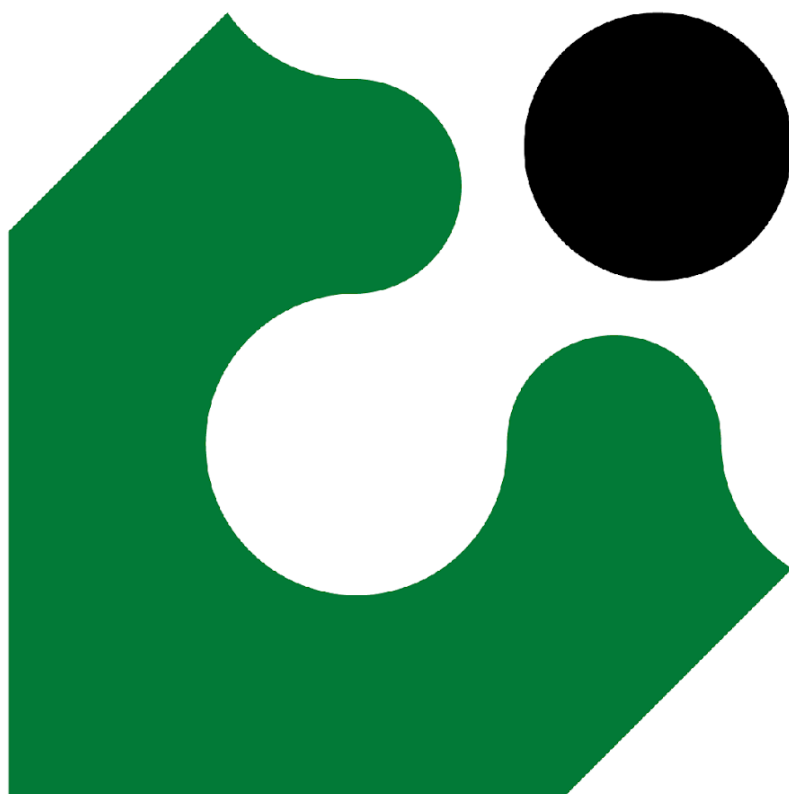


**Aggiornamento normativo della D.G.R n.
1765/2014 contestualizzato nel setting
Assistenziale delle R.S.A. (Residenza Sanitarie per
Anziani)**

Autore : Abbiati Marco

**Corso di formazione manageriale per
la rivalidazione del certificato**

anno 2025/2026



Aggiornamento normativo della DGR 1765/2014 contestualizzato nel setting assistenziale delle R.S.A

Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione : ECOLE RIV 2501/BE

Ente erogatore: ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

GLI AUTORI

Marco Abbiati, Direttore Accreditamento e Controllo Sociosanitario, Ente ATS Insubria, abbiatim@ats-insubria.it

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore Ordinario di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	5
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	15
RISULTATI ATTESI	16
CONCLUSIONI	17
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	18
RIFERIMENTI NORMATIVI	19
BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUZIONE

Il sistema sociosanitario deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza per setting, passando tramite un sistema di controlli che sia al tempo stesso efficiente e completo, ma soprattutto in grado di fronteggiare le novità che si sono presentate e si presenteranno all'interno delle strutture sociosanitarie **e in particolare della R.S.A.**

La **DGR 1765/2014**, testo normativo di riferimento in materia di controlli di appropriatezza, esplicita, nonostante il tempo passato dalla sua emanazione, concetti ancora validi e strutturati, quali la proattività classica delle normative ISO 9001/2015 e i concetti espressi dall'E.R.M (Enterprise Risk Management).

L'obiettivo primario di questo studio, svolgendo un'analisi critica della DGR in commento, con **focus sulle R.S.A.**, è quello di migliorare e integrare gli indicatori specifici e generali utilizzati durante i controlli di appropriatezza. Tali controlli sono effettuati dalle ATS in coerenza con quanto previsto dalle normative regionali e sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private. Attualmente tali verifiche vengono effettuate proprio sulla base della **DGR 1765/2014**, la quale tramite l'utilizzo di indicatori generali e specifici, individua la corretta gestione dell'ospite nel *setting* assistenziale. La già menzionata normativa disciplina anche le eventuali sanzioni applicabili qualora, in seguito ai controlli appena descritti, risulti un'inappropriata erogazione del servizio o un erroneo setting assistenziale.

