

Servizi residenziali per anziani non autosufficienti

Le indicazioni nazionali, le scelte regionali, la situazione nella
regione Marche – **Jesi, 2 ottobre 2009**

I servizi residenziali nella regione Marche

Fabio Ragaini
Gruppo Solidarietà

www.grusol.it

Da dove veniamo

“Constatato che nel settore delle strutture destinate all’assistenza agli anziani (..) la legislazione nazionale e regionale in atto non permette una emanazione di norme che da un lato, garantiscano la legittimità delle stesse e, dall’altro, rispecchino la realtà marchigiana; che il contrasto è particolarmente evidente per le case di riposo che secondo l’art. 41, della l.r. 43/88 sono strutture destinate agli anziani autosufficienti, ma nelle quali, per la maggior parte, vengono ospitati anziani la cui autosufficienza è estremamente ridotta, quand’anche non sia del tutto mancante; che l’aver interconnesso il provvedimento di autorizzazione con l’emanazione degli indirizzi e d’altro canto l’essere costretti ad emanare indirizzi che, o sono illegittimi, o non rispondono alla realtà marchigiana, ha creato una situazione di stallo in cui alla regione pervengono richieste di autorizzazione all’apertura e al funzionamento (..) la regione non autorizza per mancanza di indirizzi, gli indirizzi non vengono emanati per non incorrere nella duplice alternativa o di essere illegittimi o di non rispondere alla realtà; che, come conseguenza inevitabile, è che gli enti sia essi pubblici o privati operano senza autorizzazione (..) gli organi di vigilanza e controllo non possono fare riferimento ad alcun atto amministrativo (..) gli operatori rimangono nell’incertezza se siano o non autorizzati (..)”. DGR 272/1995

La residenzialità socio sanitaria

- Residenze sanitarie assistenziali (RSA) (l. 20/00)
- Residenze protette (RP) (l. 20/02)
- La Casa di Riposo? (l. 20/02)

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Il riferimento della normativa nazionale.

Le RSA sono destinate a soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche **stabilizzate**. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi (Dal DPR 14.1.1997).

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

I riferimenti normativi regionali (DGR 3240/92, legge 36/95, DGR 2200/2000, PSR 2003-06, DGR 323/2005, DGR 704/2006).

Il PSR 2003-06 (nessuna indicazione nel Psr 2007-09) affida alle RSA la gestione di pazienti **non autosufficienti, non curabili a domicilio**, che si trovano in una **condizione stabilizzata** ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. **La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD.**

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

- Lo standard di assistenza **Non definito**
- Il costo retta **Non definito**
- La quota sociale. La quota a carico dell'utente
- Quanti posti letto sono attivi in quante strutture (pubbliche e private). Quanti posti sono stati programmati?

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Reale tipologia di utenza, standard di personale e tempi medi di degenza

Gli oneri a carico dell'utente

In quali casi la degenza può continuare ad essere gratuita

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

DGR 704/1996. “I primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Nel caso in cui la Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all’art. 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuita della prestazione e dispone l’eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla partecipazione alberghiera”.

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

L'irrinviabilità della definizione di:

- **Standard e conseguentemente tipologia di utenza**
- **Tariffa con definizione compartecipazione tra gli enti**

I problemi strutturali di molte residenze

- **L'indefinitezza di questa struttura impedisce la definizione del sistema a monte (post acuzie) e a valle (residenzialità e domiciliarità)**

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Perché la Regione non l'ha mai fatto?

- Inconsapevolezza tecnico-politica
- In assenza di posti adeguati di post-acuzie questi posti ne vicariavano la funzione
- Incapacità di riordino del sistema
- Le attivazioni di posti di lungodegenza chiedono al sistema di definirsi

Residenza Protetta (RP)

E'una struttura residenziale con **elevato livello di integrazione socio-sanitaria**, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste **stabilizzate**, non curabili a domicilio e **che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse**.

Residenza Protetta (RP)

Accesso e valutazione

La valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche.

Ogni successiva eventuale variazione delle condizioni psicofisiche dell'utente che determini una variazione del livello di non autosufficienza e quindi del relativo carico assistenziale, sociale e sanitario, deve essere ugualmente certificato dall'UVD integrata, entro dieci giorni dalla richiesta.

L'ammissione nella Residenza Protetta è concordata con il Responsabile della struttura direttamente dall'interessato e/o dai servizi sociali e sanitari competenti (Reg. Reg 3-2006)

Residenza Protetta (RP)

Lo standard assistenziale

Per l'assistenza ad anziani *non autosufficienti* e con forme di demenza

Operatore socio-sanitario: 80 (100 minuti demenza) al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.

Infermiere professionale: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e pronta disponibilità nelle fasce orarie in cui non vi sia presenza infermieristica.

Terapista della riabilitazione: intervento programmato su prescrizione specialistica (le modifiche del decreto 9-09)

Medico di Medicina Generale: intervento ***secondo modalità di accesso programmate con la struttura*** programmato ed a richiesta.

Il personale socio-sanitario è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

La Casa di Riposo

Per la legge 20/2002, art. 6, *“La casa di riposo di cui all’articolo 3, comma 3, lettera c), è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera **destinata ad accogliere,** temporaneamente o permanentemente, **anziani autosufficienti** che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell’arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo”.*

Anziani non autosufficienti e Casa di Riposo

Dal Regolamento 3-2006, art. 5 comma 6

“Le strutture operanti che hanno avanzato richiesta di autorizzazione per casa di riposo di cui all’articolo 3, comma 3, lettera c), della l.r. 20/2002, possono essere autorizzate ad esercitare l’attività anche in deroga a quanto previsto al paragrafo “Tipologia di utenza” di cui all’allegato A, **limitatamente agli anziani non autosufficienti ospiti della struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento** ferma restando la verifica di compatibilità della permanenza dei predetti ospiti **da parte dell’Unità valutativa distrettuale competente**”.

