

Come cambiano le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti e persone con demenza dopo la dgr 1011/2013

Vale la pena, prima di una analisi complessiva dei contenuti della delibera 1011/2013, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3358>, con la quale la regione Marche ha definito gli standard delle strutture sociosanitarie riguardanti l'area della disabilità, salute mentale, anziani non autosufficienti e demenze, porre l'attenzione sui contenuti del provvedimento riguardante le RSA anziani e soggetti con forme di demenza.

Si tratta, infatti, di un'offerta di circa 1.000 posti (in 32 strutture), rispetto ai quali la regione Marche ad oggi, non aveva definito lo standard assistenziale e conseguentemente, con chiarezza, obiettivi e tipologia di utenti (per approfondimenti vedi in nota).

Le tabelle che seguono, riprendendo i dati dell'Osservatorio regionale sulle politiche sociali, indica il numero dei posti, la capacità recettiva (in alcuni casi le strutture sono accorpate con altri servizi residenziali), la titolarità, pubblica o privata.

Se la nostra analisi è corretta, sono pubbliche circa il 75% della RSA anziani, per una percentuale di posti di circa il 60%. La capacità recettiva di quelle pubbliche è di poco superiore a 25, mentre in quelle private è di circa 52.

Numero RSA anziani (pubbliche e private) e posti letto

	Posti	
R.S.A. "CASA ARGENTO" DI MINARDI - Fossombrone (privata)		41
RSA MACERATA FELTRIA		25
RSA MONDAVIO		36
RSA GALANTARA Pesaro		38
RSA SANT'ANGELO IN VADO		20
RSA URBANIA		20
RESIDENZA ANNI AZZURRI - Ancona (privata)		84
RSA ARCEVIA		20
RSA - CASTELFIDARDO		20
RSA CHIARAVALLE		20
RSA CUPRAMONTANA		20
RSA FILOTTRANO		20
RSA ABITARE IL TEMPO, Loreto (privata)		82
RSA MONTECAROTTO		20
RSA OSTRA VETERE		20
RSA VILLA MARGHERITA, Civitanova Marche (privata)		65
RSA CORRIDONIA		20
RSA MATELICA		20
RSA RECANATI		40
RSA SAN GINESIO		20
RSA ASCOLI PICENO (privata)		40
RSA MONTEFIORE DELL'ASO		20
RSA OFFIDA		30
RSA MARINI - PETRITOLI		20
RSA RIPATRANSONE		32
RSA. "SAN GIUSEPPE" , San benedetto Tronto (privata)		70
RSA ACQUASANTA TERME		20
RSA MONTERMACIANO		20
RSA MOMBAROCCIO BRICCIOTTI		18
RSA INRCA C/O RESIDENZA DORICA		38
RESIDENZA DORICA , Ancona (privata)		17
FONDAZIONE GRIMANI BUTTARI, Osimo (privata)		60
Totale 32		Totale 1036

Numero di strutture e posti: pubblici e privati. Ricettività media

Rsa pubbliche	24 (75%)	617 posti (59,5 %)	Media posti struttura: 25,7
Rsa private	8 (25%)	419 posti (40,5%)	Media posti struttura: 52,3

Come sopra indicato, in alcune delle strutture private, la capacità recettiva complessiva è superiore anche di molto in quanto sono dotate di altri moduli con altre funzioni. La gran parte, invece, della RSA pubbliche, quasi tutte derivanti da precedenti riconversioni ospedaliere, dispongono di soli nuclei di RSA.

I posti ricomprendono anche **nuclei Alzheimer**, l'offerta che si è andata determinando è figlia di accordi locali tra ASUR e strutture private che in assenza di standard regionali (sia in termini di offerta che di personale) ha definito con le stesse specifiche convenzioni. Dall'analisi (vedi, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=728>), si può ipotizzare un centinaio di posti (all'interno di quelli autorizzati come RSA anziani) localizzati in non più di 5/6 strutture. Non risultano esistere nuclei Alzheimer all'interno delle RSA pubbliche.