E' fondamentale per effettuare il controllo di appropriatezza la conservazione e la completezza della documentazione (vedi diarie mediche e infermieristiche, monitoraggi, procedure e istruzioni operative), dalla quale è possibile verificare alcuni aspetti concreti del ricovero di un paziente, così come spiegati e di seguito illustrati:

I controlli di appropriatezza, infatti, considerano fondamentalmente quattro sfere di azione determinanti per il corretto inquadramento dell'ospite /paziente:

- la corretta classificazione della fragilità degli utenti;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale tramite l'osservazione diretta dell'ospite che se confermata implica l'appropriatezza delle prestazioni (seguono precisazioni nel capitolo dedicato alla articolazione del progetto-valutazione e tempistiche delle varie fasi).
- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale definito dal Progetto Individuale e dalla Pianificazione degli interventi;
- l'evidenza nel Diario dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate da parte delle figure professionali appropriate.

I risultati di questo Project Work condurranno ad un miglioramento e, soprattutto, ad un'attualizzazione dei controlli, passando per una eventuale modifica normativa che andrà a superare la DGR 1765/2014, la quale, successivamente, si ripercuoterà in concreto sugli indicatori generali e specifici utilizzati dagli operatori delle ATS deputati ai controlli di appropriatezza.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate all'Utente dalle **R.S.A.**, a partire dalla sua presa in carico, è caratterizzato dal fatto che, dati determinati bisogni della persona, identificati attraverso la valutazione multidimensionale, vengano progettati, pianificati e applicati, oltre che attentamente monitorati, gli interventi appropriati e il loro *setting* di cura.

L'attuale approccio metodologico del controllo di appropriatezza, che può essere mantenuto, sebbene debba essere **maggiormente definito e razionalizzato**, consiste nella costruzione e revisione degli indicatori di appropriatezza assistenziale: "generalisti" (ciclo di Deming) e "specifici" (qualità della cura e specificità dell'U.d.O. coinvolta).

Gli indicatori generali e specifici individuano chiaramente se l'ospite è idoneo e appropriato alla struttura ove è collocato, definendo anche in modo particolareggiato sia il suo Progetto individuale, sia un'idonea pianificazione degli interventi. All'interno di questo studio si cerca, altresì, di definire anche interventi che possano, qualora possibile, instradare verso un'assistenza territoriale, evidenziando un setting a lungo termine più appropriato.

Obiettivo strategico è l'adeguatezza delle check utilizzate presso le RSA nella fase di controllo, che dovrebbe, nell'attuale contesto, essere effettuata dall'ATS e all'ingresso dell'ospite nella Unità di offerta anche in collaborazione con le Case di Comunità, e i PUA e i MAP (Medico di Assistenza Primaria).

Questo nuovo percorso in fase di attuazione può sicuramente portare ad una preventiva e più appropriata presa in carico dell'ospite presso l'unità di offerta.

Una volta effettuata la valutazione multidimensionale vanno quindi individuati chiaramente e tracciati gli obiettivi di pianificazione che devono essere rintracciabili nel P.I. e coerenti con il P.A.I.

La razionalizzazione degli indicatori presenta, altresì, come obiettivi strategici **l'efficientamento del sistema di controlli**.

Infatti, la messa a disposizione degli operatori delle ATS di check list aggiornate più aderenti alla realtà nel contesto delle RSA, consentirà, non solo maggiore rapidità nell'effettuazione del controllo, ma anche una sua migliore qualità, realizzando così gli obiettivi del presente studio.

Non è, invero, possibile valutare adeguatamente l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie senza strumenti aderenti alle esigenze dei pazienti.

