

Vigilanza e controllo sono funzionali al miglioramento della qualità in RSA?

Silvano Lopez, Angelamaria Sibilano

UOC Vigilanza e Controllo, ASL della Provincia di Milano I

INTRODUZIONE

La Regione Lombardia ha sancito, nel 1997, la separazione tra gli erogatori di prestazioni e le aziende sanitarie deputate all'acquisto e controllo dei servizi al cittadino (LR n. 31, 11 luglio 1997). La netta demarcazione, nel sistema, dei due sottoinsiemi, è stata ripresa nei piani di programmazione regionale emanati in seguito (Dcr n.VII/462, 13 marzo 2002), (Dcr n.VIII/257, 26 ottobre 2006). Altro elemento che ha caratterizzato il sistema lombardo, unico nel panorama italiano, è l'attribuzione agli Enti Gestori, accreditati nell'area socio sanitaria, della funzione di valutazione, multidimensionale o geriatrica, del paziente, finalizzata all'accesso ai servizi residenziali (Scardigli, 2008), mentre la verifica dell'appropriatezza della prestazione offerta è affidata alle Aziende Sanitarie Locali (ASL): in applicazione del principio di libera scelta del cittadino, da un sistema di valutazione ex ante si è passati alla valutazione ex post.

Le ASL lombarde hanno quindi modificato, con diversa gradualità, la propria *mission*: dall'erogazione diretta di servizi al controllo delle prestazioni rese da soggetti terzi accreditati, pubblici e privati. L'organizzazione delle ASL lombarde ha quindi implementato nuovi modelli, con l'istituzione di articolazioni organizzative deputate, in modo più o meno esclusivo, all'esercizio dell'attività di controllo.

Oggi il panorama lombardo dei Servizi Vigilanza è, comunque, caratterizzato da importanti disomogeneità, sia in termini di risorse umane dedicate che di approccio al tema. Il recente Report di Regione Lombardia (D.G. Famiglia, 2008), sulle risorse umane ASL dedicate alla vigilanza, rende evidente un numero medio regionale di operatori dedicati pari a 1,88 per 100.000 residenti, in un range compreso tra lo 0,34 dell'ASL di

Como e il 4,95 dell'ASL di Cremona; per l'ASL Milano I l'indice è pari a 0,98/100.000 residenti. Anche il modo in cui è svolta la funzione differisce tra le varie ASL, sia in termini procedurali sia di contenuti. La Regione ha cercato di ricondurre il sistema ad alcuni criteri omogenei di riferimento (Dgr VIII/8496, 26 novembre 2008). In questo articolo si presenta il modello organizzativo adottato dal servizio vigilanza dell'ASL Milano I e l'interpretazione data al proprio ruolo, attraverso la presentazione di alcuni esiti delle rilevazioni effettuate, con particolare attenzione alla rete delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) presenti nel territorio di competenza.

ASL Milano I, nel recente passato, aveva sviluppato una organizzazione della vigilanza che poggiava su sopralluoghi ispettivi effettuati da un gran numero di operatori, circa sessanta, afferenti a più servizi aziendali. Il grosso limite di questo modello era rappresentato dall'inesperienza e dalla scarsa formazione sull'area tematica, che ha determinato ridotta omogeneità degli interventi praticati. Nel 2006 ASL Milano I ha optato, a seguito delle criticità riscontrate, per la riconduzione alla centralità organizzativa al fine di ottimizzare le risorse, dare sviluppo ad una professionalità specifica e ricercare una migliore omogeneità dell'attività, limitando il fattore soggettivo.

L'APPROCCIO METODOLOGICO

I vocaboli vigilanza e controllo, abitualmente, evocano immediatamente significati correlati a "prescrizioni" e "sanzioni". Non celando che questi due elementi sono presenti nello svolgimento dell'attività, costituendo vincoli e strumenti istituzionali, si ipotizza che è possibile declinare la funzione in un'opportunità di supporto al-

lo sviluppo qualitativo della rete/organizzazione vigilata. Gli autori ritengono che il ruolo dell'ASL debba essere esercitato a garanzia e tutela interna ed esterna alle strutture, sviluppandosi in azioni di sostegno e integrazione degli erogatori su percorsi di continuità assistenziale, di qualità e di appropriatezza delle prestazioni rispetto ai bisogni espressi, o potenziali, dei cittadini. L'ASL, quindi, può e deve accrescere la sua capacità di *governance* territoriale sul versante dell'innovazione, della qualità e della competitività che è chiamata a promuovere. L'ASL è tenuta, eticamente, alla ricerca e verifica della qualità degli erogatori mediante l'individuazione di standard/indicatori "sostanziali" per l'utenza assistita.

Come in precedenza affermato, a cavallo degli anni 2006-2007, ASL Milano I ha definito nella propria organizzazione l'istituzione della Unità Organizzativa Complessa Vigilanza e Controllo (di seguito denominata UOC), collocandola all'interno del Dipartimento PAC aziendale, sottolineando la netta separazione con l'apparato ASL dedicato alla produzione diretta di servizi all'utenza. L'organico assegnato alla UOC è pari a dieci operatori: due dedicati ai servizi sociali, sette ai servizi socio sanitari e un tecnico informatico.

L'impostazione data al nuovo servizio è riconducibile al modello organizzativo proposto da Seiler (Seiler, 1967), modificato da Rugiadini, ad approccio sistemico

e integrazione orizzontale (Rugiadini, 1979), ove l'organizzazione è vista come un sistema complesso in cui "tutto dipende da tutto". Alla base vi è un'idea di equilibrio dinamico del sistema: si opera in un ambiente che con i suoi mutamenti sollecita l'organizzazione a ricercare nuovi equilibri con meccanismi di feed back. Il modello teorico è presentato in Figura 1.

