

Riabilitazione estensiva residenziale nelle Marche. L'indispensabile chiarezza

Obiettivo di questo contributo è cercare di capire quale sia il mandato delle residenze sanitarie riabilitative (Rsr) che erogano prestazioni di tipo estensivo. Si tratta di una tipologia di struttura, introdotta dal piano sanitario 1998-2000, che deriva, in particolare, dalla riconversione dei posti ex art. 26/833¹. La necessità di chiarezza nasce dall'evoluzione di questa residenza. Le Rsr estensive prendono avvio alla fine degli anni novanta, insieme alle *Rsa disabili*, all'interno della riconversione dei posti ex art. 26/833; sono strutture con residenzialità permanente rivolte a persone con diverso grado di disabilità. Tendono ora ad essere trasformate in strutture residenziali che erogano prestazioni riabilitative di natura estensiva – in un quadro di mancata definizione – anche con programmi a termine. Ciò determina, da un lato, un cambiamento all'interno della residenzialità permanente, dall'altro viene ad aggiungersi una nuova tipologia residenziale che eroga prestazioni riabilitative di tipo estensivo; collocandosi a fianco di altre: le lungodegenze post acuzie e le Rsa anziani².

In questo nuovo quadro, ci chiediamo quindi se sia necessario l'incremento di questa funzione in regime residenziale, proprio quando è estremamente carente l'offerta di residenzialità sanitaria e sociosanitaria per soggetti adulti e anziani con gravi malattie che necessitano di qualificata residenzialità permanente, insieme ad interventi di mantenimento di tipo riabilitativo. Cerchiamo ora di capire meglio la loro collocazione.

Le residenze sanitarie riabilitative estensive. Evoluzione normativa

Non è compito di questa scheda ripercorrere nel dettaglio l'evoluzione normativa riguardante questa tipologia di struttura; è però necessario richiamare le indicazioni contenute in alcuni atti normativi: gli Accordi Regione – Centri convenzionati³, il Piano sanitario 1998-2000, la legge 20/2000 e il *Manuale* di autorizzazione⁴.

Nel primo caso si faceva riferimento ad un intervento "riabilitativo extraospedaliero di tipo residenziale erogato a pazienti non autosufficienti inseriti in programmi di terapia di mantenimento, terapia occupazionale ed animazione, assegnati a progetti di formazione, avviamento, ecc..."; veniva specificato che non vi era tempo limite alla degenza; lo standard operatori/utenti era di 0,8/1, la presenza di fisioterapisti in base alle esigenze. Evidente che si trattava di un servizio di residenzialità permanente per soggetti già ricoverati.

Con il piano sanitario 1998-2000 si introducono le residenze sanitarie riabilitative, distinte in intensive ed estensive (volte, in questo caso, ad assumere la funzione di recupero nella fase del trattamento estensivo). Sono assimilabili ai Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità, fisiche, psichiche e sensoriali del dpr 14-1-1997. Si specifica che la durata della degenza è in media di 240 giorni. Tale limite viene eliminato dalla Dgr 1437/1999⁵, per pazienti "affetti da gravi patologie a carattere involutivo (Sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica), con gravi danni cerebrali, con gravi danni cerebrali con psicosi d'innesto, con Melas, i pluriminorati anche sensoriali per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni. L'eccezione vale anche per i soggetti

¹ Per una analisi del percorso di riconversione, vedi: *Riabilitazione residenziale e accoglienza permanente per persone handicappate nel Piano sanitario della regione Marche*, Appunti sulle politiche sociali, n. 5/1998, p. 12.

² A motivo della tipologia di utenza che ospitano. Per un approfondimento, *Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L'improcrastinabile regolamentazione*, in, www.grusol.it/vocesociale/20-04-09.PDF.

³ Vedi ad es. dgr 2207/1997, le definizioni vengono poi ripetute nei rinnovi degli Accordi.

⁴ L. 20/2000 sulle autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie e dgr 2200/2000 che definisce i requisiti per l'autorizzazione.