Si noti, inoltre, che stanno emergendo numerose tipologie di prestazioni innovative, le quali hanno indotto Regione Lombardia all'elaborazione di nuove ed apposite check list riguardanti tali nuove Unità d'offerta: Ospedali di Comunità, C-DOM in itinere e U.O.C.P. (Unità operative complesse cure palliative). Da tale dato empirico si deduce che il complesso delle prestazioni sociosanitarie è in continua evoluzione; pertanto, anche le check list riguardanti le prestazioni più classiche devono sempre essere riviste e razionalizzate.

Solo **adeguando le check list alla realtà delle R.S.A.** si potrà, quindi, raggiungere lo scopo di ottenere un sistema di controlli di appropriatezza efficiente, veloce e snello.

Ulteriore importante considerazione nell'ambito delle strategie di efficientamento del controllo è la consapevolezza dell'aggiornamento costante delle procedure e delle linee guida che regolamentano i vari processi valutativi/clinico assistenziali, non come mera procedura a sé stante, ma calata nel contesto di ogni R.S.A, che presentano comunque peculiarità diverse in ordine di dimensione e ospiti. Portiamo ad esempio le procedure relative a:

- Solo **adeguando le check list alla realtà delle R.S.A.** si potrà, quindi, raggiungere lo scopo di ottenere un sistema di controlli di appropriatezza efficiente, veloce e snello.
- **Ulteriore importante considerazione** nell'ambito delle strategie di efficientamento del controllo è la consapevolezza dell'aggiornamento costante delle procedure e delle linee guida che regolamentano i vari processi valutativi/clinico assistenziali, non come mera procedura a sé stante, ma calata nel contesto di ogni R.S.A, che presentano comunque peculiarità diverse in ordine di dimensione e ospiti.
- Portiamo ad esempio le procedure relative a:
- Protocollo sulle **contenzioni** e relativa modulistica- modulo per consenso informato e schede di monitoraggio;
- Protocollo prevenzione delle **cadute** e relativa modulistica- modulistica di analisi dell'ospite per evitare cadute e relative strategie;
- Protocollo prevenzione **disidratazione e malnutrizione** e relativa modulistica – scheda monitoraggio peso e scheda monitoraggio giornaliero di assunzione liquidi e solidi;
- Protocollo prevenzione **lesioni da decubito** e relativa modulistica- scheda di movimentazione dell'ospite allettato ogni 3 ore come da normativa nazionale;

Ulteriore considerazione si pone sullo svolgimento di discussioni di equipe approfondite prima della stesura del progetto tra le diverse figure professionali coinvolte e la loro condivisione con i parenti e il caregiver e con l'ospite.

Anche il coinvolgimento di associazioni di volontariato, associazione parenti, e enti come Comuni o Piani di Zona e rappresentanze dei Sindaci. La finalità è creare una rete che favorisca la progettualità della cura del paziente considerando tutti gli ambiti anche esterni alla Unità di offerta.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari del progetto sono gli ospiti delle RSA . Tramite un miglior sistema di controlli, infatti, sarà possibile implementare la sicurezza nelle R.S.A., la correttezza e la coerenza delle cure, nonché la congruenza del progetto individuale con il P.A.I. e con l'osservazione della persona.

Ulteriore destinatario dello studio è il sistema sociosanitario nel suo complesso, che diverrà in grado di effettuare una corretta identificazione dell'ospite nel setting assistenziale adeguato, considerando anche il cambiamento clinico assistenziale dell'ospite e non fermandosi ad un setting predefinito ma suscettibile di variazioni.

METODOLOGIA

L'approccio metodologico seguito per la costruzione e l'implementazione degli indicatori di appropriatezza assistenziale nelle R.S.A. può rimanere quello già definito nella DGR 1765/2014 apponendo correttivi e ampliandone la sfera di contesto, quindi:

Per gli indicatori generali:

- definizione delle principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del contesto delle R.S.A; principalmente orientandosi al Ciclo di Deming nell'ottica del miglioramento continuo.