Casa di Riposo

Con quali modalità si accede alla Casa di Riposo?

“L'accoglienza nella Casa di Riposo è concordata con il responsabile di struttura direttamente dall'interessato e/o dai servizi territoriali competenti” (Reg 3-2006)

Come può un soggetto non autosufficiente, oggi, entrare in una Casa di Riposo?

Residenzialità sociosanitaria. Dopo le delibere sulla non autosufficienza

- DGR, 1322/2004; Protocollo d'intesa sulla non autosufficienza
- DGR, 323/2005, Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti
- Decreto 289/2005, Approvazione ripartizione posti letto in RSA e RP e allocazione delle risorse aggiuntive per area vasta
- Decreto 501/2005, Attuazione DGR 323/2005 – Impegno di spesa per la riqualificazione dell'assistenza sociosanitaria nelle Residenze protette per anziani – anno 2005
- DGR, 704/2006, Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005"
- Decreto 9/2009, DGR 1493/2008, Modello di convenzione per residenze protette

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (1)

- Quanti sono gli anziani ospiti delle strutture assistenziali delle Marche (RP e Case di Riposo)?
- Quanti sono gli anziani non autosufficienti ospiti di queste strutture?
- Quanti sono gli anziani non autosufficienti ospiti in **maniera permanente** delle RSA?

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (2)

- Quanti sono i posti **autorizzati** come RP?
- Quanti i posti **convenzionati**?
- Qual è lo standard assistenziale **finanziato**?
- Quanti posti finanziati (RSA + RP) per **residenzialità permanente**?

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (3)

- Quale dovrebbe essere **il fabbisogno**?
- Qual è **lo standard effettivamente erogato** dalle strutture autorizzate come RP che accolgono non autosufficienti?
- Qual è la **tariffa** individuata dalla Regione?

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (4)

- Qual è la ripartizione degli oneri tra settore sociale (utente e comune) e settore sanitario?
- Quali sono gli oneri a carico degli utenti?
- Come si sostanzia la valutazione ai fini dell'accesso e/o dimissioni alle strutture?

Valutazione ed accesso sistema sociosanitario (1)

(DGR n. 1566 del 14/12/2004)

La valutazione. Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD (ora UVI) . Questa si compone nella sua configurazione minima del **Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale e generalmente il Geriatra** (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). **L'UVD si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale;** strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test.

Costituzione delle UVD. Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADI, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.

Valutazione e accesso (2)

- L'UVD viene attivata quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **L'esito della valutazione** prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - **punteggio di non autosufficienza**
 - **valutazione multidimensionale** che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - **valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare** (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.

Valutazione e accesso (3)

- Il monitoraggio dei percorsi assistenziali. Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- Il ventaglio dei servizi. Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, **l'UVD definisce**, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, **il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie**. Le prestazioni necessarie possono essere fornite anche da produttori diversi, spettando alla UVD la proposta e la verifica della integrazione tra i soggetti delle prestazioni assistenziali e di cura.

Il Piano sanitario 2007-09

L'UVI esercita la funzione di definire (...) il Piano assistenziale per tutti coloro che necessitano di un intervento sanitario al di fuori delle strutture ospedaliere. Grazie alla VMD si individuano i bisogni dell'utente in modo da stilare il PAI.

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (5)

- Soggetti con demenza e malattia di Alzheimer nelle RP e RSA
- Soggetti con patologia psichiatrica nelle residenze protette per soggetti con demenza
- Il personale sanitario e l'assistenza sanitaria all'interno delle strutture

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale (6)

- Sono presenti le liste di attesa?

E' illusorio

- pensare che si possano definire criteri di inclusione/esclusione dalle strutture?
- Identificare cosa si può accogliere con 100m. di assistenza comprendendo 20m. di infermiere al giorno?

Appropriatezza e sistema dei servizi

- Il RUG serve ed è servito a qualcosa?
- Può esserci appropriatezza nell'attuale sistema dei servizi?
- Può non esserci razionamento occulto?

Lo schema di accordo per i sacerdoti anziani (Dgr 1254-2009)

- Circa 130 sacerdoti non autosufficienti (totali o parziali)
- All'interno di strutture diocesane si identificano nuclei da 6 a 20 posti per strutture che hanno i requisiti delle Case di Riposo
- Standard personale: quello delle Case di riposo
- Rimborso tariffario 16 euro al giorno
- Spesa prevista 600.000 euro per il 2009

**I sacerdoti non autosufficienti e gli anziani non autosufficienti.
Stesse condizioni diverse opportunità?**

In conclusione

E' indispensabile costruire un sistema (gli standard) imperniato sui bisogni (che poi faranno i conti con le risorse necessarie), senza inutili e dannose scorciatoie. Non si può continuare a disconoscere le esigenze per ridurre la forbice tra necessità e risposta

Appare pertanto indispensabile

- Fissare standard prestazionali e tariffa delle Rsa anziani e delle RP indicando contestualmente il sistema di calcolo;
- fissare, attraverso l'utilizzo di apposite schede, i criteri di valutazione e selezione dei malati non autosufficienti da inserire nelle diverse tipologie di residenza;
- rendere trasparente ruolo e funzione delle UVD;
- istituire effettivamente le liste di attesa informando gli utenti sui loro diritti.

Tutto questo diventa necessario ma non è sufficiente

SE i servizi

- non riescono a riconoscere la centralità delle persone con i loro bisogni e le loro esigenze
- non accettano la sfida dell'umanizzazione che nessuno standard e nessuna certificazione può garantire

SE non si vuole bene e non si vuole il bene delle
persone con cui si lavora