Le principali "variabili ambientali" possono, nel nostro caso, ricondursi al quadro normativo vigente, alle conoscenze scientifiche, ai sistemi di rilevazione delle informazioni, ma anche alla tipologia degli erogatori territoriali intesa come inquadramento giuridico, tipo d'unità d'offerta, grado di disponibilità alla collaborazione con ASL, sia del livello amministrativo sia tecnico-professionale. L'ambiente può indurre, quindi, sia l'interpretazione della funzione di vigilanza e controllo come esercizio sanzionatorio, che come possibile leva per concorrere alla crescita del sistema dei servizi offerti al cittadino.

Le "variabili interne" all'UOC possono ricondursi a:

1. *variabile istituzionale*, determinata principalmente dal grado di autonomia e responsabilità che l'organizzazione ASL permette alla struttura di vigilanza;
2. *variabile tecnica*, determinata dalla capacità del personale di elaborare strumenti di controllo e monitoraggio, che colgano la rappresentazione della qualità offerta dalla struttura in osservazione. Si distinguono strumenti di sistema, vigilanza su standard dei

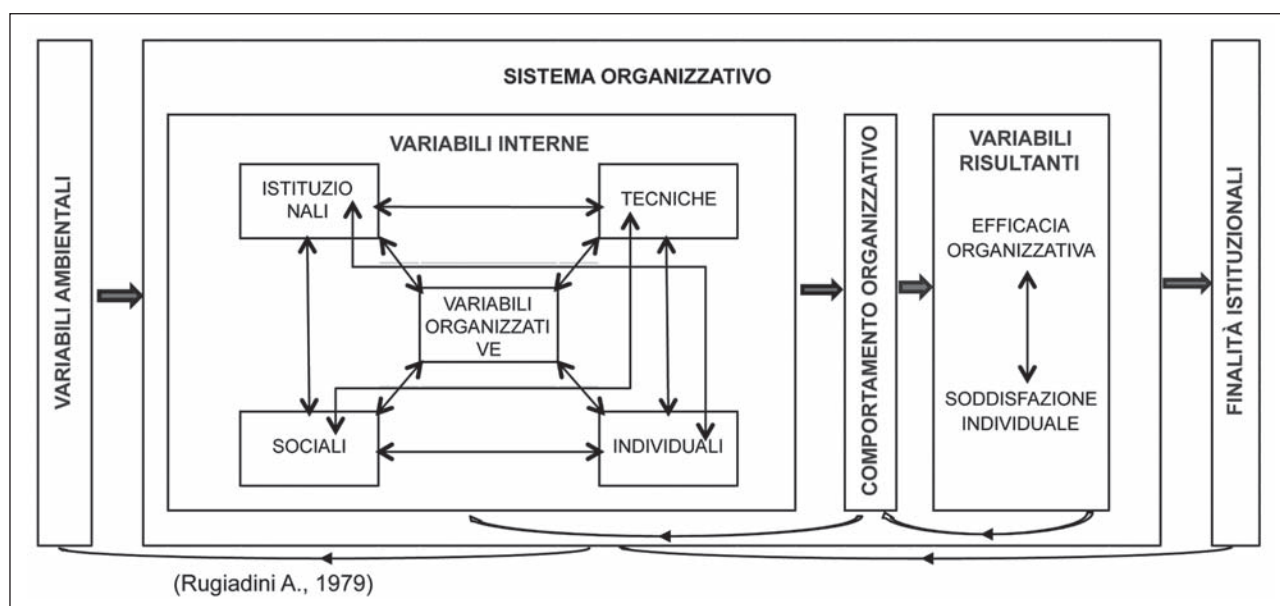


Figura 1 - Il Modello Organizzativo.

requisiti organizzativi/gestionali, strumenti di appropriatezza che puntano sulla prestazione offerta al singolo cittadino, nonché strumenti informatici atti a gestire i flussi informativi dovuti dagli enti gestori ed i dati aggiuntivi raccolti in sede di controllo;

3. *variabili individuali*, determinate dalle qualifiche professionali degli operatori assegnati, dall'esperienza dei componenti il team; in particolare, è di rilevanza assoluta aver operato in precedenza in servizi di erogazione affini per tematica all'unità d'offerta controllate. Tuttavia, la variabile individuale di maggior peso è il significato etico che ogni operatore attribuisce alla funzione di vigilanza;
4. *variabile sociale*, determinata dalla capacità delle persone ad agire non come individui isolati, sensibili soltanto alle proprie motivazioni, ma come soggetti influenzati dalle relazioni che si stabiliscono nel gruppo di lavoro. L'influenza dei fattori individuali e sociali è rilevante e rappresenta una delle ragioni per cui ogni assetto organizzativo è unico.

L'insieme delle variabili interne determina il comportamento organizzativo, ciò che una persona "fa", ma anche i modi in cui essa "è" in relazione agli altri e a se stessa nel sistema. Le "variabili risultanti" determinano il livello di efficienza e di soddisfazione/efficacia del servizio: ciò garantisce, in maggior o minor misura, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali dati. I risultati effettivamente prodotti diventano a loro volta input del sistema grazie all'applicazione continua, su tutte le variabili, di meccanismi di feedback. Altresì è necessaria la presenza di una leadership efficace, caratterizzata dalla capacità d'offrire una visione d'insieme e di motivare i collaboratori.

RISULTATI

Il ruolo dell'UOC, condiviso dai membri del gruppo di lavoro, è principalmente rappresentato dalla tutela del cittadino. Cittadino come utente, come gestore e come lavoratore dei servizi. Il servizio, altresì, interpreta la funzione di vigilanza come possibile strumento di conoscenza: gli esiti dell'attività devono essere portati al decisore politico, al programmatore, alle organizzazioni sindacali, ai titolari d'impresе e alla comunità scientifica.