Per gli indicatori specifici:

- evidenziare una più efficiente e corretta assistenza clinico assistenziale considerando l'evoluzione delle patologie degli ospiti delle strutture negli ultimi 10 anni. (invecchiamento demografico degli assistiti)

In relazione agli indicatori generali, come già accennato, tramite l'utilizzo del **ciclo di Deming** modificato con la presenza della **Leadership** e dell'analisi proattiva del rischio al centro della circolarità degli interventi sempre in un'ottica concreta della gestione critica del rischio.

in merito, invece, agli indicatori specifici avendo sempre come riferimento i contenuti delle normative **ISO 9001:2015** riguardanti l'ambito della **sicurezza e del risk management** e delle *Raccomandazioni Ministeriali* sono stati ulteriormente analizzati i molteplici *item relativi alla scheda SOSIA, parti valutate integralmente nelle check di appropriatezza delle R.S.A.*

La metodologia adottata perseguirà, come dettagliato nella elaborazione dello studio, le fasi relative a **ogni singola check** di controllo utilizzata nelle **verifiche di appropriatezza nelle R.S.A.** andando ad analizzare fondamentalmente i seguenti parametri:

- Oggetto di valutazione;**
- Modalità di valutazione;**
- indicatori di esito;**
- Esito;**

Successivamente verranno indicate, sempre nel paragrafo successivo le fasi e i tempi di esecuzione del progetto seguendo i seguenti parametri:

- N. di fasi**
- Tempo di esecuzione**
- Suggerimenti correttivi**

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto di studio si focalizza, quindi, essenzialmente nella revisione degli indicatori generali e specifici delle R.S.A, analizzando il contesto per aree tematiche clinico /assistenziali:

1) Area Indicatori Generali:

- Area-generale-1:

-Oggetto di valutazione: Presenza della **valutazione** multidimensionale del bisogno dell'ospite;

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasis totali/ Fasis che riportano valutazione della UVM appropriata;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area-generale-2:

-Oggetto di valutazione: esistenza della **pianificazione** e tracciabilità degli interventi;

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasis totali/ Fasis che riportano pianificazione appropriata alla valutazione della UVM ;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area- generale-3:

-Oggetto di valutazione: **coerenza della valutazione con la progettazione**; coerenza degli gli interventi attuati;

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasis totali/ Fasis che riportino coerenza tra valutazione e progettazione;

-Esito : applicazione di **correttivi** in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area generale-4:

-Oggetto di valutazione: coerenza tra **debito informativo** e evidenze nel fasis ;

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasis totali/ Fasis che riportano la corretta classificazione SOSIA, analizzando gli item del flusso SOSIA che hanno classificato l'ospite nella classe evidenziata al momento della verifica ispettiva.

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

Per questo quarto indicatore generale, volutamente, ci si vuole soffermare per indicarne la valenza ed importanza strategica.

Ripercorrendo infatti la creazione dell'algoritmo che nel 2002 venne creato per classificare i pazienti, all'interno di tale flusso sono riportati tutti gli item di carattere strettamente assistenziale e quelli di carattere strettamente sanitario.

Questo studio potrebbe portare a scindere le prestazioni assistenziali da quelle prettamente sanitarie potendo portare ad un inquadramento dell'ospite nel setting assistenziale piu adeguato (sanitario/sociosanitario/prettamente assistenziale).

2) Area indicatori Specifici:

- Area specifica assistenziale-1:

-Oggetto di valutazione: **cadute**.