Le indicazioni della dgr 1011/2013

La delibera 1011, colloca le RSA all'interno del codice R2 e R2d (demenze), considerandole - assumendo le indicazioni del documento della Commissione nazionale sui LEA (2007) - come livello estensivo. Cerchiamo di capire, sulla base dei contenuti della delibera, come se ne ridefiniscono gli obiettivi. Strutture che sono molto importanti nei percorsi di deospedalizzazione e per assicurare a malati che non necessitano di cure di livello ospedaliero - non per questo meno impegnative - adeguate risposte assistenziali.

Attraverso la definizione degli obiettivi di questa tipologia di servizio si definisce, nei fatti, non sappiamo se risponde anche alle intenzioni, il modello marchigiano di assistenza residenziale per anziani malati non autosufficienti. Un modello che troverà completamento attraverso la definizione della nuova tipologia di posti (circa 200) recentemente istituiti con il nome di *cure intermedie* (seppur non rivolti specificatamente agli anziani). Anche questi derivanti da riconversione ospedaliera (vedi in proposito, [Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche](#)).

La durata della degenza. Come specifica la delibera, ne riportiamo la parte, nelle

Il ricovero nel livello estensivo (R2 e R2D), di norma non può esuberare i 60gg (eventualmente prorogabili sulla base di specifica rivalutazione da parte dell'UVI come previsto dalla DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2), in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di lungoassistenza/ mantenimento, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (60gg o altro termine in caso di proroga) non fossero disponibili posti letto di lungoassistenza mantenimento, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 61° giorno (o altro termine in caso di proroga), prevista per il livello assistenziale inferiore, come previsto dalla citata DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2.

RSA, anche in quelle rivolte a soggetti con demenza, il ricovero è a termine. Si prevede una degenza massima di 60 giorni (periodo ritenuto congruo per cure di tipo estensivo) che può eventualmente essere prorogata dall'UVI. Dopo tale periodo se non è possibile il rientro a casa, il malato, **deve** essere trasferito presso una Residenza protetta (lungoassistenza mantenimento).

Rispetto alla precedente normativa regionale (troppo spesso non rispettata come ha documentato ripetutamente il Comitato Associazioni Tutela) il cambiamento è sostanziale. La degenza poteva essere temporanea o permanente (anche se spesso volutamente male interpretata dall'Asur che identificava la permanenza con il periodo di gratuità); all'UVI competeva la verifica della permanenza di condizioni tali da escludere la dimissione, oltre alla -

dgr 704/2006, all. b, punto 1.2 - valutazione delle condizioni che consentono la gratuità del ricovero anche oltre i 60 giorni (criterio intensivo/estensivo del dpcm 14.2.2001).

Con la dgr 1011, formalmente, si assegna alle RSA una diversa funzione: ricovero per massimo 60 giorni, eventualmente prolungato; mantenimento del posto in caso non sia presente nelle Residenze protette.

Secondo la Regione non è immaginabile che per un anziano malato possa essere necessaria, anzi vitale, una struttura che assicuri una assistenza socio sanitaria superiore a quella di una RP (80 minuti al giorno di Oss + 20 di infermiere). Una struttura che per garantire l'infermiere su 24 ore dovrebbe avere più di 70 posti. Si può inoltre essere certi che un'assistenza medica di 6 minuti al giorno per ospite (2h, per nucleo da 20) assolvà alla funzione estensiva così come indicato dal profilo sotto riportato?

Per i cosiddetti Nuclei Alzheimer si può immaginare, per tutti, una durata della degenza a termine? Per essere inviati poi nella manciata (meno di 100 ora - si vedrà cosa cambierà con il Piano di fabbisogno-) di posti delle Rp demenze (non rivolte a soggetti con rilevanti disturbi comportamentali)? Si aggiunga che, soprattutto nelle RSA private, alcune delle quali hanno standard assimilabili a quelli previsti nella delibera, la gran parte delle degenze sono permanenti.

Giudico queste indicazioni e previsioni, crudeli. Perché non si ha la capacità ed il coraggio di indicare, come hanno fatto molte altre Regioni, quali condizioni (attraverso l'utilizzo e la combinazione di più strumenti di valutazione) sono compatibili con un'assistenza infermieristica di 20 minuti al giorno, quali con 45, ecc....