Di seguito si presentano alcuni esempi di ciò che gli Autori intendono come applicazione operativa di queste affermazioni.

TUTELA UTENTE: MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA PER L'INGRESSO IN RSA

Per gli addetti ai lavori e per le rappresentanze sindacali dei pensionati il tema del monitoraggio della lista d'attesa per RSA è di notevole interesse. Nel recente passato, in Lombardia, a fronte di una buona offerta di servizi, la lista di attesa era di dimensioni cospicue, ma non preoccupanti; inoltre le condizioni fisiche e cliniche erano i fattori potenzialmente più importanti, associati alla dipendenza, nel determinare la richiesta di ricovero in RSA (Guaita e Pucci, 2001). Nel 2007 si è registrato un calo degli anziani in strutture residenziali, analizzando dati Istat riferiti al 2004, in anni in cui sempre più forti sono i richiami ad incrementare l'offerta di assistenza continuativa (Gori e Guaita, 2007). I dati Istat 2008 riferiti al 2005 mostrano un lieve incremento percentuale degli accessi di anziani in residenze (Istat, 2008). Occorre evidenziare che il dato nazionale accomuna tutte le tipologie di strutture per anziani: ricovero notturno e centri di prima accoglienza, comunità familiari e comunità alloggio, residenze socio-assistenziali e sanitarie assistenziali (Gori e Guaita, 2007). In Lombardia il 90% dell'accoglienza residenziale, costituito dagli ingressi in Residenze Sanitarie Assistenziali, ha raggiunto, nel 2005, il 56,47% (44.733 vs 79.204) degli accessi nazionali in questa particolare tipologia. Nel 2007 gli anziani della Lombardia accolti in RSA sono stati 74.688, pari al 3,97% della popolazione ultra 65enne e, all'8,8% degli ultra 75enni. Valori ben distanti dalla media nazionale degli ultra 65enni che hanno utilizzato servizi residenziali nell'anno 1999: 2,14%; nel 2003: 2,04%; nel 2004: 1,96%; nel 2005: 1,98%.

Per definire il proprio contesto, dall'anno 2006, anticipando lo stimolo in merito ad una più attenta valutazione di questa modalità assistenziale (Salvioli, 2007), l'UOC ha proposto ai gestori una particolare modalità di monitoraggio delle liste d'attesa. Con cadenza settimanale si è richiesto alle RSA di inviare il dato numerico di soggetti in lista d'attesa per alimentare il sistema di comunicazione all'utenza, sito web aziendale dedicato alle RSA, che, successivamente, alimenta il sito web regionale dedicato (www.famiglia.regione.lombardia.it). A cadenza semestrale le RSA trasmettono la lista d'attesa nominativa con i dati essenziali necessari al monitoraggio del bisogno residenziale espresso. Gli elenchi forniti vengono, dalla UOC, depurati dalle mul-

tiple istanze di inserimento da parte di un medesimo soggetto in diverse RSA, dai decessi intercorsi tramite incrocio con banca dati assistiti, si evidenziano le rinunce temporanee alle chiamate per ingresso in RSA, sono ricercati gli eventuali ricoveri in altre RSA dell'ASL o fuori ASL, attuati in attesa che il posto nella RSA desiderata si renda disponibile, sono evidenziate le richieste per RSA del territorio di cittadini non residenti in ASL Milano I. Le liste d'attesa corrette negli elementi identificativi errati o mancanti, e depurate dai decessi, vengono inviate ai singoli gestori, nel rispetto delle richieste originali degli utenti. Quest'attività è indispensabile per rendere i dati qualitativamente validi, correttamente utilizzabili ed interpretabili.

L'analisi effettuata ha consentito alcune riflessioni sulle caratteristiche dell'utenza, ma soprattutto ha definito il reale fabbisogno di residenzialità rilevato sulla domanda espressa. In Tabella I si dà evidenza dei passaggi procedurali e dei risultati ottenuti.

Dai dati emerge come, in un arco di tempo relativamente breve, ci sia stato un aumento significativo (+96%) e costante della domanda espressa dai cittadini residenti in comuni afferenti alla ASL Milano I, a fronte di un incremento pari al 5% dei posti accreditati in RSA nel triennio. Tuttavia, l'aumento della domanda in ASL Milano I non determina la necessità di rivedere l'indice di fabbisogno programmato da Regione Lombardia. Infatti, se si calcola per ASL Milano I l'indice di copertura posti RSA, si ottiene un valore pari a 5,8%; l'indice di fabbisogno posti letto, determinato sul 7% della popolazione ultra 75enne del territorio, così come stabilito da PSSR 2002-2004, si raggiungerebbe qualora fossero realizzati 800 nuovi posti accreditati RSA. Cifra perfettamente sovrapponibile alla domanda di residenti inevasa (Tab. I). Questo, comunque, rende evidente come la programmazione, esercitata da re-

gione/istituzioni territoriali/imprese, deve ricercare nuove forme d'interazione tra gli attori, per non creare fenomeni di migrazione di una popolazione già in difficoltà.

L'età degli anziani al momento della richiesta d'ingresso si è modificata nel corso del periodo di osservazione: per gli ultra 90enni si è ridotta dal 28,88% al 19,81%, mentre per le classi ricomprese tra gli 85 e 89 anni si è registrato un incremento di oltre 6 punti percentuali (22,72% vs 28,78%). Invariate le restanti classi di età.

