tende infatti a raccogliersi nella sottoclasse S1 e, di conseguenza, a raggrupparsi nelle sole sottoclassi dispari 1, 3, 5 e 7. La sottoclasse S2 è limitata al 27,8 per cento del campione totale.

Il raggruppamento 3-4 raccoglie il 40,7 per cento della popolazione esaminata; quello 1-2 e quello 7-8, rispettivamente il 27,2 e il 26,3 per cento. Praticamente marginale, per le considerazioni che saranno meglio espresse più avanti, il sottogruppo 5-6.

La distribuzione nelle nuove classi SOSIA della popolazione precedentemente classificata come NAT, NAP o Alzheimer, ha determinato effetti diversi. La popolazione NAP è prevalentemente confluita nelle classi SOSIA 7-8, quella Alzheimer in nucleo nelle SOSIA 1-2. Al contrario, la popolazione NAT si è distribuita nelle otto classi SOSIA con una proporzione approssimativamente equivalente a quella generale: un picco in 3-4, un terzo circa in 1-2, una quota significativa in 7-8. Questa distribuzione, in realtà, non è anomala. Analizzando il sottogruppo NAT in SOSIA 7-8, emergono significative limitazioni della mobilità e della cognitivtà: le classi tariffarie più basse, in effetti, sembrano accogliere anziani entro un ampio spettro di funzionalità motoria e cognitiva. Gli anziani in SOSIA 7 e 8 spaziano dalla sostanziale normalità a limitazioni funzionali compatibili con il giudizio di dipendenza totale da terzi.

Tale dato è particolarmente evidente in ordine alle funzioni mentali superiori e alle anomalie del comportamento. Il sistema SOSIA nel suo complesso sembra evidenziare persistenti difficoltà a intercettare e classificare la popolazione con anomalie cognitive; essa appare distribuita in tutte le classi SOSIA e non sempre in modo proporzionale all'effettiva onerosità assistenziale. Nella relazione si fa riferimento ad alcuni possibili correttivi, probabilmente utili anche a ridurre alcune incertezze nella classificazione dei pazienti: ad esempio l'item *confusione* impone una selezione fra i livelli 1 e 2, che riflette poco la variabilità della casistica e accentua quella fra compilatori. Ancora, la lettura dei pazienti con demenza ed anomalie del comportamento, intreccia in modo non sempre coerente gli indicatori *confusione*, *irrequietezza* e l'item *CIRS psichiatrico comportamentale*. Anche a questo livello la revisione ha evidenziato alcune incoerenze applicative. Sembrano opportuni alcuni correttivi, che possono andare da una semplice modifica della traduzione degli item della GBS, ad una loro integrazione con indicatori aggiuntivi che facilitino la lettura dei pazienti con demenza, fino ad un vero e proprio processo formale di validazione dello strumento che analizzi e corregga la possibile variabilità inter-operatore.

Anche altri sottogruppi sembrano classificati con difficoltà e con un incerto rapporto con l'effettiva complessità clinico-assistenziale; è il caso dei pazienti in stato vegetativo persistente, di quelli cognitivamente integri ma affetti da patologie in stadio avanzato (scompenso cardiaco cronico in IV classe NYHA, insufficienza respiratoria o renale *end-stage*, le patologie oncologiche avanzate) e, in generale, degli stati terminali delle malattie di lunga durata.

Nella relazione vengono avanzate alcune ipotesi di lavoro, come aggiornamenti nel sistema tariffario, la definizione di sottogruppi tariffari ad hoc o l'ampliamento degli accreditamenti dei moduli hospice.

Sotto il piano squisitamente economico la revisione ha comunque corretto le impressioni univocamente negative della prima ora. Se pure resta evidente un minor trasferimento economico

dal Fondo Sanitario Regionale alle RSA, esso è di misura complessivamente inferiore rispetto alle iniziali previsioni; resta rilevante per alcune strutture, ma può offrire spazio a ipotesi gestionali meno critiche per altre. Certamente le RSA del gruppo possono ora contare su previsioni gestionali più affidabili e i confini di rischio sono meglio delimitati; a tale aspetto è dedicata un'ampia sezione di questo rapporto e delle note politiche di accompagnamento.

Nel complesso, l'impressione è quella di un sistema in evoluzione. Tecnici e gestori stanno comprendendo lo strumento e le sue modalità di utilizzo, ma anche sviluppando modalità di lavoro comune indotte e permesse dalla metodologia proposta. Anche all'interno delle strutture compaiono segni positivi di facilitazione del lavoro in équipe, mentre la programmazione amministrativa e finanziaria sembra meglio orientabile dalla standardizzazione che i dati SOSIA permettono.

In definitiva, l'analisi compiuta, che è ancora in corso e determinerà certamente ulteriori dati e contributi al monitoraggio del sistema, ha permesso di cogliere sia elementi positivi che di incertezza o debolezza.

L'azione su questi ultimi permetterà di tradurre in risultati tangibili lo sforzo – comunque significativo in termini di risorse umane e economiche – del programmatore e dei gestori.

I partecipanti alla ricerca

Sono state analizzate le schede SOSIA relative al primo semestre 2003. Hanno partecipato alla rilevazione 14 RSA, per complessivi 1.743 posti letto. Essi rappresentano rispettivamente il 54,4 per cento del totale dei 3.204 posti letto del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Milano 3, e il 3,8 per cento dei 45.754 posti letto accreditati della Regione Lombardia. La tabella 1 elenca le RSA partecipanti e la corrispondente distribuzione dei posti secondo la precedente classificazione NAT, NAP e Alzheimer. La tabella 2 descrive la proporzione dei posti letto rispetto alla complessiva distribuzione NAT, NAP e Alzheimer di quelli ASL.

Tabella 1 *Elenco delle RSA partecipanti*

R.S.A.		NAP	NAT	ALZ	Tot	
1	RSA San Camillo	Besana Brianza	20	63	0	83
2	RSA Giuseppina Scola	Besana Brianza	35	111	19	165
3	RSA Fondazione Martinelli	Cinisello Balsamo	65	137	0	202
4	RSA Polo Geriatrico Riabilitativo	Cinisello Balsamo	0	142	0	141
5	RSA Residenza Amica	Giussano	28	57	0	85
6	RSA Villa Cenacolo	Lentate sul Seveso	26	62	0	88
7	RSA Opera Pia Bellani	Monza	0	142	20	162
8	RSA San Pietro	Monza	0	140	0	140
9	RSA Sant' Andrea	Monza	0	150	0	150
10	RSA Corte Briantea	Muggiò	0	100	0	100
11	RSA San Francesco	Nova Milanese	0	150	0	150
12	RSA Ronzoni e Villa	Seregno	0	90	0	90
13	RSA La Pelucca	Sesto San Giovanni	0	110	0	110
14	RSA San Giuseppe	Vimercate	10	47	20	77
TOTALE			184	1.500	59	1.743

Tabella 2 *Distribuzione posti letto NAT, NAP e Alzheimer nelle RSA del territorio dell'ASL Milano 3 e nelle RSA partecipanti allo studio*

	NAP	NAT	Alzheimer	Totale
RSA ASL MI 3 (n° posti letto)	416	2.729	59	3.204
RSA partecipanti (n° posti letto)	184	1.359	59	1.743
<i>% rispetto al totale posti letto ASL</i>	44.2	49.8	100	54.4

La rilevazione

Sono state raccolte 2.096 schede SOSIA relative al primo semestre 2003. Le schede sono state riunite in un *data base* dedicato e quindi classificate ed analizzate sulla base delle indicazioni proposte dal gruppo tecnico, aggiornate nel corso dei diversi incontri di lavoro. La tabella 3 riassume la distribuzione delle schede SOSIA per RSA e il rapporto con il numero di posti letto. Quest'ultimo va da un minimo di 1 ad un massimo di 1,5, in relazione al maggiore o minor grado di *turn over* della struttura, ad esempio per la presenza di posti di sollievo o l'accettazione di casistiche di maggior complessità e minor aspettativa di vita residua..

	RSA		Totale SOSIA (n.)	Posti letto (n.)	SOSIA/post i letto
1	RSA San Camillo	Besana Brianza	105	83	1,3
2	RSA Giuseppina Scola	Besana Brianza	163	165	1,0
3	RSA Fondazione Martinelli	Cinisello Balsamo	249	202	1,2
4	RSA Polo Geriatrico Riabilitativo	Cinisello Balsamo	181	141	1,3
5	RSA Residenza Amica	Giussano	83	85	1,0
6	RSA Villa Cenacolo	Lentate sul Seveso	91	88	1,0
7	RSA Opera Pia Bellani	Monza	195	162	1,2
8	RSA San Pietro	Monza	173	140	1,2
9	RSA Sant' Andrea	Monza	221	150	1,5
10	RSA Corte Briantea	Muggiò	126	100	1,3
11	RSA San Francesco	Nova Milanese	201	150	1,3
12	RSA Ronzoni e Villa	Seregno	97	90	1,1
13	RSA La Pelucca	Sesto San Giovanni	121	110	1,1
14	RSA San Giuseppe	Vimercate	90	77	1,2
		Totale	2.096	1.743	1,2

Distribuzione della popolazione per classe SOSIA

La tabella 4 riassume la distribuzione per classi SOSIA della popolazione complessiva. La figura 1 riassume in forma grafica gli stessi risultati. La popolazione centrale (mediana e moda delle distribuzione di frequenza coincidono su tale valore) è quella in Classe 3. Se le classi dispari (che

differiscono dalle classi pari solo per l'indicatore di *comorbidità* (S) sono raggruppate per valori coincidenti di *mobilità* (M) e *cognitività-comportamento* (C), il risultato è quello descritto dalla figura 2. La classe 3-4 si riconferma come classe centrale o di riferimento, mentre la 1-2 e la 7-8 appaiono pressoché equivalenti rispetto al totale della popolazione. Il raggruppamento 5-6 risulta sostanzialmente marginale.

