

Valutare e classificare i bisogni nell'area della non autosufficienza nell'esperienza di Regione Lombardia: la Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (S.OS.I.A)

Anna Maria Maestroni

ASL di Milano

INTRODUZIONE

Le linee di sviluppo in ambito sociosanitario, che in Regione Lombardia hanno portato in questi anni alla strutturazione dei servizi rivolti alle persone anziane, si sono concretizzate attraverso l'adozione di un sistema di accreditamento finalizzato alla revisione e alla qualificazione della rete d'offerta basata sulla definizione di requisiti improntati alla qualità delle prestazioni, sull'individuazione dei criteri per l'accesso ai servizi e sull'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione. Con tale riforma viene attuato un passaggio significativo da una logica della qualità intesa come "strutturale" (criteri organizzativi) ad una visione dell'assistenza orientata ai problemi e al soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana principalmente assistita in RSA. La realizzazione di questo passaggio avviene attraverso l'introduzione di un sistema di valutazione e classificazione della "fragilità" della persona, più che del suo status di disabilità; in questo senso la fragilità è intesa come una condizione di "rischio" di perdita irreversibile della condizione di autosufficienza e dello stato di salute globalmente inteso.

L'introduzione di un sistema omogeneo di classificazione dei bisogni della persona fragile ha permesso in questi anni di costruire un osservatorio epidemiologico della popolazione anziana e di effettuare un monitoraggio costante sull'evoluzione della "domanda" espressa in grado di orientare le azioni programmatiche regionali.

LA VALUTAZIONE DELLA FRAGILITÀ

La scheda S.os.i.a., qui sinteticamente presentata, nasce da un gruppo di lavoro a livello regionale che ha visto tra i partecipanti geriatri, epidemiologi, statistici. Essa costituisce a tutti gli effetti un *Minimum Data Set* di informazioni in grado di offrire una rilevazione del livello di fragilità dell'ospite anziano in RSA. Essa ricomprende diversi ambiti di valutazione che interessano la maggior parte delle condizioni di prevalente osservazione in area geriatrica con il coinvolgimento, in termini di valutazione, di un team multidisciplinare. Tra i più importanti vi sono:

- i dati anagrafici e socio-demografici;
- i dati sanitari: diagnosi e valutazione della severità della patologia;
- lo stato funzionale: trasferimenti, deambulazione, igiene personale, alimentazione;
- lo stato cognitivo e l'eventuale presenza di alterazioni del comportamento;
- l'uso di ausili per il movimento;
- la gestione dell'incontinenza, la presenza di catetere vescicale;
- la gestione di condizioni particolari quali il diabete, l'insufficienza respiratoria, la nutrizione artificiale, la dialisi, le lesioni da decubito;
- il ricorso alla contenzione permanente, il numero di cadute;
- i dati amministrativi: data di ingresso, data di dimissione

Tabella I - Indicatori di fragilità per il calcolo delle classi SOSIA.

	Mobilità(M)		Cognitività e Comportamento(C)		Comorbilità (S)
Trasferimento	se $M \leq 4 = M1$ se $M > 4 = M2$	Confusione	se $C \geq 7,5 = C1$ se $C < 7,5 = C2$	Impatto di patologia "assente o lieve"	se $S > 64 = S1$ se $S \leq 64 = S2$
Deambulazione		Irritabilità		Impatto di patologia "moderata, grave, gravissima"	
Uso sedia a rotelle		Irrequietezza			
Igiene personale					
Alimentazione					

e motivo, data della valutazione e della rivalutazione, classe sosia, data e motivo di assenza temporanea (ad esempio ricovero ospedaliero), la retta a carico della persona e/o istituzione competente, giornate di presenza nel periodo di riferimento.

La raccolta delle informazioni presuppone la presenza di professionalità differenti (medico, infermiere, terapeuta, ausiliario socio assistenziale) e l'uso di scale di valutazione standardizzate; tali figure rappresentano un requisito organizzativo previsto dal regime di accreditamento, ma non più vincolate come prima ad un minutaggio specifico per figura professionale, bensì alla realizzazione di un piano di assistenza personalizzato orientato ai problemi e il cui coinvolgimento (in termini di assorbimento di risorse) è correlato al raggiungimento di specifici obiettivi assistenziali.

La rilevazione, attraverso la scheda S.os.i.a., del livello di fragilità dell'ospite anziano in RSA costituisce il debito informativo obbligatorio da parte degli Enti gestori nei confronti della ASL di riferimento da effettuarsi con cadenza trimestrale mediante la compilazione di un tracciato record definito dal programmatore regionale. I flussi informativi che in questi anni hanno alimentato il "magazzino" regionale rappresentano una preziosa banca dati della fragilità delle persone anziane ospitate nelle RSA lombarde, e un particolare osservatorio dei percorsi assistenziali.