⁵ "L. 34/98 – ratifica dell'intesa sottoscritta tra l'assessore alla sanità ed i rappresentanti dei presidi di riabilitazione per la definizione degli accordi per l'erogazione delle prestazioni a carico del SSN nell'anno 1999". Nella stessa delibera vengono indicati i posti attivi all'interno dei Centri di riabilitazione ex art. 26/833: 287, in 5 strutture. La formulazione riprende e integra le indicazioni contenute nelle *Linee guida per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998 (G.U. n. 124/1998)*; il 6 ottobre scorso è stato presentato dal governo il "Piano di indirizzo per la riabilitazione", www.grusol.it/informazioni/07-10-10.PDF, il cui contenuto è alquanto deludente.

autistici fino a che non si raggiunge un quadro psichico stabile raggiunto il quale prospettive di miglioramento sono improbabili. Per i pazienti 'stabilizzati' nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale il progetto riabilitativo e i suoi programmi attuativi possono raggiungere la durata di un anno". Specificazioni confermate nei seguenti accordi tra Regione e presidi di riabilitazione.

Successivamente il *Manuale di autorizzazione* prende in esame congiuntamente le due tipologie di residenze riabilitative; si specifica: "Le RSR intensiva ed estensiva per i soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo. Come previsto dal P.S.R. 1998-2000 alla fine del trattamento riabilitativo, a seconda delle condizioni dell'ospite, può essere previsto il rientro a domicilio o il passaggio ad altra tipologia di struttura residenziale. La durata della degenza è in media di 120 giorni (RSR intensive) e di 240 (RSR estensive)." Lo standard assistenziale giornaliero è di 140 minuti (non definite le figure professionali). La tariffa 2009 è di 159 euro.

Questa ultima definizione viene ripresa in tutti gli atti successivi fino alla DGR 1299/2009⁶. In questo provvedimento la riabilitazione estensiva viene così definita: "Gli interventi in regime di ricovero di riabilitazione estensiva sono rivolti alla presa in carico di pazienti con disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, nella fase di post acuzie o di stabilizzazione della malattia che richiedono una presa in carico nel lungo termine e richiedenti un 'progetto riabilitativo'. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti nei 240 giorni, fatta eccezione⁷, per: a) I pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, Sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni"; b) i pazienti 'stabilizzati' nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua nell'ambito di un programma riabilitativo che individui obiettivi definiti". La delibera (vedi nota 6 per testo e commento), prevedeva il ridisegno della residenzialità, a partire dalla situazione specifica dell'Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena (Mc), con l'introduzione di una nuova tipologia di struttura (Rsa disabili gravi) nella quale sarebbero confluiti alcuni utenti ospiti delle Rsr estensive. Quindi, 3 tipologie di residenza (Rsa disabili/accoglienza, Rsa disabili gravi, Rsr estensive) con utenti, standard e tariffe differenziati.

L'applicazione dei contenuti della delibera, su questo specifico punto, è stata rinviata, con la Dgr 54/2010⁸, fino alla revisione del sistema della residenzialità per persone disabili.

Successivamente la Dgr 1789/2009⁹, di definizione del fabbisogno sanitario e socio sanitario ha previsto per le Rsr estensive un fabbisogno di 492 posti (contro i 392 attivi), prevedendone un aumento di ulteriori 100. È importante conoscere le motivazioni che stanno alla base di un aumento di più del 20%. Si pone dunque l'interrogativo: i quasi 500 posti di residenza riabilitativa estensiva, quali prestazioni erogheranno e a chi saranno rivolte? Ai pazienti con progetto riabilitativo a termine che escono da una post acuzie? a soggetti con gravi disabilità (Sla, distrofie, sclerosi, ed altre malattie degenerative)? ad utenti con esiti di

⁶ "Attuazione DGR 1524/2006, Accordo per gli anni 2006-2009 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate nella regione Marche, aggiornamento anno 2009", in www.grusol.it/informazioni/12-08-09.PDF; sui contenuti della delibera che ha ripercussioni sul sistema della residenzialità per persone con disabilità, sull'impostazione della riabilitazione estensiva e sulla riabilitazione domiciliare, vedi *Residenzialità permanente per persone con disabilità alla luce della DGR 1299/2009*, in www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF.

⁷ Si riprendono così i contenuti della Dgr 1437/1999.

⁸ "Accordo per gli anni 2010-2012 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate nella regione Marche", in www.grusol.it/informazioni/22-01-10.PDF.