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas totali/ Fasas che riportano cadute dell'ospite;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito

- Area specifica assistenziale 2:

-Oggetto di valutazione: **contenzione fisica**

-Modalità di valutazione: indicatore n. totale di Fasas / Fasas che riportano contenzione dell'ospite;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito

- Area specifica assistenziale 3:

-Oggetto di valutazione: **dolore**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas totali/ Fasas che riportano stati acuti e cronici algici dell'ospite;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito

- Area specifica assistenziale 4:

-Oggetto di valutazione: **lesioni da decubito**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportano stati ospiti con lesione da decubito

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito

- Area specifica assistenziale 5:

-Oggetto di valutazione: **nutrizione e idratazione**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportano stati clinici di malnutrizione e disidratazione;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area specifica assistenziale 6:

-Oggetto di valutazione: **relazioni e attività sociale**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportano interventi animativi e risocializzanti;

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- -Area specifica assistenziale 7:

-Oggetto di valutazione: **capacità cognitiva-comportamentale**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportano interventi di tipo psicocognitivo personalizzato

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area specifica assistenziale 8:

-Oggetto di valutazione: **Motricità**

-Modalità di valutazione : indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportano interventi di tipo fisioterapico intensive/estensivo

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

Si ritiene utile **suggerire nuove check** listi per effettuare i controlli di appropriatezza nelle RSA per approfondire la valutazione di alcuni ospiti/pazienti alla luce delle nuove e più complesse prese in carico.

Si propongono **cinque nuove aree** valutative/assistenziali di seguito riportate per migliorare la valutazione del paziente:

- **Area psico geriatrica;**
- **Area stati vegetativi persistenti;**
- **Area utenti con malattie neurologiche invalidanti, SLA (sclerosi laterale amiotrofica) e Malattia di Parkinson anche sindromi secondarie;**
- **Area pazienti in deroga con gravi disabilità legate alla sfera autistica che non trovano collocazione in R.S.D.;**
- **Area cure palliative;**

Si ripropone la metodologia già evidenziata precedentemente:

- Area valutativa assistenziale:

-Oggetto di valutazione: **psico geriatrica (creazione di nuovo item della check list)**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportino in diagnosi patologie psichiatriche non in fase acuta.

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area valutativa assistenziale:

-Oggetto di valutazione: **Stati vegetativi persistenti (creazione di nuovo item della check list) anche in riferimento alla D.G.R. 4222/14.**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportino in diagnosi patologia correlata ad uno stato vegetativo persistente o a condizione di minimal responder.

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area valutativa assistenziale:

-Oggetto di valutazione: **Sclerosi laterale amiotrofica e patologia di Parkinson compresi i Parkinsonismi secondari (creazione di nuovo item della check list) anche in riferimento alla D.G.R. alle D.G.R 7915/2008 , 10169/2009;1064/2018**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportino in diagnosi patologia correlata a diagnosi di S.L.A o Parkinson.

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area valutativa assistenziale:

-Oggetto di valutazione: **pazienti in deroga con gravi disabilità legate alla sfera autistica che non trovano collocazione in R.S.D. (creazione di nuovo item della check list)**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fasas / totale dei Fasas che riportino in diagnosi patologie correlate al campo delle gravi disabilità della sfera autistica

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

- Area valutativa assistenziale:

-Oggetto di valutazione: **pazienti che necessitano di cure palliative in relazione al fine vita (creazione di nuovo item della check list)**

-Modalità di valutazione: indicatore n. di Fisas / totale dei Fisas che riportino in diagnosi patologie che evidenzino correlazioni con l'allegato E e F della D.G.R 5918/2016.

-Esito: applicazione di correttivi in considerazioni dell'analisi dell'indicatore di esito.

Il processo va implementato dunque analizzando tutti gli item sopra descritti e attualizzandoli, tramite la comparazione degli stessi con l'effettiva assistenza che una RSA è attualmente in grado di erogare. Gli **indicatori generali** vanno rivisitati nell'ottica della collaborazione tra ATS e ASST nella valutazione iniziale dell'utente anche tramite la stesura di protocolli di intesa.

Gli **indicatori specifici** vanno analizzati ripensando anche alle professionalità operanti nelle RSA, sicuramente idonee alle attività indicate, che invero si trovano sempre più ad affrontare complessità cliniche tali da richiedere, in taluni casi, convenzioni o collaborazioni con professionisti specialisti nel trattamento di situazioni cliniche assistenziali complesse.

