

Fabio Ragaini<sup>1</sup>, Gruppo Solidarietà

## **Alcune riflessioni sull'attività riabilitativa nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e protette (RP) per anziani della regione Marche**

**Cosa prevede la normativa della regionale riguardo le attività di riabilitazione in questi servizi? E' da considerarsi adeguata e rispondente ai bisogni delle persone? A quale concezione di riabilitazione si ispira?**

Nelle RSA e RP anziani e demenze della Regione Marche sono ricoverate circa 6.300 persone ([Dgr 557/2017](#)). Circa 1200 nelle RSA, 5100 nelle RP (nell'anno 2016 i posti convenzionati risultavano essere sono 3960).

### **Standard e tipologia di utenza**

Le RSA rientrano nel livello estensivo, le RP in quello della lungoassistenza. Gli standard assistenziali sono riportati nella tabella 1 (per un approfondimento vedi, [La regolamentazione dei servizi per anziani non autosufficienti e persone con demenza nelle Marche](#)). Per completezza si aggiunge anche quello delle "cure intermedie".

**Tabella 1 Standard assistenziali**

<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>RP anziani:</b> 100 m. (80m Operatore sociosanitario; 20m Infermiere) + medico mg</li><li>- <b>Rp demenze:</b> 130 m. (100m Oss; 20m Inf., 10 Fisiot. o "attività educativa") + mmg</li><li>- <b>RSA anziani:</b> 140 m. (Inf. 45 (h24) Oss, 85, (h24), Fkt 10 m., Ass medica: MMG + coord 100m/giorno, ogni 20 p.l.</li><li>- <b>RSA demenze:</b> 150 m. (Inf 40, Oss, 100, h24, Fkt/educatore, 10 m. e/o animazione 13 minuti). Ass medica: MMG + coord 120m/giorno, ogni 20 p.l., IP presenza struttura h12.</li><li>- <b>Cure intermedie:</b> tot. sup. a 160m (IP e Oss); Fkt 15m, medico 15m.</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Per quanto riguarda la tipologia di utenza, riprendiamo (tabella 2) la definizione della Dgr [1331/2014](#) (rispetto alle RP, altre definizioni sono contenute nei requisiti d'autorizzazione e nella convenzione tra residenze protette e ASUR).

**Tabella 2. RSA e RP anziani. Tipologia di utenza**

<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>RSA Anziani.</b> 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 estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.</li><li>- <b>RP anziani.</b> Prestazioni di lungoassistenza e mantenimento erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento) a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione.</li></ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>1</sup> L'autore è anche fisioterapista.

## L'attività riabilitativa

Per quanto riguarda l'attività riabilitativa:

- nelle RSA la previsione è di 10 minuti giorno per ciascun paziente. Per un modulo di 20 persone sono dunque previste 3,20 ore<sup>2</sup>;
- nelle RP anziani non è previsto minutaggio; l'intervento si attiva solo su prescrizione specialistica. Per quelle che accolgono persone con demenza è prevista la presenza del terapeuta della riabilitazione o di attività educativa per 10 minuti al giorno a paziente.

Occorre a questo punto chiedersi quale sia la tipologia di persone ricoverate in queste strutture e, successivamente, se e a quale concezione dell'intervento riabilitativo si ispirino le norme regionali.

Le **RSA anziani** (i posti effettivamente attivi sono probabilmente inferiori a 1000), continuano ad operare, nonostante la definizione degli standard, con modalità molto differenziate. Alcune (soprattutto quelle pubbliche) ospitano malati che per la maggior parte hanno i requisiti per accedere al sistema della post acuzie. La grandissima parte dei ricoveri è a termine (sono gratuiti i primi 60 giorni). Per chi non rientra a domicilio, tranne situazioni di estrema gravità, la destinazione finale è quella delle RP (convenzionate e no).

Rispetto alle RSA private, la situazione è probabilmente un po' differente. Ad oggi non esiste un dato regionale che indichi i tempi medi di ricovero, così come non è stato stabilito un criterio (utilizzo di strumenti di valutazione e consequenzialità del percorso sulla base del risultato raggiunto) che definisca i criteri di inclusione/esclusione per tipologia di servizio (per approfondire vedi: [Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)).

Le **Residenze Protette** (circa 4.900 anziani) diventano nei fatti, salvo poche eccezioni, il "contenitore" finale del sistema residenziale rivolto agli anziani non autosufficienti. Un cospicuo numero di persone ricoverate, ritengo la maggioranza, non risponde però alla tipologia di utenza indicata nella normativa regionale. Infatti (per un approfondimento vedi [qui](#) e [qui](#)), la gran parte delle residenze eroga un'assistenza tutelare e infermieristica maggiore di quella prevista dalle norme regionali. Allo stesso modo, diverse residenze prevedono anche la presenza del fisioterapista nella struttura. Prestazioni, va ricordato, che non rientrano nella convenzione e sono considerate aggiuntive ed a carico delle persone ricoverate.