TUTELA UTENTE E LAVORATORI: VALUTAZIONE DELL'INSTABILITÀ E COMPLESSITÀ CLINICA

L'utenza che accede ai servizi per anziani appare caratterizzata da situazioni d'instabilità e complessità clinica. Tuttavia, la letteratura è copiosa per quanto concerne il settore riabilitativo, mentre è più contenuta per il mondo delle RSA. L'instabilità è un elemento "poco misurato o poco misurabile" (Guaita, 2008); ad oggi l'instabilità clinica per lo più viene identificata con la gravità e la frequenza dei disturbi clinici, in pratica con la comorbidità o con altri criteri mutuati dalla malattia acuta (Halm et al., 2002), oppure a posteriori con gli Eventi Clinici Avversi (ACEs) (Bernardini et al., 1993), mancando una definizione operativa effettivamente soddisfacente (Guaita, 2008). Avere riscontri su quest'argomento significa, a giudizio degli autori, dimensionare le percezioni che da più parti ricorrono, indicando al programmatore ciò che caratterizza la domanda di accesso ed i necessari interventi per ridefinire il sistema d'offerta; altresì significa orientare i gestori RSA verso nuove modulazioni organizzative ed assistenziali per far fronte adeguatamente alla richiesta di intervento. L'UOC ha analizza-

Tabella I - Monitoraggio liste d'attesa RSA, fabbisogno di posti letto.

Tempi riferimento	N. domande	Anziani in attesa	Rinunce temporanee	Deceduti	Inseriti provv. in RSA MI I	Domanda inevasa	Fabbisogno p.l. MI I	Residenti fuori MI I
31-01-06	1.344	1.154	233	141	171	609	405	204
31-07-06	1.872	1.443	299	95	174	875	596	279
31-01-07	1.838	1.512	306	126	170	910	648	262
31-07-07	2.201	1.685	169	103	225	1.185	855	330
31-01-08	2.262	1.773	438	111	223	1.001	747	254
31-07-08	2.616	1.738	321	153	330	934	794	140

to i flussi da debito informativo di 44 RSA del territorio negli anni 2005-2009 onde verificare la consistenza numerica dei pazienti definiti clinicamente complessi, definendo la presenza di comorbidità con il riscontro di almeno 3 patologie presenti nella CIRS con staging ≥ 3 , con esclusione della quattordicesima voce. La Tabella 2 mostra l'incidenza nei nuovi ingressi clinicamente complessi negli anni considerati.

I nostri dati confermano la preoccupazione dei medici sul mutato quadro clinico degli anziani in RSA, alla luce delle situazioni di contesto in cui il personale sanitario si trova, spesso, ad agire.

L'UOC ha voluto indagare, in occasione dei controlli di appropriatezza in RSA, oltre alla complessità clinica associata ad alcuni indicatori di fragilità, anche la consistenza numerica dei pazienti con instabilità clinica, il monitoraggio medico-infermieristico attuato dalle RSA e gli ACEs intercorsi negli ultimi dodici mesi dal momento della rilevazione (Lopez et al., 2009). Per definire un soggetto instabile clinicamente si sono applicati i criteri di Halm rivisti in ambienti geriatrici riabilitativi. L'esito dei controlli ha portato ad evidenziare che su un campione di 450 anziani, estratto con criterio casuale tra i soggetti definiti complessi dai medici di struttura, ben 234 (52%) hanno avuto periodi di instabilità clinica, di cui 165 (36,7%) al momento dell'ingresso e 69 (15,3%) nel corso della degenza. Il monitoraggio degli interventi medico-infermieristici attuati dai colleghi delle RSA, valutati con la Scala di Instabilità Clinica (SIC), ha rilevato un'alta correlazione con i criteri di Halm riscontrati ($p < 0,001$). Gli ACEs gestiti in RSA sono stati 932 in 195 soggetti dei 234 instabili. Lo studio mette in evidenza come l'azione dell'UOC può concorrere ad incrementare le basi di conoscenze dirette sia delle condizioni degli anziani in RSA che degli interventi di assistenza adottati.

TUTELA GESTORE: LA CORRETTA COMPETIZIONE

In relazione a quanto affermato a proposito degli interventi attuati in RSA è parso utile presentare il lavoro di analisi effettuato da Regione Lombardia (Rocca, 2009) sugli standard offerti dalle RSA lombarde, riferiti all'anno 2007, certificati dai gestori in Scheda Struttura Anno 2008 (D.G. Famiglia, 2005), (Tab. 3).

In Regione Lombardia si osserva nelle RSA, nell'anno 2007, un incremento medio percentuale, sullo standard dovuto di 901 minuti, pari al 23,29%. Tuttavia, le oscillazioni delle medie ASL vanno da +10,82% per l'ASL di Cremona al +34,71% dell'ASL di Milano Città. Opportuno sottolineare che la differenza tra queste ultime due ASL citate è per lo più riferibile all'offerta di ASA/OSS.

L'UOC ha ritenuto utile la rilevazione diretta dei medesimi parametri, nelle verifiche effettuate presso le RSA del territorio.

Per la lettura dei dati si è assunto, come parametro di riferimento per le diverse professionalità, il dettato del Dcr 871/87 (Dcr n. IV/871, 23 dicembre 1987), ove lo standard dovuto di assistenza di 901 minuti/settimana/ospite è indicato unitamente alla ripartizione per qualifica professionale, e si sono confrontati i dati raccolti nel corso di sopralluoghi intercorsi dal 2005 al 2008. Necessario menzionare che in Regione Lombardia è stato confermato lo standard di assistenza dovuto di 901 minuti, lasciando ai gestori l'autodeterminazione del mix professionale necessario ad assolvere i bisogni assistenziali dell'utenza accolta (Dgr VII/7435, 14 dicembre 2001).

L'esito è illustrato in Tabella 4. Fonte dei dati sono state le registrazioni elettroniche/meccaniche/manuali, autorizzate dal gestore, dell'effettivo lavorato dal per-

Tabella 2 - Complessità clinica nei nuovi accolti in RSA (2005-2009).