Tabella 4 Distribuzione popolazione per classi SOSIA

Sosia	N.	%
1	497	23,7
2	73	3,5
3	631	30,1
4	223	10,6
5	91	4,3
6	29	1,4
7	305	14,6
8	247	11,8
Tot.	2.096	100,0

Figura 1 Distribuzione per classi SOSIA della popolazione analizzata

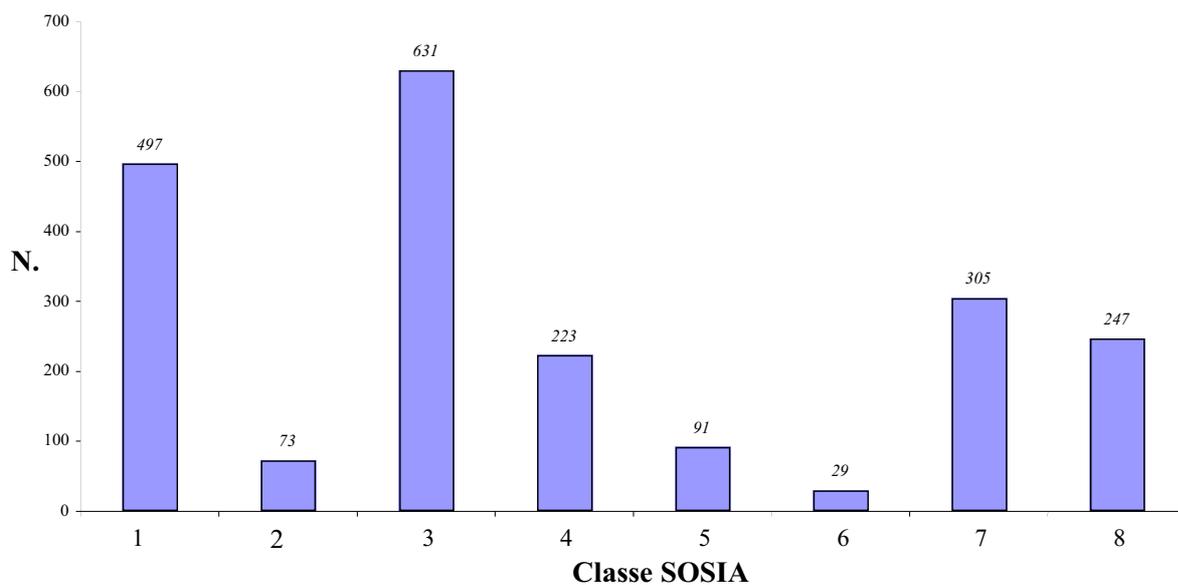
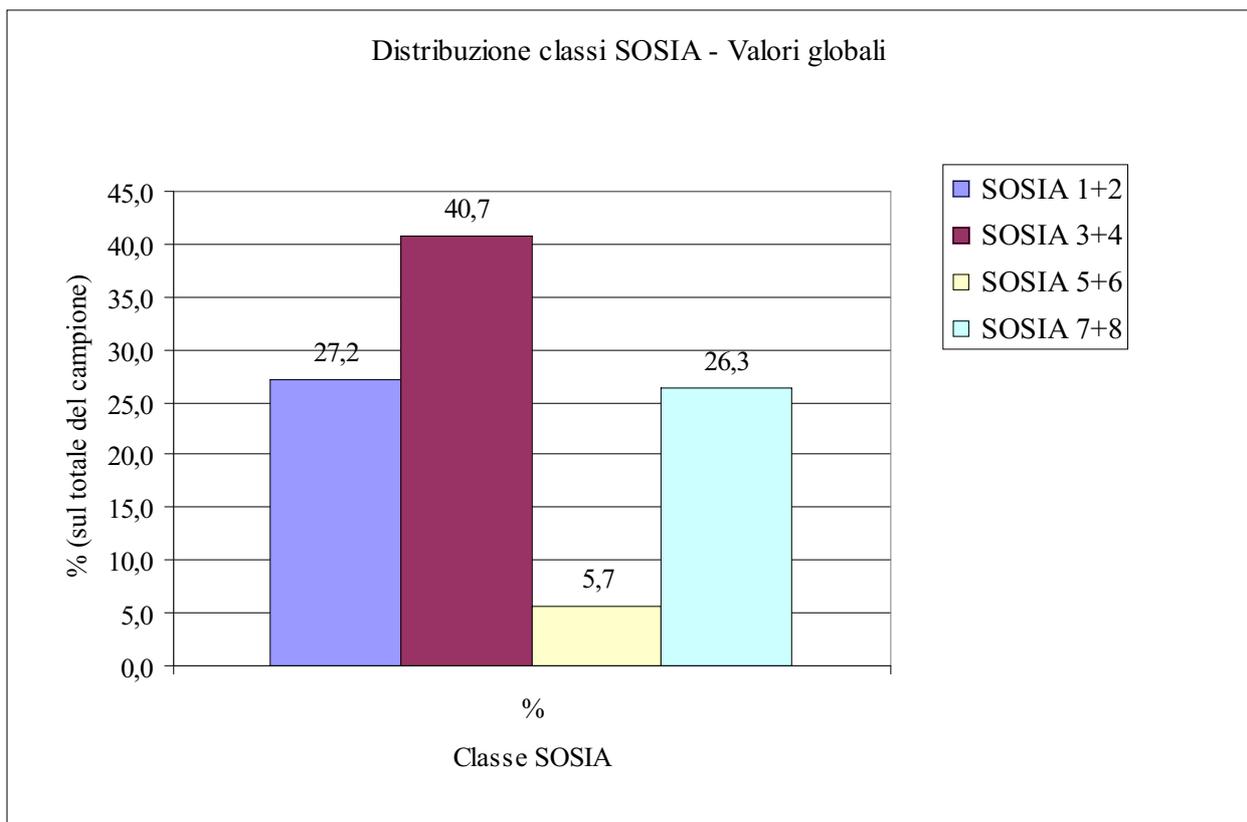


Figura 2 Distribuzione popolazione per classi SOSIA (raggruppate per coincidenza M e C).



Le tabelle 5 e 6 descrivono la correlazione fra la tipologia degli ospiti secondo la precedente classificazione NAT, NAP e Alzheimer e la classe SOSIA al primo semestre 2003. La figura 3 riassume la stessa distribuzione in forma grafica. La tipologia degli ospiti è stata classificata secondo la terminologia indicata nel manuale SOSIA del giugno 2003, modificata per la confluenza dei sottogruppi ALZ e ALZN in un'unica categoria:

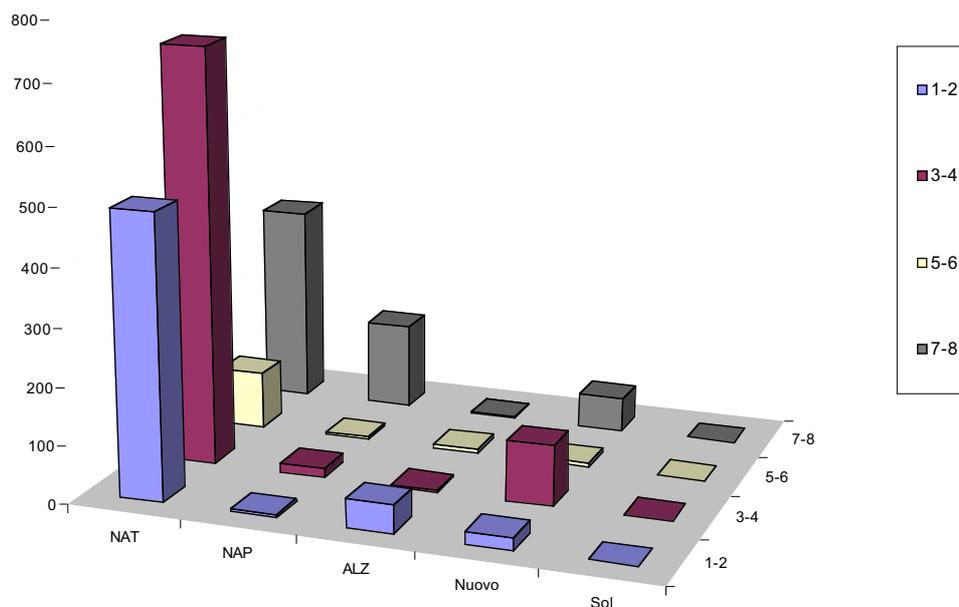
- NAT : Non autosufficienti totali
- NAP : Non autosufficienti parziali
- ALZ - ALZN : Alzheimer e Alzheimer in nucleo
- Nuovo : Nuovi ospiti
- SOL : Solo ospiti autorizzati

Tabelle 5 e 6 Correlazione fra tipologia ospite e classificazione SOSIA (n. e %)

	1-2	3-4	5-6	7-8	Totale
NAT	492	723	100	343	1658
NAP	5	16	6	149	176
ALZ	49	3	7	1	60
Nuovo	20	105	7	58	190
Sol	1	2	0	1	4
Totale	567	849	120	552	2.088

	1-2	3-4	5-6	7-8	Totale
NAT	29,7	43,6	6,0	20,7	100
NAP	2,8	9,1	3,4	84,7	100
ALZ	81,7	5,0	11,7	1,7	100
Nuovo	10,5	55,3	3,7	30,5	100
Sol	25,0	50,0	0,0	25,0	100

Figura 3 Correlazione fra tipologia ospite e classificazione SOSIA



Popolazione NAT-NAP e classi SOSIA 7 e 8

Dall'analisi dei dati citati, emerge la concentrazione dei residenti NAP nelle classi 7 e 8 e degli ospiti con demenza (ALZ + ALZN) nella classe 1. Quest'ultimo aspetto sembrerebbe confermare il buon esito dei correttivi introdotti alla scala SOSIA per evitare di sottovalutare il carico assistenziale degli ospiti con anomalie del comportamento. In effetti, però, poco meno di un quinto dei residenti con demenza resta comunque nelle classi tariffarie più basse (5-6 o 7-8) o, nelle strutture senza nucleo, distribuito nella normale popolazione NAT o NAP. Nelle pagine seguenti si analizzerà la distribuzione degli ospiti con demenza nelle diverse classi SOSIA.