Ritornando all'oggetto di questa analisi ci chiediamo se sia **adeguato, opportuno e corretto non prevedere un minutaggio individuale di attività riabilitativa all'interno delle residenze protette**. Pare opportuno porre l'attenzione sul significato dell'intervento riabilitativo quando siamo in presenza di anziani cronici non autosufficienti. Nella concezione regionale, la previsione di "trattamento" su prescrizione specialistica richiama un intervento specifico per una determinata situazione (ad esempio, una riattivazione a seguito di prolungata immobilizzazione; oppure la gestione riabilitativa per esiti di traumi, fratture, ecc ..). Non prevede (e dunque non lo ritiene necessario) la presenza di una specifica competenza professionale all'interno della residenza. Una competenza che interviene, oltre che per situazione specifiche, anche su altri aspetti strutturali che richiamano non tanto la rieducazione funzionale, quanto un concetto più ampio di riabilitazione. Si tratta di una funzione che potremmo definire consulenziale. Ad esempio: corretto utilizzo degli ausili (che quasi tutti i ricoverati utilizzano), prevenzione di complicanze dettate da posture scorrette, supporto e formazione del personale presente;

<sup>2</sup> Per le cure intermedie: 15 minuti e trattamenti su 6 giorni.

indicazioni ai familiari; interventi su specifiche situazioni che richiedono riattivazioni; deambulazione in sicurezza, ecc.... Una figura professionale e dunque una competenza significativa all'interno della struttura.

E' evidente che si tratta di una attività che richiede - non necessiterebbe neanche specificarlo - una concezione dell'attività riabilitativa non intesa come mero recupero funzionale, come invece purtroppo suggerisce la logica di "assegnazione di sedute" con uno specifico obiettivo di recupero. Dunque una presenza non solo opportuna, ma preziosa.

Riguardo alle RSA occorrerebbe, intanto, avere il dato dell'attività riabilitativa svolta: presenza effettiva del fisioterapista, organizzazione e modalità di lavoro: presenza e intervento su prescrizione specialistica? Intervento prestazionale? Quale rapporto ha con le altre figure professionali: partecipa alle riunioni di équipe, ecc.... Esiste un locale (la "palestra") all'interno della struttura, per attività specifiche? La concezione della norma, in linea con quella della gran parte delle Regioni, è infatti quella di una specifica competenza professionale che è parte del gruppo di lavoro (Oss, infermieri). Il suo intervento è fortemente integrato con quello degli altri operatori, al fine di un intervento unitario e coordinato che abbia come riferimento la qualità di vita della persona. Il progetto sul singolo non può prescindere da quello di struttura. E' però evidente che se la RSA è di fatto assimilabile ad una post acuzie, dunque rivolta a "pazienti" che si ricoverano per uno specifico intervento riabilitativo, la questione - non in termini di approccio, ma di standard - si presenta del tutto diversa e richiede l'assicurazione di uno standard adeguato ai bisogni delle persone, che non può essere quello previsto.

La regione Marche sta ridefinendo i requisiti di autorizzazione e accreditamento dei servizi. E' auspicabile che una riflessione su questi aspetti non venga meno.

## Tutte le schede dell' [Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#)

### Per approfondire

- [Criteri di accesso ai servizi socio-sanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)
- [La regolamentazione dei servizi per anziani non autosufficienti e persone con demenza nelle Marche](#)
- [Marche. Prestazioni aggiuntive nelle Convenzioni 2015 RP anziani e demenze. Analisi e commento](#)
- [Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)
- ["Quaderni Marche". Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione](#)
- [L'assistenza socio-sanitaria nei nuovi LEA](#)
- [Servizi socio-sanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#)
- [Quaderni Marche. Politiche e servizi nelle Marche](#)

Novità editoriale, Gruppo Solidarietà (a cura di), [LE POLITICHE PERDUTE. Interventi socio-sanitari nelle Marche](#)

La normativa citata si può consultare nel sito [www.grusol.it](http://www.grusol.it) nella sezione [Documentazione politiche sociali](#), con una ricerca per leggi regionali.

Sostieni il Gruppo Solidarietà con il 5 x 1000, CF 91004430426

**5x1000** Gruppo  
Solidarietà  
cf. 91004430426