Nei riguardi delle persone anziane malate esiste una inaccettabile discriminazione e insofferenza. Identiche condizioni di salute (o meglio di non salute) in persone con qualche decennio in meno di età impedisce (ancora) abbandoni terapeutici così frequenti invece nei riguardi degli anziani. L'idea di fondo è che ad una certa età si vale meno, che i malati ed i loro familiari siano approfittatori di risorse pubbliche, che si scarichino sui servizi responsabilità di tipo familiare. E ciò anche quando parliamo di persone con grave insufficienza respiratoria, tracheotomia, alimentazione artificiale, instabilità permanente. Volendo dimenticare che stiamo parlando di servizi extraospedalieri, nati per rispondere ai bisogni di cura di malati non curabili a domicilio.

2.1.3. Tabella Standard assistenziali

Area Anziani			
Codice livello intensità assistenziale	Profilo	Standard Assistenziali	Note applicative
Codice R2	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito esteso) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmacia e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza medica (1): 6 min/die per ospite • Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: • Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite • Infermiere (4): h24 (per due nuclei) • OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 85 min/pz/die • Personale riabilitativo 10 min/pz/die 	Nelle note del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
Codice R2D	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Essensive Demenza/Alzheimer) a pazienti con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza medica (1): 6 min/die per ospite • Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: • Assistenza infermieristica (3): 35m/die per ospite • Infermiere (5): h12 (nucleo) • OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 100/pz/die • Personale riabilitativo 5 min/pz/die 	Nelle note del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i nuclei per malati Alzheimer o demenze inseriti nelle RSA per anziani non autosufficienti e RSA demenze (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)

Lo standard. Solo con due nuclei una struttura è sostenibile. Nel modello descritto, a rigorosa degenza temporanea, lo standard assistenziale previsto determina l'impossibilità di gestire una RSA che non abbia almeno 2 nuclei. Condizione necessaria per avere una copertura infermieristica sulle 24 ore (considerato che i nuclei, anche nella precedente normativa non possono essere inferiori a 20 e superiori a 30). Allo stato attuale quasi tutte (vedi tabella) le RSA pubbliche non sarebbero in grado di garantire l'assistenza infermieristica sulle 24 ore. Per molte delle stesse, per ragioni strutturali, è impossibile l'aumento della capacità recettiva. E' dunque necessario che si dica con chiarezza cosa si vuole fare. A ciò, questione non meno importante, va aggiunto che la stragrande maggioranza delle RSA pubbliche a tutt'oggi gestisce malati in dimissione ospedaliera (acuzie e post acuzie) e per garantire l'assistenza necessaria per questa funzione, gli standard previsti sono di gran lunga maggiori e assimilabili a quelli delle post acuzie. E' evidente che gli standard possono cambiare, ma se così accade non si può pensare che invariabile sia l'utenza ricoverata.

Il futuro

Le nuove norme presuppongono o dovrebbero farlo, un disegno complessivo riguardante l'assistenza extraospedaliera rivolta agli anziani malati e alle persone con demenza. Un disegno ed un progetto che dovrebbe essere adeguatamente esplicitato per capire meglio come la nostra Regione vuole rispondere ai bisogni (che non sono solo residenziali) delle persone malate e non autosufficienti. E' necessario che ciò venga fatto con urgenza. Se si dovesse stare solo a questi atti, enormi elementi di preoccupazione si aggiungerebbero ai molti già presenti, che in questi anni non abbiamo mancato di documentare.

Per approfondire

- [RSA anziani. Le necessarie chiarezze](#)
- [Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(ultima parte\)](#)
- [Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L' improcrastinabile regolamentazione](#)
- [Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)
- [Considerazioni sull'Accordo Asur-Abitare il Tempo di Loreto](#)
- [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

Vedi anche

- [Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche](#)
- [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)
- [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#)

Le ultime pubblicazioni del Gruppo Solidarietà

- Gruppo Solidarietà (2013), **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione di Tiziano Vecchiato
 - Gruppo Solidarietà (2011), **La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nella regione Marche**, prefazione di Nerina Dirindin
 - Gruppo Solidarietà (2010), **I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche**, prefazione di Giovanni Nervo
 - Gruppo Solidarietà (2007), **Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche**, prefazione di Roberto Mancini.
- in <http://www.grusol.it/pubblica.asp>

Vedi anche, [Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche](#), <http://leamarche.blogspot.it/>

5 agosto 2013