LA MISURA DELLA FRAGILITÀ

L'insieme delle informazioni raccolte con la scheda S.os.i.a. rappresenta una sorta di "fotografia" periodica dell'ospite, legata al suo livello di fragilità misurata attraverso tre indicatori identificati come specifici della fragilità: l'indicatore correlato alla mobilità (capacità motoria), l'indicatore relativo allo stato cognitivo e al comportamento ed infine l'indicatore della severità della comorbilità. Cia-

scun indicatore è correlato a specifici *item* come illustrato nella Tabella I.

L'indicatore **M mobilità** è riferito alla capacità della persona di eseguire i movimenti necessari a compiere alcune attività della vita quotidiana considerate tra le più significative: scendere/salire dal letto, deambulare, usare la carrozzina (alternativo al precedente), eseguire l'igiene personale, alimentarsi. Questi *item* sono estrapolati dal Barthel Index graduato a cinque livelli: dipendenza totale, aiuto, supervisione, autonomia con ausilio, autonomia completa. Il *cut-off* tra la condizione definibile come grave e quella lieve è posizionato in modo da considerare come grave la necessità di aiuto per scendere dal letto e per alimentarsi.

L'indicatore **C stato cognitivo/comportamento** ricomprende tre *item*: la confusione, l'irritabilità e l'irrequietezza, estrapolati dall'area dei sintomi di comune riscontro nella demenza secondo la scala di Gottfries (GBS) dalla quale viene anche mutuata la gradualità della compromissione. La confusione è riferita alla compromissione delle capacità cognitive, della comunicazione, dell'orientamento spazio-temporale, della capacità decisionale e della destrutturazione della personalità dell'ospite. L'irrequietezza è riferita ad un comportamento afinalistico e ripetitivo. Queste condizioni sono da considerarsi significative in presenza di una diagnosi di demenza o del disturbo comportamentale. Il *cut-off* che stabilisce la gravità della compromissione cognitiva è identificato nel livello di confusione impattante su tutti gli *item* che lo compongono sia in presenza o in assenza di disturbi rilevanti del comportamento.

L'indicatore **S severità delle patologie** ricomprende i quattordici raggruppamenti di patologie della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) con le corrispettive graduazioni di impatto d'organo (assente, lieve, moderato, grave, molto grave). La comorbilità viene considerata come la componente in grado di influenzare maggiormente il livello di disabilità motoria: per tale motivo sono prese in con-

Tabella 2 - Distribuzione delle classi SOSIA in base alle possibili combinazioni degli indicatori di fragilità (G = grave; M = lieve).

	CLASSE SOSIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Mobilità(M)	G	G	G	G	M	M	M	M
Cognitività e Comportamento (C)	G	G	M	M	G	G	M	M
Comorbilità (S)	G	M	G	M	G	M	G	M

siderazione le patologie associate ad una compromissione della capacità motoria non solo in termini di presenza della malattia ma anche del suo livello di gravità. La componente psichiatrico/comportamentale è invece inclusa nella misurazione dell'indicatore C.

Il valore 1 rilevato per ciascun indicatore indica il livello di maggior gravità (G), mentre il valore 2 indica il livello lieve/moderato (M).

Non sono inclusi tra i parametri di "pesatura" della fragilità l'incontinenza urinaria, lo stato nutrizionale, gli eventi "sentinella" quali la contenzione, le cadute, le lesioni da decubito, il numero di ospedalizzazioni, pur rilevati nella scheda SOSIA, in quanto considerati troppo specifici e non condizionanti in modo statisticamente significativo la definizione della classe di fragilità.

LA CLASSIFICAZIONE DELLA FRAGILITÀ

Questi indicatori costituiscono tre variabili dicotomiche (lieve/moderato e grave) attraverso le quali è resa possibile la costruzione di 8 classi di "isofragilità" secondo una combinazione illustrata nella Tabella 2, e consentono la rilevazione delle condizioni di fragilità della persona anziana sin dall'ingresso in struttura e per tutto il tem-

po di permanenza all'interno di essa.

Dalla Tabella 2 appare evidente come il *cluster* della mobilità, che comprende gli item correlati prevalentemente al bisogno assistenziale, rappresenti la componente più significativa della "pesatura", generando una linea di confine tra le otto classi che in modo "macro" discrimina tra parziale e totale non autosufficienza. L'indicatore cognitivtà rappresenta il secondo elemento discriminante a parità di condizione. In una situazione definibile di parziale autosufficienza (classi 5-8) o di non autosufficienza (classi 1-4) correlata alla distribuzione dell'indicatore M, la presenza di deterioramento cognitivo/disturbi del comportamento sposta l'esito della valutazione verso le classi più gravi in modo binario (due sì, due no), posizionando la pesatura del bisogno sempre verso le classi più alte. Anche in questo caso, a parità di distribuzione è solo il fattore comorbilità.