La distribuzione degli ospiti NAT riflette quella della popolazione generale: due terzi di essi si colloca nelle classi 1-2 o 3-4 (in particolare, il 29 per cento è nelle classi 1 e 2). Una attenzione particolare merita il 20,7 per cento di ospiti in precedenza classificati come NAT ma, con il nuovo sistema, ricollocati nelle classi SOSIA 7-8. Analizzando in dettaglio questo sottogruppo emerge, ad esempio, come un quarto di esso è rappresentato da persone che richiedono “completa assistenza da parte di una persona in tutte le fasi della manovra” relativamente all'indicatore *mobilità-trasferimento* (la definizione corrisponde al valore 3 dell'item). 185 dei 492 anziani NAT in SOSIA 7 o 8 anziani necessitano inoltre di ausili per il movimento, 82 dei quali di carrozzina. Le tabelle 7, 8 e 9 descrivono in modo più dettagliato la distribuzione di questi indicatori (*trasferimento, igiene personale e confusione*) nei residenti NAT e NAP in classe SOSIA 7 o 8.

In pratica, nelle classi 7 e 8 confluisce una popolazione eterogenea, che spazia dalla totale salute e autonomia fisica e mentale, a situazioni di complessità clinica e di dipendenza significativa. Non meraviglia, quindi, ritrovare questi residenti distribuiti in proporzione cospicua sia nella precedente voce di classificazione NAT che NAP. Una analisi più dettagliata dimostra comunque differenze di autonomia sensibili. Ad esempio, i residenti NAT in SOSIA 7 o 8 hanno difficoltà nel trasferimento letto-poltrona più gravi della popolazione NAP nelle stesse classi e la differenza persiste, anche se in misura ridotta, rispetto alla gestione dell'igiene personale.

L'indicatore *confusione* disegna invece una maggiore dispersione nella classi NAT e NAP; emerge anche, dalla rilevazione, come nessuno degli anziani NAT o NAP in SOSIA 7 o 8 abbia una situazione mentale integra; al contrario, il 59,4 per cento dei NAT e il 47,5 per cento dei NAP viene classificato ai livelli 1, 2 o 3 dell'item. E' la riconferma, se necessario, della gravità della popolazione accolta in RSA e della collocazione ancora incerta dei pazienti con demenza (con o senza una diagnosi esplicita o formalizzata) nell'attuale sistema SOSIA.

Tabella 7 Distribuzione dei residenti NAT e NAP in classe SOSIA 7 o 8 rispetto all'indicatore mobilità-trasferimento

	Indicatore mobilità-trasferimento (solo SOSIA 7 e 8)					
	1	2	3	4	5	Tot
NAT	2	24	80	107	130	343
NAP	0	0	5	35	109	149
Tot	2	24	85	142	239	492
	(valori percentuali rispetto a totale popolazione NAT o NAP)					
NAT	0,6	7,0	23,3	31,2	37,9	100
NAP	0,0	0,0	3,4	23,5	73,2	100

Tabella 8 Distribuzione dei residenti NAT e NAP in classe SOSIA 7 o 8 rispetto all'indicatore mobilità-igiene.

	Indicatore mobilità-igiene (solo SOSIA 7 e 8)					
	1	2	3	4	5	Tot
NAT	25	83	133	70	32	343
NAP	12	15	31	37	54	149
Tot	37	98	164	107	86	492
	(valori percentuali rispetto a totale popolazione NAT o NAP)					
NAT	7,3	24,2	38,8	20,4	9,3	100
NAP	8,1	10,1	20,8	24,8	36,2	100

Tabella 9 Distribuzione dei residenti NAT e NAP in classe SOSIA 7 o 8 rispetto all'indicatore confusione

	Indicatore confusione (solo SOSIA 7 e 8)					
	1	2	3	4	5	Tot
NAT	3	77	125	138	0	343
NAP	1	32	38	78	0	149
Tot	4	109	163	216	0	492
	(valori percentuali rispetto a totale popolazione NAT o NAP)					
NAT	0,9	22,4	36,4	40,2	0,0	100
NAP	0,7	21,5	25,5	52,3	0,0	100

Indicatori di gravità e di carico assistenziale

La tabella 10 descrive la distribuzione dei diversi indicatori di gravità nella popolazione complessiva. La proporzione di lesioni da decubito appare compatibile con quella delle rilevazioni di prevalenza pubblicate in letteratura e così i tassi di utilizzo del catetere vescicale e delle cadute. La contenzione fisica coinvolge circa un quarto dei residenti, anche se nella gran parte dei casi più in riferimento alla sicurezza dell'ospite (come l'utilizzo della contenzione pelvica del residente in carrozzina) che ad una costrizione effettiva delle mobilità. La variabilità nella distribuzione dei diversi indicatori è elevata (figura 4), e persiste anche quando vengano selezionati solo gli indicatori più correlati con la gravità clinica: alimentazione artificiale, dialisi, insufficienza respiratoria, lesioni da pressione (figura 5).

Tabella 10 *Distribuzione degli indicatori di gravità e carico assistenziale nella popolazione complessiva*

Indicatore	N.	%
• Decubiti	245	11,7
• Catetere permanente	329	15,7
• Cadute	310	14,8
• Contenzione	528	25,2
Ausili movimento	1532	73,1
• Carrozzina	1195	57,0
Incontinenza	1748	83,4
• Presidi	1629	77,7
• Catetere	328	15,6
Alimentazione artificiale	54	2,6
• Sondino	32	1,5
• PEG	21	1,0
• TPN	4	0,2
Dialisi	13	0,6
• Peritoneale	1	0,0
• Extracorporea	11	0,5
Insufficienza respiratoria	88	4,2
• Ossigeno 6 ore	54	2,6
• Ossigeno continuo	35	1,7
• Ventilatore	0	0,0

Figura 4 Distribuzione indicatori di gravità per RSA

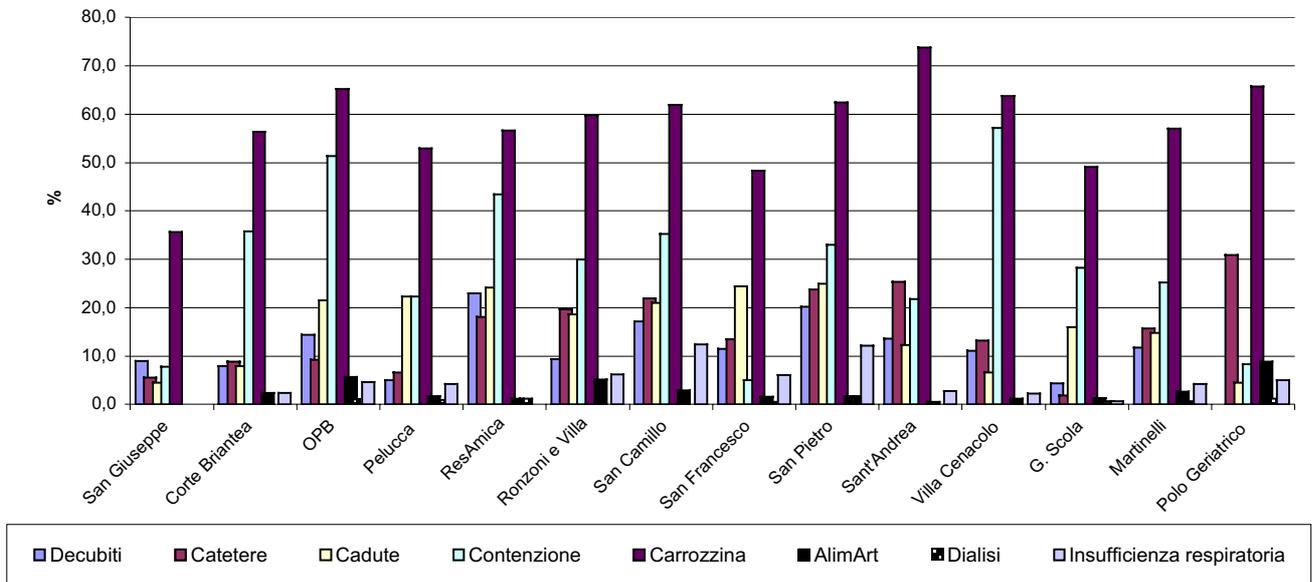
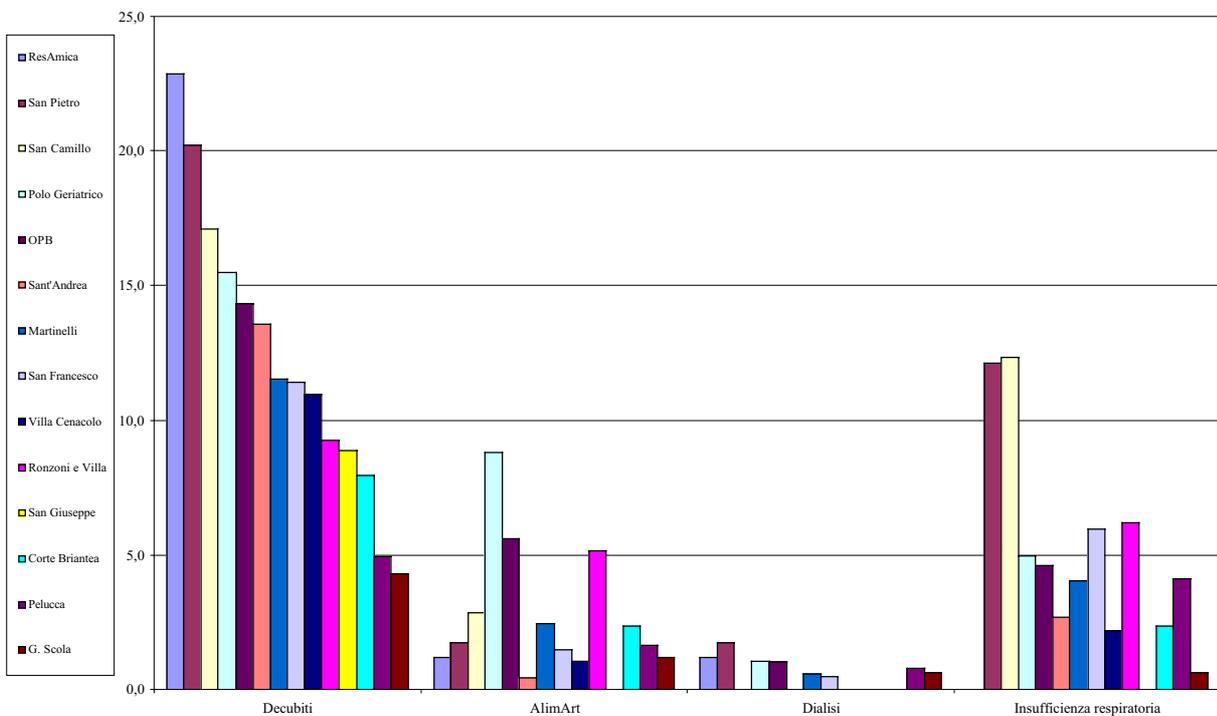