Anno di riferimento	Nuovi ingressi	Anziani che all'ingresso in RSA presentavano alla CIRS 3 patologie con staging ≥ 3	%
2005	1.961	1.669	85,11%
2006	1.608	1.367	85,01%
2007	1.469	1.282	87,27%
2008	1.608	1.387	86,25%
2009 (1° trim.)	369	325	88,07%
Totale	7.015	6.030	85,96%

MATERIALI DI LAVORO

Tabella 3 - Standard assistenziali offerti nelle RSA lombarde, analisi di Scheda Struttura 2007.

ASL	Animatori	ASA/OSS	Infermieri	Medici	Altro da Standard	Riabilitatori	Totale
Milano Città	26,41	882,70	206,28	47,34	8,83	42,17	1.213,74
Como	38,26	846,19	219,15	37,66	4,35	44,98	1.190,60
Milano 3	29,38	853,89	205,58	44,47	6,25	42,50	1.182,37
Milano 2	26,00	865,53	184,41	45,21	11,19	37,20	1.169,55
Varese	37,67	847,55	182,86	36,33	6,20	42,34	1.152,95
Milano I	32,75	831,06	188,13	40,76	5,53	41,31	1.139,55
ValleCamonica	28,00	828,25	205,39	31,42	1,19	42,49	1.136,75
Brescia	29,59	790,00	223,47	32,90	2,09	45,09	1.123,15
Lecco	26,22	766,96	219,31	39,15	4,81	42,39	1.098,85
Sondrio	32,53	781,26	205,74	25,01	0,00	41,85	1.086,40
Lodi	31,11	768,45	204,69	34,93	2,30	38,49	1.079,97
Bergamo	26,67	758,56	180,63	27,50	1,83	41,57	1.036,76
Pavia	28,63	756,21	169,41	37,90	2,49	39,59	1.034,24
Mantova	30,58	753,76	169,77	31,56	4,63	38,04	1.028,34
Cremona	26,04	705,87	185,64	41,51	2,70	36,77	998,54
LOMBARDIA	30,34	801,84	196,01	36,86	4,18	41,68	1.110,91

(Rocca S., 2008)

Tabella 4 - Mix assistenziale rilevato in sede di Vigilanza, confronto con Regione e Dcr 871/87.

Standard Assistenziale e % mix qualifiche su standard anno	Media 2008 in 45 RSA su 45 esistenti	Media 2007 in 43 RSA su 44 esistenti	2007 Media Regione Lombardia (626 RSA)	Media 2006 in 38 RSA su 44 esistenti	Media 2005 in 22 RSA su 43 esistenti	NAT ex Dcr 871/87
Standard Offerto e % aggiuntiva su 901	1.126,49 (+ 25,03%)	1.163,95 (+ 29,18%)	1.110,91 (+ 23,30%)	1.156,97 (+ 28,40%)	1.172,2 (+ 30%)	901 (100%)
Min. Medico (% mix)	37,91 (3,37%)	42,71 (3,67%)	36,86 (3,32%)	43,9 (3,79%)	41,67 (3,55%)	28 (3,1%)
Min. I.P. (% mix)	195,13 (17,32%)	205,4 (17,65%)	196 (17,64%)	204,6 (17,68%)	186,4 (15,9%)	140 (15,5%)
Min. FKT (% mix)	39,52 (3,51%)	46,42 (3,99%)	41,68 (3,75%)	44,2 (3,82%)	47,59 (4,06%)	42 (4,7%)
Min. ASA/OSS (% mix)	820,13 (72,80%)	830,65 (71,36%)	801,84 (72,18%)	820,9 (70,95%)	841,9 (71,82%)	674 (74,8%)
Min. Anim. (% mix)	27,91 (2,48%)	40,06 (3,44%)	30,34 (2,73%)	37,07 (3,2%)	37,63 (3,21%)	17 (1,9%)

sonale delle RSA, rapportate agli ospiti presenti in struttura.

Lo standard di 901 minuti/settimana/ospite nelle RSA ASL Milano I, nel quadriennio, è stato stabilmente superato, con offerta media di assistenza aggiuntiva pari al 28,1%.

L'analisi dell'articolazione professionale dell'assistenza

mostra prevalentemente, ed in linea con Dcr 871/87, il soddisfacimento del bisogno di accudimento. Gli ASA/OSS hanno costante rilevanza, molte RSA hanno implementato, per meglio personalizzare il rapporto con l'anziano e la sua famiglia, la figura del tutor-ASA. Inoltre, all'interno dell'équipe di assistenza, ASA/OSS hanno visto crescere la propria attiva partecipazione

alla definizione/monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), nella stesura del quale, in precedenza, erano tenute ai margini.

L'andamento percentuale del tempo dedicato all'assistenza da parte delle figure infermieristiche e delle figure sociali (animatori) è in rapporto tendenzialmente inverso. Il dato potrebbe essere messo in relazione al mutato quadro epidemiologico della popolazione assistita, ma anche alla difficoltà di individuare percorsi di socializzazione o attività peculiari per anziani con gravi deficit cognitivo/motori o disturbi del comportamento.

Da ultimo si osserva il decremento dell'investimento sulle figure dedicate alla fisiochinesiterapia. Potrebbero essere evocate motivazioni correlate alla difficoltà di reperire tali professionalità ed al loro costo. Piace, invece, interpretare il dato come la nascita della consapevolezza in merito alla bontà di un modello di approccio geriatrico "nuovo"; in altre parole, gli autori auspicano nelle RSA, almeno per gli ospiti con grave compromissione cognitiva, la crisi del modello allenante, centrato sul recupero e sul miglioramento della prestazione dell'anziano. Si propone piuttosto l'approccio protesico, che supporti più che cimenti, con l'obiettivo di benessere inteso come miglior livello funzionale in assenza di segni di stress (Vitali, 2004). Ne deriva la necessità di implementare nelle équipes altre qualifiche professionali, adeguate al nuovo orientamento assistenziale.