Si riporta, ad esempio, l'inserimento di personale specializzato nell'assistenza nell'ambito delle cure palliative, nel trattamento di lesioni da decubito complesse, nel mantenimento o recupero motorio in situazioni che necessitano di una componente riabilitativa più estensiva, nelle condizioni di stato vegetativo persistente o di SLA (sclerosi laterale amiotrofica) e, infine, nell'affrontare condizioni di anziani in evidente stato psicogeriatrico o di demenza importante.

Sicuramente le fasi e le tempistiche di adeguamento si collocano in tempi lunghi, perché richiede un'intensa attività, a monte, di analisi dei flussi informativi e di sintesi dei risultati e, a valle, una stretta collaborazione tra ATS e Unità di offerta.

Più nello specifico, il progetto potrebbe articolarsi nelle seguenti fasi:

Prima fase: analisi dei dati contenuti nei flussi informativi che fotografano in tempo reale la complessità e la tipologia degli ospiti presenti. **La finalità** è l'identificazione del reale bisogno dell'utente tramite i dati elaborati.

Esistono manuali tecnici predisposti nel dettaglio da Regione per gestire e comprendere i flussi in possesso delle ATS e per campionare gli utenti che evidenzino criticità nell'inserimento presso la R.S.A.

I flussi possono essere elaborati dalle ATS tramite l'analisi del flusso FE, flusso economico, e del flusso SDOFAM, flusso clinico.

Si dovrà sviluppare una collaborazione anche tramite procedure e gruppi di lavoro tra le Strutture Semplici di appropriatezza e monitoraggio flussi delle ATS.

Le professionalità da coinvolgere sono le équipe di controllo e gli informatici della ATS

Tempo di esecuzione circa 2 mesi.

Seconda fase: sintesi dei risultati, che deve portare ad un campionamento di RSA di rilevanza strategica nel territorio, RSA contrattualizzate di dimensione importante (200/250 ospiti) e con tutti i setting assistenziali specifici, tramite attenta selezione con AFAM (registro anagrafico delle Unità di offerta).

Tempo richiesto circa 1 mese.

Le professionalità da coinvolgere sono l'equipe di controllo e gli amministrativi e informati della ATS.

Terza fase: audit presso le RSA e verifica, in collaborazione con le Unità di offerta, di modifiche parziali delle check tramite sperimentazione sul campo coinvolgendo casi clinici reali. La congruenza della documentazione presente nel fasas confrontata con i flussi informativi si concretizza nell'osservazione diretta in loco dell'ospite determinando l'appropriatezza della condizione classificata. Per meglio specificare il flusso SDOFAM identifica molte condizioni cliniche e assistenziali elaborate dalla Unità di offerta mediante l'applicativo che genera le classi SOSIA.

Le informazioni devono coincidere con quanto riportato nel FASAS in termine di evidenze e tracciabilità mediante l'utilizzo di diarie mediche/infermieristiche/assistenziali, scale di valutazione Progetto Individuale, pianificazione e applicazione dei protocolli e delle procedure normate dalla D.G.R 2569/14. Tutte queste sottofasi se congruenti determinano l'appropriatezza prestazionale erogata all'utente.

Le figure professionali da coinvolgere in questa fase sono le equipe di controllo e le equipe delle unità di offerta

Tempo richiesto 2 mesi.

Quarta Fase: elaborazione/modifiche condivise delle check tra ATS/ASST/Gestori/Regione/Agenzia dei controlli. In questa fase dovrà emergere la necessità di valutare le figure professionali da convenzionare o coinvolgere nel minutaggio assistenziale ora riportato nella D.G.R 7435/2002; riportato anche nella D.G.R 2569/2014.

Sostanzialmente la DGR 1765 e la DGR 2569 entrambe del 2014 si correlano e sovrappongono in ambiti di vigilanza e controllo. La necessità di coinvolgere diverse figure professionali potrebbe portare al miglioramento dei Servizi Erogati anche tramite convenzioni con le ASST.