Figura 5 Distribuzione lesioni da pressione, alimentazione artificiale, dialisi e insufficienza respiratoria nelle diverse RSA



NB: dati espressi in percentuale della popolazione complessiva

Discussione dei risultati

Osservazioni preliminari: uno scenario in evoluzione

I dati descritti sintetizzano un complesso di osservazioni in effetti più articolato di quanto riportato. Questo per esigenze di sintesi e per contenere la stesura entro gli obiettivi prefissati.

I dati raccolti delineano un quadro ancora in evoluzione. La rilevazione attuale ritorna una popolazione diversa rispetto a quella precedente (31 dicembre 2002), mentre le differenze sono più contenute comparando la rilevazione attuale con gli ingressi compresi fra il 1 maggio 2003 e il 31 luglio 2003 (tabella 11). La figura 6 confronta la diversa distribuzione delle classi SOSIA fra questi due sottogruppi. La differenza non ha rilevanza statistica. Rispetto al passato, le linee di tendenza sembrano essere:

- una stabilizzazione della centralità distributiva della popolazione nelle classi 3 e 4;
- una crescita rispetto alla rilevazione di dicembre dei residenti in classe 1-2;
- il mantenimento di una sostanziale proporzione fra il peso delle classi 1-2 e 7-8;
- la confermata residualità delle classi 5-6.

L'aumentata consistenza delle classi SOSIA 1-2 sembra correlata:

- ad una modificazione delle politiche di ammissione, dato che sembrerebbe confermato dalla corrispondenza fra la distribuzione della popolazione SOSIA al secondo semestre 2002 e il profilo SOSIA dei nuovi ingressi;
- ad una migliore comprensione dell'utilizzo tecnico dello strumento.

Quest'ultimo aspetto sembra sostenibile anche in virtù della progressiva riduzione delle classi pari (2-4-6-8); il più frequente passaggio dal sottogruppo S2 a quello S1 sembra infatti determinato da una migliore descrizione anamnestica e clinica della popolazione residente e da una più completa compilazione della scheda CIRS. I profili diagnostici appaiono più dettagliati, a partire dal ricupero di diagnosi in precedenza meno ricorrenti perché meno rilevanti come problemi attivi: è il caso dei problemi osteo-articolari degenerativi, degli esiti fratturativi, dei problemi di vista e udito, della migliore descrizione delle anomalie della minzione e dell'alvo nei rispettivi item.

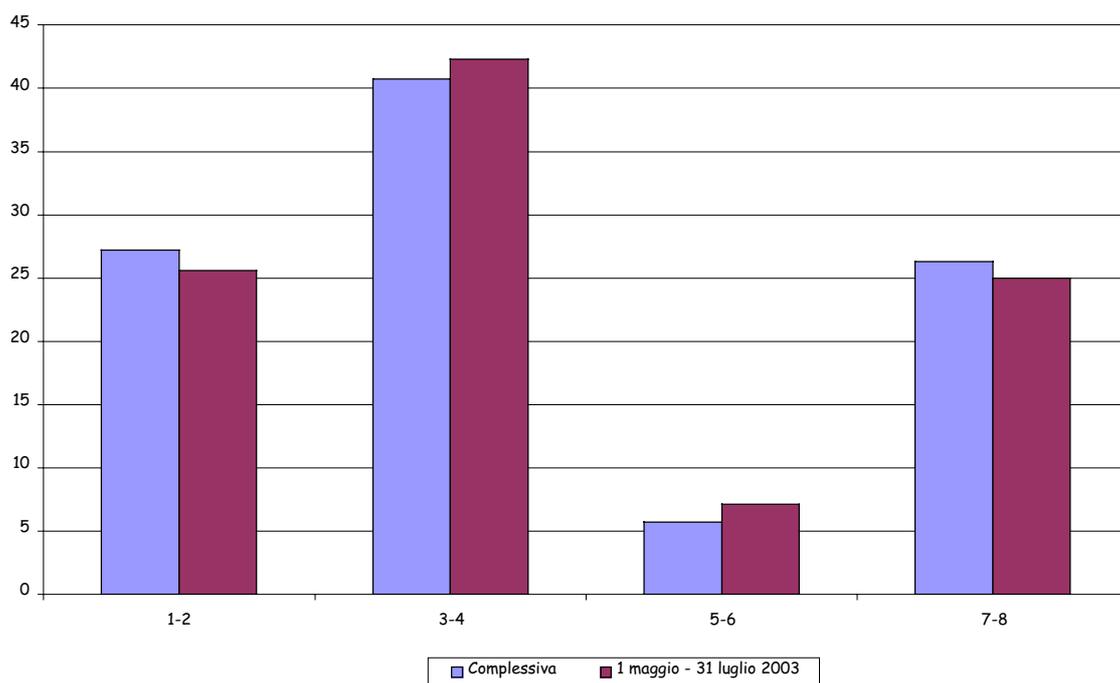
L'equivalenza fra le classi estreme (1-2 e 7-8) si mantiene anche negli ingressi successivi al primo maggio e sembrerebbe mettere in discussione uno dei timori espresso in passato: l'ipotesi che il nuovo sistema potesse tendere ad una selezione negativa delle ammissioni di anziani con minore dipendenza e maggiore connotazione sociale. Questo rischio potrebbe rivelarsi superiore in futuro.

La proporzione marginale delle classi 5-6 sembrerebbe motivata dalla ridotta prevalenza di situazioni caratterizzate dalla coesistenza di una mobilità conservata con anomalie consistenti della cognitiv . Queste ultime sono in genere associate con gravi difficolt  nella gestione autonoma dall'igiene personale e con difficolt  di livello medio nell'alimentazione e nella deambulazione: quest'ultima viene in genere tutelata (sorveglianza o sostegno diretto di un operatore) anche a scopo di rassicurazione e sicurezza.

Tabella 11 Distribuzione per classe SOSIA degli anziani ammessi nelle RSA partecipanti allo studio fra l'1 maggio e il 1 luglio 2003

Classe SOSIA	Ingressi compresi fra l'1 maggio e il 31 luglio 2003	%
1	38	22,6
2	5	3,0
3	52	31,0
4	19	11,3
5	5	3,0
6	7	4,2
7	21	12,5
8	21	12,5
Totale	168	100

Figura 6 Confronto fra la distribuzione per classi SOSIA della popolazione complessiva del primo semestre 2003 e quella ammessa fra il 1 maggio e il 31 luglio 2003.



L'utilizzo dello strumento - Aspetti positivi e migliorabili

L' utilizzo tecnico dello strumento da parte sia degli operatori che delle direzioni mediche e amministrative sembra migliorato anche in virtù di altre considerazioni. Ad esempio sembra cogliersi una riduzione della dispersione dei giudizi e una maggior confluenza verso i valori medi delle distribuzioni e delle tendenze. Questo miglioramento, che dovrà essere valutato nel tempo, è frutto di un consistente impegno di risorse umane ed economiche e verrà ulteriormente richiamato nei capitoli successivi. Non solo questo impegno, ma le stesse caratteristiche dello strumento SOSIA e della metodologia associata hanno inoltre determinato una serie di ricadute positive. Fra queste possiamo citare:

- la scheda SOSIA ha permesso l'introduzione nelle RSA di uno strumento standardizzato di lettura della popolazione in attesa o residente; per le strutture che hanno partecipato alla rilevazione è apparsa evidente la semplificazione nel confronto fra le diverse casistiche e la facilitazione di un lavoro comune di condivisione dei dati e delle esperienze. In prospettiva ciò costituirà una consistente premessa, ad esempio, per ricerche multicentriche e per una migliore programmazione amministrativa;
- sempre in termini programmatori - locali, di ASL o regionali – la diffusione della scheda SOSIA anche alle strutture diurne o ad altre tipologie di offerta costituirà un ulteriore ausilio all'analisi dei percorsi dei pazienti e dei determinanti della scelta dei servizi;
- all'interno delle strutture, l'introduzione della scheda SOSIA ha facilitato o confermato una metodologia di lavoro multiprofessionale. Questa è di per sé un valore aggiunto, utile alla crescita delle strutture, degli operatori e della qualità dell'azione clinico-assistenziale. Una corretta lettura delle situazioni impone, infatti, il coinvolgimento degli operatori di assistenza, del personale infermieristico e riabilitativo, del personale medico e la collaborazione implicita con le funzioni amministrative e gestionali.

Questo scenario positivo non può prescindere dalla stima dell'aggravio del lavoro clinico e amministrativo che ha comportato. Esso, in effetti, non ha ricadute automatiche sulla qualità del sostegno alla persona. Ad esempio, la necessità di documentare lo stato clinico e assistenziale certificato a tutela di possibili contestazioni, può spostare l'attenzione e le risorse professionali verso una logica inventariale - documentare e archiviare tutte le patologie e limitazioni in essere - piuttosto che concentrare le risorse verso quelle più rilevanti per la qualità di vita e delle cure. In ugual misura, l'utilizzo concreto dello strumento ha messo in luce o confermato alcuni limiti nella lettura delle situazioni e nella loro traduzione in una misura ripetibile e affidabile del carico assistenziale.