Alle otto classi di fragilità sono associate specifiche quote economiche (Tab. 3) la cui sommatoria, aggiunta alla tariffa standard, determina le tariffe giornaliere individuate per la remunerazione delle prestazioni. Nel calcolo delle tariffe viene considerato solo il valore corrispondente alla maggior gravità (G) e dei tre indicatori viene attribuito il peso maggiore all'indicatore della mobilità in quanto considerato significativamente correlato al carico assistenziale. Il sistema tariffario attuale è stato re-

Tabella 3 - Distribuzione delle quote di "pesatura" ai fini della determinazione delle tariffe associate a ciascuna classe in base alle possibili combinazioni degli indicatori di fragilità.

	CLASSE SOSIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Mobilità(M)	10,5	10,5	10,5	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Cognitività e Comportamento (C)	10,0	10,0	0,0	0,0	10,0	10,0	0,0	0,0
Comorbilità (S)	4,0	0,0	4,0	0,0	4,0	0,0	4,0	0,0

MATERIALI DI LAVORO

centemente semplificato accorpendo le classi che in questi anni si sono rivelate come le meno rappresentative in termini di prevalenza percentuale.

ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SISTEMA

L'introduzione di un sistema classificatorio della fragilità dell'anziano e la realizzazione di un sistema informativo finalizzato alla raccolta di dati ha permesso di costruire negli anni un osservatorio epidemiologico sulla evoluzione della domanda e sulle condizioni di fragilità della popolazione assistita in RSA, oltre che sulla qualità dell'assistenza e sull'individuazione di determinanti alla base dei cambiamenti di classe e di fattori capaci di influenzare la velocità del declino dell'ospite (indicatori di esito).

L'introduzione di uno strumento omogeneo di rilevazione delle condizioni di salute e del grado di non autosufficienza della popolazione anziana ha portato in questi anni ad una serie di ricadute positive tra cui lo sviluppo di una cultura del lavoro in équipe basato sulla multidimensionalità della valutazione del bisogno e il riconoscimento di un'interdisciplinarietà degli interventi assistenziali (indicatore di processo). La standardizzazione della rilevazione ha reso inoltre possibile il confronto non solo fra le diverse realtà regionali ma anche all'interno di ogni territorio consentendo il superamento dei differenti comportamenti classificatori della fragilità.

Oggi la scheda S.o.s.i.a. rappresenta lo strumento attraverso il quale vengono effettuate le attività di controllo dell'appropriatezza degli interventi in RSA e della qualità dell'assistenza.

Tuttavia, l'applicazione di questa modalità di classificazione della fragilità ha evidenziato alcuni aspetti di criticità. Questa tipologia di "pesatura" non sembra cogliere, infatti, la complessità dei bisogni globalmente intesi (mancano gli indicatori di fragilità sociale) e non risulta in grado di stabilire in modo oggettivo una correlazione con l'assor-

bimento di risorse (carico assistenziale effettivo). Da questa modalità classificatoria rimane inoltre escluso, in quanto non rilevato dall'attuale sistema, il livello di fragilità correlato agli alti livelli di complessità assistenziale che richiede specifiche competenze, e talvolta l'impiego di strumentazioni tecnologicamente avanzate (ad esempio, stati vegetativi, malattie neurologiche degenerative) così come altri sottogruppi sembrano classificati con difficoltà e con scarsa correlazione con l'effettiva complessità clinico-assistenziale (ad esempio disturbi comportamentali, scompenso cardiaco cronico, insufficienza respiratoria, patologie oncologiche in fase terminale). Appare, pertanto, necessario proseguire nello sviluppo dello strumento S.o.s.i.a. integrandolo con uno strumento di *case-mix*, scientificamente validato, che consenta di valutare l'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti nella struttura, e il conseguente appropriato riconoscimento tariffario, così da rendere possibile la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati. Essa costituisce tuttavia un buon punto di partenza per l'accorpamento in *cluster* di bisogni omogenei a supporto di una più appropriata caratterizzazione dei profili di cura e assistenza.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

D.G.R. 14 dicembre 2001 n. 7/7435 Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA). Bollettino Ufficiale Regione Lombardia, 2002.

D.G.R. 7 aprile 2003, n. 7/12618 Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSA e rima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001). Bollettino Ufficiale Regione Lombardia, 14 aprile 2003.

Finch M, Kane RL, Philip I. Developing a new metric for ADLs. J Am Geriatric Soc 1995;43:877-84.

Gottfries CG, Brane G, Gullberg B, Steen G. A new rating scale of dementia syndromes. Arch Gerontol 1982;1:311-30.

Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. J Am Geriatric Soc 1968;16:622-6.