⁹ *Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella regione Marche*, in www.grusol.it/informazioni/09-11-09.PDF; vedi anche il commento *Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche*, in www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF.

interventi ortopedici (vedi protesica di ginocchio, anca, ecc..) che non richiedono interventi di tipo intensivo? A tutte e 3 le tipologie di utenti?

Quali bisogni da soddisfare nella riabilitazione estensiva e nelle Rsr estensive?

Il nodo è se alle due tipologie di utenza sopra indicate se ne intenda aggiungere un'altra: quella degli esiti di interventi ortopedici non richiedenti interventi riabilitativi intensivi, o ad esempio, per riattivazioni a seguito di degenze ospedaliere che hanno determinato sindromi da immobilizzazione; insomma utenti che oggi afferiscono sia al sistema della lungodegenza post acuzie, sia alle, indefinite, Rsa anziani. Se così fosse, la domanda è: questi posti sono necessari? Non si rischia per "comodità e sicurezza delle strutture" di sollecitare un bisogno di riabilitazione estensiva – riguardo questa specificità – rispetto alla quale si è certi della necessità? Non si rischia così di sacrificare posti indispensabili per soggetti molto gravi che spesso vengono *spediti* al domicilio o, in maniera subdola, scaricati in Residenze protette anziani o addirittura Case di riposo?

Da dove traggono motivazioni queste preoccupazioni? Dai percorsi autorizzativi della Regione¹⁰ e dalle evidenti volontà dei gestori pubblici e privati¹¹. I primi non vogliono assumere oneri di residenzialità permanente a loro completo carico e si orientano sempre più verso trattamenti – comunque - a termine¹²; per i secondi l'orientamento verso residenzialità non complessa a termine rende meno complicato e più sicuro il loro compito anche attraverso una possibile e non difficile induzione della domanda (in ciò aiutati sia dalla mancata definizione dei criteri di accesso alla riabilitazione intensiva, sia dalla possibile assenza di questi posti in quello specifico territorio). Ciò che risulterebbe del tutto inaccettabile è che vengano costruiti percorsi a partire dalle esigenze dei gestori (all'esaurimento o diminuzione di una funzione con conseguente riduzione dei ricoveri, si mantiene il budget inalterato, diversificando l'offerta ancorché non definito appaia la tipologia di bisogno da soddisfare).

Quali ricadute, hanno dunque, questi passaggi sull'offerta di residenzialità permanente per persone con gravi malattie – anche degenerative - in età adulta che necessitano di supporti vitali (ad esempio alimentazione, ventilazione)?

A queste domande dovrebbe esaurientemente rispondere la programmazione regionale attraverso una chiara definizione dei bisogni, quindi degli obiettivi della struttura, infine della conseguente tipologia di utenza. Appare dunque necessario che ciò venga definito sia per le residenze sanitarie riabilitative estensive che per la riabilitazione estensiva erogata anche in altre strutture e a domicilio. Ritorna dunque prepotente la necessità di indirizzo regionale; indicazioni che purtroppo si attendono da troppi anni su questa come su altre importanti questioni¹³.

12 ottobre 2010

¹⁰ Vedi ad esempio i 18 posti nella Zona 1 di Pesaro situati a Galantara, i 16 del S. Stefano nella *Residenza Dorica* in Ancona, o i 10 che la stessa società gestirà all'ospedale di Matelica.

¹¹ Un punto nodale riguarda i posti della struttura di Porto Potenza Picena (Mc) dell'Istituto S. Stefano. Dai dati della dgr 1299/2009 ne sono presenti 232 (oltre il 60% dei posti attivi); è presumibile che altri 100 siano collocati in altre strutture private ex art. 26/833. Mutato il contesto sociale che 30/50 anni fa determinava il ricovero in Istituto ha senso nella fase di diminuzione della domanda mantenere questa tipologia di offerta (anzi incrementarla), cambiandone in parte la funzione? Per ulteriori riflessioni su questo aspetto rimandiamo al commento indicato nella nota 6.

¹² Emblematica è la situazione delle *RSA anziani* che nella nostra Regione gestiscono soprattutto malati in post acuzie - nonostante la normativa nazionale e regionale indichi come utenza malati non autosufficienti stabilizzati specificando che è possibile anche residenzialità permanente - con degenze comunque a termine.

¹³ Vedi l'ultima pubblicazione del Gruppo Solidarietà, "I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche", 2010.