Il paziente con demenza o con malattie complesse

L'esperienza condivisa dalle strutture, ha infine permesso di focalizzare altre piccole incertezze dello strumento tecnico e del suo utilizzo pratico. Come già segnalato nei paragrafi precedenti, alcune variabili inerenti lo stato cognitivo potrebbero richiedere una puntualizzazione delle modalità di utilizzo o dei pesi assegnati. Le figure che seguono descrivono la variabilità degli indicatori *confusione* e *irrequietezza* e dell'item CIRS relativo alle *patologie psichiatrico-comportamentali*. L'entità delle differenze non sembra proporzionale a possibili differenze di prevalenza del deterioramento cognitivo nelle popolazioni in esame, ma piuttosto a diverse modalità di interpretazione degli item proposti o ad una ridotta ripetibilità inter-operatore della lettura proposta dallo strumento.

Una riduzione di questa variabilità può essere conseguita attraverso **percorsi formativi specifici** per gli operatori medici, o lo sviluppo di **percorsi di verifica e controllo** - interni o inter-strutture - della qualità della compilazione. Per quanto riguarda gli elementi di debolezza dello strumento in sé, non risulta che la scheda SOSIA sia stata sottoposta ad un percorso di validazione formale indirizzato a misurarne validità concorrente, validità predittiva, attendibilità, e responsività. Questa verifica potrebbe far parte dello sviluppo di una possibile futura revisione o aggiornamento dello strumento. Sotto questo aspetto le strutture dell'associazione sono disponibili fin da ora a orientare le verifiche in corso verso la misura delle variabili di validazione.

Alcuni correttivi, dello strumento o della sua traduzione tariffaria, appaiono urgenti per alcune considerazioni che verranno meglio espresse nei paragrafi successivi. Non è escluso, in ogni caso, che l'esperienza possa aiutare gli operatori sul campo a ridurre i divari oggi registrati nelle previsioni economiche dei diversi enti. Alcuni esempi:

- l'intervallo fra le definizioni relative ai punteggi 1 e 2 dell'indicatore *confusione* può rendere incerta la definizione di una quota significativa di pazienti. La definizione della *Gottfries, Brane, Steen Dementia Rating Scale* associata al punteggio 1 dell'item "confusione" è infatti: "E' completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive; *la personalità è completamente destrutturata*"; quella associata al punteggio 2 è invece: "E' chiaramente confuso e non si comporta, *in determinate situazioni*, come dovrebbe". Il divario - anche solo semantico - fra una completa destrutturazione della personalità e un comportamento alterato *solo* in determinate situazioni è in effetti cospicuo, tale da rendere implicita una variabilità corrispondente della lettura dei casi da parte di operatori diversi. Fra l'altro, il livello 3 dello stesso item *confusione* fa riferimento al mantenimento dell'orientamento spazio-temporale: la conseguenza immediata è che si ci si attiene strettamente alla lettura delle definizioni proposte, la collocazione dei numerosi pazienti affetti da sindrome di demenza può

contare su due soli livelli della variabile in gioco, probabilmente insufficienti a leggere la notevole diversificazione delle storie cliniche e a tradurre le diverse conseguenze assistenziali per le persone affette da sindrome di demenza; altre interpretazioni - ad esempio una ipotetica corrispondenza fra i valori del Mini Mental State Examination e la variabile confusione della GBS, come a suo tempo suggerito verbalmente dagli operatori del call center regionale - non hanno un sicuro fondamento scientifico e imporrebbero l'emissione di una nota esplicativa formale dai tecnici regionali;

- l'incertezza citata - che potrebbe essere ridotta modificando la traduzione dell'item o integrandola con altre misure delle cognitività o del comportamento - non ha conseguenze pratiche irrilevanti: se il paziente viene assegnato al livello 2 di *confusione*, il passaggio in C1 della sottoclasse "Cognitività e comportamento" non è possibile se non in presenza di un punteggio almeno pari a 2 dell'item *irrequietezza*; quest'ultimo fa però riferimento letterale alla iper-attività fisica del paziente: "non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione ...", attributi non compatibili con l'autonomia motoria ridotta o assente propria della sottoclasse M1. Anche in relazione all'attribuzione della sottoclasse M sono così possibili oscillazioni della classificazione del paziente con demenza che spaziano dalla classe SOSIA 1 alla classe 8, a seconda che si utilizzino letteralmente o si utilizzino in modo più flessibile i diversi item e le diverse combinazioni;
- infine, non è del tutto chiara, o può essere interpretata in misura diversa, la relazione fra i livelli CIRS dell'item *psichiatrico-comportamentale* e il livello assegnato all'item *confusione* della GBS. Una irrequietezza compatibile con un deficit motorio, ad esempio "2", e una confusione a livello "2", permettono il passaggio in SOSIA 1, solo se l'item CIRS psichiatrico comportamentale è posto a 5, forse sproporzionato o antitetico rispetto al livello "2" della confusione.

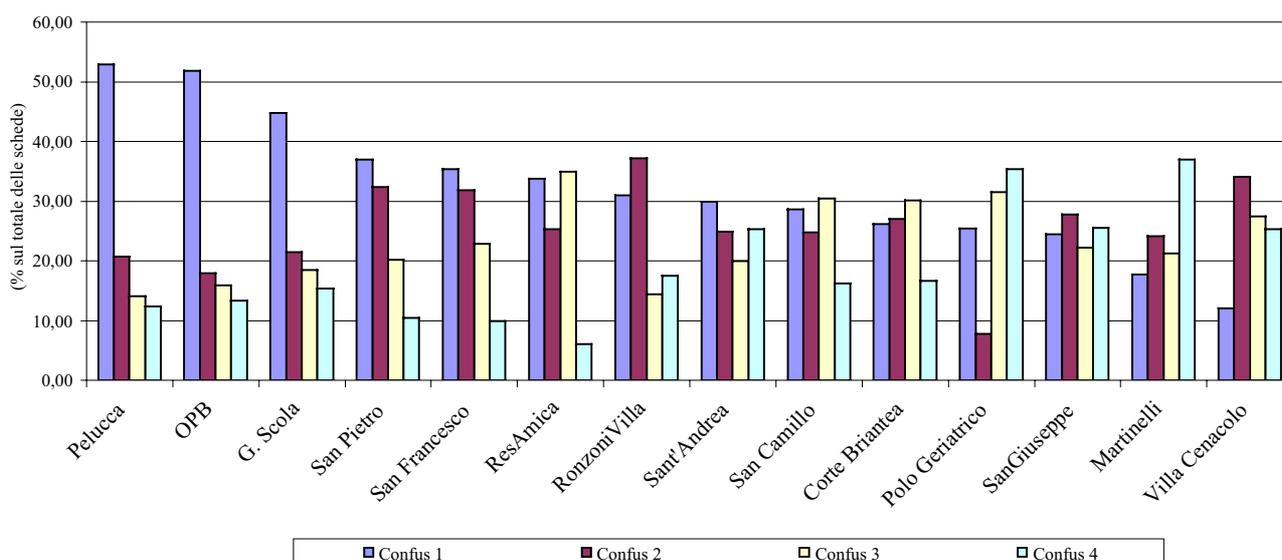
Nel complesso, la maggior parte dei pazienti con demenza - che includono quelli classificati ALZ o ALZN, più la quota parte dei NAT e NAP già citati - è oggi classificato in classe 3 o 5, e questo in relazione alla maggiore o minore mobilità residua. Come già messo in evidenza, una quota significativa degli stessi pazienti viene classificata in classe 7 e 8, nonostante l'indubbia onerosità del carico assistenziale derivante dal loro sostegno. In ogni caso, il numero di variabili coinvolte in tale classificazione, l'incertezza nella attribuzione dei pazienti ai diversi livelli di ognuna di esse e la loro incerta e a volte contraddittoria e reciproca relazione, sembrerebbero consigliare una revisione di questo ambito. Se questo problema è superato dalla tariffazione extra-SOSIA dei malati accolti nei nuclei Alzheimer accreditati, resta ancora da risolvere per la gran parte dei restanti.

Ancora, resta irrisolto o risolto in modo diverso da parte di diversi compilatori, il problema della collocazione dei pazienti in **stato vegetativo persistente** (*coma vigile*) per esiti di patologie traumatiche, ipossiche, ischemiche o per grave involuzione senile. In questo caso la prassi più diffusa è quella di considerare lo stato confusionale e la riduzione del livello di coscienza proprio del coma anche fra le patologie *psichiatrico-comportamentali*. In caso contrario, il paziente rischia di essere collocato in classe SOSIA 3, nonostante l'evidente complessità clinica e assistenziale.