TUTELA UTENTE E GESTORE: I CONTRATTI D'INGRESSO

La Regione Lombardia ha riproposto, con Dgr 8496/08, l'importanza che assume il contratto d'ingresso, al fine di dare certezza ai rapporti tra ospite e gestore (LR n. 3, 12 marzo 2008). Altresì, ha chiarito i contenuti principali dei contratti stessi: l'individuazione del soggetto abilitato a firmarlo, le prestazioni a carico dell'ente gestore, gli obblighi dell'utente, le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto nonché di dimissioni, clausole in materia di rispetto della privacy e di contenzioso. L'UOC, anticipando i dettati del legislatore regionale, nel 2007 ha avviato attività di controllo sui contratti d'ingresso in RSA, la cui prima fase è stata completata nel 2008.

Oggetto del controllo è stato non solo la verifica della parte strettamente contrattuale, ma anche di tutta la documentazione che chiarisce e disciplina i rappor-

ti tra gli enti gestori e i fruitori del servizio. Si è controllata la corrispondenza tra quanto enunciato nella carta dei servizi e quanto pubblicato sul sito web dedicato dell'ASL, nonché la coerenza con le prestazioni rese agli ospiti, ed i relativi oneri economici. Si è verificata l'esistenza o meno di contratti successivi a quello iniziale che, al variare delle condizioni assistenziali dell'ospite, modificassero l'onere a carico dell'anziano o dei suoi familiari senza che fosse preventivamente concordato tra le parti e, da ultimo, ma non per questo meno cruciale come problematica, se fosse acquisito formale assenso all'inserimento in RSA da parte di anziani con cognitività conservata.

In sede d'ispezione sono state visionate le fatture emesse per il pagamento delle competenze economiche al fine di verificare la loro coerenza con quanto pattuito nel contratto.

Il controllo ha coinvolto tutte le 45 RSA del territorio, sono state portate a termine n. 477 verifiche a campione.

La scelta del campione selezionato ha seguito il criterio di massima eterogeneità all'interno della singola RSA, al fine di offrire la lettura dell'esistente basandosi su variabili delle seguenti categorie: temporalità (data di ingresso, periodo di permanenza), condizione di fragilità (cognitività e mobilità rappresentata in classe SOSIA), presenza di condizioni patologiche particolari oggetto di specifici accordi fra ASL e Enti Gestori. Le strutture, nella quasi totalità, hanno cercato di dotarsi di strumenti informativi ed amministrativi per definire con chiarezza il rapporto con l'anziano e i suoi familiari: il processo non è concluso, ma in rapida evoluzione. Sono sedici le RSA con Contratto strutturato, anche se non sempre sono riportati in modo preciso i reciproci diritti e doveri tra le parti. Nelle restanti RSA è sottoscritta dai familiari dell'anziano un'impegnativa con le condizioni di pagamento, gli obblighi derivanti dall'accettazione del regolamento della struttura e talvolta la presa visione della carta dei servizi.

Gli anziani con discrete capacità cognitive (308 sul campione scelto nei due anni), hanno espresso il loro assenso formale all'ingresso in RSA solo in 79 casi, prevalentemente firmando la domanda di ammissione, ma non il contratto.

Solo 4 RSA hanno adottato la prassi di acquisire sempre il consenso formale da parte dell'ospite se consapevole. In 3 strutture i contratti sono stati modificati in relazione al cambio del profilo di fragilità. Delle strutture sottoposte a controllo 24 applicano la retta solo

MATERIALI DI LAVORO

per i giorni di effettivo ricovero; in 6 RSA si è verificato che viene chiesto agli ospiti il pagamento della retta anche per i giorni che precedono l'inserimento; in 5 strutture viene chiesto, invece, il pagamento della retta per alcuni giorni dopo il decesso dell'ospite, assumendo come riferimento la fine o la metà del mese; in 10 RSA è richiesto il pagamento di una quota variabile a fondo perso per spese d'ingresso e/o visite mediche.

L'attività di controllo ha permesso di rilevare che i dati pubblicati sul sito aziendale ASL non erano congrui con le informazioni riportate nella carta dei servizi per 39 RSA, si è provveduto quindi alla loro correzione. Durante le visite ispettive si è posto l'accento sull'importanza dell'aggiornamento costante di tali dati, poiché il sito ASL rappresenta per le strutture uno dei mezzi di maggiore visibilità per la promozione del proprio servizio e per i cittadini il diritto ad avere informazioni corrette che garantiscano loro la possibilità di scelte appropriate.

L'analisi degli elementi raccolti ha permesso di compiere alcune considerazioni. Sempre più è tangibile il tentativo delle RSA di orientarsi, nei confronti degli utilizzatori e loro familiari, verso rapporti più trasparenti e condivisi. Da un punto di vista del rispetto della normativa fiscale, prevista per i gestori nei rapporti con l'utenza, si riscontra una piena conformità. Rimane ancora molto incerto e variegato il dato riscontrato a proposito della problematica sul titolo e diritto della persona firmataria degli accordi con RSA. Ogni struttura ha cercato di trovare una propria soluzione, forse non sempre corretta da un punto di vista giuridico.

Quest'ultimo punto ha permesso, nel 2009, di avviare con i gestori un confronto sulle criticità emerse, sviluppando una riflessione comune su aspetti giuridico-amministrativi e implementando modelli condivisi per regolare i rapporti fra enti gestori e fruitori dei servizi residenziali, in particolare favorendo la penetrazione nel mondo RSA della figura dell'amministratore di sostegno, anche come indicazione forte della L.R. 3/2008.