Tempo richiesto 2 mesi.

Quinta Fase: audit finali presso le Unità di offerta, consistente in un test sperimentale delle nuove check.. Personale da coinvolgere equipe di controllo e equipe della Unità di offerta.

Tempo richiesto circa 2 mesi.

Ultima considerazione che potrebbe configurarsi in una **sesta fase dello studio** risiede nella **pesatura** dei risultati ottenuti dall'applicazione della soglia di accettabilità che viene generata dall'algoritmo che implementa il calcolo del 95% di accettabilità (soglia sanzionatoria).

La pesatura va pensata dando, non tanto specifiche legate ad indicatori di processo, ma di esito. A parere dello scrivente per comprendere meglio il concetto non si può dare la stessa pesatura ad una mancata tracciabilità di un intervento equiparandola a una mancata applicazione del consenso informato.

In analogia anche il numero dei FASAS verificati rimane discriminante nella percentuale numerica programmata, seguendo le regole di sistema o il Piano dei controlli, rispetto alla sanzionabilità.

Porto, ad esempio, una unità di offerta dove il controllo si esaurisce per indicazioni normative a 3 FASAS mentre in altre Unità di offerta sempre per indicazioni normative il controllo si esaurisce a 30 FASAS.

Risulta evidente come un solo fasas mal strutturato su 3 porti già ad una probabile sanzione, mentre 5 FASAS mal strutturati su 30 non porti probabilmente a nessuna sanzione.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto occuperebbe principalmente lavoratori delle ATS e, in un successivo momento, delle RSA; pertanto, non è stimabile un costo preciso quantificabile in denaro.

Tuttavia, genererebbe certamente un maggior carico di lavoro per uffici già estremamente oberati dalle attività quotidiane.

E', perciò, opportuno pensare a modalità di svolgimento delle analisi sopra richiamate e dei tavoli di lavoro con le R.S.A. quanto più agili possibili, si pensi, ad esempio, allo svolgimento telematico degli incontri, oppure, all'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale per l'elaborazione dei flussi informativi.

L'utilizzo di tali modalità consentirebbe non solo di non gravare sugli uffici, ma anche di accelerare il progetto e renderlo più efficiente.

Per altro, si noti, l'amministrazione pubblica già utilizza software in convenzione con microsoft, pertanto, senza alcun costo aggiuntivo, sarebbe possibile utilizzare la piattaforma teams per gli incontri e la versione più evoluta di copilot.

RISULTATI ATTESI

“Il ruolo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) risulta centrale nella declinazione operativa della DGR 1765/14 tramite la revisione delle check list con le tempistiche e le modalità sopra indicate.

La DGR 1765 fornisce quindi alle ATS uno strumento di riferimento unitario tramite il quale esercitare la propria funzione di **controllo di appropriatezza nelle RSA**, favorendo una maggiore omogeneità nell’offerta delle cure.

Come già ribadito la valutazione Multidimensionale e il PI (Progetto individuale) prodotti e elaborati dall’Ente gestore e nella fase di ingresso in collaborazione con le ASST e i MAP diventano strumenti essenziali non solo per la presa in carico della persona, ma anche per orientare l’allocazione delle risorse e garantire un utilizzo appropriato dell’assistenza.

Il risultato primario atteso è relativo al concetto di appropriatezza prestazionale che assume nella DGR 1765 una valenza fondamentale e proattiva in tutto il percorso assistenziale, migliorando la performance delle Unità di offerta. Non si tratta soltanto di assicurare che le prestazioni erogate siano clinicamente appropriate, ma anche che esse siano erogate nel setting più adeguato e con un livello di intensità proporzionato al bisogno.

Tale assetto, pur presentando criticità applicative legate alla complessità del sistema e alla variabilità territoriale, rappresenta un passaggio significativo verso un modello di sanità territoriale più strutturato e orientato alla presa in carico assistenziale.