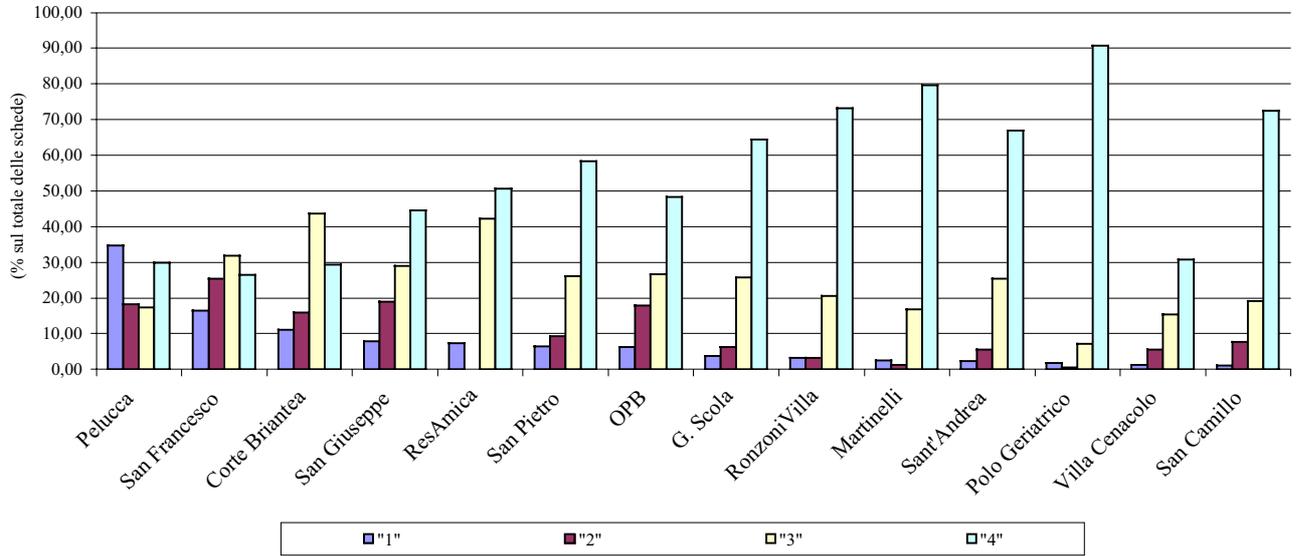
La collocazione in classe SOSIA 1 non sembra infine possibile nel **paziente anziano in fase terminale** per patologie che non modifichino necessariamente il livello di coscienza: malattie oncologiche, scompenso cardiaco cronico, insufficienza respiratoria grave, nefropatie avanzate, traumi. In questa come in altre condizioni appare penalizzato, o non riconosciuto, lo sforzo di quelle strutture che scelgono di farsi carico fino all'ultimo delle esigenze della persona, rifiutando e ritardando il trasferimento alle strutture ospedaliere; il ricovero, peraltro, non sempre è possibile per l'attuale organizzazione del sistema di ricovero per acuti nonché per lo scarso gradimento dimostrato dagli ospiti e dai suoi familiari.

Non va dimenticato, infine, che la durata delle fasi terminali del paziente anziano è più lunga che nel paziente giovane o adulto che decede per motivi oncologici e in riferimento ai quali viene in genere parametrata la durata dei trattamenti di tipo palliativo, e gravata dalla più frequente coesistenza di comorbilità e disabilità anche complesse.

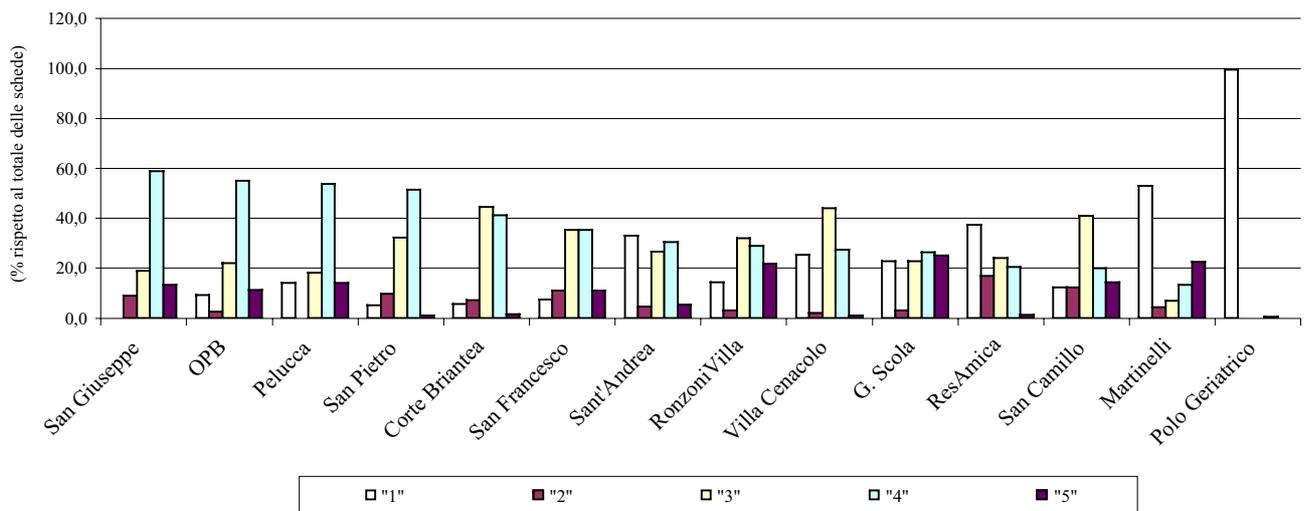
Distribuzione dell'indicatore "Confusione" (in ordine decrescente per il valore "1")



Distribuzione indicatore "Irrequietezza" (in ordine decrescente per il valore "1")



Distribuzione indic. "Psichiatrico Comportamentali" (In ordine decrescente per il valore "4")



L'impatto gestionale della scheda SOSIA sul sistema RSA

Il superamento della classificazione degli ospiti delle RSA in NAT, NAP, Alzheimer ha condotto al nuovo sistema di classificazione della fragilità senile. Sono state identificate otto classi tariffarie corrispondenti a otto diversi livelli di gravità. Questi derivano dalla composizione, già ampiamente citata nei capitoli e paragrafi precedenti, di tre dimensioni clinico-funzionali: la mobilità, la cognitività e la comorbidità.

Alla Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (SOSIA) compilata dall'Ente Gestore è affidato il compito di rilevare il livello di gravità degli ospiti e la sua modificazione nel tempo. La scheda costituisce la nervatura del sistema di remunerazione regionale delle prestazioni a carico del Fondo Sanitario Regionale. Il sistema prevede una remunerazione variabile in rapporto alle effettive esigenze dell'ospite.

Il programmatore regionale ha avuto modo di esplicitare l'utilità attesa del nuovo sistema; in particolare rileva che il nuovo sistema:

- rappresenta il punto di partenza per la programmazione della spesa, per il suo controllo e per la valutazione della sua sostenibilità rispetto ai benefici. Quindi, è il punto di partenza dell'azione programmatoria di lungo periodo;
- consente il monitoraggio delle variazioni delle condizioni di fragilità, e dunque incrementa la conoscenza del grado di criticità e dipendenza di una popolazione sempre più anziana;
- permette l'implementazione di un sistema informativo regionale, e l'attivazione di un flusso di dati standardizzato, utile al monitoraggio e al controllo delle unità di offerta.

La funzione strategica del nuovo sistema è del tutto condivisibile. La ricerca di razionalità del sistema non può non trovare l'accordo delle realtà intenzionate a perseguire una oggettiva qualificazione. E' inoltre apprezzabile l'impegno, espresso in più occasioni e documenti, di prevedere rivalutazioni periodiche sia dello strumento che degli impegni retributivi connessi, così come è già avvenuto in passato per il sistema DRG di tariffazione delle prestazioni ospedaliere. E' in virtù di ciò, posto l'impegno non indifferente richiesto alle RSA lombarde, che si è ritenuto opportuno e necessario analizzare ed esporre le opportunità e le criticità incontrate.

Il nuovo sistema classificatorio e remunerativo S.OS.I.A. sostituisce il sistema tariffario basato sulle giornate di degenza. Tale sistema, semplice e agile, viene sostituito da uno strumento certamente più complesso. Esso richiede la progettazione e implementazione di una idonea struttura tecnica. Questa necessità ha già imposto agli Enti Gestori l'impegno di risorse umane ed economiche adeguate. In prospettiva è evidente l'esigenza di informatizzare i sistemi al fine di raccogliere, gestire e comunicare i dati di attività. Questo sia ad uso interno – la gestione ordinaria e la sua

ulteriore qualificazione – che ai fini dell’assolvimento del normato debito informativo. Tale scenario costituisce una opportunità da cogliere per la migliore programmazione e gestione del servizio, ma anche per il programmatore regionale, chiamato a governare servizi e mercati in rapida evoluzione.

Le criticità da affrontare sono comunque significative. A fronte della limitatezza delle risorse, il nuovo sistema classificatorio sembra contenere le risorse ma anche domandare un incremento dei costi. Questa contraddizione preoccupa, in quanto i maggiori oneri non possono essere compensati facilmente: le rette richieste a anziani e familiari sono già elevate, e la fatica di chi le sostiene va compresa e tutelata. La fase di comprensione, pianificazione e implementazione del sistema ha determinato costi collegati a:

- ore-uomo, in termini di direzione e controller, per lo studio del sistema;
- ore destinate alla informazione e formazione degli operatori coinvolti;
- costi di sviluppo o acquisto dei sistemi informatici necessari alla gestione del sistema;
- eventuale sviluppo dei sistemi di rete necessari a migliorare l’efficacia e l’efficienza della gestione.

Tali costi sono stati sostenuti da ogni ente gestore con un esborso finanziario aggiuntivo nell’anno in corso. Altri costi sono prevedibili rispetto alla manutenzione e aggiornamento:

- delle risorse umane coinvolte;
- dei programmi e sistemi informatici;
- delle procedure e metodologie gestionali.

Questo per elencare alcuni fattori produttivi rilevanti coinvolti, la cui stima oggi è approssimativa, ma la cui incidenza fenomenica è certa. Le nuove voci di costo dovranno essere considerate nella determinazione del costo del servizio offerto.

L'impatto economico della scheda SOSIA sul sistema RSA

Le considerazioni fin qui esposte, comportano una serie di ricadute economiche sulle gestioni delle strutture. Nel caso in cui, la fotografia degli ospiti presenti al 30 giugno 2003 nelle RSA aderenti la ricerca dovesse risultare conforme alle future presenze medie degli ospiti, le entrate sanitarie si ridurrebbero, su base annua, in modo significativo. La stima è descritta nelle tabelle successive. La stima fa riferimento a un numero di posti letto inferiori rispetto a quello dei capitoli precedenti, essendo state eliminate dall'analisi le schede che presentassero anomalie, errori o incongruenze di registrazione.