TUTELA UTENTE, LAVORATORE E GESTORE: VERIFICA DEGLI INDICATORI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

L'UOC, nel corso del 2008, ha individuato, sulla scorta delle evidenze dei controlli effettuati nel 2006 e 2007, la necessità di avviare una progettazione triennale (2008-2010) sul tema dell'individuazione degli indica-

tori della qualità offerta in RSA. L'attenzione a questo tema è determinata dal ruolo dell'ASL di garante nei confronti dell'utenza per l'acquisto di prestazioni con un buon rapporto quali-quantitativo e in relazione ai prezzi esposti. La valutazione degli indicatori di qualità potrebbe essere d'interesse anche per i competitori del settore, se associata a un'approfondita analisi di benchmark che correli i risultati degli indicatori di qualità agli standard gestionali/organizzativi, strutturali ed alle caratteristiche dell'utenza (Sirchia et al., 2005). Parrebbe, altresì, utile una codifica valoriale e la proposizione di questa, con trasparenza, sia all'utenza sia all'ambiente assicurativo, possibile scelta futura per il contenimento dei costi.

La misura della qualità dei servizi erogati agli ospiti delle RSA del territorio dell'ASL Milano I con indicatori di esito, consente il raggiungimento dei seguenti obiettivi di servizio:

- 1) individuare sia le aree di forza, sia le aree critiche di ciascuna RSA, al fine di consentire ai Gestori l'implementazione di strategie organizzative di miglioramento dei servizi offerti;
- 2) stimolare un ulteriore incremento della qualità delle prestazioni offerte agli ospiti, attraverso la competizione, documentata oggettivamente, tra le strutture;
- 3) tutelare sia gli attuali, sia i futuri cittadini fruitori dei servizi delle RSA, affinché possano conoscere ed operare scelte consapevoli in termini di qualità/prezzo;
- 4) rispondere ai crescenti bisogni degli anziani fragili promuovendo, in tali setting assistenziali, il continuo sviluppo della cultura geriatrica.

Nel primo anno di attuazione del progetto sono stati sottoposti a valutazione i fascicoli socio sanitari di 657 ospiti, estratti con criterio casuale fra i residenti rendicontati dai Gestori nelle otto classi SOSIA. Sono definite sedici aree d'indagine: contenzione fisica e farmacologica, cadute, lesioni cutanee da pressione, dolore fisico, controllo sfinteri, malnutrizione, ACEs, Adverse Drug Reaction (ADR), consenso informato, percezione soggettiva dell'assistenza, andamento clinico, andamento funzionale, vaccinazioni, disturbi del sonno, riabilitazione, animazione. Per ciascun'area sono individuati uno o più indicatori, considerati dagli autori tra i principali marker dell'assistenza erogata nelle RSA.

In attesa del termine del progetto di studio e dell'analisi completa, con le dovute correlazioni, si illustra una selezione dei primi dati ottenuti (Tab. 5).

Tabella 5 - Dati preliminari dei Controlli di Appropriatelyzza sugli indicatori della qualità assistenziale (2008).

Selezione di Aree di indagine	Selezione di Indicatori valutati per Area	Dati preliminari	
1. Contenzione fisica e farmacologica	Tipologia strumenti di protezione e tutela fisica (SPTF)	51,44% solo uso di doppie sponde	38,74% uso di doppie sponde e altri SPTF
	Somministrazione farmaci antipsicotici	21,92%	
2. Cadute	Fratture	Nel 6,73% dei 158 caduti	
4. Dolore fisico	Presenza di strumenti di valutazione	8,98%	
5. Controllo sfinteri	Presenza di strategie per la rieducazione allo stimolo	5,63%	
6. Malnutrizione	Rilevazione almeno mensile del peso	53,58%	
11. Andamento clinico	Indice di comorbidità e severità all'ingresso ed al controllo	I. Comorbidità 4,43-4,82	I. Severità 1,837-1,907
12. Andamento funzionale	Indice di Barthel all'ingresso e ripetuto prima del controllo	90,26%-51,22%	
	Dipendenza totale/grave all'ingresso e valutato con Indice di Barthel prima del controllo	57,84% - 66,17%	
15. Riabilitazione	Trattamenti di gruppo e/o individualizzati	61,80%	

CONCLUSIONI

L'orientamento operativo con il quale l'UOC declina il mandato regionale ed aziendale punta, con determinazione, al miglioramento della qualità delle prestazioni rese al cittadino. Qualità e appropriatezza sono strettamente correlate tra loro, essendo la seconda una dimensione e un attributo della prima, intendendo per appropriatezza, come afferma Donabedian, l'erogazione d'interventi di dimostrata efficacia, con la giusta indicazione, al momento opportuno e nella giusta quantità (Donabedian, 1997). L'attuazione d'interventi appropriati induce, nel macro sistema, anche un razionale impiego delle, ormai scarse, risorse e conseguentemente, almeno in linea teorica, anche della spesa di compartecipazione del cittadino per i servizi socio-sanitari usufruiti.

Una visione "allargata" della funzione di vigilanza e controllo, così come esemplificata in narrativa, e non meramente sanzionatoria, può rappresentare un esempio, tra gli altri, di partecipazione attiva alla governance dei servizi attuata dalla Pubblica Amministrazione. L'azione dei servizi di vigilanza ASL deve prendere avvio da una base professionale costituita da competenze tecniche, sia normative sia di stampo clinico. Necessaria quindi la costituzione di team che ricompre-

dano personale formato, o con esperienza, nelle principali aree d'intervento delle strutture socio sanitarie: famiglia, anziani, disabilità e dipendenze. Ciò è necessario per garantire il monitoraggio e la valutazione sia degli standard organizzativi della gestione, sia i percorsi d'assistenza attuati.