CONCLUSIONI

La DGR **1765/2014** costituisce un passaggio di particolare rilievo nel processo di riorganizzazione dell'assistenza in Regione Lombardia, ponendosi come uno dei primi tentativi organici di superare un modello prestazionale frammentato a favore di una logica di presa in carico strutturata, integrata e proporzionata alla complessità del bisogno. Attraverso la **riclassificazione delle Ccheck List**, soprattutto nell'ambito della valutazione multidimensionale e della Progettazione del percorso assistenziale, la **revisione degli indicatori** delle R.S.A. dovrà portare all'identificazione di indicatori che possano anche determinare la valenza del carico assistenziale e la valenza dell'impatto sanitario, cercando di discendere l'uno dall'altro.

Le tempistiche e le fasi del progetto precedentemente illustrate se rispettate coerentemente e organicamente potrebbero portare alla risoluzione di discussioni giuridico economiche molto rilevanti in questo periodo.

L'obbiettivo resta la **revisione di tali check** per semplificare e rendersi protagonisti come Enti Istituzionali della semplificazione di procedure che porterebbero benefici al cittadino/utente sia dal punto di vista assistenziale sia dal punto di vista di compartecipazione economica, scopo istituzionale di una S.C. di Accreditamento e controllo sociosanitario di una ATS.

Ultima conclusione ma certamente non marginale di questo studio attinente alla revisione delle check di controllo è l'analisi dei flussi informativi (Indicatore specifico 4 generale).

Da tale analisi si può comprendere sia la validità del percorso assistenziale sia la corretta allocazione delle risorse differenziandole tra risorse erogate in ambito puramente assistenziale, invero, in ambito puramente sanitario.

Rimane a parere dello scrivente, fondamentale, in tutte le fasi descritte l'osservazione diretta del paziente.

Anche l'interlocuzione con i familiari/care giver dell'ospite, in un ambito estremamente delicato e di fragilità come il contesto delle R.S.A continua a essere elemento fondamentale e strategico al pari dell'osservazione in loco dell'utenza.

CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)

Il project work è stato elaborato singolarmente

RIFERIMENTI NORMATIVI

Sitografia essenziale (fonti istituzionali)

- **Regione Lombardia – Banca dati normativa (Leggi/Delibere):** per testo integrale DGR 1765/2014, , D.G.R 2569/2014;1435/2022 e atti attuativi.
- **Normativa:** per testi coordinati di leggi e decreti nazionali.
- **Gazzetta Ufficiale:** per DM 70/2015 e DM 77/2022 (testi ufficiali).
- **Ministero della Salute:** sezione "Assistenza territoriale / Cronicità / PNRR – Missione 6".
- **Agenas:** documenti su modelli organizzativi, standard e monitoraggio.
- **ISS:** rapporti tecnico-scientifici su fragilità, cronicità e integrazione.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia essenziale (normativa e indirizzi)

- **Regione Lombardia.** *Deliberazione della Giunta Regionale n. X/1765 (2014): "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: reti territoriali, presa in carico e integrazione"* (e relativi allegati). Milano: Regione Lombardia, 2014.
- **Regione Lombardia.** *Deliberazione della Giunta Regionale n. X/1435 (2022): "Sviluppo della rete territoriale e integrazione socio-sanitaria: linee di indirizzo"* (e allegati). Milano: Regione Lombardia, 2014.
- **Regione Lombardia.** *Legge regionale di riforma del sistema socio-sanitario (L.R. 23/2015): "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo"*. Milano: Regione Lombardia, 2015.
- **Ministero della Salute.** *Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*. Roma: Ministero della Salute, 2015.
- **Ministero della Salute.** *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"*. Roma: Ministero della Salute, 2022.
- **Presidenza del Consiglio dei Ministri.** *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute*. Roma: Governo Italiano, 2021 (aggiornamenti successivi).
- **Ministero della Salute.** *Piano Nazionale della Cronicità*. Roma: Ministero della Salute, 2016.