Tabella 12 Entrate teoriche annuali con ospiti presenti al 30/06/2003 con sistema pre-Sosia nelle strutture ricerca

<i>Tipologia</i>	<i>Numero</i>	<i>Tariffa al 30/04/03 (euro)</i>	<i>Entrate (euro)</i>
NAT	1.359	39,30	19.494.175,50
NAP	184	22,00	1.477.520,00
Alzheimer	59	52,00	1.119.820,00
<i>Totale</i>	1602		22.091.515,50

Tabella 13 Entrate teoriche annuali con ospiti presenti al 30 giugno 2003 con sistema Sosia nelle strutture della ricerca

Classe		Alzheimer	Totale	Entrata teorica al 30/06/03 (euro)
Classe 1	363	30	393	6.862.912,50
Classe 2	43	18	61	1.024.372,50
Classe 3	485	3	488	6.695.377,50
Classe 4	96	0	96	1.173.840,00
Classe 5	69	6	75	1.045.725,00
Classe 6	29	1	30	368.285,00
Classe 7	270	1	271	2.679.830,00
Classe 8	184	0	184	1.544.680,00
<i>Totale</i>	1539	59	1598	21.395.022,50

In concreto, la riduzione annua del contributo del Fondo Sanitario Regionale per il totale dei posti letto presi in considerazione viene quantificata in € 696.493,00 pari ad una riduzione percentuale del 3.15% rispetto alla tariffazione precedente.

Proiettando, con le cautele del caso, lo stesso dato sulla base dei posti letto accreditati nell'ASL Mi3 e su quella regionale, la contrazione del contributo sanitario salirebbe rispettivamente a € 1.384.656,00 e ad € 19.892.223,00.

Tabella 14 Proiezione dei risultati della ricerca relativa alla popolazione presente al 30 giugno 2003 su base ASL e regionale

	<i>Numero posti letto</i>	<i>Differenza Pre Sosia Sosia</i>
<i>Numero Posti letto ricerca</i>	1.602	€ 696.493,00
<i>Numero Posti letto accreditati</i>	3.204	€ 1.384.656,00
<i>Numero posti letto Regione</i>	45.754	€ 19.892.223,00

La situazione risulta in peggioramento prendendo in considerazione i soli ingressi avvenuti dopo il primo maggio 2003. In questo caso, anche tenendo presente la ridotta numerosità della casistica casi, la tendenza sembra difficilmente modificabile.

Tabella 15 Entrate teoriche annuali proiettate sulla base della composizione Sosia conseguente alle ammissioni comprese tra l'1/05/2003 ed il 31/07/2003

<i>Classe</i>	<i>Numero</i>	<i>Entrata Sosia (euro)</i>	<i>Entrate NAT (euro)</i>	<i>Saldo(euro)</i>
Classe 1	38	658.825,00	554.362,00	104.463,00
Classe 2	5	79.387,50	80.993,50	- 1.606,00
Classe 3	52	711.750,00	737.920,50	- 26.170,50
Classe 4	19	232.322,50	272.545,50	- 40.223,00
Classe 5	5	67.525,00	71.722,50	- 4.197,50
Classe 6	7	84.315,00	94.097,00	- 9.782,00
Classe 7	21	206.955,00	294.920,00	- 87.965,00
Classe 8	21	176.295,00	277.692,00	- 101.397,00
<i>Totale</i>	168	2.217.375,00	2.384.253,00	- 166.878,00

La quota di riduzione dei contributi rispetto al sistema ante-Sosia, passerebbe quindi dal 3,15 iniziale (calcolato sulle rendicontazione al 30/06/03 del gruppo campione) all'attuale 7,2 per cento.

Applicando lo stesso meccanismo di calcolo ai posti letto della ASL e a quelli regionali, la riduzione del contributo risulterebbe rispettivamente di euro 3.163.570,00 (ASL) e di euro 25.220.052,00 (Regione) (tabella 16).

Tabella 16 Proiezione dati rilevati sulla popolazione complessiva

	<i>Numero posti letto</i>	<i>Differenza pre- e post- Sosia</i>
<i>Nuovi ingressi nella ricerca</i>	168	€ 166.878,00
<i>Proiezione sul totale dei posti letto ricerca</i>	1602	€ 1.591.301,00
<i>Proiezione sul totale dei posti letto ASL</i>	3.204	€ 3.163.570,00
<i>Proiezione sul totale dei posti letto Regione</i>	45.724	€ 25.220.052,00

Significatività dei risultati emersi

Relativamente ai dati emersi dall'analisi dei Sosia delle 14 RSA considerate, si pone la questione di verificarne:

- la significatività nei confronti della situazione della ASL 3;
- la consonanza o meno con quanto si riscontra nel resto del territorio regionale.

La significatività del *data base* delle 14 RSA, globalmente considerate, è comprovata dall'entità campionaria che si attesta al 54.4% dell'universo considerato (1.743 posti accreditati su 3.204 del totale ASL). Posta l'esigenza di analizzare in modo più affidabile i dati di tipo economico, questa casistica è stata depurata delle schede non affidabili o non coerenti alla formattazione generale. Sono risultate 1602 schede; la loro distribuzione secondo la precedente classificazione NAT, NAP e Alzheimer resta sostanzialmente sovrapponibile a quella complessiva dell'ASL Milano 3 (tabella 17).

Tabella 17 Confronto tipologia residenti

	Ospiti (n,)				Ospiti (%)			
	NAT	NAP	ALZH	Tot.	NAT	NAP	ALZH	Tot.
RSA Brianza (14 Rsa)	1.359	184	59	1.602	84,83	11,49	3,68	100
Totale ASL 3	2.729	416	59	3.204	85.17	12.98	1.84	100

Dai dati di accreditamento riportati deriva che i valori teorici della giornata/media di degenza precedenti alla riforma Sosia erano sostanzialmente contigui nei due gruppi di popolazione e, più precisamente, risultavano di poco superiori nel nostro campione a causa della più elevata presenza di posti Alzheimer (tabella 18).

Tabella 18 Contributo medio ante SOSIA

RSA Brianza (14 Rsa)	37.8 euro (senza Alzh: 37.2)
Totale ASL 3	37.3 euro (senza Alzh: 37.0)

Per verificare i dati rilevati, si è fatto ricorso ad un “campione di controllo” composto da 13 RSA medio-grandi reperite in 8 province lombarde (Milano esclusa) accreditate per 2.150 posti così distribuiti:

Tabella 19 Composizione popolazione campione di controllo

	Ospiti (n.)				Ospiti (%)			
	NAT	NAP	ALZH	Tot.	NAT	NAP	ALZH	Tot.
Campione altre provincie	1.844	174	132	2.150	85,77	8,09	6,14	100

Dalla distribuzione degli accreditamenti deriva, in questo caso, un valore medio del contributo giornaliero ante Sosia di € **38,7**. (Escludendo la quota Alzheimer tale valore è di **37,8**)

La lettura comparata dei dati di cui sopra con la situazione generale della Regione Lombardia è quella descritta nella tabella 20.

Tabella 20 Comparazione contributo giornaliero ante SOSIA

	Numero Ospiti				Valori %				Media Contributo (euro/gg)	
	NAT	NAP	ALZH	Tot	NAT	NAP	ALZH	Tot	con Alzh Nat+Nap	
Campione Brianza (14 Rsa)	1.359	184	59	1.602	84,83	11,49	3,68	100	37,8	37,2
Totale ASL 3	2.794	416	59	3.204	85,17	12,98	1,84	100	37,3	37,0
Campione altre provincie	1.844	174	132	2.150	85,77	8,09	6,14	100	38,7	37,8
Lombardia	35.317	9.215	1.222	45.754	77,19	20,14	2,67	100	36,1	35,6

Come prevedibile, la presenza in Lombardia di una **quota di NAP più elevata** rispetto alla realtà Briantea e a quella del campione di controllo considerato, comporta un abbassamento del valore medio del contributo giornaliero.

Già da questa constatazione può derivare una importante considerazione relativamente all'onere introdotto dal nuovo sistema di classificazione degli ospiti: l'inquadramento nelle nuove classi della tipologia di ospiti ex-NAP comporta **sempre** per la Regione un maggior onere. L'onere può andare da 1 Euro, nel caso più favorevole di inquadramento del Nap in classe 8, fino a 5 o 11 euro per inquadramenti, non infrequenti, in classe 6 o 7.

Ciò rende anche conto del fatto che le RSA della zona Brianza o, in genere, le RSA medio-grandi del campione di controllo, sono strutturalmente penalizzate dalle nuove classificazioni. Esse posseggono infatti una quota media di posti letto NAP molto bassa e, soprattutto, distribuita in un numero minoritario e residuale di strutture.

In ogni caso, i dati del campione di controllo considerato, consentono di sostenere con ragionevole supporto che:

- la distribuzione degli ospiti nelle nuove classi riscontrata nelle RSA oggetto del presente studio non è dipendente da fenomeni localistici, ma trova riscontro in una situazione più generale delle RSA lombarde (almeno di quelle medio grandi);
- si confermano essere di valore generale i seguenti risultati:
 - la centralità della Classe 3 come classe modale di collocazione degli ospiti;
 - la classificazione degli ospiti presenti nelle RSA al 30 giugno 2003 effettuata con il nuovo sistema (proiettato anche sui residenti ante 1 maggio 2003) determina una potenziale diminuzione dei contributi a carico di quelle strutture non più accreditate per ospiti NAP o di quelle ove tali posti erano quantitativamente residuali;
 - in tali strutture la progressiva sostituzione dei vecchi posti NAT con i nuovi ingressi dal 1 maggio 2003 conferma e aggrava la affermazione di cui sopra dando come riscontro una ulteriore diminuzione dell'entità del contributo economico.

Le tabelle 21 e 22 descrivono i dati corrispondenti.