In ambito di servizi residenziali per anziani, ASL Milano I è impegnata nella costante ricerca di una modalità di attuazione dei controlli vicina al cittadino fruitore di servizi, quale persona fragile da tutelare, in particolare, nel rispetto della sua dignità. Altresì ASL Milano I è attiva nel ricercare un'efficace relazione con i gestori e gli operatori delle RSA, anche di supporto agli stessi, mediante il continuo confronto sia in sede di vigilanza/controllo, sia durante incontri di lavoro su tematiche emergenti o di particolare criticità (analisi bilancio, gestione farmaci, consenso informato, amministrazione di sostegno, problemi nutrizionali, piani di intervento per pandemie, progettualità per continuità assistenziale, ecc.).

Per quanto esplicitato si colgono due aspetti critici, che si trasformano, se letti in positivo, in auspicabili opportunità di sviluppo: la non esaustiva presenza di competenze cliniche specifiche nei Servizi Vigilanza e il limitato coordinamento degli stessi su base regionale.

La prima criticità potrebbe trovare soluzione nell'isti-

MATERIALI DI LAVORO

tuzione di un Tavolo Tecnico regionale di raccordo funzionale con le rappresentanze locali delle Società Scientifiche e dei Servizi Vigilanza. Sia Regione Lombardia, sia le ASL, detengono un patrimonio d'informazioni che, se elaborate congiuntamente con esperti della materia, possono dare linee d'indirizzo su come orientare indagini e controlli in situazione; importante porre l'accento, ancora una volta, sul *data base* a disposizione che, per esempio, per anziani in RSA è costituito da oltre 70.000 casi/anno. ASL Milano I ha già sperimentato, con soddisfazione, la collaborazione con soci della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. La seconda criticità, che ha trovato parziale soluzione con Dgr 8496/08, potrebbe trovare risposta nel favorire ufficialmente più stretti raccordi intra-regionali, o almeno per aree territoriali omogenee, tra i servizi vigilanza, rapporti fondati in questo momento, nella maggior parte dei casi, sulla base di relazioni personali e non istituzionali. Gli auspicati coordinamenti tra ASL potrebbero porsi come obiettivi, minimali, il limitare i comportamenti difformi nei confronti dei gestori che operano in più ambiti regionali e l'uniformità, per alcune sezioni, degli strumenti di rilevazione adottati, onde poter, con efficacia, comparare i dati complessivi.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardini E, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiorno N, Fabbrini S, Gilardi C et al. Adverse clinical events in dependent long-term nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:105-11.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *Arch Pathol Lab Med* 1997;121:45-50.
- Gori C, Guaita A. Perché diminuiscono gli anziani in strutture residenziali? *I luoghi della cura* 2007;3:5-7.
- Guaita A, Pucci D. Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa. *Tendenze nuove* 2001;2-3:243-50.
- Guaita A. Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica? *I luoghi della cura* 2008;4:21-3.
- Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Marrie TJ, Siu AL. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med*. 2002;162:1278-84.
- Istat "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia", diffuso 28.10.2008 (http://www.istat.it/dati/dataset/20081028_00/)
- Lopez S, Sibilano A, Stefanoni MG, Gazzardi G, Balconi R, Guaita A. La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato. *G Gerontol* 2009; 57:23-32.
- Rocca S. Analisi dei dati 2007 sulle RSA lombarde. Report, Regione Lombardia, 2009.
- Rugiadini A. Organizzazione d'impresa. Milano, Giuffrè, 1979.
- Salvioli G. Gli anziani nelle strutture residenziali: quanti sono? *G. Gerontol* 2007; 55:693:5.
- Scardigli V. Le politiche nel settore socio-sanitarie. In: Zangrandi A. I cittadini e i servizi sanitari. Milano: Guerini e Associati, 2008, 185-216.
- Seiler J.A. Systems analysis in organizational behaviour. Homewood: Irwin-Dorsey, 1967.
- Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, Campari M, Bertolini A. La qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Bologna, Il Mulino, 2005, 261-97.
- Vitali S.F. La metodologia Gentle Care. *G. Gerontol* 2004; 52:412-7.
- www.famiglia.regione.lombardia.it /anz/rsa_post.asp. Regione Lombardia, 2009, accesso 19.06.2009

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- D.c.r. n. IV/871 del 23.12.1987 "Piano regionale socio assistenziale per il triennio 1988/1990". BURL 1° Supp. Straordinario al n. 11, Regione Lombardia, 1988.
- D.c.r. n. VIII/462 del 13.03.2002 "Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Libertà e innovazione al servizio della salute". BURL 2° Supp. Straordinario al n. 13, Regione Lombardia, 2002.
- D.c.r. n. VIII/257 del 26.10.2006 "Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009". BURL 2° Supp. Straordinario al n. 47, Regione Lombardia, 2006.
- D.g.r. n. VIII/8496 del 26.11.2008 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie". BURL Serie Ordinaria n. 50, Regione Lombardia, 2008.
- D.g.r. n. VII/7435 del 14.12.2001 "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11.07.1997, n. 31. Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A)". BURL Serie Ordinaria n. 1, Regione Lombardia, 2002.
- D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale "Circolare n. 26 del 16.6.2005". <http://www.famiglia.regione.lombardia.it/deb/12618c26.asp>. Regione Lombardia, 2005, accesso 19.06.2009
- D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale "Rilevazione operatori ASL impegnati nelle funzioni di Vigilanza e Controllo del sistema socio-sanitario. Report agosto 2008". Regione Lombardia, 2008.
- L.R. n. 3 del 12.03.2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario". BURL 1° Supp. Ordinario al n. 12, Regione Lombardia, 2008.
- L.R. n. 31 dell'11.07.1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali". BURL 2° Supp. Ordinario al n. 28, Regione Lombardia, 1997.