Tabella 21 Confronto fra classi SOSIA (residenti al 30 giugno 2003)

	Classi SOSIA								Totale
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Campione Brianza (14 RSA)	24,6	3,8	30,5	6,0	4,7	1,9	17,0	11,5	100
Campione altre provincie (13 RSA)	23,9	5,4	27,1	5,1	6,2	4,5	15,3	12,6	100

Tabella 22 Confronto fra classi SOSIA (nuovi ingressi, post 1 maggio 2003)

	Classi SOSIA								Totale
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Campione Brianza (14 RSA)	22,6	3,0	31,0	11,3	3,0	4,2	12,5	12,5	100
Campione altre provincie (13 RSA)	22,2	2,7	30,3	4,2	5,4	5,0	19,5	10,7	100

Da ciò discende che nel valore medio del contributo giornaliero, si determina la seguente dinamica di riduzione:

	Ante–Sosia	Proiezione sosia	Applicazione Sosia
	<u>(a)</u>	<u>“residenti” al 30/6</u>	<u>Nuovi ingressi (dal 1/5)</u>
Campione Brianza (14 Rsa)	37,8 Euro	36,7 Euro - 3,0% su (a)	35,15 Euro -7,0% su (a)
Campione di controllo (13 RSA)	38,7 Euro	36,3 Euro - 6,2% su (a)	35,9 Euro -7,2% su (a)

In ogni caso si sottolinea che, per una corretta interpretazione dei dati, il significato dei valori sopra indicati (soprattutto quelli riferiti ai nuovi ingressi dal 1 maggio 2003) va apprezzato non tanto nella dimensione quantitativa espressa quanto nella dinamica di tendenza che si evidenzia essere:

- chiara nella elaborazione dei dati “certi” facenti parte del campione “RSA Brianza”;
- estensibile alla realtà della Asl 3, con minime correzioni dovute alla tipologia dei posti accreditati;
- confermata e in coerenza con le indicazioni che emergono dal campione di “controllo” di livello regionale, quanto meno per la tipologia di RSA medio-grandi e con nessuna o scarsa presenza di ospiti ex-Nap.

Le proposte

Le considerazioni fin qui espresse lasciano intravedere un percorso che, se ha fin qui impegnato il programmatore regionale e i gestori delle strutture per anziani in un lavoro impegnativo, ha comunque evidenziato diversi elementi positivi. Non va trascurato, ad esempio, l'aver avviato su basi metodologiche più solide che in passato il confronto sulla qualità delle cure erogate e le caratteristiche auspicabili della popolazione di riferimento per le strutture di ricovero. Restano alcune aree di incertezza che possono però tradursi in una possibile ulteriore qualificazione degli obiettivi fin qui perseguiti. Il gruppo di lavoro ritiene pertanto utile ipotizzare alcune proposte orientate a facilitare l'utilizzo dello strumento SOSIA, a rafforzarne l'impatto positivo sulla qualità gestionale e a correggerne alcune conseguenze negative per lo sviluppo futuro del sistema delle RSA. In sintesi:

- sotto il piano metodologico sembra opportuna una parziale revisione di alcuni dei meccanismi di definizione delle classi in linea con quanto descritto nei paragrafi precedenti. In particolare sembra necessario correggere quella che, a partire dai dati della rilevazione attuata, sembra rappresentare il limite tecnico principale: una apparente ridotta riproducibilità inter-esaminatore, soprattutto collegata all'ambito della cognitività. In fase iniziale potrebbe essere suggeribile anche solo una diversa traduzione degli item della GBS relativi a confusione e irrequietezza, per ridurre il *gap* fra i punteggi 1 e 2 della prima e risolvere l'incertezza in ordine alla mobilità fisica nella seconda. In ugual misura potrebbe funzionare una interpretazione ufficiale o una breve nota scritta da parte dei tecnici regionali, che renda più certa l'applicazione dell'item, anche in vista di possibili contestazioni future. Infine sembrerebbe utile studiare una integrazione dello strumento rispetto all'analisi delle cognitività e delle anomalie del comportamento;
- sotto il piano economico appare evidente che la classe centrale o di riferimento per la popolazione in RSA è la classe 3. Rispetto alla precedente tariffazione NAT risulterebbe quindi coerente che la sua tariffazione coincidesse con la precedente tariffa di 39.3 euro, che rappresenterebbe in tal caso un segno di continuità rispetto al modello gestionale precedente, arricchito da una differenziazione dei livelli di tariffazione – in più o in meno rispetto al livello base – proporzionale alla maggiore o minore gravità clinica e dipendenza funzionale degli ospiti e dei livelli di cure erogati. La struttura verso cui sembra tendere la popolazione delle RSA analizzate coincide con questa impostazione;

- una seconda apparente incongruenza rispetto al modello precedente, è che l'attuale impostazione tariffaria sembra sottopagare la complessità clinica. Rispetto ai 10,5 euro aggiunti alla tariffa base per i residenti M1, e ai 10 euro per quelli in C1, l'integrazione di 4 euro per quelli gravati da una maggiore comorbidità sembra sottostimare le risorse umane ed economiche necessarie a gestire una popolazione con elevate esigenze sanitarie. In questo ambito si colloca l'apparente difficoltà del modello a recepire le esigenze di cura di malati clinicamente gravi, oltre i limiti di curabilità o terminali; questo soprattutto se i pazienti, oltreché di età avanzata, sono cognitivamente integri o mostrano mobilità residua. Una proposta potrebbe essere quella di prevedere un aumento tariffario proporzionale per la sottoclasse *comorbidità S1*. Le ricadute di questo beneficio si distribuirebbero sui pazienti in classi SOSIA 1, 3, 5 e 7 e l'entità economica del maggior costo per il Fondo Sanitario Regionale sarebbe proporzionale all'entità dell'aumento proposto;
- un ulteriore correttivo andrebbe posto in essere, in termine di pesi assegnati alle diverse variabili, per includere nella classe SOSIA 1 gli ospiti ad alta complessità clinica o assistenziale ma ancora consapevoli, o con patologie che possano lasciare dubbi interpretativi in ordine all'item "psichiatrico-comportamentali" della CIRS. E' possibile citare gli stati vegetativi persistenti, le fasi terminali di malattie oncologiche e non oncologiche, le fasi avanzate – con mobilità autonoma ridotta o assente, instabilità clinica anche elevata ma persona vigile e coerente – delle malattie cardiache, respiratorie, nefrologiche, neurologiche. Negli stati vegetativi o nelle fasi immediatamente pre-terminali o con confusione, potrebbe essere sufficiente una nota esplicativa ufficiale che chiarisca l'utilizzo dell'item "psichiatrico-comportamentale" in questi contesti. In questi casi il passaggio ad una classe tariffaria che riconosca la complessità assistenziale di questi ospiti non può contare sul contributo della sottoclasse C, che di necessità – paziente vigile, sofferente, ipomobile – resterà a livello C2 anche per diversi mesi. L'ipotesi di lavoro può – in analogia con quanto già adottato per gli ospiti residenti nei nuclei Alzheimer accreditati – coincidere con l'identificazione di una classe tariffaria specifica. Il limite di questa soluzione è che essa non accoglie le esigenze di quelle RSA che, pur dotate di standard gestionali e strutturali adeguati e di una comprovata qualità delle cure erogate, non hanno un nucleo Alzheimer accreditato. Inoltre, ad oggi non esiste, se non in riferimento agli atti deliberativi sugli *hospice* residenziali, un modello di riferimento per l'accoglienza di anziani con le caratteristiche sopra citate. L'ipotesi potrebbe allora essere che per tali categorie - stati vegetativi, fasi avanzate di malattie oncologiche e non oncologiche e stati terminali di entrambi - possa essere identificata una tariffazione ad hoc per le strutture che dimostrino di possedere standard gestionali e strutturali adeguati e pre-definiti oltreché minuti di

assistenza superiori all'ordinario. In questi casi, il paziente dovrebbe poter essere posto automaticamente in classe tariffaria SOSIA 1 indipendentemente dal livello di coscienza e di irrequietezza motoria. Una terza proposta potrebbe essere quella di superare i limiti in vigore per l'accreditabilità degli hospice residenziali, permettendo ad un numero superiore di RSA di dotarsi di un modulo che, negli anni a venire, acquisirà una crescente rilevanza e potrà contribuire a qualificare l'offerta delle strutture socio-sanitarie;

- infine, vanno rimarcate alcune rigidità e una parziale inaffidabilità del programma distribuito dalla Regione per la gestione del sistema SOSIA. Questa situazione ha contribuito a appesantire una fase di cambiamento già di per sé delicata. Al di là dei difetti impliciti, il programma non sembra rispondere alle caratteristiche necessarie ad una concreta integrazione con le normali prassi operative delle strutture.

Conclusione

Come già sottolineato in queste pagine, i risultati di questo lavoro non possono né devono essere considerati esaustivi; tanto meno vanno considerati validi, in modo assoluto, per l'intero territorio regionale. E' intenzione del gruppo procedere a un ampliamento della casistica e ad una analisi statistica più dettagliata che possa rafforzare la rappresentatività del campione. Ancora di più sarà necessario attendere i dati delle prossime rilevazioni, ad esempio quella del II° semestre 2003, per comprendere la stabilizzazione o l'evoluzione delle tendenze descritte.

In generale, sembra comunque di poter concludere che la riduzione del contributo regionale alle RSA esista e rappresenti - per alcune strutture più, per altre meno - un area di possibile problematicità, ancor più se associata agli oneri connessi con l'implementazione del sistema SOSIA.

Se questa indicazione dovesse venire confermata, i soggetti gestori saranno chiamati a far fronte sia agli oneri conseguenti all'introduzione delle nuove normative regionali, volte al miglioramento della qualità del servizio offerto, che ad una riduzione oggettiva delle entrate. Questo sbilanciamento rischia di tradursi in un ulteriore sforzo economico richiesto agli anziani residenti ed ai loro familiari - in termini di aumento delle rette - con effetti sociali e ricadute di immagine del sistema negative.

Per evitare o ridurre tali conseguenze, le RSA coinvolte in questa analisi sono disponibili a un confronto serio e costruttivo - basato su dati e considerazioni il più possibile oggettive - con i referenti regionali e della ASL Milano 3. Questo per sostenere gli aspetti positivi del sistema - comunque innegabili - e contribuire ad un concreto miglioramento della qualità di vita degli anziani ospiti nelle RSA lombarde, senza rappresentare un ulteriore aggravio degli oneri gestionali già richiesti ad ogni struttura.